

XI Assemblea generale dell'Accademia Pontificia per la vita

## ***LA QUALITÀ DELLA VITA E LA SALUTE ALLA LUCE DELL'ANTROPOLOGIA CRISTIANA***

M. FAGGIONI

Il nostro titolo accosta con la tenue coordinazione di un “e” due espressioni complesse e dai significati molteplici collocandole nella luce della visione cristiana della persona umana.

Noi, in questo discorso introduttivo, esamineremo sinteticamente la valenza semantica di queste due categorie così ricorrenti nel dibattito bioetico attuale e cercheremo, quindi, di conferire a queste espressioni polisemiche un significato determinato che si radichi nella visione cristiana dell'uomo.

### **SALUTE**

La categoria di salute e quella speculare di malattia si riferiscono due situazioni, a prima vista di semplice definizione, ma in effetti la loro precisa delineazione risulta alquanto complessa e non univoca, essendo in stretta dipendenza dei diversi modelli antropologici sottesi e non sempre chiaramente esplicitati[1].

La categoria tradizionale di salute era di natura tipicamente medica perché definiva la salute come *assenza di malattia* e prendeva, quindi, come punto di partenza la malattia intesa come deviazione dalle condizioni ideali di funzionamento e di integrità dell'organismo. Nel secolo XX si è imposta una visione nuova che cercava di superare la *medicalizzazione della salute* - per usare l'efficace formula di Illich[2]- e allargava la comprensione della salute alle strutture sociali, lavorative, ricreative, educative, abitative, alimentari.

A questa comprensione allargata può essere riportata la celebre definizione di salute offerta dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS) nel *Protocollo di costituzione*, il 22 luglio 1946: “La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia o di infermità”.

La promozione della salute, allora, è ben più che rimozione delle *noxae* patogene o il ripristino di una ideale normalità organica, ma è promozione di comportamenti e condizioni di vita che permettono alla persona il conseguimento di un pieno benessere psichico, fisico e relazionale. Se la salute è una realtà globale, essa deve essere pensata e promossa attraverso una progettualità a tutto campo che abbracci il benessere fisico, psichico e sociale e che non può esser scopo della sola medicina, ma vede la medicina e le politiche sanitarie integrate all'interno di scelte politiche di più ampio respiro. La stessa medicina che un tempo si occupava quasi esclusivamente di guarire le malattie ora si sente sempre più impegnata anche nell'ambito della prevenzione e nella promozione di stili di vita. La salute diventa sempre più un obiettivo da perseguire collettivamente, un indice del progresso di una società, un banco di prova per coloro che hanno responsabilità pubbliche.

Essendo la salute un bene essenziale della persona, è ragionevole e doveroso che la società si impegni per riconoscere e promuovere per ognuno il *diritto alla salute*, anche perché solo a livello sociale una salute intesa in modo tanto allargato può essere adeguatamente tutelata. Il contenuto preciso di questo diritto, ovviamente, dipende dal senso preciso che attribuiamo alla categoria di salute e si può prestare anche ad equivoci e malintesi. L'espressione diritto alla salute non può indicare il *diritto ad essere in salute* perché la condizione di salute spesso volte non è conseguibile attraverso la medicina o altri mezzi umanamente accessibili. Esiste, piuttosto, il diritto ad essere aiutati dalla società e dalla medicina socializzata a riacquistare o conservare la propria salute. Anche questa affermazione – apparentemente pacifica e senza problema – nella prassi è tuttavia carica di inquietanti domande. Possiamo davvero garantire *tutto a tutti* nell'ambito dei servizi sanitari? Possiamo realmente mettere a disposizione di tutti qualunque presidio biomedico e garantire a tutti l'accesso a ciò che di meglio si può avere? Una concezione allargata della salute può accontentarsi di fornire a tutti soltanto un *minimo decente*? E, infine, che cosa deve intendersi per minimale, che cosa per decente?

Il tema della salute si intreccia necessariamente con il tema della giustizia e può essere declinato secondo i diversi livelli e aspetti che la giustizia sanitaria conosce. Si va dal problema della ripartizione delle risorse sanitarie a livello planetario, per cui l'idea di minimo decente nel Nord del mondo corrisponde ad un insieme di prestazioni sanitarie che non sono neppure immaginabili nel Sud del pianeta, sino alle decisioni quotidiane di trattenere un paziente in un ospedale pubblico un giorno in più o in meno in base ad un *budget* prefissato piuttosto che in base alle sue reali esigenze cliniche o, quel che è più dilemmatico, rinunciare a fornire terapie là dove una vita non possa più godere un benessere almeno minimo, ritenendo le terapie *inutili* rispetto al loro scopo e negando, per ciò stesso, il permanere del diritto ad accedere alle cure. È sconcertante pensare che un diritto della persona, come il diritto alla salute, possa relativizzarsi a tal punto e assumere contorni così diversi nei diversi contesti culturali, sociali, politici ed esistenziali. Un esempio paradigmatico e drammaticamente attuale si ha nella diversa possibilità di accesso alle cure per contrastare l'AIDS nei diversi contesti mondiali, ma gli esempi si potrebbero moltiplicare all'infinito. Ripetere lo slogan "Salute per tutti" e pensare alla salute come "stato di completo benessere" suona quasi offensivo per milioni di poveri nel mondo ed evoca la retorica vuota delle belle parole piuttosto che non un progetto che si voglia e si possa responsabilmente condurre a compimento.

A ben guardare, la definizione dell'OMS della salute come "stato di completo benessere", pur presentando il pregio di proporre una visione multidimensionale od olistica della salute e di sottolineare l'aspetto soggettivo della salute come percezione di una esistenza che si esplica con pienezza nelle sue varie articolazioni, rivela però anche i limiti derivanti dal terreno culturale nella quale essa è sorta. Prima di tutto questa definizione, assunta nel contesto di una cultura della prestazione, favorisce una lettura crudamente efficientista della salute per lo stretto legame che tende ad instaurarsi tra benessere personale e capacità di rispondere alle attese sociali. La stessa OMS, in un'altra meno celebre, ma non meno significativa affermazione, ha accostato il senso dell'esistere alla capacità produttiva definendo la salute "lo stato di benessere fisico e mentale necessario per vivere una vita piacevole, produttiva e ricca di significato". Compito della

medicina, in questa prospettiva, è di contrastare e – se possibile - eliminare la malattia con il suo corteo sintomatologico, in modo da reintrodurre il malato nella cosiddetta vita attiva o almeno ridurre il peso sociale in termini di necessità di assistenza e di cure.

In secondo luogo, la concezione della salute come completo benessere implica, infatti, una visione secolarizzata della salvezza nella persuasione illusoria che l'uomo può procurarsi e raggiungere con i suoi mezzi la pienezza del benessere in questa vita. Questo, come conseguenza, concorre a creare\ attese irrealistiche sulla possibilità della medicina di rispondere a tutti i bisogni e i desideri delle persone. Nella medicina dei desideri la dimensione soggettiva della salute viene enfatizzata al punto di confondere il diritto alla salute con il diritto a vedere soddisfatti i propri desideri e si pretende che la medicina procuri le condizioni per realizzarli. La medicina dei desideri, incentivata dal mercato della salute, incrementa la richiesta di prestazioni farmacologiche e medico-chirurgiche, assorbe risorse pubbliche oltre ogni ragionevolezza e dilata, sino ad estenuarla, la categoria di terapeuticità.

## **QUALITÀ DELLA VITA**

Le luci e le ombre contenute nella idea della salute come benessere si sono riversate ed espresse, a partire dagli anni '50, nella categoria di *qualità di vita* e si può dire che la categoria di qualità della vita è diventata un modo usuale per riferirsi alla salute in termini di benessere, con una enfasi implicita sulle dimensioni soggettive della salute.

Nella letteratura bioetica la nozione di *qualità della vita* è un tema costante, ma non sempre adeguatamente argomentato. È facile verificare che, in genere, i sostenitori della cosiddetta bioetica della qualità della vita offrono molti indici e algoritmi per calcolarla e si impegnano seriamente per confutare il paradigma rivale, rappresentato - secondo molti di loro - dalla bioetica della sacralità della vita, ma si dimostrano più deboli quando si tratti di fondare e definire rigorosamente la qualità della vita[3].

Dal punto di vista teorico sono stati individuati diversi approcci a questa categoria[4], ma si possono individuare alcuni tratti comuni e ricorrenti. Prima di tutto, nel definire la qualità della vita si fa riferimento stati mentali piacevoli o dolorosi del soggetto in risposta alle sue condizioni psico-fisiche e sociali, per cui si ritiene che promuovere una buona qualità di vita consista nel produrre condizioni di vita gratificanti e nel rimuovere condizioni penose o dolorose. A livello sociale, per esempio, una politica sanitaria di allocazione delle risorse sarà ritenuta più o meno adeguata a promuovere la qualità di vita a seconda degli effetti piacevoli prodotti e delle situazioni spiacevoli rimosse. L'insistenza sulla dimensione soggettiva della qualità della vita, se viene estremizzata, può introdurre un tale carattere di relatività che, alla fine, ne è impedita una qualsiasi valutazione oggettiva. Soggetti diversi, infatti, possono benissimo dare valutazioni diverse di che cosa sia una vita di buona qualità e questa variabilità, se non si compone con criteri di oggettività, sfocia nella più assoluta indeterminazione, contro la pretesa di fondare la valutazione del valore della vita su basi razionali e a partire da criteri verificabili e costanti.

Molti Autori, cercando di superare le aporie derivanti da una accentuazione unilaterale della componente soggettiva della qualità della vita si sforzano, di

riportare la qualità della vita sul terreno dell'oggettività e propongono di assumere come indici di essa la possibilità di esprimere alcune capacità ritenute propriamente umane. C'è chi, come H. Tr. Engelhardt, individua queste capacità nella integrità delle funzioni cerebrali, nell'autocoscienza e nella relazionalità e c'è chi, come Fletcher, riconosce la qualità di una vita davvero umana a chi dimostri un minimo intellettuale, autocoscienza, autocontrollo, senso del tempo, capacità di relazione, interesse per l'altro, capacità comunicativa, capacità di cambiare, equilibrio fra ragione e sentimento, funzioni neocorticali.

Ovviamente occorre condividere una precisa visione di ciò che è tipicamente umano e resta comunque irrisolta la questione se e per quali ragioni mantenga un suo valore una vita umana impossibilitata ad esprimere queste capacità tipicamente umane o – che è equivalente – se resti il dovere di tutelare e prendersi cura di una vita che non potrà mai esprimere queste stesse capacità. In sostanza, sia che si tratti di riportare la qualità della vita a indici di fruibilità di beni e di piacevolezza, sia che si cerchi di focalizzarla su attività e capacità tipicamente umane la categoria di qualità della vita, alla fine, trascura le dimensioni più profonde, ontologiche e non efficientiste dell'essere[5].

In questo senso si muove la definizione di qualità di vita elaborata da un gruppo di lavoro dell'OMS come “l'insieme delle percezioni individuali della propria posizione vitale nel contestodei sistemi culturali e assiologici in cui ciascuno vive e in rapporto con le proprie mete, attese, standard e interessi”.

Anche la nozione di qualità della vita rimanda sempre ad una antropologia che la sostanzia e la fonda. Sarà, infatti, l'antropologia di riferimento, spesso implicita e non tematizzata, a dirci che cosa si deve intendere per “una vita buona”, “una vita felice”, “una vita piacevole” o “degnata di essere vissuta” e, ancora più radicalmente, chi è “umano” e quindi merita il nostro impegno per tutelare e promuovere la sua qualità di vita.

Normalmente, in campo antropologico, i fautori della qualità della vita, dimostrano di presupporre una antropologia piuttosto semplificata. Se, infatti, promuovere la qualità della vita significa rispondere in modo utilitaristico alle attese o realizzare condizioni di esistenza piacevoli, sarà necessario che il soggetto destinatario del nostro interesse o della nostra tutela possa apprezzare i risultati, avere attese, serbare memoria, percepire interessi. Non molto diversamente, in ambito neocontrattualista, ci sono Autori che tendono a riconoscere come veramente umani in senso ontologico quegli esseri che presentano in atto le capacità o qualità ritenute tipiche della persona e negano la cittadinanza nella comunità morale a quegli esseri umani che non riescono più o non riescono ancora a manifestare indici chiari di umanità, come l'autocoscienza o la capacità di instaurare relazioni interpersonali[6].

Per costoro la persona è costituita e non rivelata dai *signa personae*. Il valore di ciascuna vita umana e di una stessa vita in condizioni e tempi diversi della sua storia dipende dalla presenza o meno di alcune caratteristiche o qualità che sono ritenute rilevanti. Parallelamente varia anche la valutazione della forza del diritto ad esistere e a ricevere cure e assistenza.

Qui possiamo riconoscere il corto-circuito logico di tanta bioetica laica. La nozione di qualità della vita è sostanziata dall'antropologia di riferimento, ma

l'antropologia tende a identificare come veramente umani i soggetti che già vivono o potrebbero vivere vite di buona qualità. La nozione di qualità della vita, in altre parole, non solo è criterio di eticità per stabilire il diritto alla tutela e il dovere di rispettocura, ma concorre anche a definire l'umano. Esistono vite che non raggiungono *standard* di prestazione adeguati e che non sono ritenute meritevoli di tutela o della stessa tutela di cui godono le vite di buona qualità.

L'etica della qualità della vita, se è intesa così, conduce senza dubbio a introdurre discriminazioni fra gli esseri umani per quanto riguarda la loro dignità e i loro diritti. L'uguaglianza fra tutti gli esseri umani è il fondamento e presupposto condiviso della convivenza sul nostro pianeta e l'irrinunciabile principio che fonda la democrazia moderna. La categoria di qualità della vita usata come criterio di valore della vita umana nega il fondamento naturale e culturale dell'uguaglianza, e introduce un'etica della disuguaglianza. Ora, anche se è vero – come annota Adriano Pessina – che “la tesi dell'uguaglianza (ontologica) tra gli uomini, e quindi quella del loro valore intrinseco, è storicamente debitrice sia della filosofia stoica sia della religione ebraico-cristiana, ... queste origini non impediscono che si possa accedere ad un riconoscimento della dignità dell'uomo che non passi attraverso quelle fondazioni”[7].

Quello che è tragico è che quest'etica della disuguaglianza pretende di avere un'intima ragionevolezza e pretende di fondare su dati oggettivi (atti, condizioni psico-fisiche, fasi della vita, prestazioni ..) una disuguaglianza che è pura costruzione culturale.

## **SALUTE E QUALITÀ DELLA VITA IN PROSPETTIVA CRISTIANA**

All'etica della qualità della vita si suole contrapporre –con un eccesso di semplificazione - l'etica della sacralità della vita. La contrapposizione, come vedremo, può essere superata, ma ha una sua ragion d'essere se noi teniamo presente che, nel dibattito bioetico, le due espressioni sono assunte in relazione a precisi contesti antropologici ed etici e, quindi, sono determinate nel loro contenuto dal sistema filosofico di riferimento.

La bioetica della qualità della vita presuppone che la vita sia eticamente definita attraverso le sue qualità e ammette una disuguaglianza di valore tra le diverse esistenze umane. Con l'espressione sacralità della vita si possono intendere diverse realtà, ma fondamentalmente si vuol esprimere l'idea che il valore della vita umana non dipende da un apprezzamento e da una valutazione delle qualità che essa accidentalmente presenta, bensì dal fatto stesso di essere una vita umana[8]. Affermare la sacralità di ogni vita umana e dedurne l'eguaglianza di dignità e l'intangibilità non nasconde che le diverse esistenze manifestano qualità diverse, alcune desiderabili ed indesiderabili, non nasconde che per alcuni e, forse, molti la vita non sia felice, compiuta e realizzata, ma non per questo ritiene diminuita la dignità e il valore di quelle esistenze fragili e dolenti.

L'agente morale è, dunque, chiamato non ad attribuire valore, ma a riconoscere il valore intrinseco di ogni vita umana in quanto umana. Annota giustamente mons. Carrasco De Paula che l'espressione “valore della vita umana” è una forma abbreviata “della più precisa locuzione *valore dell'uomo vivente in quanto vivente*”[9]. La vita non è un bene che si possiede e che può essere abbandonato o

estinto quando cessa di apparire un bene desiderabile o utile, ma è l'esperienza complessiva del proprio esistere. Io non ho una vita, io sono un vivente.

La categoria di sacralità è molto criticata dalla bioetica laica, che parte spesso da una opzione antireligiosa e antimetafisica, ed è anche molto fraintesa. Alcuni danno alla categoria di sacralità una intonazione magico-sacrale e attribuiscono alla morale cattolica un grossolano vitalismo o esaltazione assoluta e incondizionata della vita biologica deridendola per il suo attaccamento a una visione prescientifica della vita. Altri – come la H. Kuhse in un celebre saggio – identificano la sacralità della vita con la sua intangibilità e giustificano tale intangibilità in modo nominalistico attraverso il comando divino: “Non uccidere”. Altri cercano di recuperare la categoria di sacralità demitizzandola e staccandola dal contesto religioso in cui nasce e nel quale è pienamente intelleggibile: si parlerebbe allora di sacralità della vita in senso evocativo, emotivo, parenetico per indicare il valore che si attribuisce alla vita umana e spingere la gente al rispetto per essa.

Si cercano nella scienza, soprattutto nella teoria dell'evoluzione, nelle neuroscienze, nell'etologia e nella sociobiologia prove di una continuità ininterrotta fra vita umana e vita animale, per superare lo scarto ontologico fra uomo e animale e poter negare ogni valore speciale e tanto meno sacro alla vita umana. Il *riduzionismo antropologico* è il vero sottofondo di molta della bioetica laica e dell'antropologia diffusa nella cultura secolarizzata e comporta l'incapacità di cogliere la multidimensionalità della persona umana, il valore della sua vita il senso ultimo del suo esistere[10].

La convinzione della dignità, del valore, della autonomia della persona, rappresenta invece uno degli elementi qualificanti della proposta antropologica cristiana. In sostanza, rispondere alle sfide del riduzionismo antropologico significa riaffermare la *differenza* dell'essere umano rispetto ad ogni altro essere e quindi la sua *eccellenza* assiologica, come si legge in un famoso testo di *Gaudium et Spes* dedicato a descrivere i costitutivi dell'uomo:

Uno nell'anima e nel corpo, l'uomo per la sua stessa condizione corporea riassume in sé gli elementi del mondo materiale ... L'uomo in verità non si inganna quando si riconosce superiore alle cose corporee ... infatti con la sua interiorità supera la totalità delle cose[11].

Il pensiero cristiano, sin dai primi tentativi di *pensare la fede* da parte dei Padri, ha ritenuto irrinunciabile l'affermazione dell'*eccedenza* dell'uomo rispetto alla sua base o dimensione o componente biologica e materiale e ha trovato conveniente esprimere questa eccedenza ricorrendo al *theologoumenon* dell'*anima*. Appunto in questo contesto si situa tradizionalmente la categoria etica di *sacralità della vita*[12].

Per la bioetica cattolica “la vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il suo Creatore, suo unico fine”[13].

Questa *creaturalità* dell'uomo è un dato fondamentale della antropologia cristiana. L'uomo è una creatura e perciò, come ogni altra creatura, è pensabile solo in relazione con Dio, ma la relazione della creatura umana con Dio è

*assolutamente unica*, perché è una *relazione costitutiva ed esclusiva*, una relazione personale che fa dell'uomo una *persona*, una realtà aperta ad autotranscendersi nel Tutto e ad aprirsi all'Alterità, in un moto dinamico che lo conduce verso una sempre maggiore attuazione e un compimento definitivo.

Il valore della vita umana non deriva quindi da ciò che un soggetto fa o esprime, ma dal semplice suo esistere e dal suo essere costituita in relazione con Dio: la radice del valore e della inviolabilità di ogni vita umana sta ultimamente in Dio. Giovane o adulto, sano o malato, embrione o neonato, genio o idiota, il valore di ogni essere umano è del tutto indipendente dalla qualità delle sue prestazioni o della sua vita; ciò che conta è il suo essere in relazione con Dio. La radice teologale di questo fondamentale valore viene espressa con efficacia in un bel passo della istruzione *Donum Vitae*:

La vita fisica, per cui ha inizio la vicenda umana nel mondo, non esaurisce certamente in sé tutto il valore della persona né rappresenta il bene supremo dell'uomo che è chiamato all'eternità. Tuttavia ne costituisce in un certo qual modo il valore *fondamentale*, proprio perché sulla vita fisica si fondano e si sviluppano tutti gli altri valori della persona. L'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente dal momento del concepimento alla morte è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita[14].

La visione cristiana della persona e del valore della sua vita ci porta così a delineare una comprensione delle categorie di salute e di qualità di vita che non rifiuta gli apporti costruttivi del pensiero secolare, ma li rilegge in una prospettiva originale.

L'antropologia cristiana, così attenta a sottolineare l'unità della persona nella sua multidimensionalità, privilegia - è intuibile - una *nozione olistica* di salute e di malattia, in cui concorrono e interagiscono elementi corporei, psichici e spirituali senza dimenticare le imprescindibili risonanze relazionali. Come la vita umana non può essere ridotta alle sue sole dimensioni biologiche, ma è vita della persona nella sua multidimensionalità, così la salute non può essere ridotta ad una o all'altra delle dimensioni dell'uomo, ma è armonia e integrazione di tutte le energie personali, fisiche, psichiche e spirituali. La salute, in questo senso molto ampio, può essere definita, con Karl Barth, "la forza di essere uomo"[15].

Promuovere la salute di un soggetto, allora, non significa procurargli l'assenza di qualsiasi limitazione o malattia o disagio, ma aiutarlo a vivere consapevolmente la sua vita nel modo più autentico a partire dalla concretezza delle sue condizioni psico-fisiche. D'altra parte il diritto alla salute non esige né la fruizione di qualità di vita standardizzate, né la medesima possibilità di conseguirle. La salute è equilibrio e armonia della persona, ma un equilibrio ed una armonia che non sono dati una volta per tutte e a tutti nello stesso modo. Ognuno deve essere aiutato a trovare la sua armonia e il suo equilibrio nella propria particolare situazione esistenziale perché il diritto alla salute non è limitato a coloro che godono di standard prefissati di qualità di vita prefissati, ma deriva dal diritto alla vita, diritto che è radicato in ogni persona umana in quanto soggetto di una vita che rimanda alla vita stessa di Dio e che si dispiega nei diversi itinerari esistenziali di ciascuno. Il diritto alla salute è un diritto

logicamente e assiologicamente precedente il suo riconoscimento sociale perché la salute, pur essendo percepita e declinata attraverso categorie culturalmente condizionate, non è pura costruzione socio-culturale, ma si innesta sul nativo diritto alla vita come forza e capacità di vivere la propria vita.

Mentre l'esaltazione unilaterale dei valori corporei sfocia oggi in un salutismo estremo, in un idoleggiamento della prestanza e vigoria corporea, in una ricerca esasperata di efficienza, in un edonismo neopagano incapace di accettare l'esperienza della malattia e della decadenza psicofisica come possibili esperienze di autenticità, alla luce dell'antropologia cristiana è possibile stabilire un sano discernimento fra una ragionevole cura della salute e l'emergere di un desiderio infantile ispirato da grandiosità e onnipotenza, è possibile, soprattutto, cogliere il valore della vita là dove, per lo scadere della salute psichica, fisica, sociale, la sua qualità si riduce a livelli minimali. Anche là dove la vita umana fosse vissuta dal soggetto e percepita dagli altri come una *vita di bassa qualità*, resta pur sempre quella *qualità essenziale* della vita che non dipende dalle sue qualità, ma dal valore in sé della vita umana.

Tutelare la salute di un soggetto significa allora aiutarlo ad attuare l'*intrinseca bontà* della propria esistenza lungo un itinerario che si snoda in continuità dal suo primo sorgere, nel concepimento, sino al suo spegnersi, nella morte. Non sarà mai un bene per l'altro agire contro il suo esistere incarnato (come nell'eutanasia e nel suicidio assistito) perché nega il valore di questa esistenza invece che affermarla, ma non potrà mai essere un bene neppure prendersi cura della salute dell'altro negando dimensioni veritative essenziali del suo essere umano, quali la libertà o l'amore (come nella cosiddetta salute riproduttiva).

Prendersi cura della salute propria e dell'altro significa riconoscere il valore dell'esistere proprio e altrui in tutta la sua vastità e nelle sue molteplici articolazioni. Prendersi cura è struttura etica fondamentale che corrisponde all'accoglienza dell'esistenza dell'altro come prossimo e simile a me, prendersi cura della salute dell'altro significa promuovere la sua esistenza in quanto portatrice di un appello alla mia coscienza, significa accettare la struttura esistenziale della dipendenza nella forma dell'interdipendenza. Ognuno di noi deriva da altri, dipende per il suo essere da altri e questo può diventare *cifra* per cogliere la propria originaria dipendenza creaturale. Nel momento infatti in cui accolgo la relazione con l'altro e accetto che egli dipenda da me, la mente si dischiude a cogliere, nel mistero, la nativa limitatezza e la radicale dipendenza creaturale dell'essere umano. Prendersi cura della vita dell'altro significa, perciò, affermare che Dio esiste e che l'uomo è la sua immagine.

[1] ASHLEY B., O'ROURKE K., *Etica sanitaria. Un'analisi teologica*, Torino 1993, 45-66; ENGELHARDT D. VON, *Health and Disease. History of a Concept*, in REICH W. T. ed., *Encyclopaedia of Bioethics*, vol. 2, New York 1995, 1085-1092; SCHOCKENHOFF E., *Etica della vita*, Brescia 1997, 219-242; VIAFORA C., *Malattia*, in COMPAGNONI F. ed., *Etica della vita*, Cinisello Balsamo 1996, 81-116.

[2] ILLICH I., *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Milano 1976.

[3] Della sterminata letteratura, vedere per esempio: BOWLING A., *Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales*, Philadelphia 2001; CATTORINI, REICHLIN, *L'idea di vita in bioetica*, "Filosofia e Teologia" 10 (1996), 301-317 (313); DAUM M. *The quality of life report*, New York 2003; LECALDANO E., *Questioni etiche sui confini della vita*, in DI MEO A., MANCINA C. cur., *Bioetica*, Roma-Bari 1989, 19-39; SHAW A., *Defining the Quality of Life: a Formula without Numbers*, "Hastings Center Report" 7 (1977), 5-11; ID., *QI Revisited*, "Hastings Center Report" 18 (1988), 10-12.

- [4] Cfr. SANDØE P., *Quality of Life – Three Competing Views*, in “Ethical Theory and Moral Practice” 2 (1999), 11-23.
- [5] In questo senso l’affermazione di *Evangelium vitae* secondo la quale “la cosiddetta *qualità della vita* è interpretata in modoprevalente o esclusivo come efficienza economica, consumismo disordinato, bellezza e godibilità della vita fisica, trascurando le dimensioni più profonde – relazionali, spirituali e religiose – dell’esistenza”.
- [6] Tipica l’impostazione di H. T. ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*, Oxford 1996, 239.
- [7] PESSINA A., *Bioetica*, 74.
- [8] Una presentazione informata: CHIODI M., *Tra cielo e terra. Il senso della vita a partire dal dibattito bioetico*, Assisi 2002, 45-94; KEENAN J. F., *The Concept of Sanctity of Life and its Use in Contemporary Bioethical Discussion*, in BAYERTZ K. ed., *Sanctity of Life and Human Dignity*, Dordrecht-Bioston-London 1996, 1-18.
- [9] CARRASCO DE PAULA I., *Dignità e vita umana nell’etica medica*, “Medicina e Morale” 45 (1995), 213-222 (qui p. 220).
- [10] Cfr. FAGGIONI M. P., *La sfida del riduzionismo tecnico scientifico al progetto uomo*, “Studia Moralia” 38 (2000), 437-473.
- [11] CONCILIO ECUMENICO VATICANO II, Cost. Past. *Gaudium et Spes*, 14 (EV 1/1363): “Corpore et anima unus, homo per ipsam suam corporalem condicionem elementa mundi materialis in se colligit... Homo vero non fallitur, cum se rebus corporalibus superiorem agnoscit ... Interioritate enim sua universitatem rerum excedit”.
- [12] Per approfondire: FERNGREN G. B., *The Imago Dei and the Sanctity of Life: the Origins of an Idea*, in MCMILLAN R. C., ENGELHARDT J. R., SPICKER S. F. edd., *Euthanasia and the Newborn*, Dordrecht (ND) 1987, 23-45; KUHSE H., *The Sanctity of life Doctrine in Medicine. A Critique*, Oxford 1987; SPINSANTI S., *Qualità della vita o santità della vita? Oltre il dilemma*, in VIAFORA C. cur., *Centri di bioetica in Italia. Orientamenti a confronto*, Padova 1993, 212-224.
- [13] CONGR. DOTTR. FEDE, Istr. *Donum Vitae*, 22-2-1987, Introd. 5.
- [14] CONGR. DOTTR. FEDE, Istr. *Donum Vitae*, Introduzione, n. 4.
- [15] BARTH K., *Kirchliche Dogmatik*, vol. 3, tom. 4, Zollikon-Zürich 1951, 406.