

ESTATE 2002

Anno 7 – Numero 23 - Data di pubblicazione: 26/07/02

LA QUALITÀ DELLA VITA

L'esperienza di solidarietà, la prossimità a chi vive la malattia – ma anche le esperienze personali e familiari attraversate dolorosamente dall'improvvisa malattia, dalla degenerazione fisica dei nostri anziani, oppure anche le diagnosi precoci – sono situazioni che sollecitano un interrogativo, che volgarmente tendiamo a ridurre con espressioni come: ma che vita è questa?

Tentare una risposta significa esplorare un tema di grande spessore: la qualità di vita. Questa espressione, già presente nella letteratura socio-politica fin dagli anni cinquanta, indica oggi una questione altamente problematica che è trasversale a diversi ambiti della nostra esistenza e della nostra società.

1. Anzitutto il concetto di qualità di vita nasce all'interno degli studi socio-economici: in questo senso si parla di qualità in rapporto ai consumi dei beni, ad indicare che non basta garantire alla società i livelli minimi di disponibilità di beni fondamentali (cibo, casa, lavoro) in senso quantitativo e che ciò non può determinare la felicità di una popolazione, perché essa dipende anche dal rapporto bisogni-desideri. Una società che progredisce e persegue l'ideale dello sviluppo, una volta soddisfatti i bisogni di base, insegue il soddisfacimento dei desideri e delle aspirazioni. Ma qui cominciano a sorgere dei problemi: mentre i bisogni hanno la possibilità di saturazione, i desideri non sono altrettanto limitabili, anzi le nostre società hanno dovuto registrare il fatto che anche quando cresce il livello di disponibilità di beni aumenta tuttavia il cosiddetto

“coefficiente di insoddisfazione” o di delusione, perché i desideri soddisfatti generano altri desideri.

È stato anche notato che mentre nel mondo medievale e anche in quello antico si dava come fatto scontato e quasi automatico che il soddisfacimento dei bisogni e la disponibilità dei beni aprisse lo spazio all'otium, e cioè alla coltivazione delle arti liberali, della cultura, della cavalleria, nell'attuale fase di civilizzazione, invece, la disponibilità dei beni ha imboccato la strada dei desideri per la richiesta di altri beni materiali.

2. Non potendo dunque soddisfare il desiderio sul piano del benessere economico, la “qualità della vita” assume altre connotazioni, per esempio di carattere personalistico e valoriale (distinzione tra bisogno dell'avere, bisogno dell'amare e bisogno dell'essere, dove la qualità di vita è in relazione al soddisfacimento di relazioni interpersonali più intense), la quale ha valore soprattutto nell'ambito della medicina sociale.

3. Un'altra accezione della qualità di vita è quella di tipo ecologico, che intende una vita che sia protesa a ritrovare il suo equilibrio e la garanzia della salute nella preservazione dell'ambiente naturale, infatti si parla di miglioramento dell'ecosistema. L'uomo in questo sistema di interdipendenza di queste forme di vita è il fruitore principale, il custode delle risorse e, ad un tempo, il maggior responsabile del loro degrado.

4. Ma esiste anche il significato medico di qualità della vita. La medicina in questi ultimi anni ha riportato vittorie sulle malattie infettive, ha

prodotto l'allungamento della vita media attraverso l'applicazione del metodo sperimentale, ha avviato, dopo la rivoluzione terapeutica, una seconda rivoluzione, quella biologica, nell'ambito della nuova genetica, ponendo le premesse e alimentando l'aspirazione di riuscire a superare il grande scoglio costituito dalle malattie ereditarie e dal cancro. Gli ambiti medico-specialistici dove maggiormente è stato approfondito il discorso della "qualità di vita" sono soprattutto quelli relativi al problema delle decisioni terapeutiche sui malati terminali. L'applicazione del concetto di qualità di vita si estende ovviamente anche all'ambito della vita prenatale e neonatale, dell'assistenza all'anziano, delle cure palliative, dell'igiene e sanità pubblica. Per altro la definizione stessa di salute nella concezione della OMS è pressoché sovrapponibile al concetto di qualità di vita, dal momento che per salute si intende non soltanto la cura delle malattie ma la ricerca del "pieno benessere fisico, psicologico e sociale". Ma proprio qui dove sembra tutto ricco di future felicità sorgono gravissimi dubbi ed anche aberranti ambiguità.

Il primo problema consiste nella difficoltà di definire quali sono gli elementi oggettivi e quali i fattori soggettivi nella qualità di vita. Si sa quanto contribuisca alla qualità di vita il diverso grado di cultura, l'arte o la religione in persone che godono dello stesso standard di salute fisica o di benessere economico-sociale. Due malati di tumore sottoposti alle stesse cure reagiscono soggettivamente in maniera diversa. Quanto pesa la sofferenza psichica o morale, la depressione o la relazione negativa con il coniuge per la valutazione della qualità di vita?

Di qui sorge la difficoltà – altro problema – di sapere a chi compete stabilire i parametri di qualità di vita, la loro gerarchia e il rilievo da dare a ciascuno. Finché si tratta di parametri oggettivi e fisici certamente è il medico o lo specialista che può valutare, ma quando si tratta di fattori psicologici come la "percezione di sé", la percezione di benessere, l'aspettativa di speranza rispetto alle cure e al loro livello, le attese nei confronti dei servizi, soltanto il soggetto può valutare. Ci sono coordinate che dipendono dall'età, dalle abitudini, dalla gravità della malattia.

Un altro problema è quello della elaborazione

delle scale di valutazione della qualità di vita o della loro validità. C'è chi sostiene, dimostrandola a guisa di rappresentazione matematica, la possibilità di una misurazione della "qualità di vita", mediante indici quantitativi, ma queste formule sono chiaramente utilitaristiche perché pongono come elemento valutativo importante il recupero della produttività del malato e i costi economici.

Il risultato di questa assolutizzazione non sarebbe più il principio della sacralità della vita a fondamento della norma etica ma il principio della qualità di vita; così che se una vita umana si trovasse in una condizione tale da non avere più un determinato quoziente richiesto e prefissato di qualità di vita non esisterebbe più l'obbligo di difenderla o conservarla. La mancanza di autonomia e di coscienza come la presenza del dolore sono fattori considerati come decisivi in questo senso.

Questo criterio ideologico è diventato giustificativo dell'abuso selettivo, dell'uso distorto della diagnosi prenatale, della diffusione degli screening genetici selettivi, dell'eutanasia neonatale e terminale. Il principio utilitaristico viene rafforzato con quello di autonomia inteso in senso assoluto, per cui il paziente e soltanto lui potrebbe giudicare e decidere sul proseguimento o la cessazione delle cure e circa l'eutanasia o anche il suicidio.

In queste teorie è totalmente assente il senso della trascendenza della vita umana e quindi la percezione della sua intangibilità, fattore che fonda l'obbligo del rispetto della vita e la sua sacralità. In questa concezione immanentistica e utilitarista manca inoltre in senso assoluto la capacità di dare senso alla sofferenza.

È dunque evidente che non si può concepire una società sana e instaurare una qualità di vita senza che siano soddisfatti i bisogni fondamentali (cibo, casa, igiene, lavoro) e senza che anche il campo dei desideri e delle aspirazioni spontanee sia posto in un clima di creatività e di ricerca di un sempre più ampio arricchimento umano. Ma è altrettanto evidente, ed è anche logico in una visione personalista della vita, che bisogni e desideri siano orientati dai valori della persona in quanto persona e cioè dai valori spirituali e morali.

p. Giuseppe