

medicina. psicosomatica

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETA ITALIANA DI MEDICINA PSICOSOMATICA

rivista trimestrale di medicina psicosomatica psicologia clinica e psicoterapia

fondata e diretta da Ferruccio Antonelli

ESTRATTO DAL FASC. 2-1978

A. BERTOGLIO - M. MASCHI - M. MARINETTI - G. MAX - A. PETRUZZI - G. SCORZA
E. OCCHIPINTI - D. COLOMBINI

MEDICINA PSICOSOMATICA E AMBIENTE DI LAVORO : FABBRICA E TERRITORIO

Soc. Ed. «UNIVERSO»

Via G. B. Morgagni, 1 - Roma

1978

t

Medicina psicosomatica e ambiente di lavoro : fabbrica e territorio

A. BERTOGLIO, M. MASCHI, M. MARINETTI, G. **MAX**, A. PETRUZZI, G. SCORZA, E. **Occi-iiPiNTi**, D. COLOMBINI (Milano)

Questo lavoro vuole tentare una riflessione critica sull'intervento degli operatori psichiatrici nell'ambiente di lavoro, attraverso la descrizione dell'esperienza di collaborazione tra un'Équipe dell'Istituto di Clinica Psichiatrica dell'Università e i Medici dello SMAL, iniziata da circa 1 anno nella Zona 7 del Decentramento Comunale di Milano.

Lo stimolo a questa riflessione è stato determinato dalla esigenza di trovare una risposta organica, nelle motivazioni e nella metodologia, agli interrogativi che la richiesta di intervento, proposita dallo SMAL, poneva : perchè lo psichiatra è chiamato ad intervenire nella fabbrica ? Come si può porre all'interno della metodologia dello SMAL e quindi nell'attuale concezione di lotta per la salute propria dei lavoratori ? Quali sono

bisogni e i problemi ai quali deve rispondere ? Quali gli ostacoli che incontra e le carenze sul piano ideologico e professionale che deve affrontare ?

Di questa esperienza vengono messi in particolare risalto gli aspetti problematici; per gli operatori psichiatrici si è trattato di un intervento in un ambito per loro insolito e con caratteristiche specifiche, legate soprattutto alla committenza dell'intervento stesso : intervenire non sull'individuo, ma a livelli di gruppo; mettere in primo piano l'azione preventiva ; operare in posizione non direttiva ma di collaborazione.

Pur rendendoci conto dell'incompletezza della discussione dei dati e dell'approfondimento dei problemi, ci sembra che l'interesse di questo lavoro sia costituito dal contributo che può dare all'impostazione del nostro modo di operare come psichiatri nell'ambiente di lavoro, argomento intorno al quale riteniamo debba svilupparsi un approfondito dibattito.

CENNI SULLA EVOLUZIONE DELLA PRESENZA DEGLI OPERATORI PSICOLOGICI
IN FABBRICA

L noto che l'intervento dello psicologo nel mondo del lavoro, iniziato in Italia negli anni '20, obbedisce sia all'esigenza di verificare in situazioni reali i postulati della nuova scienza sia di razionalizzazione del sistema produttivo (TAYLOR, 1911), lasciando sostanzialmente intoccati i meccanismi di organizzazione del lavoro.

In seguito, l'intervento del tecnico, sempre in una posizione neutrale, disponibile a migliorare il mondo della produzione, evidenziò l'importanza del « fattore umano », come essenziale all'efficienza lavorativa (EL-TON MAPO, 1927).

Si pose allora il problema motivazionale restando fermo il punto che « l'uomo adatto al posto adatto » è pensato nell'ottica di sempre meglio adattare l'uomo alla macchina, in funzione produttiva. Verso ^{gli} anni '50 il numero degli psicologi aumentò e si strutturò con ruoli stabili all'interno della fabbrica, negli uffici di selezione del personale, al servizio delle esigenze della produzione e quindi sostanzialmente degli interessi delle direzioni d'azienda.

Con l'entrata dello psicologo nei reparti, nasce lo studio della patologia aziendale e della devianza lavorativa (assenteismo, infortuni, disadattamento lavorativo ...).

Non è strano che quando l'individuazione dell'operaio « anomalo » o « disadattato » pone degli interrogativi sul modo stesso di produrre, si risponda con il modello medico di intervento : chi non si adatta deve essere in qualche modo « un malato » e va quindi curato (colloqui, ricostituenti, psicofarmaci) e poi eventualmente emarginato ; basti pensare ai trasferimenti ai lavori più bassi e dequalificati in relazione alla diminuzione dell'efficienza lavorativa.

Logica conseguenza di questa situazione è l'inserimento, avvenuto presso i servizi sanitari di alcune industrie, dello psichiatra come specialista consulente e come « neurologo », con relativa psichiatrizzazione di tutta una serie di sintomi, più adeguatamente comprensibili secondo una chiave di lettura sociologica : si è così giunti a definire « depressione » il rifiuto del lavoro, « aggressività » l'insofferenza ai ritmi e ad assurde situazioni gerarchiche, chiamare « tendenza alla interpretatività e al riferimento » o addirittura « spunti persecutivi » atteggiamenti che potrebbero invece trovare la spiegazione nel constatare certe situazioni lavorative, certi rapporti che il lavoratore-paziente ha stabilito con il lavoro, con i sorveglianti ed i tecnici dell'ufficio tempi e metodi.

Negli anni '60 la ricerca condotta da un gruppo di psicologi dell'Oli-

vetri di una nuova metodologia di catena di montaggio, tesa ad evidenziare i gravi elementi di nocività psicologica e soprattutto a toccare con mano le contraddizioni sociali che si esprimevano in questi problemi, suscitò un vasto dibattito. Fu così che molti operatori arrivarono a formulare scelte alternative, rispetto alla tradizione psicologica industriale, per un lavoro a « misura di uomo ».

Operare realmente al servizio dei lavoratori presuppone non gerarchiche motivazioni, ma scelte precise : assumere una veste di neutralità significa un ben preciso ruolo politico che espone inevitabilmente l'operatore psicosociale che entra nella fabbrica, ad una grave incapacità di distinguere i limiti del suo intervento, a non capire il peso delle contraddizioni sociali che grava sull'organizzazione del lavoro, a mantenere l'equivocità di una impossibile e mistificatoria neutralità della scienza.

Noi crediamo che l'operatore psicosociale in fabbrica, possa avere un senso scientifico e politico, ed è questo il senso del dibattito che ha coinvolto in questi anni la medicina del lavoro e le cosiddette scienze umane, solo se realmente disponibile a contribuire al processo di riappropriazione della salute da parte dei lavoratori : una posizione che non si polarizzi sul singolo come oggetto, ma sul gruppo come soggetto.

CONSIDERAZIONI METODOLOGICHE

L'esperienza di collaborazione tra psichiatri e medici del lavoro che si sta conducendo nella zona 7 è nata in un determinato momento storico, caratterizzato dal coinvolgimento delle strutture e degli operatori psichiatrici in un preciso ambito territoriale.

Si è partiti con un lavoro di conoscenza della realtà in cui ci si sarebbe trovati a lavorare, operando una « fotografia » delle varie componenti ambientali ed urbanistiche, delle strutture produttive, dei servizi sociali, delle caratteristiche generali della popolazione e dei bisogni emergenti.

Si è poi costituito un collegamento, ora divenuto stabilmente operativo, con gli altri operatori psicosociale operanti nella zona : assistenti sociali, assistenti sanitarie, l'equipe di neuropsichiatria infantile, operante in quello che era l'ambito plico-.medico-pedagogico, i tecnici dello SMAL, operatori dell'ambulatorio medico comunale e dell'INAM.

Fondamentalmente la scelta base di questo gruppo consiste nella ricerca e nell'attuazione di una metodologia che stimoli e aiuti la popolazione a prendere coscienza della necessità di partecipare alla risoluzione dei problemi sociali, alla lotta per migliori condizioni di salute, come punto di partenza per eliminare i motivi di disagio che accrescono continuamente l'utenza dei servizi di assistenza sociale e psichiatrica.

Partendo da queste considerazioni preventive abbiamo sentito l'esigenza di studiare gli ambienti di lavoro, la fabbrica in particolare, dato anche l'alto grado di industrializzazione della zona 7, incontrando del resto una analoga esigenza tra gli operatori dello SMAL, perplessi di fronte ad un frequente riscontro di « disagio psicologico » e disturbi psicosomatici rilevati nei lavoratori, difficilmente interpretabili secondo gli schemi usuali.

Lo stato così che ci siamo inseriti all'interno del lavoro degli SMAL ed il nostro atteggiamento di fondo è stato innanzi tutto quello di osservare, mantenendo una posizione di apprendimento e di ascolto : infatti ci è parsa subito evidente la difficoltà di rispondere alle domande dello SMAL e di superare i modi e i contenuti dell'intervento « tradizionale », sostanzialmente mistificante dello psicologo della fabbrica.

A questa difficoltà e all'inesperienza sullo specifico dei problemi incontrati, abbiamo cercato di rispondere con un atteggiamento di disponibilità e di ricerca che non fosse passivo e dequalificato, ma che fosse realmente espressione della volontà di partecipare, con una sensibilità specifica al lavoro per la salute che i lavoratori stanno oggi conducendo.

Da alcuni anni il movimento operaio ed in particolare il movimento sindacale si sono impegnati in un concreto lavoro sulla salute ; constatata l'inefficienza e la scarsa credibilità delle norme e delle strutture tradizionali preposte alla tutela della salute della fabbrica, iniziava una esperienza caratterizzata dal principio che devono essere i lavoratori in prima persona a gestire la propria salute.

Questa svolta nell'atteggiamento dei lavoratori e dei sindacati si incentrava sui seguenti punti :

- a) la nocività del lavoro non si paga, ma si elimina ;
- b) i lavoratori non delegano a nessuno la difesa della loro salute ;
- c) i lavoratori « interessati » sono i più « competenti » a decidere sulle condizioni ambientali della prestazione lavorativa.
- d) la conoscenza da parte dei lavoratori dell'ambiente di lavoro deve portare alla sua trasformazione attraverso la rivendicazione e la contrattazione sindacale.

Partendo da queste premesse la metodologia degli SMAL ha valorizzato il concetto di « soggettività » che può essere definita come metodo di analisi ed autogestione della salute.

Il privilegiare tale metodologia nasce dalla constatazione che non esistono macchine capaci di misurare le interferenze che i diversi fattori presenti nell'ambiente di lavoro hanno globalmente sul fisico umano.

Mentre il 1° e il 2° gruppo dei fattori di nocività sono misurabili oggettivamente con strumenti adatti, il 3° gruppo (effetti stancanti dovuti ad attività muscolare) lo è solo parzialmente ; mentre i fattori del 4° gruppo

(ritmi eccessivi, ansia, monotonia, parcellizzazione, rapporti gerarchici ...) non possono essere misurati se non attraverso il giudizio del gruppo operaio omogeneo.

MALATTIE FUNZIONALI E PSICOSOMATICHE IN FABBRICA

Dal lavoro svolto nelle fabbriche della Zona, sono emersi importanti elementi che pongono in primo piano, accanto ai problemi connessi con la nocività fisica dell'ambiente di lavoro, una serie di disturbi a livello psicofisico inquadrabili come sintomi di tipo genericamente nevrotico, ed una imponente sintomatologia ora funzionale, ora più propriamente psicosomatica, denunciata da elevate percentuali di lavoratori.

Nelle fabbriche da noi prese in considerazione abbiamo verificato che malattie funzionali e psicosomatiche sono denunciate da circa il 50% degli operai, sintomi come insonnia, ansia, interessano almeno il 60% degli operai.

Le nostre osservazioni concordano con quelle espresse da altri autori che, in sempre più numerose ricerche descrivono l'alta percentuale di malattie funzionali e psicosomatiche fra i lavoratori.

Non ci è possibile entrare nel dettaglio di queste indagini epidemiologiche che, pur nella difficoltà di discriminare agenti patogeni propri dell'ambiente di lavoro, tuttavia dimostrano, con evidenza di documentazione, come proprio l'organizzazione di lavoro, nei suoi vari aspetti, sia strettamente correlata con la patologia denunciata dai lavoratori. Del resto l'esperienza ambulatoriale e clinica conferma l'opinione generale che almeno la metà dei clienti del medico generico presenta una patologia somatizzate di tipo disfunzionale.

Con questo lavoro vogliamo affermare che, accanto ai dati sicuramente gravi dell'incidenza della patologia psichica, come segni di un'ampia disgregazione sociale, bisogna aggiungere tutta un'altra serie di elementi, come le malattie psicosomatiche, la patologia funzionale, le somatizzazioni in genere che funzionano, al pari di forme francamente psichiche, come « spia », giocata a livello del viscere, del disagio, nel suo significato più ampio.

I fattori più strettamente connessi a questa patologia — fattori inquadrabili nel 4^o gruppo di nocività — incidono non solo sulla salute e sul benessere del lavoratore, ma anche sui suoi rapporti sociali, sulla vita familiare, sulla possibilità di estendere i suoi interessi (politici, culturali, sindacali, ricreativi ...).

Incidono cioè spesso pesantemente su quella che viene chiamata « la qualità della vita ».

I fattori nocivi dei quattro gruppi non si presentano quasi mai isolati ma la loro contemporanea presenza nell'ambiente di vita e nelle condizioni lavorative, provoca un reciproco potenziamento dei loro effetti nocivi.

In quali caratteristiche lavorative si sviluppa questo disagio di cui le malattie psicosomatiche sono uno dei segni ? Nell'industria moderna la cosiddetta organizzazione del lavoro ha portato tra l'altro a due aspetti particolarmente stressanti e dannosi : la frammentazione e i ritmi di lavoro imposti.

Quando il lavoratore si trova a dover compiere un'attività in cui non può minimamente identificarsi, nè nel progetto, nè nella finalità, e neppure nella sua realizzazione (talmente è frazionato il processo produttivo e insignificante il gesto ripetitivo e parziale) è inevitabile una conseguenza di profonda frustrazione.

Un lavoro che toglie all'uomo ogni facoltà creativa, ogni facoltà decisionale, ogni finalismo che non vada al di là del tragico lavorare per sopravvivere e « consumare », è un processo che spegne lentamente « qualcosa » all'interno dello spirito umano.

Il lavoro non appartiene all'operaio e quindi la grande parte di tempo quotidiano passata in fabbrica diventa un qualcosa di estraneo, un'esperienza di « perdita », di privazione, di sfruttamento.

Questa esperienza quotidiana, generalmente definita « insoddisfazione sul lavoro » non sempre viene analizzata e portata allo stato di coscienza, ma normalmente è interiorizzata in termini affettivi, legandosi a situazioni conflittuali inconsce connesse alle prime esperienze affettive della storia del soggetto. Questa « sofferenza » cerca e trova dei modi di espressione : uno dei principali è il linguaggio del corpo. La malattia, l'investimento sul sintomo, può rappresentare un tentativo di recuperare il possesso del proprio corpo espropriato dal lavoro, forzatamente venduto per il salario : un riappropriarsi attraverso dei meccanismi paradossali del proprio corpo, come immagine sociale e come realtà psicofisica, affermandone l'esistenza, negata da un sistema che la riduce a mera « forza-lavoro ».

L'ansia, la frustrazione del soggetto che non riesce a prendere compiutamente coscienza della sua situazione si esprimono con un linguaggio (quello del sintomo e della malattia) che è insieme tentativo di superamento e richiesta di aiuto.

È talmente pressante la richiesta di « adattamento » che il sistema fa al singolo che questi lavora (e continua a vivere nella situazione che ha prodotto il disagio) mantenendo normalmente i suoi rapporti sociali « nonostante » il sintomo, « nonostante » la malattia.

D'altra parte l'investimento sul sintomo, la richiesta della visita, della

diagnosi e della cura, è una ricerca di riconoscimento e comprensione del proprio disagio, è l'unica modalità accettata nel nostro sistema, l'unica (diversamente dalla manifestazione « psichica » che può mettere in atto dei meccanismi di emarginazione) che è socialmente permessa.

Le malattie psicosomatiche risultano più accettabili socialmente delle nevrosi e costituiscono pertanto un'ottima valvola di scarico, manipolabile attraverso i classici canali della medicina e della farmacoterapia.

Infatti, a questo malessere esplicitato con il corpo, la medicina risponde ancora una volta con la logica dello sfruttamento : dapprima la negazione della sofferenza in quanto non « documentata » dagli esami ; successivamente la medicalizzazione, esami su esami, ricostituenti, psicofarmaci, ecc. Ma proprio tutti questi atti medici, procedono negando e mistificando le reali cause della sofferenza, individualizzandola, settorializzandola a questo o a quell'altro organo, apparato, attribuendogli (quando non vi siano lesioni evidenti) etichette parascientifiche come : « meopraxia d'organo », « debolezza costituzionale », « diatesi ... » o infine, « essenziale ».

In questo modo il danno si aggrava, ma l'oggetto di questo sfruttamento, rafforzato in una distorta modalità di difesa, individualizzato nella « sua » specifica patologia, è sempre più impossibilitato a scoprire le vere cause del disagio e quindi indotto ad adeguarsi passivamente alle contraddizioni in cui vive e che paga duramente.

FABBRICA E TERRITORIO

All'inizio di questa ricerca ci eravamo posti alcune domande :

- a) perchè lo psichiatra è chiamato a collaborare con gli operai e con i tecnici della salute all'interno delle fabbriche ?
- b) come può inserirsi nella lotta dei lavoratori per la salute e nella metodologia dello SMAL ?
- c) in che modo può contribuire con la sua « competenza » a questa lotta ?

Dalla riflessione sull'esperienza fatta possiamo trarre alcuni punti per una iniziale risposta a questa domanda. Abbiamo visto come la fabbrica sia un luogo in cui si esprime e si genera una diffusa sofferenza psichica, abbiamo visto che nella fabbrica vi sono cause dirette e indirette di questa sofferenza (dal rumore al timore per gli infortuni, dalla frustrazione alla alienazione). Si è rilevata una imponente serie di disturbi, un malessere del corpo spesso espressione di un malessere anche psicologico. Già queste constatazioni dovrebbero essere una motivazione per lo psichiatra ad intervenire nel mondo del lavoro. La motivazione fondamentale ad un inter-

vento psicologico è la richiesta che viene dal gruppo dei lavoratori che prendono coscienza che la fabbrica non può più essere il luogo in cui è « inevitabile » soffrire ; nei lavoratori è maturata la coscienza che fabbrica e lavoro devono riacquistare significato e salute e che questo può avvenire solo attraverso un cambiamento, alla cui base vi deve essere una compiuta presa di coscienza di tutti i reali fattori di nocività.

In questa luce la richiesta operaia di intervento del tecnico non è più una delega, ma è un momento di un lavoro comune. Al tecnico viene richiesto di mettere a disposizione e di trasmettere ai lavoratori il sapere e la capacità di conoscere e di distinguere scientificamente gli agenti patogeni presenti nel lavoro.

Ma l'operatore psichiatrico chiamato a questa collaborazione parte spesso da una esperienza culturale e professionale fondamentale ancora legata alla medicina e alla psichiatria istituzionale, un'esperienza che, come abbiamo visto, è stata finora « estranea », quando non avversa al lavoratore.

È necessario un superamento e un completamento delle tecniche e delle modalità operative finora usate, in particolare l'operatore psichiatrico deve ora approfondire e concretizzare soprattutto tecniche finalizzate alla prevenzione.

L'attenzione rivolta esclusivamente all'individuo deve spostarsi al gruppo e alle realtà dei rapporti individuo-gruppo-ambiente.

Come può allora intervenire concretamente l'operatore psichiatrico ? In questa iniziale riflessione individuamo due ambiti e due momenti di intervento : un *primo* momento legato all'ambiente della fabbrica ; un *secondo*, a tempi più lunghi, diretto al quartiere in cui la fabbrica è inserita.

1) All'interno dei gruppi omogenei l'operatore psichiatrico potrebbe mettere a disposizione le proprie capacità di tecnico della comunicazione umana : come tentativo di aiutare la comprensione dei rapporti interpersonali e delle dinamiche dei gruppi, favorendo l'esplicitazione dei problemi e dei vissuti emergenti nell'esposizione dei dati soggettivi ; operando una decodificazione dei messaggi, favorendo la presa di coscienza della dialettica e delle contraddizioni nelle quali il singolo e il gruppo si trovano all'interno della concreta esperienza di fabbrica per vederne i legami con l'insoddisfazione, le tensioni interpersonali, e con determinati disturbi fisici e psicologici.

O ancora, la collaborazione specifica dell'operatore psichiatrico potrebbe realizzarsi attraverso l'informazione sanitaria e l'educazione sanitaria : nel dare cioè gli strumenti per comprendere non solo le realtà fisiche (come misurare i vapori o i rumori) ma anche quelle « psicologiche »

(per es. la comprensione dei meccanismi di strutturazione di una patologia psicosomatica).

Tutto questo, chiaramente non come « indottrinamento », ma nello sforzo di creare un *nuovo sapere « sul campo »*, in una situazione reale, con la partecipazione attiva di tutti gli interessati.

Questo può essere allora insieme momento preventivo e terapeutico.

L'analisi e la presa di coscienza di una realtà sono il primo passo del processo terapeutico. Deve seguire l'indicazione e l'esercizio di condotte attive che diventano esperienza di liberazione. Il porsi degli obiettivi di eliminazione della nocività e lottare sindacalmente per raggiungerne l'ottenimento ha sicuramente un grosso significato terapeutico.

Dall'esperienza specifica nella fabbrica da noi studiata riteniamo che alcuni obiettivi (pur tenendo conto della loro parzialità e ribadito che l'obiettivo di fondo è quello di mutare i rapporti di produzione) potrebbero essere : la discussione dei ritmi per arrivare ad una riduzione su indicazione dei lavoratori, la discussione degli orari, dei turni e delle pause, l'eliminazione di forme di controllo autoritarie e gerarchizzate, la richiesta di sottoporre l'organizzazione del lavoro a tecnici competenti in ergonomia per ristrutturare con essi, per quanto possibile, tecnologie e ruoli in funzione di un rovesciamento dello slogan « l'uomo per un lavoro » in « un lavoro per l'uomo ».

Infine, quando sia necessario, si cercherà di operare in funzione psicoterapeutica non emarginante e coinvolgendo sul singolo caso la « capacità terapeutica » del gruppo, favorendo la comprensione cosciente e la solidarietà.

2) Ci interessa portare più a fondo le considerazioni circa il secondo livello quello che definivamo a « più ampio respiro ». Punto di partenza ci pare debba essere la constatazione di una ben precisa collocazione degli operatori in quello spazio operativo-esistenziale in cui le persone vivono, comunicano, pensano, fanno esperienza, creano e trasmettono cultura che è il territorio, il quartiere.

Ma il decentramento degli operatori e dei servizi psicosociali da fatto quantitativo diventa qualitativo, solo nella misura in cui è usato come strumento per costruire una « soggettività popolare » che determini la fisionomia dei servizi sanitari e le modalità di lavoro degli operatori stessi.

Bisogna allora muoversi perchè il modello interpretativo della malattia e l'impegno preventivo all'esterno della fabbrica abbia le stesse caratteristiche del modello all'interno della fabbrica, così che, anche al di fuori del luogo di lavoro, i disturbi e le situazioni patologiche portino a cercare le cause dell'ambiente e conducano ad un'azione conseguente per rimuoverle.

L'impegno del tecnico non sarà allora quello di porre delle diagnosi

e di essere « arbitro » rispetto alla dialettica sano/patologico, normale/deviante, ma invece di rispondere alla domanda : « quali sono i fattori sicuramente nocivi nell'ambiente di vita e quali sono gli elementi che danno la possibilità di vivere un'esperienza di salute ? ».

Sarà compito dell'operatore psicosociale entrare nello specifico dei problemi del quartiere in cui si trova a lavorare, partendo dai problemi che proprio gli abitanti del quartiere gli indicheranno ; con la gente li analizzerà per poi riportarli in maniera precisa e stimolante alla coscienza di tutte le forze sociali del quartiere e degli organismi politico-amministrativi, per partecipare con loro all'affronto e alla definizione delle possibilità di soluzione.

Se questa è la prospettiva verso cui bisogna lavorare, è richiesta agli operatori psicosociali, fra cui anche i medici, una preparazione molto più consistente ed articolata di quella attuale, problema che sentiamo in modo particolare dato che lavoriamo in un Istituto universitario.

Indirizzato ad un lavoro di prevenzione e di progettazione (intesa come ricerca comune degli obiettivi e degli strumenti per la salute) questa nuova figura di operatore dovrà sostanzialmente evitare due errori : da una parte costruire schemi interpretativi e modelli di intervento artificiali e riduttivi della domanda dell'uomo, dall'altra ridursi a puro attivismo politico senza capacità conoscitiva e teorica.

I livelli più attenti di cittadini e di lavoratori hanno da tempo compreso che nessuna seria politica di riforma potrà essere attuata senza che essi ne siano gli effettivi protagonisti.

Troppo spesso, anche nei discorsi più avanzati sulla salute e sulle conseguenti proposte di nuove strutture sanitarie, predomina un tecnicismo la cui presunta scientificità e neutralità tende a distruggere ogni vero elemento partecipativo. La partecipazione è spesso intesa e promossa solo come modalità di consenso a una programmazione verticistica che interpreta i bisogni sanitari come quantità statistiche astratte dal contesto culturale e sociale in cui si collocano. Persiste spesso l'antinomia partecipazione-efficienza dove il termine decisivo è il secondo che, svuotato di contenuti culturali e politici, non solo mal definisce gli obiettivi che vuole raggiungere ma si presta anche a ogni possibile strumentalizzazione e mistificazione.

Punto di partenza deve allora essere l'esperienza della popolazione per sviluppare a livello di base un dibattito e delle iniziative, così da dare alla parola « partecipazione » un reale contenuto.

Si tratta di recuperare la divisione fabbrica-quartiere in un vissuto ed in un'ottica unitaria, consapevoli che le contraddizioni di fondo non sono recuperabili se delegate al tecnico, ma possono essere affrontate da una

persona « non divisa » che, insieme agli altri, lavori per costruire un'esperienza di salute in una diversa qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

- Atti della Società Italiana di Medicina del lavoro*, Tavola rotonda su nevrosi e lavoro, Pisa 1972, Casa ed. Ambrosiana, Milano, 1975.
- BERLINGUER G.: *La salute nelle fabbriche*. De Donato, Bari, 1973.
- BOULANGER N. e CHAIX J. F.: *Lavoro famiglia psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 1974.
- CAMPIGLIO L.: *Lavoro salariato e nocività*. De Donato, Bari, 1976.
- CANCRINI L. e MALAGOLI-TOGLIATTI: *Psichiatria e rapporti sociali*. Editori Riuniti, Roma, 1976.
- CAIUULLO C. L.: *La psichiatria nello studio delle malattie del lavoro*. Rassegna Medica di Infortunistica e Patologia del Lavoro, n. 1, 1-2, 1951.
- CGIL-CISL-UIL Federazione Provinciale di Milano, *Salute e ambiente di lavoro*. Mazzotta, Milano, 1976.
- Di NARO C. e NOVAGA M.: *Fondamenti di psicologia del lavoro*. Ed. Libreria Cortina, Milano, 1977.
- Federazione CGIL-CISL-UIL di Milano e provincia, *L'iniziativa del sindacato contro le cause di sofferenza psichica*, Milano, 1976.
- FOA, GRIECO, SALA, SCIACCHITANO e ZEDDA. *Un modello di libretto individuale sanitario e di rischio*. In « Medicina del lavoro », 64-92, 1973.
- GAGLIO M.: *Essere o malessere*. Feltrinelli, Milano, 1975.
- GIORDANO P. L. e PALLAGLIA P.: *Esperienza di psichiatria sociale nell'ambito di un quartiere di Milano*. Atti congresso SIP, Bologna, 1975.
- GOLDWURM G. F.: *Problemi di psichiatria in rapporto con l'ambiente di lavoro*. « La salute in fabbrica », Stasind, Roma, 1971.
- Hochman J.: *Psichiatria e comunità*. Latenza, Bari, 1973.
- HOLLINGSHEAD A. B. e REDLICH F. C.: *Classi sociali e malattie mentali*. Einaudi, Torino, 1965.
- JERVIS G.: *Condizione operaia e nevrosi*. « Inchiesta », n. 10, giugno, 1973.
- KORNHAUSEP, A.: *Lavoro operaio e salute mentale*. Angeli, Milano, 1973.
- LEGNANI G., SARNO M. e RIVARDO M.: *Prime considerazioni su un intervento di prevenzione psichiatrica primaria in fabbrica*. In Atti Congresso SIP, Bologna, 1975.
- ODDONE L.: *La difesa della salute dalle fabbriche al territorio*. Inchiesta anno 2^o, n. 8, 1972.
- ODDONE I e altri : *Ambiente di Lavoro e Sindacato*. Ed. Sindacale Italiana Roma 1974.
- Oddone I.: *Medicina preventiva e partecipazione*. Ed. Sindacale Italiana, Roma, 1975.
- Rozzi R.: *Psicologie operai*. Feltrinelli, Milano, 1975.
- SCHNEIDER P. B.: *Psicologia mentale*. Feltrinelli, Milano, 1972.
- SPALTRO E.: *Storia e metodo della Psicologia del lavoro*. Etas libri, Milano, 1974.
- SIVADON P. e AMIEL R.: *Psychopatologie du travail*. Les éditions sociales Françaises, Paris, 1969.
- TARGOWLA O.: *La médecine du travail: le médecin aux mains sflés*. Belfond, Paris, 1976.
- ZEDDA S. e altri : *Medicina del lavoro e territorio*. Mazzotta, Milano, 1977.

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono in questo lavoro un'esperienza di collaborazione tra gli psichiatri di un servizio territoriale e gli operatori dello SMAL (Servizio Medicina Ambiente di Lavoro) che da anni lavorano nel quartiere per migliorare le condizioni di lavoro nelle fabbriche. In particolare gli Autori studiano come sia possibile agganciare l'impegno preventivo svolto nelle fabbriche con un servizio psico-sociale di quartiere che affronti tutti quei problemi che incidono spesso pesantemente su quella che viene definita la « qualità della vita ».

SUMMARY

In this work the Authors describe a cooperating experience between psychiatrists of a territorial service and the members of the SMAL (Medicine Service Working Environment) who have been working for some years in the district in order to improve the working conditions in the factories. The Authors, above all, try to find out how to join the precautionary engagement carried out in the factories with a district-psychosocial service able to face all those problems heavily affecting what's defined « life's quality ».

RIRSUMP,

Les Auters en ce travail-ci décrivent une expérience de collaboration entre les psychiatres d'un service territorial et les opérateurs du SMAL (Service Médecine Milieu de Travail) qui depuis des années travaille dans le quartier pour améliorer les conditions du travail dans les fabriques. En particulier les Auters étudient Gomme on peut rendre possible d'accrocher l'engagement préventif développé dans les fabriques avec un service psychosocial du quartier qui affronte tous ces problèmes qui ont une incidence souvent lourde sur celle qui est définie la « qualité de la vie ».