

**Dal boom economico degli anni Cinquanta e Sessanta, i benefici e le criticità contenute nella nozione di salute sono state riversate ed espresse nella categoria della “qualità di vita”, diventando un modo usuale per riferirsi alla salute in termini di benessere.**

Difatti, dal punto di vista concettuale, sono stati individuati diversi approcci a questa categoria che reperiscono il concetto di “qualità di vita” negli stati mentali piacevoli o dolorosi della persona, in risposta alle proprie condizioni psico-fisiche e sociali (P. Sandøe, *Quality of Life - Three Competing Views*, in *Ethical Theory and Moral Practice*, Vol. 2, pp. 11-23, 1999). Questa idea deriva da un pensiero sociale condiviso che presuppone di scoprire nelle situazioni gratificanti, condizioni di vita favorevoli che variano dall’istruzione, occupazione, salute al tempo libero (A. Haw, *Defining the Quality of Life: a Formula without Numbers*, Hastings Center Report, Vol. 7, pp. 5-11, 1977).

In merito, **un recente report Eurostat “Quality of life - Facts and views” ha indagato la “qualità della vita” attraverso otto dimensioni:** condizioni materiali, occupazione, salute, istruzione, tempo libero e interazioni sociali, sicurezza economica, diritti e grado di soddisfazione della propria vita.

**Indubbiamente la dimensione della salute è fondamentale per valutare la qualità della vita:** un cattivo stato di salute, non solo riduce potenzialmente la durata della vita ma, a livello collettivo, ostacola lo sviluppo economico e sociale di un Paese, a causa dei costi diretti e indiretti ad esso connessi. La spesa sanitaria, ad esempio, costituisce una parte significativa della spesa pubblica e privata nell’Unione Europea: in media nei paesi membri dell’UE, la spesa sanitaria pro capite è aumentata del 4,6% l’anno in termini reali tra il 2000 e il 2009 (OECD Publishing, *Health at a Glance*, Europe, 2014).

Tra gli indicatori presi in considerazione nel report Eurostat per valutare la qualità di vita, in riferimento alla salute, assumono particolare rilevanza: **la speranza di vita e l’autovalutazione circa il proprio stato di salute (fisica e mentale) e l’accesso alle cure sanitarie.**

**Con particolare riferimento alla speranza di vita, la popolazione europea sembra essere tra le più longeve: la speranza di vita media è di circa 80 anni (80,3) ed è aumentata di 1,8 anni dal 2005 al 2012.** Esiste, però, un divario tra uomo e donna: in media, le donne nell’Unione Europea vivono 5,6 anni più a lungo rispetto agli uomini, anche se la speranza di vita

per quest'ultimi sembra aumentare più velocemente, di 2,1 anni tra il 2005 e il 2012, a fronte di 1,6 anni per le donne. Il report Eurostat evidenzia anche come permangano ancora differenze a livello nazionale: in media, i ciprioti, i francesi, gli italiani e gli spagnoli vivono più a lungo rispetto agli altri cittadini europei, con una speranza di vita che ha superato gli 82 anni nel 2013; al contrario, i bulgari, i lettoni e i lituani vivono in media meno di 75 anni. In generale, la speranza di vita è più bassa nei Paesi che hanno aderito all'UE dopo il 2004, con l'eccezione di Cipro e Malta.

**In riferimento, al secondo indicatore, la percezione del proprio stato di salute, quasi sette su dieci (67,7%) europei dichiarano di essere in buona salute.** In particolare, nel 2013, gli irlandesi hanno valutato il loro stato di salute abbastanza buono (3,6%), seguiti dai maltesi (3,9%), svedesi (4,0%), olandesi (5,4%), finlandesi (6,7%) e ciprioti (6,9%).

Considerando il genere, invece, **gli uomini europei tendono a valutare il loro stato di salute più positivo rispetto alle donne.** Infatti, il 70,7% degli uomini percepisce il proprio stato di salute come buono o molto buono e solo l'8,4% come cattivo o molto cattivo, mentre le donne rispettivamente il 65% dichiara un buon stato di salute mentre il 10,5% afferma di avere problemi di salute.

**Il report Eurostat ha anche evidenziato come spesso la percezione del proprio stato di salute sia associata alla propria situazione occupazionale:** coloro che possiedono un più alto livello di istruzione e coloro che partecipano più attivamente al mercato del lavoro, tendono a valutare più positivamente il proprio stato di salute. L'80% degli europei con un lavoro a tempo pieno afferma di godere di buone o ottime condizioni di salute. Tale percentuale cala per i lavoratori part-time (75%) e per i disoccupati (69,5%). I pensionati hanno una percezione del proprio stato di salute di gran lunga peggiore: solo il 40% afferma di godere di buone o ottime condizioni di salute.

Per quel che concerne l'insorgenza delle malattie croniche, nel 2013 circa 8,3% dei cittadini europei ha dichiarato di essere affetto da gravi limitazioni di lunga data a causa di problemi di salute. **In particolare, circa un terzo dei cittadini europei (32%) ha riferito di aver una malattia, mentre il 3,6% non poteva soddisfare le esigenze mediche perché l'accesso alle cure è risultato difficoltoso.** Si osserva, inoltre, che le persone con malattie di lungo termine risiedono in Finlandia (47,5%) ed Estonia (44,3%), mentre i paesi europei in cui si riscontrano maggiori difficoltà a soddisfare le esigenze mediche sono la Lettonia (13,8%) e la Romania (10,4%).

Da quanto emerso nel suddetto report, possiamo rimandare la nozione di qualità della vita ad una antropologia che la sostanzia e la fonda. Invero, la nozione di qualità della vita, non solo è criterio di eticità per stabilire il diritto alla tutela e alle cure, ma concorre anche a definire gli aspetti della vita di una persona, negando, a volte, il fondamento naturale e culturale dell'uguaglianza.

Questo scenario ci fa riflettere su uno degli aspetti europei non ancora colmati, ovvero quello legato all'accesso alle cure e all'insorgenza crescente delle malattie croniche, che aspetta di essere ratificato attraverso un nuovo modello di welfare sociale europeo, che renderà evidente la necessità di far permanere e/o di reinserire le persone con problemi di salute nel mercato del lavoro, affinché si possa affrontare il declino dell'offerta di lavoro e la carenza di forza-lavoro qualificata.

Un investimento, quindi, sulla salute e sul benessere delle persone diventerà sempre più un bisogno anche economico per gli Stati europei in funzione della sostenibilità dei loro sistemi sanitari e di protezione sociale.

### **Federica Romano**

Scuola di dottorato in Formazione della persona e mercato del lavoro

ADAPT, Università degli Studi di Bergamo

*@89fede\_romano*

### **Fabiola Silvaggi**

Scuola di dottorato in Formazione della persona e mercato del lavoro

ADAPT, Università degli Studi di Bergamo

*@FabiolaSilvaggi*

Scarica il pdf 