



Libro dei casi sulla Bioetica e l'Olocausto

**Tessa Chelouche
Geoffrey Brahmer**

con la collaborazione di
Susan Benedict



Libro dei casi sulla Bioetica e l'Olocausto

Autori:

**Tessa Chelouche
Geoffrey Brahmer**

**Con la collaborazione di
Susan Benedict**

**CATTEDRA DI BIOETICA DELL'UNESCO
Direttore della Cattedra: Prof. Amnon Carmi**

Centro Internazionale per la Salute, il Diritto e l'Etica

Facoltà di Giurisprudenza, Università di Haifa, Israele

Commissione Nazionale Israeliana per l'UNESCO



Dott.ssa Alessandra Pentone

Membro Onorario della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO-Haifa

Autrice della traduzione in lingua italiana

Maggio 2013

Cattedra di Bioetica dell'UNESCO

e-mail: acarmi@research.haifa.ac.il

ISBN 978-965-444-034-9

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, archiviata in un sistema di recupero o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo elettronico, meccanico, fotocopiato, registrato o altro senza previa autorizzazione scritta e firmata della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO. Di norma, l'autorizzazione sarà data per la revisione, estrapolazione, riproduzione e traduzione della presente pubblicazione, in parte o nel suo insieme, ma non per la vendita né in combinazione per uso commerciale, tranne che per il riconoscimento della pubblicazione originale da parte della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO, Università di Haifa, Israele.

Gli autori sono esclusivamente responsabili per le considerazioni espresse in questo documento che non rappresentano necessariamente quelle delle organizzazioni a cui sono associate.

COPYRIGHT © Cattedra di Bioetica dell'UNESCO

Disegno grafico: Vered Bitan Studio

Pubblicazione: Sezione Pubblicazioni, Ministero dell'Istruzione, Israele

Tutti i diritti riservati © 2013



Ringraziamenti

Siamo particolarmente grati al professor Amnon Carmi della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO del Centro internazionale per la Salute, il Diritto e l'Etica dell'Università di Haifa. Questo progetto speciale non sarebbe stato realizzato senza la sua sensibilità sull'importanza di una tale opera. Inoltre, vorremmo rendere merito alla sua ispirazione, ai suoi preziosi suggerimenti, al suo aiuto ed al suo supporto.



Tavola dei Contenuti

Premessa	7
Introduzione	9
Prima Parte: I Medici Nazisti	17
Il Contesto Storico	
1. L'adozione del concetto di eugenetica da parte della medicina nazista	23
1.1 Eugenetica: la partecipazione dei medici alle decisioni sul valore della vita umana	23
1.2 Sterilizzazione eugenetica	28
2. Razzismo e medicina nazista	32
2.1 L'uso della razza nella diagnosi medica	32
2.2 Il razzismo all'interno della comunità medica nazista	37
3. La formazione medica secondo il regolamento nazista	42
4. La stampa medica durante il Nazismo	47
5. La duplice lealtà dei medici: Stato vs. Individui	51
6. La pressione economica in medicina	56
7. Eutanasia	62
8. Il significato del giuramento di Ippocrate	69
9. La ricerca in medicina	74
9.1 Riservatezza medico-paziente	74
9.2 Il consenso informato nella sperimentazione umana	78
9.3 Il consenso dei genitori alla terapia medica	85



9.4	Utilitarismo nella ricerca clinica	88
9.5	Uso di parti del corpo acquisite in modo non etico	92
9.6	Falsificazione di cartelle cliniche	98
9.7	Si possono usare i dati ottenuti dai medici nazisti?	101
10.	Medici e tortura	107
11.	Partecipazione medica al genocidio	112
12.	L'etica delle compagnie farmaceutiche nella ricerca medica	117
13.	Coscienza medica e denuncia d'illecito	123

Seconda Parte: I medici prigionieri 130

Contesto storico 130

1.	Inutilità medica in circostanze estreme	134
2.	Triage medico	137
2.1	Abuso del Triage: le “selezioni” naziste	137
2.2	Giustizia distributiva	141
3.	I rischi della terapia	144
3.1	Rivelazione dell'identità professionale di fronte al pericolo di morte	144
3.2	Curare il nemico	147
3.3	Curare in circostanze pericolose - Il dovere d'obbligo del medico/dell'infermiere	151
3.4	Cambiare il comportamento etico	154
3.5	Assecondare i medici nazisti	157
4.	Aborto: la prospettiva dei medici nazisti e dei medici prigionieri	160
5.	Curare pazienti morenti: rifiutarsi di assistere i pazienti nel morire	166
6.	Rivelare la verità	169
7.	Scelte “senza scelta” in medicina	173



Appendici:	176
1. Il Codice di Norimberga, 1947	176
2. Direttiva del Ministro Prussiano per gli affari religiosi, educativi e sanitari, 1900	178
3. La circolare del Reich sulla salute: direttive sulla nuova terapia e la sperimentazione umana, 1931	179
4. Dichiarazione di Helsinki	181



Premessa

L'iniziativa della dottoressa Tessa Chelouche, noto medico israeliano e studioso di storia della medicina, di pubblicare un libro sul fenomeno dell'operato e del comportamento dei medici durante l'olocausto, merita notevole apprezzamento. La raccolta di dati rilevanti, ricavati dagli archivi segreti, avrebbe dovuto essere non solo una missione scientifica complessa, ma anche un'esperienza emotiva decisamente difficile.

Si racconta che Shimon Dubnov, grande storico ebreo, quando fu condotto a morte insieme ad altri ebrei a Riga, si rivolse loro dicendo: "Ricorda, ricorda (in yiddish: schreibst un verschreibst), scrivi tutto".

Ricordare: quale vantaggio ne potrà derivare?

Perché dovremmo evocare fantasmi? Perché dovremmo aprire le camere a gas, il vaso di Pandora della tortura e della disperazione, che l'olocausto rievoca? Perché dovremmo radunare tutte le nostre forze per ricordare quando fa così male?

"Se guardiamo troppo intensamente verso i morti", ha detto Elie Wiesel, "corriamo il rischio di essere tentati di raggiungerli".

Ricordare non è fine a se stesso, è solo uno strumento. L'uso di questo strumento potrebbe essere giustificato per un solo scopo: MAI PIÙ!

Non ai fini di documentare scientificamente, non allo scopo di glorificare le morti dei martiri. Ciò che è stato fatto non può essere cancellato e, ricordare i morti, non li riporterà indietro. "Mai più" richiama la sopravvivenza dell'umanità, del genere umano.

Durante la lettura dei casi raccolti da Tessa Chelouche, Geoffrey Brahmèr e Susan Benedict è difficile capire come un popolo possa diventare popolo di assassini o di complici di assassini e come i medici possano infliggere un tale dolore a degli esseri umani.

Nelle parole di Elie Wiesel: "Non capisco come sia successo. E più vivo, meno capisco. Ma continuerò ad imparare e questa è un'altra lezione, anche se non comprendiamo, dobbiamo continuare ad apprendere".

La cattedra di Bioetica (Haifa) è stata autorizzata dall'UNESCO a promuovere e diffondere l'insegnamento dell'etica nelle facoltà di medicina di tutto il mondo.



Essa soddisfa le esigenze di insegnanti e studenti, producendo e fornendo loro una serie di guide come questa pubblicazione.

La creazione di codici etici e libri non è sufficiente fino alla loro messa in atto. Implementare significa educare.

Bioetica e Olocausto fornisce la comprensione del fenomeno dell'Olocausto. La lotta con la questione insolubile - come possa accadere - può consentire ai nostri studenti di realizzare il desiderio e la necessità del Mai Più e di soddisfare il testamento: schreibt un verschreibt.

Prof. Amnon Carmi,
Direttore della Cattedra di Bioetica dell'UNESCO (Haifa)



Introduzione

La più grande onta nella storia della medicina nel 20 ° secolo è rappresentata dal ruolo svolto dai medici tedeschi durante il periodo nazista. Quando i nazisti salirono al potere, la medicina tedesca era tra le più progredite al mondo. La medicina tedesca aveva contribuito a plasmare la formazione medica accademica e clinica in tutto il mondo. Nonostante l'eccellenza, tuttavia, la medicina tedesca si contaminò con l'ideologia nazista, divenendo, poi, in gran parte, complice della concettualizzazione e della divulgazione dei programmi razziali e sociali nazisti. La responsabilità medica fu grande e guidata dal coinvolgimento attivo e dal sostegno dell'establishment accademico. La medicina non fu la sola a sostenere le politiche nazionalsocialiste, ma la categoria dei medici differì dalle altre categorie professionali per il suo esplicito impegno etico, per la presa di posizione umanitaria e per il giuramento di Ippocrate che da 2000 anni poneva il malato al primo posto.

Al processo postbellico di Norimberga, solo venti medici tedeschi furono processati per crimini contro l'umanità. Dopo questo processo, l'establishment medico mondiale sviluppò la teoria secondo la quale le violazioni verificatesi in ambito professionale erano state perpetrate da un esiguo gruppo di medici che lavorava in certi luoghi noti come campi di concentramento. Il processo e il codice di Norimberga emulato dal processo non ricevettero un'attenzione effettiva fino alla metà degli anni '60. Ciò che la professione medica aveva compiuto nella Germania nazista sembrava del tutto irrilevante per i medici del resto del mondo.

Oggi ne abbiamo maggiore contezza. Tutti i medici, e non solo pochi di essi, furono coinvolti nei gravi reati verificatisi sotto il dominio nazista. Negli anni '80, gli storici iniziarono a pubblicare studi che mostravano in che misura il nazismo avesse permeato la medicina tedesca. Più della metà dei medici tedeschi furono membri del partito nazista, la percentuale di gran lunga più alta rispetto a tutte le altre libere professioni.

I medici tedeschi iniziarono a far prevalere il servizio verso lo Stato rispetto all'etica medica molto prima dell'Olocausto, termine usato per il genocidio degli ebrei. Nei primi anni del 20 ° secolo, i medici tedeschi



promossero politiche di igiene razziale ed eugenetica, entusiasti nel limitare la procreazione di persone ritenute affette da disturbi ereditari. Tra il 1939 e il 1945, sterilizzarono circa 400.000 tedeschi con disturbi mentali e fisici. I medici tedeschi progettarono e implementarono il famigerato programma T-4, eseguendo omicidi su pazienti con disabilità mentali e fisiche in nome dell'"Eutanasia". L'obiettivo di generare una razza ariana pura ebbe la precedenza sui principi etici medici fondamentali. La medicina tedesca divenne strumento della politica dello Stato. I medici nazisti non riuscirono a considerarsi prima medici, con una vocazione e un'etica dedicate alla guarigione e alla cura del benessere degli esseri umani. Invece, furono indotti a credere che il benessere dello Stato avesse la precedenza sui loro pazienti e che lo sterminio di milioni di persone fosse considerato come "terapia" a favore dello Stato.

Durante gli anni della guerra, la politica nazista, con il supporto attivo e la cooperazione dei medici, considerò ebrei, zingari e altre minoranze come espressione di malattia, legittimando e razionalizzando così gli orrori dell'Olocausto. I medici ebbero un ruolo cruciale nel funzionamento dei campi di concentramento, decisero chi avrebbe lavorato e chi sarebbe morto nelle camere a gas e condussero esperimenti atroci sui prigionieri.

Uno dei primi processi del dopoguerra fu il "Processo dei medici." Per la prima volta nella storia, i medici furono processati per crimini contro l'umanità, per la loro partecipazione a complessi esperimenti delittuosi condotti nei campi di concentramento nazisti. Nel giudizio finale, la corte promulgò il cosiddetto "Codice di Norimberga", dichiarando i diritti dei soggetti di ricerca e condannando gli esperimenti disumani dei nazisti e della maggior parte degli imputati.

Già prima della guerra, esistevano altri codici etici sulla sperimentazione umana, compreso uno tedesco estremamente dettagliato, formulato nel 1931, ma il Codice di Norimberga fu il primo codice internazionale. Una serie di documenti internazionali sui diritti umani e la sperimentazione sull'uomo sono stati creati successivamente, compresa la Dichiarazione di Ginevra della Associazione Mondiale dei Medici, la Dichiarazione di Helsinki e la Dichiarazione dell'UNESCO sulla Bioetica e i Diritti Umani. Sebbene questi documenti e altri sui principi etici della ricerca bioetica e umana abbiano le loro origini a Norimberga, non si riferiscono ad esso. È stato, infatti, sostenuto che l'ambito della bioetica abbia avuto origine a Norimberga e non negli anni '60, come si ritiene generalmente.



Quel che è certo è che il mondo medico è rimasto in silenzio per molti decenni dopo la seconda guerra mondiale. Norimberga, sebbene considerato un evento storico importante, non ha avuto alcun impatto formale sull'etica medica. La bioetica moderna aveva poco da dire sul tema dell'Olocausto. L'unico riferimento al passato medico nazista fu, per molti decenni, l'invocazione ad analogie con la medicina nazista, per lo più in modo inappropriato e senza alcuna base documentata.

Uno dei motivi di tale silenzio è stato, probabilmente, il disagio causato dal confronto col passato. Era più facile sostenere il mito secondo il quale la medicina nazista fosse inetta, folle o coercitiva e prendere le distanze dai medici nazisti. È stato anche facile sostenere che non sarebbe mai potuto succedere a professionisti come noi.

Non era comodo, per noi, quali professionisti medici, riconoscere che medici come noi fossero stati coinvolti nella creazione dei capisaldi scientifici e delle basi per i programmi razziali nazisti che, alla fine, sarebbero culminati nel genocidio. La comunità medica mondiale non era pronta ad ammettere che molti dei nostri coetanei avessero sostenuto e prosperato nel regime nazista, dove la medicina non fu solo deviata rispetto all'ethos tradizionale, ma fu coinvolta in un'ideologia perversa di morte e sofferenza.

Ma il discorso sul coinvolgimento della medicina nell'Olocausto sarebbe fallimentare se non causasse disagio; il disagio che deriva da questo tema può, effettivamente, essere considerato una delle premesse di base della bioetica. Dopo tutto, la bioetica rappresenta la disamina delle questioni etiche in ambito sanitario e di politica sanitaria, allo scopo di fornire a noi, medici e operatori sanitari, standard morali che affrontano il nostro senso di disagio nella pratica medica. Un malessere che nasce durante il discorso sull'etica medica potrebbe essere percepito, in un certo senso, come integrità morale. Fu questo "disagio" che portò all'articolazione del Codice di Norimberga del 1947 in dieci punti che regolano la sperimentazione umana. Il primo e fondamentale precetto del codice è la dottrina del consenso informato; i successivi dettami della moderna bioetica considerano il principio di autonomia come uno dei principi basilari della cura clinica etica. L'autonomia può essere ritenuta come la responsabilizzazione dei pazienti insieme al diritto al consenso informato. Entrambi questi principi, così come altri nella bioetica odierna, affondano le loro radici nei "disagi" del passato della medicina, compreso ciò che è successo durante il Terzo Reich.



Qualunque riferimento a possibili analogie tra il modo di essere dei nazisti ed il nostro, tra come agirono e come agiamo noi, per alcuni risulta assurdo. A loro avviso, ciò che è accaduto durante l'Olocausto è stata un'eccezione e, quindi, inutilizzabile nel presente dibattito sulla bioetica. Altri affermano che l'indagine sui giudizi dei valori e delle azioni morali dei medici nazisti può stimolare il dibattito e l'esercizio della professione, impedendo, inoltre, l'uso di analogie imprecise nelle attuali discussioni bioetiche.

I redattori di questo libro di casi concordano con quest'ultimo punto di vista. Riteniamo che gli operatori sanitari debbano studiare e comprendere queste aberrazioni dell'assistenza medica per sostenere un dialogo praticabile e istruttivo su questioni bioetiche. Tuttavia, vogliamo sottolineare che, analizzando le questioni morali che possono essere apprese studiando le lezioni della medicina nazista, non stiamo suggerendo che qualsiasi discorso o opinione morale o etica dei nostri giorni sia in qualche modo moralmente equivalente a quella dei medici nazisti.

Perché dovremmo rivisitare questi eventi anni dopo? Non perché prevediamo un altro Olocausto, ma perché la professione medica deve essere sempre attenta alle sfide all'integrità della propria etica. La visione tradizionale dei valori fondamentali della medicina fu radicalmente e drasticamente sconvolta negli anni '30 e '40, poiché la professione medica in Germania si prestò alle inclinazioni e alle priorità del Terzo Reich. La storia della biomedicina tedesca durante il Nazismo ci spinge ad esaminare i nostri presupposti fondamentali, le verità percepite su cui si sviluppa la medicina moderna.

Non dovremmo dimenticare che ciò che hanno fatto i medici nazisti rivela la capacità di violenza e aggressività insita in tutti gli esseri umani. Numerosi esperimenti, esperienze e studi indicano che, date le circostanze opportune, siamo tutti inclini alla crudeltà, in grado di seguire ciecamente un male potente. I medici, come anche gli esseri umani, dovrebbero fare bene a ricordarsene nel detenere il potere della vita e le decisioni di morte nelle nostre mani.

L'Olocausto non fu un'astrazione, ma, piuttosto, una successione di azioni quotidiane intraprese da esseri umani come noi. L'immagine del male non si presentò per intero, ma si realizzò un'ora alla volta, una decisione presa alla volta, una decisione elusa alla volta.



Lo stesso si può dire per le azioni virtuose. L'elenco dei medici che hanno commesso atrocità è compensato da quello dei medici prigionieri che hanno tentato di rimanere fedeli, nelle condizioni e nelle circostanze più orribili, al giuramento di Ippocrate, esprimendo il livello massimo della loro umanità e della propria vocazione medica. I medici dei prigionieri nei ghetti e nei campi di concentramento hanno affrontato dilemmi personali e professionali incredibili, sfidando, al contempo, il destino della distruzione finale.

Queste difficili circostanze hanno portato a reazioni diverse e, spesso, angoscianti. Nel 2005 Elie Wiesel, sopravvissuta all'Olocausto e premio Nobel, scrisse un articolo sul *New England Journal of Medicine* riguardo i medici prigionieri del campo di concentramento che conosceva:

“Tuttavia all'interno dei campi di concentramento, tra i prigionieri, la medicina è rimasta una professione nobile. Più o meno ovunque, i medici senza strumenti o farmaci hanno cercato disperatamente di alleviare la sofferenza e la disavventura dei loro compagni di prigionia, a volte al prezzo della propria salute o della propria vita. Conoscevo molti di questi medici. Per loro, ogni essere umano rappresentava non un'idea astratta ma un universo con i suoi segreti, i suoi tesori, le sue fonti di angoscia e le sue scarse possibilità di vittoria, per quanto fugaci, sulla Morte e sui suoi adepti. In un universo disumano, erano rimasti umani.

Quando penso ai medici nazisti, ai carnefici, perdo la speranza. Per ritrovarla, penso agli altri, ai medici delle vittime; vedo di nuovo i loro sguardi ardenti, i loro volti di cenere. Perché alcuni hanno saputo rendere onore all'umanità, mentre altri hanno rinunciato all'umanità con odio?”

L'Olocausto iniziò a depersonalizzare le vittime e finì per depersonalizzarne gli autori. La categoria medica nazista iniziò depersonalizzando i propri pazienti e terminò con la perpetrazione del genocidio. Uno degli scopi di questo manuale è dare un volto sia ai persecutori che alle vittime. Dare un nome a un medico persecutore, ad una vittima delle procedure efferate o ad un medico prigioniero in un ghetto nazista o in un campo di concentramento ci rende tutti consapevoli di essere, prima di tutto, esseri umani vulnerabili e, solo in un secondo momento, dei medici professionisti. Dando una dimensione a questi eventi storici, siamo invitati ad osservarci nuovamente e a cercare in noi stessi e nella nostra società l'onere e la responsabilità che tutti noi sosteniamo per l'umanità e per



il benessere della medicina stessa. Esaminare la bioetica dell'Olocausto e della connivenza della medicina tedesca fornisce una visuale fondamentale che può aiutare in questo compito difficile ma avvincente.

Dr Tessa Chelouche M.D



Prima parte:

i medici nazisti

Il contesto storico della medicina nazista

La complicità o l'indifferenza per i crimini dello Stato nazista da parte di alcune delle persone più istruite della società tedesca rappresenta una delle questioni più inquietanti che la società intera debba affrontare. L'esempio più sconcertante di professionisti altamente qualificati che agiscono quali responsabili in tale contesto è quello della categoria medica. Formatosi per prendersi cura dei malati, alleviare la sofferenza e salvare vite umane, alcuni medici non prestarono le cure, inflissero dolore sperimentando su soggetti umani, commettendo omicidi. Di coloro che non parteciparono a tali crimini, la maggior parte fu indifferente o accondiscendente al comportamento dei propri colleghi e alla sofferenza delle vittime. Medici e altri professionisti sanitari divennero alcuni dei più micidiali autori di crimini contro l'umanità. I medici tedeschi negli anni '30 e '40 non si opposero all'ideologia razziale nazista e alle opportunità di carriera che offriva, come se stessero attraversando un vuoto scientifico e filosofico. I primi tre decenni del ventesimo secolo furono testimoni della crescita del movimento eugenetico in Europa, Nord America e altrove. Tale movimento definisce il contesto necessario per comprendere il ruolo della scienza e della medicina tedesca nei crimini nazisti contro l'umanità. Il termine "eugenetica" fu coniato nel 1880 da Francis Galton, nipote di Charles Darwin. Gli eugenisti sostenevano che molti problemi sociali potessero essere eliminati scoraggiando o impedendo la procreazione di individui ritenuti geneticamente inadatti (eugenetica negativa), mentre i tratti sociali auspicabili potevano essere diffusi, incoraggiando la riproduzione tra soggetti ritenuti geneticamente più idonei (eugenetica positiva).

Il periodo in cui l'eugenetica prosperò, rappresentò uno dei grandi sconvolgimenti sociali in tutto il mondo, con industrializzazione,



urbanizzazione e processi economici sempre più instabili per recessione e disoccupazione ricorrenti. Gli eugenisti sostenevano che il loro approccio rappresentasse il modo più razionale ed efficiente per risolvere i problemi ricorrenti nella società. L'ideologia eugenetica sosteneva che la scienza, non la religione o la filosofia sociale, avrebbe portato l'umanità verso l'utopia biologica, sociale e morale.

Il primo gruppo di eugenetica organizzato negli Stati Uniti fu fondato nel 1906 e il principale centro di ricerca fu costituito dall'Ufficio di Documentazione Eugenetica a Cold Spring Harbor, nel Long Island. Molti professionisti illustri fecero parte dei comitati di consultazione e dei consigli di amministrazione e i programmi furono finanziati da facoltose istituzioni filantropiche. La ricerca fu effettuata per provare e dimostrare che in alcuni gruppi etnici esistevano tratti socialmente indesiderabili quali l'indigenza, la debolezza mentale, la criminalità e altri. Oltre alla ricerca, gli eugenisti erano interessati anche al movimento sociale e all'opera di approvazione delle leggi che avrebbero promosso i loro obiettivi.

Gli eugenisti furono particolarmente attivi nella promulgazione delle leggi sull'immigrazione degli Stati Uniti, ritenendo che alcuni immigrati fossero biologicamente inferiori e come tali fosse loro vietato l'ingresso nel paese.

Gli eugenisti furono anche determinanti nella stesura delle leggi sulla sterilizzazione obbligatoria. Il primo Stato a emanare una legge sulla sterilizzazione fu l'Indiana nel 1907 e nel 1935 trenta Stati avevano promulgato tali leggi che consentivano la sterilizzazione forzata dei reclusi in istituzioni statali (carceri, rifugi, sanatori e ospedali psichiatrici), dopo una valutazione effettuata da speciali comitati "eugenetici". Le categorie da sterilizzare comprendevano "debolezza ereditaria", "criminalità abituale", "perversione sessuale", epilessia e altro. Nel 1935 erano state effettuate oltre ventunomila sterilizzazioni per cause eugenetiche e negli anni '60 circa sessantaquattromila persone erano state sterilizzate negli Stati Uniti. Un numero simile di sterilizzazioni fu realizzato nello stesso periodo di tempo in Svezia.

Il movimento eugenetico esisteva ufficialmente in Germania dal 1905, quando fu fondata a Berlino la Società per l'Igiene Razziale. Tuttavia, durante gli anni di Weimar, gli eugenisti tedeschi non riuscirono a far approvare la legislazione o ad attuare i principi eugenetici. Fu solo con



l'ascesa al potere dei nazisti che l'eugenetica divenne così fondamentale nella politica dello Stato.

Nel 1920 due illustri studiosi tedeschi, il professore di diritto Karl Binding e il medico Alfred Hoche, scrissero un'opera cruciale "Il permesso di distruggere la vita indegna di esistere". Questo lavoro riflette la paura in Germania dopo la prima guerra mondiale che i giovani migliori (e i loro geni) fossero morti sul campo di battaglia, lasciando proliferare liberamente solo gli "inferiori".

Tale opera proponeva l'eliminazione di questi "esseri inferiori" per ripristinare l'equilibrio. Questo libro colpì profondamente Hitler che, all'epoca, nel 1924, mentre era prigioniero a Landsberg, scrisse "Mein Kampf", in cui definiva i principi dell'ideologia nazista. In questa visione nazista della "Nuova Germania" non c'era posto per il sangue considerato "alieno" di ebrei, zingari e coloro che erano "geneticamente inferiori" nella società.

La prima azione eugenetica intrapresa dai nazisti fu l'emanazione dell'Atto di Sterilizzazione nel 1933. Questa legge, nota anche come "Legge per la prevenzione della progenie ereditaria malata", si basava infatti sulla legge americana sulla sterilizzazione, e vi fu una grande collaborazione tra i professionisti americani e tedeschi a favore di queste leggi. Gli individui affetti da una delle nove condizioni ritenute ereditarie erano destinati alla sterilizzazione: fragilità mentale genetica, schizofrenia, disturbo maniaco-depressivo, epilessia genetica, corea di Huntington, cecità genetica, sordità genetica, grave deformità fisica e alcolismo cronico. Il programma di sterilizzazione tedesco andò ben oltre ogni livello raggiunto in altri paesi, sterilizzando oltre quattrocentomila persone prima della fine della guerra. Sebbene i nazisti, in seguito, difesero il loro programma di sterilizzazione al Processo di Norimberga facendo riferimento agli Stati Uniti, il programma americano non raggiunse mai la portata di quello nazista.

Oltre alla legge sulla sterilizzazione, i nazisti approvarono le leggi di Norimberga nel 1935 che proibivano il matrimonio e il rapporto sessuale tra "ariani" e persone di origine ebraica per più di un quarto. Quando furono criticati per questa legge, i nazisti risposero facendo ancora riferimento agli Stati Uniti e a molti altri paesi in cui, da decenni, esistevano leggi anti-miscelanza. L'establishment medico tedesco percepì le leggi di Norimberga come leggi per la salute pubblica che avrebbero aiutato a rafforzare la salute della nazione tedesca del dopoguerra (Prima Guerra Mondiale). Data la crisi



economica della Repubblica di Weimar, il paradigma eugenetico portò a considerazioni di "efficienza nazionale" e all'eliminazione di "consumatori non produttivi" o "vite non degne di essere vissute". L'eugenetica diede la giustificazione biologica per ridurre i vantaggi del benessere sociale e dell'assistenza sanitaria a coloro che furono ritenuti un onere per la società e disabili geneticamente.

Il razzismo e l'antisemitismo rappresentarono solo una componente dell'ideologia eugenetica prenazista e gli eugenisti furono divisi sulla questione della razza come idea eugenetica. Ma quando i nazisti presero il potere, il razzismo e l'antisemitismo basati sull'eugenetica divennero il pilastro della politica del Terzo Reich e furono riconosciuti come "dati di fatto scientifici".

La sterilizzazione forzata di coloro che erano affetti da "malattie ereditarie" si rivelò inefficiente e costosa, e, nello stesso periodo, scoppiò la Seconda Guerra Mondiale, creando l'opportunità di estendere i programmi allo "sterminio della vita indegna". La guerra fornì il pretesto e la copertura per operazioni che sarebbero state più difficili da realizzare in tempo di pace. La decisione di attuare il programma di "eutanasia" fu presa dai massimi vertici politici con l'autorizzazione di Hitler per i medici designati a compiere "omicidi compassionevoli". I medici non furono mai costretti a conformarsi ad esso; piuttosto ebbero il potere per farlo. Questo programma non fu mai legalizzato.

Il programma di "eutanasia" iniziò con l'omicidio di infanti e bambini in tenera età affetti da deformità fisiche o patologie mentali, selezionati per essere eliminati in "reparti pediatrici" appositamente designati. In realtà, questi reparti furono gestiti da personale medico, medici e infermieri, la cui unica funzione fu quella di uccidere i bambini. I metodi di morte usati furono overdose di farmaci, iniezioni e fame. Più di 5.000 bambini furono uccisi in questa prima fase del programma di "eutanasia". Il programma, successivamente ampliato per includere l'assassinio di adulti, era noto come Operazione T-4. Fu strutturato un sistema in base al quale tutti i pazienti istituzionalizzati furono registrati secondo la capacità di lavorare o meno, di aver ricevuto visite, di essere stati ricoverati in ospedale per almeno cinque anni o di essere affetti da alcune malattie psichiatriche e neurologiche.

Fu reclutato un gruppo di medici esperti per esaminare questi moduli di registrazione, senza visitare i pazienti, e, in seguito, decidere chi dovesse essere ucciso. I pazienti designati erano quindi trasportati in sei istituti



accuratamente selezionati, dotati di apposite strutture di gassificazione. Il gas scelto per questi omicidi fu il monossido di carbonio e doveva essere erogato attraverso soffioni doppi. Queste istituzioni furono gestite da medici e infermieri scelti per l'occasione. Tutta questa operazione doveva essere tenuta segreta. I certificati di morte erano inviati ai parenti riportando cause di morte fittizie, scelte da un elenco preselezionato.

Si stima che circa 70.000 pazienti furono assassinati dai propri medici in questa fase del programma di "eutanasia". Tutti gli ebrei disabili furono assassinati nei centri di uccisione del T-4.

Inevitabilmente, un sistema così elaborato, volto all'inganno, generò errori umani, scoperti dalle famiglie e dai loro sacerdoti. Ciò portò alla protesta di alcuni preti e al malcontento in Germania. Di conseguenza, nel 1941 il programma di "eutanasia" fu ufficialmente interrotto da Hitler. Ma, in effetti, le uccisioni non si fermarono. I medici e gli altri operatori nei manicomi in Germania continuarono a uccidere i loro pazienti in modo decentralizzato, in quella che è conosciuta come "eutanasia selvaggia", fino a settimane dopo che gli Alleati avevano occupato il territorio.

Ricerche storiche hanno dimostrato che, nello sforzo di ripulire la comunità nazionale dai "non idonei", l'establishment medico nazista pianificò con cura ed eseguì di nascosto un'operazione che, alla fine, eliminò più di 200.000 persone.

Inizialmente, quando furono costruiti, i campi di concentramento non avevano la capacità di uccidere in massa, e furono necessari metodi per ridurre la crescente popolazione dei campi. Il successo del programma di "eutanasia" aveva convinto la leadership nazista che l'omicidio di massa fosse tecnicamente fattibile, e così le SS si rivolsero allo staff del T-4 per essere aiutati in quest'opera. Nella primavera del 1941 iniziò una nuova operazione di morte nelle camere a gas dei centri di uccisione T-4. I detenuti del campo, indicati come malati dai medici del campo, erano mandati alle strutture del T-4 per essere assassinati dai medici di queste istituzioni secondo un'operazione designata come "14f13".

Fino a 20.000 detenuti del campo morirono nel corso di due anni e mezzo di questo programma, fino al 1943, quando il crescente bisogno di lavoratori forzati pose fine a questa fase del processo.

La successiva estensione dell'omicidio "medicalizzato" iniziò quando il personale del T-4 fu incaricato di gestire i campi di sterminio dell'operazione Reinhard nella Polonia occupata. Questa operazione fu il



nome in codice per l'eliminazione delle popolazioni dei principali ghetti ebraici in Polonia e dimostrò un legame intrinseco tra il T-4 e la "Soluzione finale".

I medici furono onnipresenti nei campi di sterminio e medicalizzarono la procedura, prendendo in carico le selezioni iniziali delle persone che arrivavano in treno. Anche i metodi di uccisione nei campi di sterminio furono adottati dall'operazione T-4 e modificati in base alle esigenze dei campi. Il personale del programma T-4 fornì consulenza e assistenza nel funzionamento dei campi di sterminio.

I medici si avvalsero di materiale umano per condurre le cosiddette ricerche scientifiche sui detenuti del campo. I più prestigiosi istituti di ricerca e scienziati medici tedeschi collaborarono sia con i medici dell'operazione T-4 e sia, successivamente, nei campi di concentramento, con coloro che avevano condotto questi esperimenti. L'intera impresa omicida, iniziata nel gennaio 1940 con l'assassinio medicalizzato degli esseri umani più indifesi, i pazienti istituzionalizzati, fu ampliata nel 1941 per includere ebrei, zingari e altri, e nel 1945 costò la vita ad almeno sei milioni di uomini, donne e bambini.

Fonti:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988).
2. Francis R. Nicosia, Jonathan Huener eds, *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany: Origins, Practices, Legacies* (Berghahn Books, 2002).
3. *Deadly Medicine: Creating the Master Race* (United States Holocaust Memorial Museum, 2004).



1. L'adozione del concetto di eugenetica da parte della medicina nazista

1.1 Eugenetica: la partecipazione dei medici alle decisioni sul valore della vita umana

Caso studio:

Nel 1922, lo psichiatra tedesco, dottor Hermann Pfannmuller, divenne un membro del partito nazista e, nel 1933, si unì alla SA (il gruppo paramilitare nazista, noto anche come "camicie marroni"). A metà degli anni '30, diresse l'ufficio di Augusta per la razza e l'ereditarietà. Il partito nazista, riconoscendo le sue capacità, lo reclutò come docente esperto per informare il pubblico tedesco sulla "Legge della salute ereditaria" dal punto di vista degli interessi "politico-razziale" e "medico-ereditario". Il governo bavarese nominò Pfannmuller direttore dell'istituto psichiatrico di Elfling-Haar nel 1938, carica che mantenne fino alla fine della guerra. Nel 1939, presentò un rapporto alla commissione d'esame delle assicurazioni pubbliche in merito al mantenimento della "vita indegna di essere vissuta" negli ospedali statali. Egli esprime la propria opinione sulla necessità di "eradicare" tali pazienti con le seguenti parole:

"In qualità di direttore di un ospedale psichiatrico confessionalmente distaccato e fervente nazionalsocialista, mi sento in dovere di appoggiare favorevolmente lo status economico delle istituzioni. In questa posizione, ritengo opportuno fare riferimento in modo chiaro alla necessità di noi medici di comprendere l'importanza dell'eradicazione della vita indegna di essere vissuta. Quegli sfortunati pazienti che vivono solo una vita all'ombra rispetto a quella di un normale essere umano, diventati perfettamente inutili per l'appartenenza sociale alla comunità in virtù della loro malattia, la cui esistenza è per se stessi, i loro parenti e l'ambiente circostante un tormento e



un peso, devono essere sottoposti a rigorosa eradicazione. Proprio in questi giorni in cui è richiesto il più grave sacrificio di sangue e vita ai nostri uomini più preziosi, essi ci insegnano con veemenza che, per motivi economici, non dovrebbe essere possibile riempire le istituzioni di cadaveri in nome di un alto principio di cura medica ormai non più pertinente. Per me è inimmaginabile che i giovani migliori e nel fiore degli anni muoiano al fronte mentre gli incorreggibili asociali e gli irresponsabili antisociali godano di un'esistenza sicura nelle nostre istituzioni".

Durante il suo processo postbellico nel 1951, dove fu accusato dell'omicidio di bambini come parte del programma nazista di "eutanasia", disse ai giudici: *"Per me il termine" volkische "significa nazionale e il termine ariano significa che i tedeschi devono governare. Solo coloro che sono di origine tedesca possono essere ariani"*.

Fonti:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Contesto:

In seguito alle scoperte di Charles Darwin alla fine del diciannovesimo secolo, alcuni scienziati iniziarono a divulgare le teorie sulla disuguaglianza umana come fenomeno scientifico. Questi scienziati conclusero che le differenze umane fossero ereditarie e inalterabili. Il termine "Eugenetica", coniato per la prima volta nel 1881 dallo scienziato britannico Francis Galton, fu definito come "la scienza del miglioramento della razza umana attraverso una riproduzione migliore". Gli eugenisti credevano che, proprio come le leggi mendeliane regolano la trasmissione ereditaria di tratti umani come il daltonismo, queste leggi determinassero anche l'ereditarietà dei tratti sociali.

All'inizio del ventesimo secolo, le teorie eugenetiche iniziarono ad essere applicate dai legislatori nazionali che si battevano per arginare la "degenerazione sociale" nella società. Essi consideravano le persone con disabilità mentale come un peso per la società. Società e centri di ricerca eugenetici furono creati in molte nazioni occidentali. Tra i primi leader di questo movimento ci furono gli Stati Uniti.



Nel 1824 gli americani approvarono l'Immigration Act, una legge su base eugenetica che consentiva l'ingresso di alcuni immigrati (quelli dell'Europa nord-occidentale e britannica) opponendosi all'accoglimento degli immigrati provenienti dall'Europa sudorientale, dal Medio Oriente e dall'Asia. Un'altra soluzione ai problemi della società proposta dagli eugenisti fu la sterilizzazione.

L'Indiana fu il primo Stato americano a emanare leggi sulla sterilizzazione nel 1907 e nel 1925 negli Stati Uniti erano state eseguite oltre 20.000 sterilizzazioni per motivi eugenetici. Altri paesi ebbero programmi simili. Ad esempio, durante lo stesso periodo, in Svezia, fu effettuato un numero analogo di sterilizzazioni.

In Germania l'eugenetica divenne nota come "igiene razziale". Dopo la sconfitta della Germania nella prima guerra mondiale, scienziati e politici tedeschi iniziarono sempre più a collegare l'eugenetica al nazionalismo e alla "salute della nazione" sociale. Molti centri di ricerca furono fondati per studiare l'igiene razziale. Nel 1920, fu pubblicato un libro controverso da un avvocato, Karl Binding, e uno psichiatra, Alfred Hoche, intitolato "Autorizzazione per la distruzione della vita indegna di essere vissuta". Il libro sollevava la questione se una nazione, di fronte a una terribile emergenza, potesse effettivamente permettersi di sostenere quella che chiamavano "vita indegna di essere vissuta". Gli autori ritenevano che la società avrebbe dovuto uccidere gli "idioti incurabili", nonché i malati terminali e gli invalidi gravi; che gli individui avrebbero dovuto avere il diritto di scegliere di morire alle proprie condizioni, attraverso una procedura indolore somministrata da medici; e che i medici che avessero prestato tale opera non avrebbero dovuto essere perseguiti. Questo libro suscitò grande scalpore in Germania, specialmente tra gli psichiatri. Queste teorie proposte furono prontamente adottate e attuate dal Partito nazista, la cui politica nazionalista si conformò a queste affermazioni.

Con l'assunzione del potere da parte dei nazisti nel 1933, l'igiene razziale eugenetica fu incorporata nelle loro politiche sanitarie e sociali. Queste strategie furono originariamente applicate ai portatori di handicap (malformati fisicamente e disturbati mentalmente) che erano considerati un peso per lo Stato e quindi "indegni di vivere". Questi metodi furono successivamente applicati a persone di razza diversa (principalmente ebrei e zingari). La comunità medica ebbe un ruolo centrale ed essenziale nei



programmi omicidi fondati su queste esclusioni e teorie razziali eugenetiche, tra cui i programmi di "eutanasia" ed, infine, la Soluzione finale.

Fonte:

Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

Domande:

Oggi esiste l'eugenetica in medicina?

In tal caso, come possiamo affrontarla?

Discussione:

Eugenetica deriva dalla parola greca eugenes (eu [bene] e genos [nato]). Il termine si riferisce al miglioramento della razza da parte della prole sana. L'eugenetica è la scienza che si occupa di tutte le influenze che migliorano la qualità innata della razza umana, in particolare attraverso il controllo di fattori ereditari. Un programma eugenetico consiste di un insieme di norme pubbliche atte ad influenzare le frequenze dei geni in intere popolazioni. L'eugenetica negativa rappresenta un'azione sistematica per ridurre al minimo la trasmissione di geni considerati deleteri. L'eugenetica positiva rappresenta un'azione sistematica per massimizzare la trasmissione di geni considerati desiderabili.

In passato, come abbiamo dimostrato nella Germania nazista, negli Stati Uniti e in altri paesi, furono utilizzate varie caratteristiche razziali nella formulazione di politiche eugenetiche, sia negative che positive. Il ragionamento utilitaristico fu alla base delle direttive eugenetiche naziste. I medici nazisti in particolare, e la comunità nazista in generale non sostenevano che la vita umana dovesse essere rispettata in ogni caso. Piuttosto, si era convinti che solo se la vita umana rappresentasse un valore per la società, allora avrebbe dovuto essere rispettata. Talvolta, questi argomenti utilitaristici sono evidenti al giorno d'oggi.

Ora, con l'aumento del costo delle cure mediche e della pressione finanziaria sui vettori terzi, sono già presenti suggerimenti per ridurre al minimo l'assistenza sanitaria ad entrambe le estremità dello spettro, vale a dire i neonati con malformazioni congenite o malattie genetiche, e gli anziani malati cronici. Le risorse sanitarie sono esaurite per le nuove tecnologie e gli



anziani sono particolarmente vulnerabili alla discriminazione su base economica. Nel mezzo dello spettro c'è il frequente problema di valutare la vita (e la morte) di un paziente malato terminale e di prendere decisioni sul rianimarli o meno.

Il progetto Genoma Umano ha scoperto nuovi ambiti di ricerca. Le sue applicazioni si sono dimostrate utili anche per l'assistenza clinica, consentendo ai medici di utilizzare la conoscenza del genoma umano per diagnosticare patologie future e personalizzare la terapia farmacologica. Oggi la consulenza genetica è diventata parte integrante della medicina odierna. Spesso, le decisioni mediche, basate sulla genetica, si fondano su basi economicamente vantaggiose o utilitarie.

Può essere difficile per i medici professionisti di oggi riflettere obiettivamente sul nostro agire ed operare, in particolare per quanto riguarda i possibili progressi della scienza e della tecnologia e le loro applicazioni alla consulenza genetica e alle cure cliniche, che possono essere deleteri per i nostri pazienti.

In passato, come nel caso precedente, abbiamo visto come pratiche mediche o direttive pubbliche innocue siano state distorte per essere applicate come eugenetica negativa che abroga i diritti e la privacy di milioni di persone. Oggi alcune delle nostre attività riconosciute (ad es. diagnosi prenatale e screening) sono considerate, da alcuni, come eugenetica negativa e su questi temi è in corso un acceso dibattito.

I medici possiedono le conoscenze e le competenze per fornire una valutazione realistica sulla qualità di vita di un paziente. Tuttavia, la valutazione finale sulla propria qualità di vita, che si tratti di una diagnosi prenatale o all'altra estremità dello spettro degli anziani o dei malati terminali, dovrebbe essere effettuata solo dal singolo paziente. Nei casi in cui la persona non sia in grado di prendere una decisione o non abbia rilasciato dichiarazioni precedenti in merito a tali eventualità, la valutazione deve essere effettuata dalla famiglia o dal suo surrogato con il contributo del medico, se richiesto.



1.2 Sterilizzazione eugenetica

Caso studio:

Dorothea Buck nacque in Germania nel 1917. Nel 1936, all'età di 19 anni, fu ricoverata in ospedale presso il manicomio Von Bodelschwingsche di Bethel e le fu diagnosticata la schizofrenia. In questo manicomio fu sterilizzata senza consenso. Inoltre, non le fu rivelata la vera natura dell'intervento chirurgico, invece fu informata da un'infermiera del reparto di essere stata sottoposta ad appendicectomia. In seguito, apprese della sua sterilizzazione da una collega paziente.

Fino al 1959, Dorothea avrebbe avuto, in seguito, quattro ricoveri per episodi psicotici. Alla fine fu riabilitata, diventando una scultrice. Nel 1961, dopo aver appreso dal processo di Adolf Eichmann della sterilizzazione e dei programmi di eutanasia, Dorothea iniziò a fare ricerche sulla storia della sterilizzazione e dell'eutanasia nella Germania nazista. Dorothea trascorse il resto della sua vita insegnando, tenendo lezioni e scrivendo sui crimini commessi nelle istituzioni psichiatriche. Divenne anche una severa oppositrice delle sterilizzazioni forzate e dell'eutanasia, nonché di vari trattamenti per la psicosi.

Fonti:

Dorothea Buck, *"70 Years of Coercion in German Psychiatric Institutions, Experienced and Witnessed"*. Key note speech, 7 June 2007, Congress "Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review", World Psychiatric Organization, Dresden, Germany.

<http://www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm>

Contesto:

Prima dell'ascesa al potere del Nazionalsocialismo, la sterilizzazione chirurgica era illegale in Germania. Negli ultimi anni della Repubblica di Weimar, caratterizzati da una grave depressione economica e disordini politici, la sterilizzazione eugenetica emerse come un flusso di pensiero popolare tra genetisti, economisti, responsabili politici e medici professionisti.

Pochi mesi dopo l'ascesa al potere di Hitler nel 1933, i nazisti approvarono la "Legge per la prevenzione di discendenti affetti da patologie ereditarie" (Legge sulla sterilizzazione) che consentiva la sterilizzazione



obbligatoria su "indicazioni eugenetiche". La categoria medica non solo sostenne la politica nazista, ma fu leader nella campagna per la sua realizzazione pratica. Molti medici la considerarono un'opportunità per influenzare la "rigenerazione" della nazione tedesca, sradicando i portatori di "tratti ereditari biologicamente inferiori", al fine di "ripulire il pool genetico della razza tedesca". Secondo questa legge, un individuo potrebbe essere sterilizzato contro la propria volontà se, secondo il parere di un tribunale della salute eugenetica, fosse affetto da una o più malattie "genetiche". Queste includevano "fragilità congenita", schizofrenia, sindrome maniaco-depressiva, epilessia genetica, corea di Huntington, cecità o sordità "genetica" o "grave alcolismo". I medici dovettero seguire un corso di formazione in "patologia genetica" e fu creata una speciale rivista medica per aiutarli a determinare chi dovesse essere sterilizzato e con quali metodi.

La rivista medica nazista, *Der Erbarzt*, fu fondata come supplemento della prestigiosa rivista tedesca *Deutsches Arzeblatt* nel 1934. Questo supplemento fornì il forum per la discussione dei metodi, nonché i criteri e le motivazioni del programma di sterilizzazione nazista.

Entrata in vigore il 1 ° gennaio 1934, la legge sulla sterilizzazione stabilì una procedura legale e medica molto specifica: i medici dovevano registrare tutti i casi di malattia genetica a loro noti presso tribunali genetici speciali, senza il permesso del paziente. Il tribunale genetico era composto da tre membri: un magistrato, un ufficiale medico e un secondo medico specializzato in eugenetica. Tra il 1934 e il 1939, i tribunali ordinarono circa 375.000 interventi, il trentasette per cento dei quali volontari, il trentanove per cento involontari (contro la volontà del paziente) e il ventiquattro per cento non volontari (consenso concesso da un tutore). L'inizio della seconda guerra mondiale, nel settembre 1939, rallentò il procedere dei tribunali. Tuttavia, alla fine del 1944, quasi 400.000 persone del Reich tedesco erano state sterilizzate. Programmi simili di sterilizzazione esistevano in molti altri paesi all'epoca, inclusi Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Norvegia e altri. Questi programmi fornirono i modelli per le leggi tedesche sulla sterilizzazione. Negli Stati Uniti la prima legge sulla sterilizzazione obbligatoria fu promulgata in Indiana nel 1907, e, alla fine, 28 Stati emanarono leggi che consentirono la sterilizzazione forzata. Nel 1930, 15.000 uomini e donne americani erano stati sterilizzati. I nazisti citarono questo esempio americano per giustificare il loro programma.



In molti paesi queste leggi sono rimaste in vigore fino agli anni '70. Ad oggi, ci sono ancora paesi in cui persiste la sterilizzazione forzata. Negli Stati Uniti, recenti sentenze legali nello Stato della Carolina del Nord hanno decretato per conto di una classe di querelanti che, in passato, erano stati sterilizzati contro la propria volontà e senza consenso informato. Lo Stato dovrebbe risarcire i danni monetari per conto dei pazienti.

Fonte:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Domanda:

È etico forzare un paziente a sottoporsi a una procedura di sterilizzazione?

Discussione:

La sterilizzazione involontaria è una chiara violazione dell'autonomia riproduttiva di una persona e dei diritti umani fondamentali. Ciò è particolarmente rilevante nel caso di persone affette da malattie mentali o da altre disabilità intellettive. Su questo tema possono sorgere domande su fin dove si estendano i diritti dei genitori e dei tutori riguardo i loro familiari con disabilità mentali. Chi è responsabile per i diritti medici dei disabili mentali nel considerare la loro salute riproduttiva? È dovere del medico stabilire chi trarrebbe beneficio da una procedura essenzialmente irreversibile nelle decisioni future sulla pianificazione familiare?

Il programma nazista di sterilizzazione forzata ha violato il diritto del paziente all'autodeterminazione, alla dignità umana, alla privacy e all'autonomia. Ha costituito anche una violazione del principio di ottenere il consenso informato per qualsiasi procedura medica, contravvenendo, inoltre, al diritto del paziente o del suo surrogato di prendere decisioni in materia di pianificazione familiare e salute riproduttiva.

La sterilizzazione è una procedura invasiva permanente che cambia la vita. Ci possono essere alcune situazioni in cui la sterilizzazione sia legittima, quando i pazienti e / o i loro tutori sono pienamente consapevoli della natura e delle conseguenze di questa procedura. Nel settembre 2011, la Associazione Mondiale dei Medici e la Federazione Internazionale delle Organizzazioni per la Salute ed i Diritti Umani (IFHHRO) hanno condannato la pratica della sterilizzazione coatta quale forma di violenza che danneggia



gravemente la salute fisica e mentale dei pazienti e che viola i loro diritti umani.

Hanno affermato che la sterilizzazione volontaria sia una forma di controllo delle nascite che dovrebbe essere disponibile, accessibile e alla portata di tutti, nell'ambito dell'intera gamma di tutti i metodi contraccettivi alternativi. Gli ostacoli alla sterilizzazione, una volta effettuata una scelta informata, dovrebbero essere ridotti al minimo.

Mentre potrebbero esserci casi in cui le sterilizzazioni possano essere eticamente e clinicamente opportune, il processo decisionale dovrebbe essere basato sul miglior interesse del paziente e non sugli interessi della società o di altre parti coinvolte.



2. Razzismo e medicina nazista

2.1 L'uso della razza nella diagnosi medica

Caso studio:

Nel libro di Saul Friedlander, si racconta di un caso risalente al 1939 di una donna tedesca denominata Signorina M. Ella desiderava sposare un dipendente pubblico e voleva informazioni sui suoi antenati ariani, dal momento che il cognome di sua nonna, Goldman (un comune cognome ebraico) avrebbe potuto sollevare dei dubbi. L'esame "genetico" prematrimoniale fu eseguito presso il dipartimento di genetica dell'Istituto di Antropologia, Genetica Umana ed Eugenetica "Kaiser Wilhelm" di Berlino. Il professor Otmar von Verschuer, eminente medico e genetista, era a capo di questo dipartimento.

Uno dei quesiti a cui gli specialisti del dottor von Verschuer tentarono di rispondere fu: "La Signorina M. può essere considerata non-ariana, nel senso che può essere riconosciuta come tale da profani sulla base del suo comportamento, del suo ambiente o del suo aspetto esteriore?" L'esame "genetico", basato sull'analisi delle fotografie dei parenti della Signorina M. e sulle sue caratteristiche fisiche, dette risultati favorevoli: il referto medico esclude qualsiasi segno di origine ebraica. Sebbene la Signorina M. avesse un "naso stretto, alto, prominente convesso", il rapporto concluse che lo avesse ereditato dal padre e non dalla nonna (di nome Goldman). La Signorina M. fu dichiarata ariana.

Fonte:

Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume 1. The Years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial Publisher, 1998).

Contesto:

Dopo la sconfitta nella prima guerra mondiale, molti igienisti e scienziati razzisti tedeschi incolparono ebrei e comunisti della disfatta della nazione, così come di molti dei mali sociali nel paese. Adolf Hitler fu profondamente influenzato dagli igienisti razzisti tedeschi ed incluse le loro idee razziali nel



suo libro, *Mein Kampf*. L'ascesa di Hitler al potere permise a politici, scienziati e strateghi tedeschi di concretizzare i loro concetti razziali nella società. Mentre Hitler fu un grande catalizzatore rispetto a tale impegno, i medici e gli scienziati ebbero un ruolo primario ed essenziale.

L'aspetto biologico ricoprì un ruolo importante nella politica sociale nazista: ebrei e zingari furono visti come malati, come "bacilli", "ascessi" o "parassiti" che minacciavano la "salute" della nazione. Gli annali medici nazisti equipararono sia gli ebrei che gli zingari alla malattia, servendosi, negli articoli, di metafore razziste. Tali metafore furono, inoltre, diffuse dallo Stato a tutti i livelli della società ed utilizzate per l'educazione di adulti e bambini, dalla scuola elementare all' università.

Con l'ascesa al potere di Hitler, l'Associazione Medica Tedesca incorporò l'antisemitismo nella propria dottrina, perpetuando la convinzione che gli ebrei soffrissero di specifiche patologie e mise in guardia nel non mescolare sangue ebraico e non ebraico. Antropologi e genetisti tedeschi tentarono di sviluppare tecniche razziali che identificassero le caratteristiche razziali in un individuo. La principale rivista tedesca di sanità pubblica pubblicò rapporti dettagliati su come determinare l'affiliazione razziale. I medici ritennero gli ebrei malati e affetti da un'incidenza eccezionalmente elevata di patologie mentali ed omosessualità. Inoltre, gli zingari furono identificati come "asociali" razziali, avendo pure indebolito la purezza della razza ariana e condotto ad una società degenerata. Nell'autunno del 1935, Hitler firmò una serie di tre leggi note come le leggi di Norimberga per "ripulire" ulteriormente la popolazione tedesca da elementi indesiderati. Queste leggi includevano:

1. La "Legge sulla cittadinanza del Reich" che faceva distinzione tra residenti e cittadini. I cittadini erano quelli con puro sangue ariano;
2. La "Legge sulla protezione del sangue" che proibiva il matrimonio e le relazioni sessuali tra non ebrei e ariani;
3. La "Legge per la protezione della salute genetica del popolo tedesco". Questa legge imponeva alle coppie di sottoporsi all'esame medico ("genetico") prima del matrimonio, al fine di determinare la salute genetica della futura coppia e della loro prole. Proibì anche il matrimonio tra persone che soffrivano di malattie veneree, disabilità mentale, epilessia o qualsiasi altra "malattia genetica" specificata nella Legge sulla sterilizzazione del 1933.



Coloro che furono considerati malati geneticamente, furono autorizzati a sposare altri geneticamente malati, ma solo dopo essere stati sterilizzati, per assicurarsi che non avrebbero generato figli.

Le leggi di Norimberga, nonché le leggi sulla sterilizzazione, furono responsabili dell'espansione del potere e delle responsabilità dei servizi medici tedeschi. Migliaia di medici, tra cui igienisti razziali, furono reclutati per fornire la consulenza matrimoniale, che divenne parte integrante della salute pubblica tedesca. Furono creati nuovi posti di lavoro, in modo che, nonostante l'esclusione dei medici ebrei tedeschi, il numero totale del personale medico risultasse effettivamente aumentato durante questi anni. Inoltre, i pericoli della mescolanza furono estesamente pubblicati sia nella stampa popolare che in letteratura medica.

Le leggi di Norimberga, applicate principalmente da medici, furono percepite dalla comunità medica tedesca come misure di salute pubblica. Esse furono considerate come leggi sulla salute e non semplicemente come misure antisemite. Le riviste mediche tedesche acclamarono queste leggi e pubblicarono articoli per aiutare i medici tedeschi ad attuare le leggi e le politiche razziali. I principali funzionari sanitari tedeschi ritennero la prevenzione delle malattie genetiche umane, insieme alla prevenzione e all'eliminazione della mescolanza razziale, parte di un programma di politica responsabile della sanità pubblica. Non c'è traccia di opposizione alle leggi di Norimberga nella letteratura medica tedesca dell'epoca.

Con l'accrescersi del potere di Hitler, un palese antisemitismo e razzismo emersero all'interno della categoria medica nell'interfacciarsi con il partito nazista. I medici divennero leader nella formulazione e attuazione della visione del mondo nazista. L'interfaccia condusse ad una visione biomedica che consisteva in tre immagini complementari: 1) gli ebrei e gli zingari come patologie, che dovevano essere epurate dal corpo politico; 2) il popolo tedesco come paziente; e, 3) il nazionalsocialismo come medico, con Adolf Hitler designato come il "grande medico della nascente nazione ariana".

Durante la seconda guerra mondiale, la medicina nazista fu poi utilizzata come strumento per giustificare l'antisemitismo e il razzismo. La rivista ufficiale dell'Associazione Medica Tedesca pubblicò regolarmente una rubrica, durante gli anni della guerra, intitolata "Risolvere il problema ebraico". Con l'occupazione tedesca della Polonia nel settembre 1939, gli ebrei, quali "portatori di malattie", giustificarono la loro ghettizzazione nell'Europa orientale. Gli ebrei furono sistematicamente trasferiti nei ghetti con il



pretesto della quarantena. Poiché le condizioni nei ghetti erano così orribili, effettivamente si verificarono epidemie infettive. Le riviste mediche tedesche riportarono quindi statistiche sulle epidemie infettive del ghetto, come il tifo, per riconoscere ulteriormente la "razza" ebraica come malata. Allo stesso modo, anche gli zingari furono raggruppati e incarcerati nei ghetti o nei campi di concentramento, il che causò anche un'elevata incidenza di malattie infettive. Tali epidemie furono, quindi, utilizzate come razionalizzazione e giustificazione per eliminare sistematicamente (assassinare) sia ebrei che zingari in tutta la Germania e l'Europa occupata.

Fonti:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Domanda:

Come possiamo evitare che le questioni razziali influenzino le decisioni mediche?

Discussione:

‘Razza’ è un termine complicato con una grande varietà di definizioni. Alcuni ricercatori medici ritengono che la razza sia fondamentale per la conoscenza degli antenati e che sia essenziale per la ricerca clinica e biomedica. Mentre vi è preoccupazione per il potenziale uso improprio delle informazioni razziali e genetiche, questi ricercatori sostengono che le affiliazioni razziali o etniche di un individuo continueranno a fornire preziose informazioni per studi epidemiologici, nonché per la ricerca clinica e farmaceutica. Al contrario, altri ricercatori insistono sul fatto che le definizioni di razza ed etnia non siano corrette, rendendole surrogati imperfetti per molteplici fattori ambientali e genetici causa di malattia, tra cui origini geografiche ancestrali, stato socioeconomico, istruzione e accesso alle cure sanitarie.

Mentre i giuramenti medici e i codici etici variano da una nazione all'altra (e talvolta possono persino variare all'interno dello stesso paese), essi hanno molte caratteristiche comuni, incluso il dovere etico che medici, infermieri e altri operatori sanitari non devono discriminare i pazienti o il personale medico in base a razza, etnia, religione, classe, sesso o



orientamento sessuale. Tuttavia, nonostante l'esistenza di questi codici etici, la razza e il razzismo in medicina continuano ad affliggere la maggior parte delle società e sono stati anche implicati come cause di discriminazione, pregiudizio, emarginazione e persino sottomissione.

Ad esempio negli Stati Uniti, è stato documentato che i neri, gli ispanici e i nativi americani spesso ricevono un'assistenza sanitaria di qualità inferiore rispetto ai bianchi. Questa disparità è generalmente attribuita a redditi più bassi, copertura assicurativa inadeguata e mancanza di medici nelle zone di minoranza. Tutti questi fattori possono contribuire ad aumentare i tassi di mortalità e ridurre i tassi di sopravvivenza tra le minoranze rispetto ai bianchi, che soffrono di malattie di gravità paragonabile. Inoltre, alle minoranze viene più spesso negata una terapia all'avanguardia e hanno maggiori probabilità di ricevere terapie meno auspicabili che compromettono la loro qualità di vita.

Nonostante le visioni opposte sulla razza e la genetica umana attuali, la maggior parte dei ricercatori e dei clinici ha un impegno condiviso nell'acquisire maggiori conoscenze e una migliore comprensione del genoma umano per il miglioramento dell'assistenza sanitaria di individui e popolazioni. Allo stesso tempo, esiste anche una preoccupazione condivisa da molti su potenziali pericoli, incomprensioni e uso improprio di tale ricerca genetica.

Storicamente, come nel caso precedente, ci sono stati molti episodi di abuso nell'utilizzo della cosiddetta scienza "razziale". Inoltre, l'umanità è costellata da una lunga storia di razzismo, così come di abuso, sottomissione e asservimento delle minoranze. Nella Germania nazista, l'uso improprio delle conoscenze sulla medicina genetica ha fornito la giustificazione alla professione medica tedesca per sponsorizzare e partecipare a programmi omicidi "in nome della salute e della scienza". Questa pseudo-scienza, fondata sull'ignoranza razziale, errate percezioni e pregiudizi, fu in gran parte responsabile dell'annientamento di alcune parti della popolazione, in particolare degli ebrei.

Una maggiore educazione alla consapevolezza razziale e alla comprensione culturale costituirebbe un modo attraverso il quale la professione medica potrebbe meglio salvaguardarsi dai pericoli del razzismo.

Dovrebbero essere istituiti corsi sul rapporto tra razzismo, genetica e studio scientifico della "razza". Infine, nella lunga e ancora in corso storia dell'umanità, la storia dell'abuso della genetica e della razza in medicina non



dovrebbe essere dimenticata; dovrebbe essere insegnata a tutti gli studenti di medicina. Tali lezioni dovrebbero essere instillate nei nostri cuori, menti e coscienze in modo che abbiano meno probabilità di riverificarsi. Corsi informativi e discorsi critici riflessivi aiuteranno anche a chiarire sia il problema dell'abuso delle informazioni genetiche / razziali sia i modi migliori per affrontarlo.



2.2 Il razzismo all'interno della comunità medica nazista

Caso studio 1: studenti in medicina.

Nel 1935, Moshe Prywes era uno studente ebreo della facoltà di medicina dell'Università di Varsavia. Il Senato accademico dell'Università di Varsavia accolse una speciale normativa antiebraica per separare gli studenti ebrei da quelli non ebrei. Nelle aule furono riservati banchi separati esclusivamente agli studenti non ebrei. Anche gli auditorium erano divisi in due sezioni: i gentili a destra e gli ebrei a sinistra. Questo era noto come il "ghetto del banco". Inoltre, i documenti d'esame, che in precedenza erano anonimi per il professore, ora furono obbligatoriamente vidimati secondo il credo religioso dello studente. Questa fu una politica comune in altri campus universitari di tutto il Reich.

Per contrastare l'antisemitismo, Prywes, che era a capo dell'Associazione degli studenti ebrei di medicina, convocò una serie di incontri di emergenza per discutere le direttive e organizzare un'azione in risposta. Gli studenti ebrei furono d'accordo, dopo un lungo dibattito, nel rifiutare di occupare i posti a loro riservati. Decisero, invece, di stare in piedi lungo un'unica fila sui gradini tra le file e prendere appunti appoggiandosi alle spalle dello studente di fronte. Moshe Prywes nel suo libro, *Prigioniero della speranza*, osserva:

"Dal 1935 fino allo scoppio della guerra, di classe in classe, giorno dopo giorno, anno dopo anno, questo fu il modo in cui gli studenti ebrei proseguirono i propri studi. In breve tempo, la pratica si diffuse e divenne universale tra tutti gli studenti ebrei nelle università di tutta la Polonia. Quasi sicuramente, mai né prima né in seguito, si verificò uno spettacolo come quello degli studenti in piedi della Polonia."

Fonte:

Moshe Prywes, *Prisoner of Hope* (Brandeis University Press, 1996).



Caso studio 2: medici

La dottoressa Lucie Adelsberger fu una pediatra ebrea tedesca che lavorava nel campo dell'immunologia presso l'Istituto "Robert Koch!" di Berlino. Tra il 1924 e il 1933, aveva pubblicato almeno 15 articoli ed era stata membro fondatore della Società tedesca delle donne medico. Nel marzo del 1933, due mesi dopo la presa di potere nazista, la dottoressa Adelsberger e altri diciotto scienziati ebrei dell'istituto furono licenziati. Fu relegata all'esercizio dell'attività privata e non le fu più permesso di definirsi un "dottore". Invece diventò un "assistente". Alla dottoressa Adelsberger fu negata anche la partecipazione al piano nazionale di assicurazione sanitaria e nel 1938 non poté più curare pazienti non ebrei. Fu deportata ad Auschwitz nel 1943.

Fonte:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A Doctor's Story* (Northeastern University Press, 1995).

Contesto:

Nel marzo del 1933, quando i nazionalsocialisti presero il controllo del governo tedesco, il nuovo regime promulgò immediatamente i decreti antisemiti. La comunità medica tedesca, in conformità con i nazisti, adottò importanti misure organizzative a sostegno delle direttive politiche antisemite. All'epoca, il 13-17% dei medici in Germania era ebreo e a Berlino questa percentuale raggiungeva il 50-60%. A poche settimane dalla formazione del nuovo governo nazista, i medici ebrei furono licenziati dalle loro sedi ospedaliere delle principali città tedesche.

Nell'aprile 1933, fu approvata la legge sul servizio civile. Questa legge proibì agli ebrei e ai comunisti di ricoprire cariche del servizio governativo, compreso l'impiego nel servizio sanitario. Anche le organizzazioni mediche professionali e le compagnie di assicurazione sanitaria licenziarono i medici ebrei. A tutti i livelli del governo, della società e del posto di lavoro, si sollecitò la sostituzione dei medici ebrei con medici non ebrei. Alla fine del 1933, seguirono una serie di decreti sia legali che amministrativi che proibirono ai medici ebrei di curare pazienti non ebrei, di avere interazioni professionali con colleghi non ebrei e di laurearsi in medicina. Nel 1934, il 31% dei medici ebrei era stato rimosso dal servizio.

Le leggi di Norimberga, emanate nel 1935, definirono legalmente un ebreo e, in effetti, privarono gli ebrei tedeschi della loro cittadinanza. Le



leggi vietarono la partecipazione ebraica nella maggior parte dei settori della società tedesca e comportarono gravi conseguenze per gli ebrei nella professione medica. L'ordinanza del Reich sui medici del dicembre 1935 affermava che non sarebbero state concesse nuove licenze ai medici ebrei.

Nel 1936, la maggior parte delle facoltà di medicina proibì ai propri studenti ebrei di effettuare esami ginecologici su donne ariane. Le decisioni relative all'applicazione di queste restrizioni furono lasciate ai direttori ospedalieri responsabili dei tirocinanti ebrei di ginecologia. Non più in grado di praticare, molti medici ebrei fuggirono dal paese. L'espulsione degli ebrei dalle università e da altri posti lasciò liberi molti incarichi nelle facoltà mediche, negli istituti e nelle cliniche tedesche. Queste posizioni vacanti furono rapidamente occupate da giovani medici tedeschi non ebrei disoccupati del posto.

Nel 1938, fu approvata l'ultima parte della legislazione. Questa legge rappresentò il colpo di grazia per la professione medica ebraica tedesca. L'Ufficio dei Medici del Reich radiò i medici ebrei. Essi non furono più considerati membri della comunità medica e poterono curare solo i loro compagni ebrei, previo permesso speciale. Il titolo di "dottore" fu rimosso. I medici ebrei, ora radiati, dovevano essere riconosciuti, d'ora in poi, solo come "assistenti".

È stato stimato che almeno il 25% dei medici ebrei tedeschi furono assassinati durante l'Olocausto e che il 5% morì per suicidio.

Fonti:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial, 1998).

Domanda:

Come possiamo prevenire il pregiudizio razziale tra i professionisti medici?

Discussione:

Sempre più persone vivono e lavorano in società multiculturali, sia in termini di pazienti che trattiamo, sia di colleghi con cui studiamo e pratichiamo. Mentre i medici dovrebbero essere certi che l'avanzamento di carriera si basi esclusivamente sulle proprie capacità, ci sono prove per molti



impieghi che la razza possa costituire un ostacolo. La disparità di opportunità è un problema che ogni sistema sanitario e ogni professionista medico dovrebbero prendere seriamente in considerazione.

La discriminazione per motivi di razza, genere e disabilità è inaccettabile. La discriminazione può comportare una mancanza di motivazione, frustrazione e riduzione della fiducia. In molti paesi, il razzismo esiste in ambito medico ed è spesso vissuto da medici appartenenti a minoranze etniche. Ad esempio, è stato dimostrato che i medici appartenenti a minoranze etniche, come gruppo, sperimentano termini e condizioni di servizio e opportunità di carriera peggiori rispetto ad altri medici. La ricerca ha anche dimostrato che l'ammissione alle facoltà di medicina è anche un ambito in cui i gruppi minoritari sono discriminati. Alcune associazioni mediche in tutto il mondo hanno impedito a medici appartenenti a diversi gruppi culturali di diventare loro membri.

Il Codice etico medico dell'Associazione Americana dei Medici afferma che nessun incarico professionale dovrebbe essere negato a un medico in base a razza, colore, appartenenza etnica o origine nazionale. L'AMA incoraggia le persone a denunciare alle società mediche locali i medici nel caso si sospetti una discriminazione razziale o etnica.

La professione medica dovrebbe rappresentare una leadership nell'eradicazione del razzismo e richiedere procedure di selezione per la trasparenza e per basarsi solo sulla competenza. Una cultura del rispetto e dell'imparzialità dovrebbe essere sviluppata in modo tale che tutti gli individui possano sentirsi apprezzati e sicuri di essere giudicati solo in base alle proprie capacità.

Uno dei modi in cui il razzismo può essere affrontato è quello di introdurre la discussione sulla diversità culturale e sul pregiudizio razziale (come nel caso sopra citato) nel curriculum delle facoltà di medicina.



3. La formazione medica secondo il regolamento nazista

Caso studio:

Nel 2010, la dottoressa Theresa M. Duello, durante delle ricerche nella biblioteca dell'Università del Wisconsin-Madison, scoprì sei tesi di studenti di medicina tedeschi, scritte tra il 1937 e il 1940. Queste tesi di medicina, realizzate quale requisito per laurearsi in medicina, descrivono nel dettaglio i primi cinque anni di esperienza medica della sterilizzazione di centinaia di donne, effettuate da medici negli ospedali tedeschi. La ricerca degli studenti fu supervisionata e approvata dai medici e dai direttori ospedalieri delle istituzioni in cui furono eseguite le sterilizzazioni.

Una tesi, scritta da Erich Bacher di Würzburg nel 1940, analizzava 210 donne sterilizzate presso la clinica ginecologica dell'ospedale cittadino di Pforzheim. Nella sua introduzione, Bacher scrisse:

"È di fondamentale importanza contrastare rapidamente eventuali disordini pubblici riguardo alle misure adottate a norma di legge e far valere con fermezza l'idea di salute ereditaria nella nostra popolazione".

Bacher discusse anche delle obiezioni dei pazienti su cui intervenire contro la propria volontà, nonché del problema di ospedalizzare i pazienti sterilizzati insieme ad altri pazienti nei reparti. Lo studente descrive due dei casi in cui le donne furono sterilizzate:

"In una famiglia in cui il padre era alcolizzato e la madre ritardata, cinque dei sette figli dovevano essere presi in carico in un istituto, perché tre erano affetti da grave ritardo mentale e due erano idioti. Una figlia è sposata. Un bambino aveva un'intelligenza inferiore alla media. La ragazza più giovane è al di sopra della media e ha ricevuto numerosi riconoscimenti a scuola. Tutta la famiglia è già costata al sistema di assistenza governativa oltre 50.000 marchi ... In un altro caso, l'assistenza pubblica deve prendersi cura di quattro figli, nati fuori dal matrimonio, che hanno quattro padri diversi. Anche questi bambini sono ritardati. Questa famiglia presenta



diverse parentele ove sono stati rilevati molti casi di ritardo mentale, debolezza mentale e malattie mentali. Date le condizioni invivibili in famiglia, sei bambini dovettero essere allontanati dalla madre ritardata e presi in carico dalle autorità locali. Di questi, quattro sono stati riconosciuti ritardati; due ragazze sono già state sterilizzate. Il settimo figlio, di cui la madre era in attesa, non fu mai dato alla luce grazie al Tribunale della salute ereditaria. "

Un altro studente, Storch, esaminò 190 casi di sterilizzazione eseguiti presso l'Ospedale cittadino di Speyer e scrisse:

"Abbiamo il dovere, come medici, di offrire le migliori cure possibili alle persone ritenute malate dalla Legge. La cosa più importante oggi è salvaguardare la vita ... Solo le generazioni future saranno in grado di giudicare il risultato effettivo della legge; tuttavia, il nostro compito, ora come sempre, consiste ancora nel ridurre al minimo i rischi dell'operazione e utilizzare metodi il più affidabili possibili ".

Tutte e sei le tesi includevano una documentazione estremamente dettagliata sui particolari delle varie procedure chirurgiche eseguite e sulle complicanze chirurgiche riscontrate. Non v'è alcuna discussione sulla convalida nel definire le condizioni che hanno giustificato le procedure. Le tesi proclamarono la virtù della Legge di sterilizzazione per il miglioramento del popolo tedesco e attribuirono alle politiche eugenetiche del Terzo Reich un valore positivo per la nazione.

Fonte:

Theresa M. Duello, *Misconceptions of "Race" as a Biological Category: Then and Now*, in Sheldon Rubenfeld ed, *Medicine After the Holocaust. From the Master Race to the Human Genome and Beyond* (Palgrave MacMillan, 2010).

Contesto:

La riforma dell'istruzione rappresentò una parte importante della politica medica nazista. Già nel 1922, la Società per l'Igiene Razziale esigeva che l'igiene razziale fosse considerata oggetto di studio obbligatorio nel curriculum medico tedesco. L'igiene razziale fu anche inclusa negli esami di stato di medicina che costituivano un requisito essenziale per la laurea. I corsi di igiene razziale comprendevano argomenti come la ricerca sui gruppi sanguigni, le misurazioni antropologiche, la ricerca gemellare, la genetica, la



biologia criminale, la legge razziale e la medicina di guerra. Le facoltà di medicina posero meno l'accento sulla ricerca di base, modificando il curriculum classico e abbreviando i tempi degli studi di medicina per formare più medici per lo stato nazista.

Agli studenti di medicina fu detto che questi corsi fossero essenziali per la loro formazione professionale nel prepararli ai loro doveri di "consulenti matrimoniali e tutori della costituzione genetica". Agli studenti di medicina fu anche detto che dovevano essere addestrati quali "soldati biologici"; addestramento che prevedeva l'educazione militare e paramilitare al fine di prepararli a servire l'autorità ideologica militarizzata dello Stato. Gli studenti prepararono tesi di laurea sui vari programmi di medicina razziale. Anche l'allenamento razziale fu incorporato nei corsi post-laurea per medici, incentivando la medicina dello sport, la medicina organica e la medicina di guerra.

Fonti:

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology Of Genocide* (Basic Books, 1986).

Domanda:

L'educazione medica dovrebbe essere influenzata da direttive politiche o sociali?

Discussione:

All'inizio del 20 ° secolo, l'educazione medica tedesca era considerata una delle più progredite al mondo. Nel 1910, dopo aver appreso il metodo di educazione medica tedesco, Abraham Flexner realizzò il cosiddetto "Rapporto Flexner", che trasformò la natura e il processo dell'educazione medica in America. Il rapporto comprendeva la conoscenza scientifica e il suo progresso, come pure la definizione di ethos per il medico moderno. Questo rapporto doveva diventare la base per l'educazione universitaria medica in tutto il mondo. Quindi, effettivamente, l'educazione medica nella maggior parte dei paesi oggi si basa sul sistema tedesco.

Ma ciò mutò drasticamente durante il periodo nazista. L'istruzione educativa medica, e quindi gli studenti di medicina nella Germania nazista



furono profondamente influenzati dal clima politico del paese in quel momento. Sebbene questo potesse probabilmente essere detto per qualsiasi studente in qualsiasi momento, ciò che fu diverso nella Germania nazista era che agli studenti di medicina fu insegnato che le politiche ideologiche sulla razza nazista costituissero medicina e scienza di fatto. Gli studenti dovettero diventare sostenitori dei programmi politici e razziali nazisti che furono divulgati come buona "scienza".

In questo contesto politico altamente strutturato e pressante, molta enfasi fu posta anche sull'obbedienza, sull'adesione e sulla fedeltà alle politiche dei leader nazisti. Queste convinzioni furono pretese anche dagli studenti di medicina.

In questo clima politico, la legge sulla sterilizzazione fu giustificata sia dalla buona scienza che dalla buona politica. Fu un metodo per liberare la Germania da futuri "indesiderabili" o individui che erano considerati onerosi per lo Stato. Vi era una ferma convinzione che la "salute" della nazione avesse la precedenza sulla cura e il trattamento individuale.

Non furono prese in considerazione le questioni etiche relative a queste leggi razziali. Invece, furono presentate in modo tale da dimostrare e supportare semplicemente la visione del mondo nazista. Ciò può essere considerato come una forma di lavaggio del cervello politico. Ma questo lavaggio del cervello dovrebbe far parte dell'educazione medica? Il pensiero critico e riflessivo non è forse una delle premesse di base per lo sviluppo di un'educazione medica solida, creativa ed etica?

Quali sono gli obiettivi della formazione medica? Le conoscenze scientifiche sono sufficienti per formare buoni medici? Dobbiamo insegnare agli studenti a diventare medici che saranno tecnici al servizio della scienza o medici che metteranno le proprie conoscenze scientifiche al servizio dei pazienti? Gli studenti di medicina (e i medici) dovrebbero diventare sostenitori sociali o politici?

Gli obiettivi dell'educazione medica sono molti e il processo educativo dovrebbe durare tutta la vita, un continuum di apprendimento che inizia con la facoltà di medicina e termina con il ritiro dal servizio. Oltre a preparare gli studenti ad applicare le conoscenze scientifiche per la prevenzione, l'alleviamento e la cura delle malattie, l'educazione medica dovrebbe anche inculcare gli standard etici personali di pensiero e comportamento e il pensiero critico.



L'educazione medica dovrebbe comprendere l'intero valore e il potere degli strumenti a disposizione dei medici, per garantire un miglioramento della salute e del benessere sociale. Gli studenti dovrebbero avere una comprensione della salute in cui i fattori ambientali, sociali, comportamentali, fisici, economici e politici contribuiscono in modo significativo alla salute e al benessere dei pazienti. Agli studenti dovrebbe anche essere insegnato che i medici hanno il potere e l'autorità nella società di diventare sostenitori influenti per il progresso dei loro pazienti. Questo può essere considerato come un sostegno politico in determinate circostanze, ma dovrebbe sempre avere presente l'obiettivo del benessere o della salute del paziente o del pubblico in generale.



4. La stampa medica durante il nazismo

Caso studio:

Una delle più grandi e produttive riviste di medicina popolare della Germania nazista, con edizioni che superavano le 100.000 copie, fu Die Volksgesundheitswach (Il guardiano della salute popolare). Questa rivista era disponibile nelle sale d'attesa dei pazienti delle cliniche e degli ospedali del Reich. Il dottor Eugen Stähle, neurologo e leader dell'Associazione medica nazionale socialista tedesca, nonché a capo del Ministero della Salute nello Stato tedesco del Württemberg, nel 1934 scrisse un articolo intitolato: "Sangue e razza: nuovi risultati della ricerca, "incentrato sull'uso e l'importanza del sangue umano come mezzo e strumento per identificare la razza:

"Nel descrivere le varie razze, non dobbiamo fermarci all'aspetto esteriore del corpo. . . Dobbiamo andare oltre, per esaminare differenze altrettanto importanti negli organi interni del corpo, differenze che possono riflettere difformità più profonde e fisiologiche tra le razze. . . "

Il dottor Stähle, inoltre, chiedeva ai suoi lettori:

"... pensa cosa potrebbe significare, se potessimo identificare i non ariani con una provetta! Allora né l'inganno, né il battesimo, né il cambio di nome, né la cittadinanza, e nemmeno la chirurgia nasale potrebbero favorire (la fuga degli ebrei nella rilevazione). Non si può cambiare il proprio sangue ".

Alcuni anni più tardi, nel 1939, il dottor Stähle, veterano decorato della prima guerra mondiale e membro del partito nazista, contribuì a fondare il centro segreto di "eutanasia" nel castello di Grafeneck, situato in una zona isolata nel distretto di Münsingen. Il castello divenne un centro di morte per l'omicidio di disabili mentali del programma nazista "T-4". Più di 10.000 bambini sarebbero stati uccisi a Grafeneck in meno di 2 anni. Nel 1943, il dottor Stähle fu nominato professore di medicina da Adolf Hitler. Dopo la sconfitta della Germania nella seconda guerra mondiale, fu arrestato per il ruolo ricoperto nel programma di eutanasia e morì in prigione nel 1948.



Fonte:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Contesto:

Prima dell'ascesa al potere del nazionalsocialismo, la scienza medica tedesca rappresentava una delle tradizioni mediche più vivaci e creative al mondo. La stampa medica tedesca ne svolse un ruolo cruciale. Nel 1933, poco dopo che Adolf Hitler divenne cancelliere, i leader medici tedeschi unirono le due precedenti riviste mediche in una nuova pubblicazione, la *Deutsches Arzteblatt*. Questa pubblicazione divenne la rivista ufficiale della Camera dei medici del Reich e dell'Associazione dei medici delle assicurazioni sanitarie tedesche. Questa unione segnò una svolta nel controllo nazista sulla stampa medica tedesca. Da questo momento in poi, le riviste mediche furono esplicitamente obbligate a ricevere l'approvazione delle autorità mediche naziste, che erano principalmente rappresentate da leali ideologi nazisti. La censura politica predominò su ogni tipo di pubblicazione.

Ciò segnò anche l'inizio della campagna per eliminare gli ebrei, così come i comunisti e i socialisti dalla scienza medica tedesca. Editori e consulenti della stampa medica ora sarebbero stati solo di origine tedesco-ariana e fedeli sostenitori delle opinioni naziste. Il *Deutsches Arzteblatt* annunciò che la stampa medica tedesca avrebbe "ripulito le influenze non tedesche" al fine di riportare la professione al "sentimento tedesco" e al "pensiero tedesco". Furono bandite anche le riviste mediche socialiste, con una lunga rilevante tradizione medica, così come tutte le pubblicazioni che riportassero opinioni contrarie alla visione medico-politica nazista.

Dal 1933 fino alla fine della guerra, numerosi articoli furono pubblicati sulla stampa medica riguardo la purezza razziale, l'igiene e la politica sanitaria. Fecero parte di una campagna sponsorizzata dal governo intesa a divulgare e influenzare notevolmente la comunità medica con le opinioni naziste politiche e dell'igiene della razza. Pertanto, l'obiettivo della pubblicazione cambiò da quello di fornire informazioni scientificamente valide a quello di sostenere e diffondere le direttive dello Stato.

I manoscritti erano accettati per la pubblicazione in base al loro impegno nel promuovere le politiche del nazionalsocialismo, piuttosto che per la qualità della ricerca. Furono istituite riviste speciali, basate su concezioni pseudo-scientifiche, pro-ariane e antisemite, per gli accademici e



la popolazione in generale. Un tema fondamentale della stampa medica tedesca fu quello di inculcare nei lettori l'importanza della "purezza del sangue" per la razza ariana ed il Reich tedesco. Questi articoli avvertivano dei pericoli del "sangue inquinato" che era "veicolato" dai disabili, dai malati affetti da patologie congenite, dagli ebrei, dai neri e dagli zingari. Il pericolo di questo "sangue nocivo" per la politica del corpo fu in seguito usato come giustificazione politica e medica per l'igiene e la pulizia etnica.

Fonti:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* (University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Domanda:

Quali sono i codici etici che si applicano alla stampa medica?

Discussione:

Prima del periodo nazista, le riviste mediche tedesche erano considerate tra le pubblicazioni mediche più prestigiose al mondo e le ricerche pubblicate su queste riviste erano ritenute affidabili. Questa situazione cambiò considerevolmente dopo che i nazisti presero il controllo non solo della fase politica, ma anche della stampa medica. L'etica dell'editoria medica fu chiaramente violata quando sorsero conflitti di interesse tra la comunità medica ed il programma politico dello Stato nazista. Una volta che i leader medici, gli accademici e i redattori furono coinvolti dal programma politico nazista, nessuna opinione contraria o opposta fu pubblicata sulle riviste che esprimevano dubbi sulla validità scientifica o sul contenuto di alcuni articoli. Una tale politica violava chiaramente l'etica, non solo del giornalismo medico, ma del giornalismo in generale. Questo costituì ancora un altro esempio della relazione malsana tra medicina nazista e politica nazista.

L'etica nelle pubblicazioni rappresenta un fondamento importante della ricerca scientificamente valida. È importante chiedersi non solo se e quali risultati siano stati pubblicati ma anche perché e come i risultati siano stati raccolti, interpretati e pubblicati. Oggi c'è grande preoccupazione per i



conflitti di interesse nella ricerca accademica. I conflitti di interesse sono quelli che, quando rivelati successivamente, fanno sentire il lettore critico confuso o ingannato. Questi conflitti possono essere personali, commerciali, ideologici, politici o accademici.

Conflitti di interesse sorgono quando autori, revisori o editori hanno interessi che non sono del tutto chiari e che possono influenzare chi pubblica, ciò che viene pubblicato, nonché i tempi, gli obiettivi e il metodo del processo di pubblicazione.

Oggi è ampiamente riconosciuto che la ricerca medica dovrebbe essere revisionata tra pari prima della pubblicazione. Inoltre, una pubblicazione dovrebbe anche tenere conto di eventuali distorsioni (potenziali o effettive) dovute a interessi contrastanti. Si prevede, generalmente, che i redattori debbano rivelare ai lettori i propri conflitti di interesse e quelli dei loro team, membri di famiglia, consigli di redazione, dirigenti e proprietari.

Proprio come l'interesse per l'etica della ricerca ha portato alla creazione di commissioni di revisione istituzionali e alla necessità che i progetti di ricerca ricevano l'approvazione etica, la consapevolezza specifica dell'etica della pubblicazione ha portato alla creazione di diverse istituzioni che cercano di favorire l'applicazione pratica dell'etica nella pubblicazione. Tra questi gruppi di spicco figurano l'Associazione Medica Mondiale dei Medici Editori (WAME), il Comitato di Pubblicazione Etica (COPE) e il Comitato Internazionale degli Editori di Riviste Mediche (ICMJE) i cui criteri d'autore sono stati ampiamente adottati.

Le violazioni dell'etica nella pubblicazione non sono separate o distinte dalle violazioni delle norme etiche che regolano il trattamento dei pazienti nella ricerca. Le riviste mediche dovrebbero occuparsi di far progredire le conoscenze mediche al servizio della salute umana, piuttosto che agire come strumenti di marketing delle industrie commerciali. Inoltre, non dovrebbero essere utilizzate come mezzo per promuovere ideologie e direttive politiche, a meno che non siano coerenti col miglior interesse dei pazienti.



5. La duplice lealtà dei medici: Stato vs. Individui

Caso studio:

Il dottor Hans Deuschl nacque nel 1891 a Grafing nei pressi di Monaco di Baviera. Studiò medicina a Monaco dove si unì alla confraternita studentesca. Come il suo futuro amico e benefattore Heinrich Himmler (che sarebbe diventato il leader delle SS), Deuschl fu influenzato dallo spirito di questa confraternita studentesca, dall'impatto della sconfitta tedesca dopo la prima guerra mondiale e dalla sua esperienza come combattente volontario in Baviera. Molto giovane, si identificò col nazionalismo tedesco.

Come medico, il dottor Deuschl avanzò nella carriera politica diventando capo della filiale locale del " *Völkischer Block*" (blocco nazionalista) e fu candidato alla carica di sindaco di Grafing nel dicembre 1924. Si unì alla Lega Medica Nazionale Socialista (NSDAP) nel settembre 1929 e alle SS nel giugno 1931. Come membro delle SS, gli fu affidato l'incarico da Heinrich Himmler di incrementare e comandare i servizi medici delle SS. Il dottor Deuschl divenne il direttore della rivista NSDAP e rese dichiarazioni politiche pubbliche, incoraggiando i suoi colleghi medici a unirsi e servire il loro paese. Come presidente del NSDAP, scrisse:

"Questa organizzazione non è solo un'organizzazione professionale di medici, ma anche militare. I nostri membri sono prima di tutto nazisti e solamente dopo medici. Essi rappresentano la nazione nel suo insieme e dovrebbero mettere da parte i propri interessi personali e diventare leader che si battono per gli interessi dell'intera nazione tedesca".

Il dottor Deuschl fu anche caro amico del capo del NSDAP, il dottor Gerhard Wagner. Nel 1935, Dueschl fu nominato direttore della scuola tedesca per leader nella professione medica ad Alt-Rehse.



Fonti:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
3. Wilhelm Boes, Medical Doctorate Dissertation [German] "*On the person and the importance of the medical practitioner, Dr. Hans Deuschl (1891–1953), with special focus on his career in the period of National Socialism.*" http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018876?lang=en

Contesto:

Poco dopo l'ascesa al potere del Partito nazionalsocialista in Germania nel 1933, le varie associazioni mediche tedesche furono coordinate e unificate in un'organizzazione gerarchica denominata Lega Medica Nazionale Socialista (NSDAP). Questo corpo era subordinato al partito nazista. In uno dei primi discorsi alla Lega dei Medici, Hitler annunciò:

"Di voi medici nazionalsocialisti non posso farne a meno per un solo giorno, non per un'ora. Se non fosse per voi, se veniste meno, allora tutto sarebbe perduto."

L'ideologia del partito nazista fu spesso raffigurata in modo da attrarre i medici. In *Mein Kampf*, Hitler dichiarò:

"Chiunque voglia curare questa era che è malata e marcia all'interno, deve prima di tutto farsi coraggio per chiarire la causa di questa malattia".

Utilizzando metafore biologiche e scientifiche, il governo nazista considerò alcune parti della popolazione come una minaccia contagiosa che potesse "infettare" e indebolire il popolo tedesco. I medici dovevano essere i "guardiani" della salute dello Stato tedesco ed essere attivi nella prevenzione e nel trattamento del "contagio infettivo", ovunque e in qualsiasi momento.

Il personaggio di spicco dell'organizzazione medica fu il dottor Gerhard Wagner, che fu riconosciuto come il "Führer della Lega dei Medici". Wagner dichiarò che:

"L'assistenza sanitaria doveva essere sostituita dalla leadership sanitaria; la medicina curativa doveva essere sostituita dalla medicina preventiva e l'igiene individuale doveva essere sostituita dall'igiene razziale."

Secondo Wagner, i medici dovevano diventare medici della nazione; non era più necessario che fossero i medici dei loro singoli pazienti.



Attraverso Wagner e altri leader medici e politici nazisti, la professione medica sposò totalmente la filosofia politica nazionalsocialista. Questa filosofia si basava sui principi eugenetici dell'igiene razziale in cui la salute della nazione doveva prevalere su quella del singolo paziente.

Uno degli obiettivi politici della Lega dei medici fu di formare i medici tedeschi secondo i dettami del partito nazista. Una scuola per leader medici tedeschi fu fondata ad Alt-Rhese, nel Meclemburgo. Questa scuola era nota come la "scuola tipo dei medici tedeschi". Il dottor Hans Deutschl fu il primo direttore di questa scuola.

La missione della scuola dei Leader fu quella di aggiungere alla formazione medica tradizionale nuovo vigore per rendere i medici "leader sanitari" nazisti. Tutte le lezioni furono tenute da nazisti di alto rango. La scuola, organizzata come un campo di addestramento militare, offrì lezioni sulle direttive mediche e politiche naziste, sull'amministrazione della sanità pubblica e sulla medicina olistica. La scienza genetica e razziale divenne il fulcro delle lezioni. Gli studenti residenti seguirono un rigido regime di esercitazioni militari e di lavoro manuale. A quel tempo, le riviste mediche ufficiali notarono che:

"Il nuovo medico in Germania era diventato più di colui che si prendeva cura dei malati; ora curava la salute genetica ed era un leader della salute del popolo tedesco".

All'inizio del 1936, quasi mille medici erano stati addestrati alla scuola dei Leader. La concezione della Scuola si concentrava in particolare sui giovani medici che mostravano un potenziale per la futura leadership politica. Molti di questi giovani medici tedeschi furono attratti dal partito nazista, dalla sua promessa che i nazionalsocialisti avrebbero ripristinato il potere della Germania. Altri credettero che i nazisti avrebbero promosso l'onore e la dignità della professione medica. Infine, molti giovani medici e ricercatori ritennero che il partito nazista fosse un mezzo per ottenere posti di lavoro migliori, migliori posizioni accademiche, nonché affiliazioni politiche e premi economici maggiori e più redditizi.

I medici reagirono unendosi per primi al Partito nazista ed in numero maggiore rispetto a qualsiasi altra categoria professionale. Nel 1942, quasi la metà dei medici tedeschi erano membri del partito nazista. Questo numero era di gran lunga superiore rispetto ad altre professioni come quelle degli insegnanti o degli avvocati.



Fonti:

1. Robert M. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).

Domande:

Qual è il dovere di un medico?

È responsabile prima per l'organizzazione / appartenenza politica o per i suoi pazienti?

Quali strumenti sono disponibili per risolvere i problemi della duplice lealtà?

Discussione:

Gli attuali codici internazionali di etica medica impongono generalmente la totale lealtà verso i pazienti. In pratica, tuttavia, gli operatori sanitari hanno spesso obblighi nei confronti di altre parti, oltre ai loro pazienti. È nel contesto degli obblighi personali e professionali concorrenti che può emergere una duplice lealtà tra i doveri professionali clinici verso un paziente e gli obblighi, espressi o impliciti, reali o percepiti, verso gli interessi di terzi.

La doppia lealtà può essere ineluttabile e all'ordine del giorno nel lavoro dei professionisti medici. Alcuni esempi potrebbero includere la famiglia di un paziente, la polizia o le autorità penitenziarie, un'istituzione medica come un ospedale o un'organizzazione, un datore di lavoro, un assicuratore, il pubblico in generale, lo stato o l'esercito. Il problema della duplice lealtà può quindi essere evidente in molti contesti. I conflitti derivanti dalla duplice lealtà possono, potenzialmente, dare origine a violazioni dei diritti umani in tutte le società, anche quelle ritenute più aperte e libere. Tuttavia, è probabile che queste violazioni siano maggiori e prevalenti nelle società prive di libertà di espressione e associazione; per esempio, dove i funzionari statali chiedono che gli operatori sanitari contribuiscano alla soppressione del dissenso, come nel caso della Germania nazista. Forse uno degli esempi più monopolizzanti della duplice lealtà si manifesta tra medici e infermieri militari. Giurando di difendere la propria nazione, a volte, possono trovarsi ad agire violando l'etica della salute.



Molte organizzazioni di professionisti della salute e singoli studiosi hanno identificato principi etici e linee guida per affrontare i conflitti di duplice lealtà. L'Associazione Mondiale dei Medici ha fatto diverse dichiarazioni politiche sui conflitti etici della duplice lealtà in cui i medici sono tenuti a considerare in primo luogo la loro fedeltà ai propri pazienti. Ma è noto che, in determinate situazioni, i bisogni degli altri prevarranno su quelli dei pazienti a loro affidati. Quando ciò accade, i medici devono prendere tutte le misure appropriate per arginare qualsiasi danno ai loro pazienti. I medici dovrebbero imparare a riconoscere le situazioni in cui esiste la duplice lealtà ed essere consapevoli delle linee guida etiche e professionali fornite per assisterli nella gestione dei dilemmi che ne conseguono.



6. La pressione economica in medicina

Caso studio:

Le origini economiche del programma nazista “Eutanasia”

La giustificazione nazista della distruzione di "vita non degna di essere vissuta" non fu semplicemente una giustificazione eugenetica dell'eutanasia; si basò anche su una motivazione economica, per cui certe categorie di malati costituivano un onere finanziario troppo gravoso perché lo Stato se ne prendesse cura. Nel 1934, un rappresentante della Lega dei medici nazisti, il dottor Heilig, pubblicò un articolo su una delle riviste mediche, *Deutsche Freiheit*. Heilig sostenne:

“Deve essere chiaro a chiunque soffra di una malattia incurabile che l'inutile sperpero di farmaci costosi prelevati dal deposito pubblico non possa essere giustificato. I genitori che considerano la vita difficile di un figlio paralizzato o ritardato si devono convincere che, sebbene loro possano avere l'obbligo morale di prendersi cura della sfortunata creatura, il servizio pubblico in generale non dovrebbe avere l'onere... di assumersi i costi enormi che l'istituzionalizzazione a lungo termine potrebbe comportare. ”

Il dottor Heilig affermò anche che non avesse senso per le persone "alle soglie della vecchiaia" ricevere assistenza, come terapia ortopedica o ponti dentali; tali servizi, sostenne, dovrebbero essere riservati alle persone più sane della popolazione. I commenti di Heilig erano tipici nell'ambito della categoria medica nazista, in cui le famose riviste di igiene medica e razziale descrivevano i costi di mantenimento dei malati a spese dei sani.

Tuttavia, tale giustificazione economica sul prendersi cura dei disabili, malati affetti da patologie congenite e malati cronici, non fu espressa esclusivamente nella Germania nazista. Essa fu adottata anche in altri paesi. Nel 1927, il giudice supremo Oliver Wendell Holmes, parlando a difesa di otto uomini nel caso della Corte suprema degli Stati Uniti, *Buck vs. Bell*, riportò una legge della Virginia sulla sterilizzazione che prefigurava alcuni dei successivi argomenti nazisti riguardanti gli oneri sociali a carico dello Stato per la cura dei disabili. Il giudice Holmes scrisse:



"Abbiamo visto più di una volta che il benessere pubblico può appellarsi alla vita dei suoi cittadini migliori. Sarebbe strano se non potesse farlo con coloro che già attingono alla forza dello Stato per questi piccoli sacrifici. . . per evitare che veniamo sommersi dall'inettitudine. È meglio per il mondo intero se, invece di aspettare di giustiziare la progenie degenerare per crimini o lasciarla morire di fame per la sua imbecillità, la società possa impedire a coloro che sono manifestamente inadatti di procreare. Il principio che sostiene la vaccinazione obbligatoria è abbastanza ampio da coprire il taglio delle tube di Falloppio. Tre generazioni di imbecilli sono sufficienti. "

Fonti:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Edwin Black, *War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race* (Four Walls Eight Windows, 2003).

Contesto:

L'idea di sterilizzare sistematicamente e, quindi, di "eliminare" (uccidere) i pazienti con disabilità mentale ottenne una maggiore considerazione dopo la sconfitta della Germania nella prima guerra mondiale. Gli igienisti razziali sostenevano che il costo per il mantenimento dei "difettati" costituisse un problema più grande quando la fame era ovunque. All'epoca, quasi la metà dei pazienti negli ospedali psichiatrici tedeschi moriva di malattia o di fame.

Nel 1920, il dottor Alfred Hoche, professore di medicina, e Rudolf Binding, professore di giurisprudenza, pubblicarono il loro libro "Autorizzazione alla distruzione di vite non degne di essere vissute". Gli autori sostenevano che il principio dell'"uccisione autorizzata" avrebbe dovuto essere esteso ai malati incurabili. Considerando che i pazienti psichiatrici istituzionalizzati avessero "vite non degne di essere vissute", concludevano che la loro "eliminazione" non fosse solo tollerabile, ma umana, e che dovesse essere legalizzata. Preferivano porre fine alla vita dei pazienti malati terminali che, sostenevano, avessero diritto a una morte indolore. Affermavano che il diritto alla vita dovesse essere guadagnato e giustificato, e non assunto dogmaticamente, e, inoltre, che la vita umana fosse determinata, non semplicemente dal suo valore per l'individuo, ma anche dal suo valore (e / o peso) per la società.



Binding sosteneva che questi malati imponessero un "onere terribilmente gravoso" sia ai loro parenti che alla società, "tenevano impegnata un'intera professione di individui sani e causavano un'appropriazione indebita di risorse umane preziose". Hoche affermava che "era angosciante che intere generazioni di infermiere vegetassero accanto a tali gusci vuoti, molti dei quali vivranno per compiere almeno settant'anni". Hoche non accettò il tradizionale obbligo del giuramento di Ippocrate di non fare del male e lo sminuì come "un giuramento di un medico dell'antichità". Gli autori incoraggiarono inoltre la legislazione nel proteggere i medici che effettuassero l'eutanasia su tali pazienti.

Il libro di Hoche and Binding accese un dibattito nazionale su quando e se un medico fosse giustificato nel togliere la vita. Durante gli anni '30, psichiatri e altri pionieri dell'igiene razziale sostenevano che i costi per il mantenimento dei disabili dovessero essere ridotti. Questa logica economica fu anche utilizzata dai legislatori e dai politici per giustificare tagli al bilancio per questa popolazione e comportò il deterioramento delle condizioni del personale, degli alloggi, del cibo e delle cure mediche per i disabili negli ospedali psichiatrici. Questi tagli al bilancio avvennero contemporaneamente al fatto che la Germania stesse restaurando la sua economia e investendo in ambito militare.

I tagli, considerati "risparmi" da parte dei responsabili di tali direttive, furono estesi a livello regionale e locale in tutta la Germania, creando disavanzi economici, imponendo una riformulazione delle priorità locali e incidendo negativamente sugli ospedali e sul benessere pubblico per i disabili in tutta la Germania.

Alcuni medici tedeschi si opposero a questa politica di taglio economico prioritario e misero in guardia contro la sua attuazione. Nel corso di una riunione a Monaco nel 1931, il professor Oswald Bumke, psichiatra, disse: *"Se la sterilizzazione potesse prevenire l'insorgenza di malattie mentali, allora dovremmo certamente praticarla, non per risparmiare denaro per il governo, ma perché ogni caso di malattia mentale significa sofferenza infinita per il paziente e i suoi parenti. Ma introdurre ragioni economiche non è solo inappropriato ma del tutto pericoloso perché la naturale conseguenza del pensiero che per ragioni finanziarie tutti questi esseri umani, su cui si potrebbe investire al momento, dovrebbero essere sterminati, è una conclusione logica piuttosto mostruosa; dovremmo quindi mettere a morte non solo i malati di mente e le personalità psicopatiche ma*



tutti i paralitici, compresi i veterani disabili, tutte le vecchie cameriere che non lavorano, tutte le vedove i cui figli hanno completato la loro istruzione e tutti coloro che vivono dei loro introiti e pensioni. Ciò farebbe risparmiare sicuramente un sacco di soldi, ma è probabile che non lo faremo. "

Fu solo nel 1935, al Congresso del partito nazista a Norimberga, che furono discussi piani concreti per la distruzione di tutte le "vite non degne di essere vissute" della Germania. Uno dei principali sostenitori del piano fu il dottor Gerhard Wagner, uno dei medici più importanti della Germania e il Führer (leader) della Lega nazionale dei medici socialisti. Wagner sosteneva che il denaro impiegato per il "geneticamente inferiore" risultasse a carico delle persone normali e sane della nazione. Più o meno nello stesso periodo, Hitler, inoltre, informò Wagner che l'eutanasia sarebbe stata implementata una volta iniziata la guerra.

Con l'inizio della seconda guerra mondiale, le giustificazioni economiche naziste per l'eliminazione dei disabili divennero più pressanti ed ebbero la precedenza. L'onere economico incombente sullo Stato per la cura degli individui "non degni di vivere" era in contrasto con quello dei suoi eroici e sani soldati che stavano sacrificando se stessi per il bene della patria. Inoltre, durante l'Operazione segreta T-4 del programma "Eutanasia", in base al quale i disabili mentali furono sistematicamente assassinati in Germania e Austria, furono calcolate statistiche economiche, identificando i "risparmi" per lo Stato ricavati dall'eliminazione di coloro che erano considerati "un peso" per la nazione.

Fonti:

1. Henry Friedlander, *The Origins of the Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
3. George J. Annas and Michael A. Grodin eds., *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

Domanda:

In che modo un medico bilancia il processo decisionale, le preoccupazioni finanziarie e l'etica medica?



Discussione:

L'utilizzo da parte dei nazisti di giustificazioni economiche per effettuare programmi di igiene razziale è un esempio estremo di come i fattori economici possano influenzare le direttive mediche e il processo decisionale. I pazienti disabili furono assassinati perché considerati oneri finanziari per lo Stato. Le loro morti furono il risultato della dottrina nazionalsocialista che promuoveva la "superiorità razziale" e la "sopravvivenza del più adatto". L'utilitarismo del regime nazista in generale e della professione medica in particolare rese possibile che questi pazienti fossero uccisi per il cosiddetto "bene della nazione".

Oggi il principio di utilità afferma che noi professionisti medici dovremmo, in ogni circostanza, sforzarci di produrre il maggior equilibrio possibile tra valore e disvalore per tutte le persone malate ("efficacia in termini di costi"). Nell'assistenza sanitaria, il pensiero utilitaristico stabilisce che ogni volta che esiste una scelta tra metodi di trattamento diversi, ma ugualmente efficaci, i benefici dei pazienti devono essere massimizzati e i costi e i rischi ridotti al minimo. Tuttavia, in un mondo moderno con scarse risorse, quando i sistemi di erogazione di assistenza sanitaria sono sempre più sotto pressione per contenere i costi (o per indurre risparmi), è necessariamente ingiusto limitare le spese delle risorse destinate ad un particolare gruppo di pazienti e / o popolazioni?

Nel discorso etico medico generalmente accettato, la giustizia è uno dei principi fondamentali a cui i professionisti medici devono attenersi. Uno dei diritti fondamentali dei pazienti è noto come giustizia distributiva, che è il diritto a un trattamento giusto, equo e adeguato. Ma nell'ambiente attuale, le crescenti pressioni economiche stanno costringendo i medici a prendere decisioni che possono essere fondate su vincoli economici più ampi, piuttosto che sulla visione tradizionale di agire nel miglior interesse del singolo paziente.

In tutto il mondo, molte società stanno affrontando la questione di come fornire un'assistenza sanitaria di qualità equa nel contesto dell'aumento dei costi e delle risorse limitate. In tali dibattiti, è importante riconoscere che alcune delle popolazioni più vulnerabili (i disabili mentali, i malati cronici, gli anziani e altri) sono particolarmente a rischio.

Sorgono delle domande: come dovremmo prenderci cura dei malati nella nostra società? Come dovremmo prenderci cura dei malati cronici? Esiste un limite alla quantità di fondi cui possiamo attingere per un paziente



o un gruppo di pazienti? Dovrebbe esserci un limite di età per la distribuzione di risorse o trattamenti medici? In tal caso, dove dovrebbe essere tracciato il limite?

Nell'attuale pratica medica, i progressi tecnologici e scientifici, insieme ai crescenti costi delle cure mediche, nonché ai cambiamenti sociologici, hanno favorito un dibattito e una rivalutazione in corso del rapporto medico-paziente. Man mano che i costi per l'assistenza sanitaria aumentano e l'uso del razionamento medico si evolve, dovremmo essere estremamente consapevoli delle scelte morali in questione.

I medici, più di ogni altra categoria professionale, si trovano in prima linea in questo acceso dibattito economico, sociale ed etico in nome dei pazienti. Mentre i medici, in virtù della loro professione e del ruolo nella società, possono essere posti in una posizione di conflitto di lealtà tra i bisogni dei loro pazienti e quelli economici (e delle politiche sociali) dello Stato, essi dovrebbero scegliere di difendere con forza e compassione i loro pazienti. Se i medici e gli altri operatori sanitari non lo fanno, chi lo farà? Storicamente, abbiamo già l'esempio immorale e omicida dei medici nazisti che dimostra cosa possa accadere a una società quando i medici falliscono nel loro dovere di lealtà verso i propri pazienti.



7. Eutanasia

Caso studio:

Nel giugno del 1942, il dottor Adolf Wahlmann fu nominato direttore medico del Landesheilanstalt Hadamar, un ospedale per pazienti psichiatrici e disabili in Germania. Già prima dell'arrivo di Wahlmann ad Hadamar, 10.000 pazienti affetti da disabilità mentali erano stati uccisi come parte della prima fase del programma di "eutanasia" nazista noto come T-4. Seguì un arresto degli omicidi a partire dall'agosto 1941, quando il programma T-4 fu interrotto, fino all'agosto 1942 quando Wahlmann divenne direttore medico.

Nell'agosto 1942, giunsero all'ospedale ulteriori spedizioni di pazienti malati di mente. La seconda fase del programma di "eutanasia", nota come "eutanasia selvaggia", iniziò, quindi, ad Hadamar. Il dottor Wahlmann organizzò un calendario di riunioni mattutine con le sue infermiere per amministrare il programma. Durante questi incontri, Wahlmann e le sue infermiere esaminavano le cartelle cliniche e la storia dei pazienti. Quindi, sulla base delle loro osservazioni, decidevano se l'uccisione risultasse opportuna. La decisione finale spettava a Wahlmann. Se dava la sua approvazione, due infermiere trascrivevano il nome del paziente su un foglio di carta, annotando la quantità di narcotici che Wahlmann avesse prescritto per indurre la morte del paziente (ad esempio, il numero di compresse di Luminal [fenobarbital] o sedativi simili).

La prescrizione era consegnata in infermeria ove fungeva da autorizzazione per uccidere i pazienti selezionati. Durante la notte, a questi pazienti erano somministrate dosi eccessive di questi farmaci. Se le compresse non davano la morte, la mattina seguente si somministrava un'iniezione di morfina che, inevitabilmente, poneva fine alla vita del paziente. Dopo che il paziente era stato ammazzato, Wahlmann faceva una breve ispezione del cadavere e inventava false cause e tempi di morte per il certificato di morte del paziente.

Dalla metà del 1942 fino a quando Hadamar fu occupata dalle forze americane nel marzo del 1945, altri 4.400 pazienti furono uccisi lì tramite iniezione letale o overdose di farmaci.

Al processo del dottor Wahlmann a Francoforte nel 1947, il tribunale di Stato lo dichiarò colpevole di omicidio e lo condannò a morte.



Fonte:

Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Contesto:

L'ondata legislativa tra il 1933 e il 1936 identificò le categorie di "vita indegna" che sarebbero diventate gli obiettivi della politica di uccisione nazionalsocialista tra il 1939 e il 1945. La logica per eliminare le persone "indegne di vita" scaturiva dalla visione biomedica nazista che i portatori di handicap e altre persone disabili con malattie congenite avessero geni contaminati e non fossero degni di vivere. L'idea era che non solo queste persone indebolivano il pool genico ariano e portavano a un'ulteriore degenerazione della società, ma costituivano anche un onere economico sostanziale. I legislatori nazisti pensavano che questo peso economico fosse troppo gravoso e che la nazione non potesse permetterselo, soprattutto in tempo di guerra.

Alla fine del 1938 o all'inizio del 1939, un parente, probabilmente il padre, di un bambino di nome Gerhard Herbert Kretschmar che era nato cieco, privo di una gamba e di una parte di un braccio, ne chiese l'"uccisione compassionevole". Hitler ordinò a uno dei suoi medici personali, il dottor Karl Brandt, di consultarsi con i medici del bambino e di "autorizzarli" a praticare l'eutanasia, se lo avessero ritenuto opportuno. A questi medici fu promessa l'immunità da qualsiasi azione legale che potesse essere intrapresa contro di loro. Hitler, quindi, incaricò il dottor Brandt e Philipp Bouhler, a capo della Cancelleria tedesca, di rilasciare autorizzazioni simili che ritenessero essere necessarie per altri casi in futuro.

Verso la fine degli anni '30, migliaia di famiglie tedesche con parenti malati avevano già inviato petizioni alla cancelleria di Hitler, chiedendo l'"eutanasia" per i loro cari. Tuttavia, il caso Kretschmar inaugurò il "Programma di eutanasia infantile" che era stato progettato per uccidere bambini disabili mentali e fisici. Con questa iniziativa segreta (e legalmente illegale), i bambini furono uccisi da una combinazione di fame o medicine letali.

Il processo di uccisione era il seguente. Neonati e infanti disabili non istituzionalizzati erano segnalati da medici e ostetriche. I genitori e / o i tutori erano costretti a ricoverare i loro figli in uno dei reparti pediatrici speciali. Le loro cartelle cliniche, così come quelle dei bambini già istituzionalizzati,



erano esaminate da un gruppo di medici esperti, incaricati da alti funzionari e medici nazisti. I medici che facevano parte di questo gruppo e che non avevano mai visto o visitato i bambini, decidevano della loro vita o morte.

Gli stessi metodi di uccisione divennero base di sperimentazione e indagine scientifica da parte dei medici assassini. Encefali e altre parti del corpo furono spesso inviati a centri medici universitari per la ricerca. Mentre il bambino selezionato si avvicinava alla fine, i genitori erano informati tramite una lettera standard che il loro bambino fosse gravemente malato. Queste lettere erano spesso inviate in ritardo, poco prima o addirittura dopo la morte, in modo che i genitori non avessero il tempo di fare visita ai loro cari, molti dei quali istituzionalizzati in ospedali che non erano facilmente raggiungibili per le visite della famiglia. Alcune istituzioni vietarono anche le visite dei genitori (o dei tutori). Dopo che il bambino era stato ucciso, i medici ne falsificavano il certificato di morte (sia la causa che l'ora della morte) che era, quindi, inviato alla famiglia. I genitori erano inoltre informati che, a causa del pericolo di epidemie, il corpo dovesse essere immediatamente cremato. In alcuni casi, le lettere riportavano anche che il personale medico avesse tentato procedure "eroiche" per salvare il bambino, ma senza successo. A volte, la morte non era segnalata per diversi mesi, in modo che l'istituzione potesse ancora accumulare i pagamenti per l'assistenza del paziente.

È stato stimato che circa 5.000 bambini furono uccisi per fame o overdose di farmaci. Questo doveva essere un programma segreto per arginare l'opposizione e la protesta del pubblico tedesco. I pazienti furono uccisi senza il consenso delle loro famiglie o dei loro tutori.

Poco dopo l'avvio del programma di "eutanasia" dei bambini, il programma fu ampliato per includere adulti istituzionalizzati con disabilità e portatori di handicap. La definizione nazista di "eutanasia": uccidere una "vita indegna di essere vissuta" fu applicata a grandi gruppi di bambini e adulti con disabilità e malattie croniche. Il quartier generale del programma era situato in Tiergartenstrasse 4 a Berlino e l'operazione era quindi nota come T-4.

Il programma T-4 progredì rispetto ai protocolli di uccisione del programma di "eutanasia" dei bambini. Ora anche le uccisioni furono effettuate con gas, inizialmente usando monossido di carbonio, ma anche sperimentando altri metodi di gassificazione, incluso l'uso dello Zyklon B (successivamente usato ad Auschwitz e in altri campi di sterminio). Le



camere a gas appositamente costruite, usando monossido di carbonio, furono posizionate in istituzioni specifiche, la maggior parte delle quali erano ospedali, progettati come centri di uccisione.

In modo simile al "programma di eutanasia" dei bambini, i medici del T-4 falsificarono i certificati di morte. Inoltre, i medici eseguirono autopsie e inviarono campioni patologici agli istituti medici in Germania per ulteriori ricerche.

Sia il programma di "eutanasia" dei bambini che il T-4 furono il banco di prova per la "soluzione finale". L'omicidio con il gas, in seguito usato per uccidere milioni di ebrei e centinaia di migliaia di zingari, fu prima testato sui disabili mentali tedeschi. Le uccisioni di gas furono pianificate, testate, supervisionate e autorizzate dai medici del T-4. Da questi programmi di "eutanasia" derivarono i protocolli, i processi, la leadership medica e il personale che avrebbe successivamente supervisionato e attuato l'assassinio di milioni nei campi di sterminio. Più di 70.000 persone furono uccise nel periodo tra gennaio 1940 e agosto 1941 col programma T-4.

Il 24 agosto 1941, Hitler ordinò la fine del programma di "eutanasia" perché era diventato troppo conosciuto. La principale fonte di protesta pubblica proveniva dai pastori protestanti tedeschi e dai sacerdoti cattolici, una volta scoperto ciò che stava accadendo in questi ospedali in Germania.

In realtà, il programma non terminò, ma si avviò solo verso una nuova e diversa fase definita "eutanasia selvaggia". In questa fase di "eutanasia selvaggia", le uccisioni furono decentrate. Le selezioni furono eseguite da un gran numero di medici e infermieri in molte istituzioni mediche in Austria, Polonia e Germania, dove questi omicidi ebbero luogo come parte della normale routine ospedaliera. I medici usarono gli stessi metodi di "eutanasia" utilizzati per i bambini e uccisero adulti disabili e malati cronici per fame e overdose di farmaci. Altri pazienti con disabilità mentali, in particolare nelle zone occupate, furono semplicemente fucilati.

Durante la fase di "eutanasia selvaggia", le categorie destinate all' "eutanasia" furono ampliate per includere "pericoli pubblici", criminali, "antisociali" e coloro che erano considerati "di razza inferiore". Persino le vittime tedesche di psicosi post-traumatica, civili e soldati, furono uccise, così come i lavoratori stranieri dell'Europa dell'Est che si erano ammalati mentre eseguivano lavori forzati per i tedeschi. Circa 200.000 persone furono uccise nel programma di "eutanasia selvaggia".



A questo punto, i campi di concentramento si stavano riempiendo di detenuti e, così, fu avviato un nuovo programma di uccisione, denominato "14f13". I medici del campo, di solito membri delle SS, selezionarono le potenziali vittime sulla base di linee guida razziali ed eugenetiche. Anche la capacità di lavorare divenne un fattore critico nel processo di selezione. Una volta scelte queste vittime, i medici "esperti" del T-4 arrivarono nei campi per approvare le selezioni dei medici delle SS. In questa fase, i campi non disponevano dell'attrezzatura necessaria per uccisioni di massa e quindi le vittime furono trasportate ai centri di uccisione tedeschi e lì eliminate. Successivamente, le strutture di gassificazione, mascherate da docce, furono costruite nei campi di sterminio stessi, usufruendo della consulenza dello staff medico del T-4. Furono uccise dalle 10.000 alle 20.000 persone nell'operazione 14f13. Gli storici dell'Olocausto considerano il programma di eutanasia dei bambini, il T-4, il 14f13 e l'"eutanasia selvaggia" come i precursori dell'omicidio di milioni di ebrei europei, di zingari e di altri ritenuti indesiderabili.

Fonti:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Patricia Heberer, *"Exitus Heute in Hadamar": The Hadamar Facility and "Euthanasia" in Nazi Germany*. (Doctoral Dissertation, University of Maryland, 2001).
4. Ulf Schmidt, Karl Brandt. *Medicine and Power in the Third Reich* (Hambledon Continuum, 2007).

Domanda:

Qual è l'etica dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito?

Discussione:

Nata dai termini greci "eu" (felice o buono) e "thanatos" (morte), eutanasia significa letteralmente "morte felice" o "buona morte". Il Consiglio per gli affari etici e giudiziari dell'Associazione Medica Americana definisce il termine come segue: "L'eutanasia è comunemente definita come l'atto di



provocare la morte di una persona malata senza speranza e sofferente in un modo relativamente rapido e indolore per motivi compassionevoli".

L'uso del termine "eutanasia" nel contesto nazista è, in sostanza, un uso impreciso della parola. Piuttosto, il programma nazista di "eutanasia" fu progettato per liberare la società tedesca da alcuni individui che erano considerati "non degni di vivere". Molti di questi pazienti non erano affetti da malattia e probabilmente oggi non sarebbero nemmeno stati considerati incapaci. Inoltre, questi omicidi ebbero luogo, indipendentemente dal fatto che la persona fosse incapace o meno, senza il consenso informato da parte degli individui e / o delle loro famiglie o tutori. Il metodo di "eutanasia" nazista non costituì in alcun modo una "buona morte", come indica la parola, ma un programma sistematico di uccisione senza alcuna pietà.

Oggi, quando utilizzato, il termine "eutanasia" può effettivamente significare una varietà di cose diverse, a seconda del contesto in cui sia impiegato. Per questo motivo, quando si parla di eutanasia sono stati stabiliti numerosi termini di definizione. Questi termini aiutano a suddividere e classificare tipi di eutanasia differenti. Diversi termini chiave includono: volontario / involontario e attivo / passivo.

L'eutanasia volontaria rappresenta una morte eseguita da un altro col consenso della persona uccisa. Questo consenso può essere scritto, come nel caso di un testamento biologico o di una direttiva anticipata. L'eutanasia involontaria rappresenta l'esecuzione di eutanasia su una persona incapace in base alla decisione del surrogato o anche alla decisione del medico.

L'eutanasia passiva prevede la morte di un paziente rimuovendo i sistemi di supporto vitale artificiale, quali respiratori e tubi di alimentazione, o, semplicemente, interrompendo i trattamenti medici necessari per mantenerlo in vita. L'eutanasia attiva, al contrario, prevede passaggi espliciti per porre fine alla vita di un paziente, in genere mediante iniezione letale. Il diritto all'eutanasia passiva è stato anche definito "il diritto alla morte" ed esistono paesi dotati di leggi che proteggono questo diritto.

Il suicidio medicalmente assistito, che si verifica quando un medico offre aiuto al paziente che si toglie la vita, differisce dall'eutanasia.

L'eutanasia e il suicidio assistito differiscono nella misura in cui un medico, o altro terzo, partecipi all'azione che porta alla morte. L'eutanasia implica che un medico, o qualcun'altro, compia l'azione immediata di porre fine alla vita. Il suicidio assistito si verifica quando un medico o un'altra



persona faciliti la morte di un paziente, fornendo i mezzi e / o le informazioni necessari per consentire al paziente di compiere l'atto di uccidersi.

La Dichiarazione sull'Eutanasia dell'Associazione Mondiale dei Medici, adottata dalla 38a Assemblea medica mondiale di Madrid in Spagna, nell'ottobre 1987 stabilisce:

"L'eutanasia, cioè l'atto di porre fine deliberatamente alla vita di un paziente, anche su richiesta del paziente o di suoi parenti stretti, non è etica. Ciò non impedisce al medico di rispettare il desiderio di un paziente di consentire al processo naturale di morte di seguire il suo corso nella fase terminale della malattia".

Anche la dichiarazione dell'Associazione Mondiale dei Medici sul suicidio medicalmente assistito adottata dalla 44a Assemblea medica mondiale di Marbella in Spagna del settembre 1992, afferma che:

"Il suicidio assistito dal medico, come l'eutanasia, non è etico e deve essere condannato dalla professione medica. Quando l'assistenza del medico è intenzionalmente e deliberatamente diretta a consentire ad un individuo di porre fine alla propria vita, il medico agisce in modo non etico. Tuttavia, il diritto di rifiutare il trattamento medico è un diritto fondamentale del paziente e il medico non agisce in modo non etico, anche se il rispetto di tale desiderio comporta la morte del paziente."

La Associazione Mondiale dei Medici ha messo in evidenza che la pratica dell'eutanasia attiva con l'assistenza del medico è stata trasformata in legge in alcuni paesi. Oggi, spesso, si fa riferimento e si analizza il programma nazista quando si parla di eutanasia e suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, non bisogna dimenticare che il programma nazista non è mai stato eutanasia; è stato un omicidio.



8. Il significato del giuramento di Ippocrate

Caso studio 1:

La dottoressa Alina Brewda, ginecologa e ostetrica ebrea, nacque a Varsavia nel 1905. Nel 1940, fu confinata nel ghetto di Varsavia e lavorò lì come medico. Nella primavera del 1943, la dottoressa Brewda partecipò alla rivolta del ghetto ebraico di Varsavia, occupandosi di ebrei feriti e morenti in bunker nascosti, tunnel segreti, cantine e fogne. Sopravvisse alla rivolta ma fu catturata dalle SS e deportata a Majdanek. Successivamente fu mandata ad Auschwitz dove divenne la prigioniera n. 62761.

Ad Auschwitz, la dottoressa Brewda venne a conoscenza degli esperimenti ginecologici nazisti che erano effettuati. Essendo una ginecologa esperta, non aveva dubbi sul fatto che le sarebbe stato chiesto di eseguire questi interventi. Nel suo libro di memorie, osserva:

"Già sapevo che determinate procedure erano eseguite su ragazze ebree e anche che i tedeschi si arrabbiarono molto quando lei [una collega medico prigioniera] rifiutò di collaborare. Sembrava molto probabile che mi trovassi di fronte allo stesso dilemma. Non sono un'eroina... So solo cosa sia sbagliato e cosa sia giusto. Ho tenuto sempre presente nella mia mente il giuramento di Ippocrate prestato quando divenni medico e ho sempre cercato di essere all'altezza di quello che ho fatto come medico e chirurgo. Che mi avrebbero fucilata o mandata nella camera a gas se mi fossi rifiutata di collaborare era, ovviamente, possibile. "

Come temeva, la dottoressa Brewda fu mandata a lavorare nel famigerato Blocco 10 (il blocco di Auschwitz dove furono condotti noti esperimenti medici). Fu incaricata dell'assistenza medica dei pazienti, che comprendeva giovani donne ebree che erano state sottoposte a esperimenti. Sebbene gli esperimenti fossero segreti, la sua stretta vicinanza alle vittime le consentì di apprendere dettagli sulle procedure crudeli e di testimoniare i loro



effetti disastrosi sulle pazienti. In numerose occasioni, le fu ordinato dai medici tedeschi, Eduard Wirths e Horst Schumann, di eseguire interventi sperimentali. Lei rifiutò. Invece, fece tutto il possibile per confortare e aiutare le vittime indifese, pur non avendo forniture e attrezzature mediche per curarle. Inoltre, cercò di trovare lavori umili per le sue pazienti per impedire che fossero selezionate per gli esperimenti.

Come aveva fatto nel ghetto di Varsavia, la dottoressa Brewda si unì al movimento di resistenza clandestino di Auschwitz. Una delle sue attività consisteva nel rubare farmaci dal dispensario delle SS per le sue ragazze del Blocco 10. Anni dopo, una delle sue pazienti descrisse il lavoro della Brewda:

"Se non fosse stato per la dottoressa Brewda, non sarei sopravvissuta. Nel momento più importante della mia vita ella fu al mio fianco. Lo ricorderò fino alla morte. Durante l'operazione, verso la fine, ebbi voglia di vomitare e iniziai a dire "Oh mamma!" e la dottoressa Brewda disse: "L'operation est finie, mon petit. C'est finie." L'operazione è finita, piccola mia. E' finita... 'E ancora: ricordo la dottoressa Brewda seduta al mio capezzale, come una madre."

Dopo la guerra la dottoressa Brewda emigrò in Inghilterra dove continuò a fare la ginecologa.

Fonte:

R.J Minney, *I Shall Fear No Evil. The Story of Dr Alina Brewda* (William Kimber and Co, 1966).

Caso studio 2:

La dottoressa Ella Lingens – Reiner, non ebrea, nacque a Vienna nel 1908. Conseguì un dottorato in giurisprudenza e studiò medicina presso l'università locale. Durante la guerra, lei e suo marito, il dottor Kurt Lingens, nascosero diversi amici ebrei nel loro appartamento per diversi mesi nel 1941 e nel 1942. Il 13 ottobre 1942, la coppia fu arrestata per aver aiutato gli amici ebrei. Kurt Lingens fu assegnato a un'unità composta da soldati che furono mandati sul fronte russo come forma di punizione per vari crimini. Mentre era al fronte, fu gravemente ferito. Inizialmente Ella fu imprigionata per quattro mesi in una prigione della Gestapo a Vienna, interrogata



ripetutamente e poi deportata ad Auschwitz, dove fu messa a lavorare come medico dei detenuti del campo.

Nelle sue memorie, scritte nel 1948, ricorda una conversazione che ebbe con un medico nazista, il dottor Fritz Klein.

“Inizialmente aveva mostrato una certa considerazione per i suoi pazienti non ebrei, il che aveva fatto risaltare in modo ancora più evidente le sue indicibili crudeltà verso i prigionieri ebrei. Gli dissi che mi vergognavo di essere annoverata tra i tedeschi. Chiese ingenuamente: "Perché?" Indicai il camino del crematorio e risposi: "Come puoi chiederlo, tu, un medico? ... L'unica domanda qui è: "Come medico non hai rispetto per la vita umana? Come puoi conciliare questo con il tuo giuramento di Ippocrate?" Il dottor Klein non si mostrò per nulla imbarazzato. Disse solamente:

“Certo che sono un medico e voglio preservare la vita. Per rispetto della vita umana, rimuoverei un'appendice purulenta da un corpo malato. Gli ebrei sono l'appendice cancrenosa nel corpo dell'umanità. ”

La dottoressa Ella Lingens-Reiner fu mandata alla marcia della morte da Auschwitz a Dachau, e riuscì a sopravvivere alla guerra. Morì a Vienna nel 2002. Il 3 gennaio 1980, Yad Vashem (Autorità della memoria dei martiri dell'Olocausto e degli eroi in Israele) riconobbe i medici Kurt ed Ella Lingens, come Giusti tra le Nazioni.

Fonti:

1. Ella Lingens-Reiner, *Prisoners of Fear* (Victor Gollancz Ltd, 1948).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Michael Grodin, *Historical Origins of the Nuremberg Code*, in John J. Michalczyk ed, *Medicine, Ethics and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues* (Sheed and Ward, 1994).

Domande:

Qual è il significato del giuramento di Ippocrate?

Il giuramento di Ippocrate è ancora rilevante oggi?



Discussione:

Il medico greco Ippocrate (460-377 a.C.) è tradizionalmente considerato il fondatore della medicina scientifica e dell'etica medica. Il giuramento di Ippocrate, prestato per la prima volta da medici dell'antichità e medievali, richiede elevati standard etici da parte dei medici. Ancora oggi, i suoi principi sono considerati importanti nell'educazione professionale ed etica dei medici.

L'assunzione del giuramento di Ippocrate avviene in un momento cruciale nella formazione del medico. Pone le basi per la futura carriera e cura dei pazienti. Mentre il giuramento non è legalmente vincolante, è riconosciuto come un momento critico nella vita dei medici. È un simbolo di importanza personale, solennità comunitaria e impegno per tutta la vita nella cura etica e compassionevole dei pazienti. Nel prestare giuramento, i medici seguono le orme di Ippocrate e delle molte generazioni di medici che li hanno preceduti, così come li seguiranno quelle delle generazioni future di medici. Il giuramento di Ippocrate è sopravvissuto per secoli. Ha superato la prova del tempo da quando affronta la natura intrinseca della medicina, nonché i suoi mandati etici. Sebbene il suo linguaggio possa apparire obsoleto, i suoi precetti sono validi oggi come lo erano ai tempi di Ippocrate.

L'impatto del giuramento di Ippocrate sulla pratica medica è universalmente riconosciuto. Tuttavia, alcuni medici continuano a sollevare domande sulla sua validità e alcune facoltà di medicina non lo usano più nelle cerimonie di laurea. Inoltre, ne sono state anche scritte nuove versioni nel tentativo di aggiornarlo e renderlo più rilevante per i medici di oggi. Alcuni sostengono che, attualmente, il giuramento di Ippocrate sia inadeguato per affrontare le realtà della medicina moderna e che dovrebbe essere radicalmente modificato o abbandonato del tutto. Tuttavia, la maggior parte dei medici, così come il pubblico informato, probabilmente, credono che la vocazione di un medico dovrebbe includere un impegno verso i principi di Ippocrate (anche se obsoleti o modernizzati) di guarigione e di non nuocere.

I casi di cui sopra dimostrano come medici diversi possano percepire i principi del giuramento. L'influenza dei valori politici e culturali di una società può essere riconosciuta dai due approcci molto diversi verso il giuramento. L'opinione sul giuramento dei medici prigionieri, espressa dalle loro testimonianze, era che rappresentasse la pratica etica in generale. Essi considerarono il giuramento come un simbolo dei loro codici morali



personali e professionali. Anche nelle circostanze più difficili, questi medici prigionieri riuscirono, per lo più, a rispettare questi principi nel campo.

D'altra parte, l'opinione del medico nazista sul Giuramento rappresentava una deformazione dei valori etici medici, che poneva una prevalenza degli obiettivi razziali e politici nazisti, rispetto a quelli dei singoli esseri umani e pazienti. Il punto di vista e i valori di questo medico nazista rispecchiavano l'ideologia e la condotta della professione medica nazista. Robert Lifton, nel suo libro "I medici nazisti" ci racconta come i medici delle SS naziste prestarono giuramento di fedeltà a Hitler come ufficiali militari delle SS. Questo giuramento sostituì il tradizionale giuramento di Ippocrate che era percepito come poco più di un rituale distante e muto, prestato durante la laurea in medicina.

Oggi non è certo quale influenza il giuramento abbia sui medici nella loro pratica della medicina. Alcuni studi hanno dimostrato che solo una piccola percentuale di medici ritiene che il giuramento prestato alla facoltà di medicina abbia influenzato il loro operato.

Gli studenti di medicina dovrebbero avere l'opportunità di analizzare il contenuto del giuramento di Ippocrate e il modo in cui i suoi valori siano correlati a situazioni concrete della pratica medica passata e presente. Imparando a conoscere i limiti identificati del giuramento di Ippocrate e di altri giuramenti e codici pertinenti, lo studente sarà in grado di apprezzare il valore degli antichi e tradizionali principi che hanno supportato e inculcato l'etica e le pratiche mediche per secoli.

Nelle parole del dottor Andrew Ivy, uno dei principali esperti medici testimoni al Processo dei Medici a Norimberga del 1947:

"La responsabilità morale che controlla o dovrebbe controllare la condotta di un medico dovrebbe essere inculcata nelle menti dei medici proprio come la responsabilità morale di altro genere, e quei principi sono chiaramente rappresentati o enunciati nel giuramento di Ippocrate, di cui ogni medico dovrebbe essere a conoscenza. Per quanto sappia, esso rappresenta la Regola d'oro della professione medica. Indica come un medico vorrebbe essere curato da un altro medico in caso di malattia. E in questo modo come un medico dovrebbe trattare i suoi pazienti o soggetti di esperimenti. Dovrebbe trattarli come se servisse egli stesso da cavia. "



9. La ricerca medica

9.1 Riservatezza medico-paziente

Caso studio:

Helene Lebel, cresciuta come cattolica a Vienna, in Austria, mostrò per la prima volta segni di malattia mentale quando aveva diciannove anni. Le sue condizioni peggiorarono e dovette rinunciare agli studi di giurisprudenza e al lavoro come segretaria legale. Nel 1936, le fu diagnosticata la schizofrenia e fu ricoverata all'ospedale psichiatrico Steinhof di Vienna. Nel marzo del 1938, la Germania annetté l'Austria. Le condizioni di Helene erano migliorate in ospedale e i suoi genitori furono informati che presto sarebbe stata trasferita in un ospedale più vicino alla famiglia. Invece, Helene fu trasferita in una ex prigione di Brandeburgo, in Germania, dove fu spogliata, sottoposta ad un esame fisico, condotta in una "doccia" e uccisa con gas letale.

Fonte:

<http://www.holocaust-trc.org/lebel.htm>

Contesto:

Nell'agosto del 1939, i nazisti crearono un'organizzazione chiamata "Comitato per la registrazione scientifica dei gravi disturbi ereditari nel Reich " che diffuse un decreto strettamente confidenziale intitolato "Requisito per denunciare il neonato deforme". La direttiva affermava che "per chiarimenti su questioni scientifiche nel campo della malformazione congenita e del ritardo mentale, era richiesta la registrazione di tutti i bambini di età inferiore ai tre anni che soffrivano di una delle seguenti malattie ereditarie gravi: idiozia, sindrome di Down, microcefalia, idrocefalia, deformità fisiche e forme di paralisi spastica. "

Sia le ostetriche che i medici furono incaricati di denunciare tali bambini. I medici distrettuali furono responsabili della certificazione dei rapporti e i medici di base di tutte le cliniche di maternità furono informati



che tali rapporti fossero pretesi dal Reich. Il modulo richiedeva informazioni demografiche nonché una descrizione dettagliata della malattia, dei soggiorni in ospedale, dell'aspettativa di vita prevista e delle possibilità di miglioramento. Successivamente, i questionari furono ampliati per includere altri dettagli sulla storia del paziente e della famiglia, tra cui le condizioni ereditarie, l'uso di alcol e nicotina, i dettagli dello sviluppo fisico e mentale, nonché le descrizioni delle convulsioni.

La formulazione dei questionari indusse molti medici a credere che i bambini affetti fossero registrati solo a fini statistici e di ricerca. Il decreto non rivelò mai i reali motivi dell'obbligo di denunciare i minori disabili. Gli ordini di registrazione furono pubblicati in molte riviste mediche. I medici e le ostetriche che avevano ottemperato all'ordine ricevettero un pagamento per ogni paziente denunciato.

I moduli furono inviati al Comitato del Reich a Berlino, dove furono elaborati dai burocrati e quindi inviati a tre medici esperti: il professor Werner Catel (professore di psichiatria), il dottor Ernst Wentzler (neuropsichiatra infantile) e il dottor Hans Heinze (direttore dell'Istituto statale di Gorden). Questi tre medici furono sostenitori della "eutanasia" e membri del comitato di pianificazione. Essi basarono le proprie decisioni mediche esclusivamente su questi questionari, senza visitare i bambini, consultare i loro tutori o leggere le loro cartelle cliniche. I bambini selezionati per morire furono contrassegnati con un segno più; quelli autorizzati a vivere con un segno meno. I bambini contrassegnati con un segno più furono, quindi, trasferiti in una delle ventotto istituzioni che erano state rapidamente dotate di strutture di sterminio. Questi "centri di uccisione" includevano alcuni degli ospedali più antichi e rinomati della Germania. Ai genitori fu detto che il trasporto fosse necessario per migliorare il trattamento del loro bambino.

Fonti:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
3. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).



Domanda:

Qual è il significato della riservatezza medico-paziente?

Discussione:

La riservatezza non è solo un principio etico in sé, ma può essere considerata come un dovere del medico nei confronti dei propri pazienti. In sostanza, il dovere del medico di mantenere la riservatezza consiste nel fatto che egli non possa divulgare alcuna informazione rivelata dal paziente o scoperta dal medico in relazione al trattamento del paziente.

In generale, i codici etici medici affermano che le informazioni rivelate a un medico nel corso del rapporto paziente-medico sono estremamente confidenziali. Lo scopo del dovere etico del medico di mantenere la riservatezza del paziente è di consentirgli di sentirsi libero di rivelare, in modo completo e franco, le informazioni, con la consapevolezza che il medico proteggerà la natura riservata delle informazioni divulgate. In cambio dell'onestà del paziente, il medico è, generalmente, tenuto a non rivelare comunicazioni o informazioni riservate senza il consenso espresso del paziente, a meno che non sia richiesto dalla legge.

Vi sono alcune eccezioni alla regola, ad esempio quando un paziente minaccia danni fisici a se stesso o ad un'altra persona. Ci sono alcuni paesi con leggi obbligatorie sulla segnalazione che costringono i medici o altri operatori dei servizi sanitari a denunciare ai dipartimenti sanitari o alle forze dell'ordine pazienti con determinate condizioni mediche o con lesioni note o sospettate di essere state causate da meccanismi nefasti. Il primo gruppo comprende pazienti con convulsioni, altre perdite di coscienza o malattie infettive e coloro che presumibilmente guidano in stato di intossicazione. Quest'ultimo gruppo comprende vittime di abusi su minori, aggressioni sessuali o violenza domestica e pazienti con lesioni da incidenti violenti. La mancata osservanza di tali leggi può comportare conseguenze penali o civili.

Le leggi obbligatorie comportano un conflitto quando il paziente non vuole che siano segnalate le sue condizioni. In circostanze come convulsioni, perdita di coscienza o HIV di un coniuge o di un altro partner sessuale, la questione è che il dovere di proteggere gli altri membri della società prevalga sull'interesse del singolo paziente. Così, i principi di beneficenza e di giustizia distributiva prevalgono su quelli di maleficenza, autonomia e riservatezza. Sebbene ciò sia spesso giustificato, pone il medico nella posizione scomoda di servire lo Stato quale funzionario piuttosto che il singolo paziente. Ciò potrebbe dissuadere alcuni pazienti dal cercare



assistenza. Oggi, con i progressi tecnologici delle cartelle cliniche informatizzate, l'accesso alle informazioni riservate è diventato più diffuso. Una sfida attuale per i medici è quella di utilizzare questa nuova tecnologia in evoluzione, onorando e rispettando, nel contempo, la riservatezza del paziente. I medici nazisti violarono il dovere di riservatezza medico-paziente, riferendo a terzi dei propri pazienti, senza il loro consenso o quello dei loro tutori legali. Le informazioni mediche, che avrebbero dovuto essere confidenziali, furono usate contro i pazienti, a loro insaputa, e condussero ai loro omicidi, sponsorizzati dallo Stato per i propri "bisogni utilitaristici". Inizialmente, alcuni medici potrebbero non essere stati a conoscenza o informati dello scopo reale o finale di questi rapporti. Tuttavia, in conformità con la tradizione medica ufficiale e di vecchia data della riservatezza medico-paziente, i medici avrebbero dovuto mettere in discussione il ragionamento alla base della richiesta di segnalazione, prima di divulgare le informazioni mediche dei pazienti.



9.2 Il consenso informato nella sperimentazione umana

Caso studio:

Gli esperimenti di sterilizzazione furono condotti principalmente ad Auschwitz e Ravensbrück, campi di concentramento da marzo 1941 a gennaio 1945. Questi esperimenti, effettuati dai ginecologi dottor Carl Clauberg e dottor Horst Schumann, furono tentativi per sviluppare un metodo di sterilizzazione che sarebbe stato in grado di sterilizzare, in modo efficiente, milioni di persone, in un arco di tempo minimo. Lo scopo delle sterilizzazioni era impedire la riproduzione delle razze che i nazisti consideravano "inferiori, impure o geneticamente contaminate".

Rosalinde de Leon, una donna ebrea sopravvissuta dei Paesi Bassi, imprigionata ad Auschwitz, rese testimonianza contro Clauberg il 26 luglio 1956:

“L'anziano [Blockälteste] ci raccontò in generale che il dottor Clauberg intendeva eseguire esperimenti scientifici su di noi e se non avessimo obbedito, saremmo stati inviati a Birkenau [luogo delle camere a gas]. Dicemmo che avremmo preferito andare a Birkenau e che già sapevamo che saremmo stati uccisi.

Non ricordo una donna che avesse acconsentito a tali esperimenti - al contrario, il dottor Clauberg eseguì esperimenti di sterilizzazione sulla mia persona senza il mio consenso. Non protestai perché sarebbe stato insensato. Accadde comunque.

Lo aiutarono due infermiere, quest'ultima era anch'essa prigioniera. . . La sterilizzazione fu effettuata per iniezione ed una siringa di dimensioni molto grandi fu inserita nella vagina del mio corpo e, quindi, mi fu inoculata una sostanza bianca. Molto probabilmente questa sostanza fu iniettata nel mio utero. La siringa era lunga circa 30 cm. Tali iniezioni mi furono fatte tre volte con intervalli di 3-4 mesi. Dopo ogni iniezione, avevo una terribile sensazione di bruciore all'addome. Fui sottoposta a radiografia dopo ogni iniezione e ne fu eseguita un'altra il giorno seguente. Dopo l'iniezione, dovevo rimanere a letto per una settimana. Per quanto posso ricordare, il



dolore era lo stesso dopo ogni iniezione e le iniezioni erano così dolorose che le infermiere si sedevano sulle braccia della vittima. "

Nel libro di Lore Shelley, "Esperimenti criminali su esseri umani ad Auschwitz e laboratori di ricerca bellici", l'ex prigioniera del Blocco 10 Renée Duering di Amsterdam descrisse come un uomo dicesse ai nuovi arrivati che dovevano "segnarsi per sottoporsi a determinati esami fisici" o essere uccisi. Duering include una bozza del "modulo di consenso" che aveva firmato. Ella dichiarò:

" Quasi tutti abbiamo firmato il pezzo di carta. Alcune donne che sopravvissero oggi sostengono di non aver mai firmato nulla per i nazisti, ma lo avevano fatto; tutti coloro che rimasero nel Blocco 10 e furono reclutati come cavie lo fecero se volevano rimanere in vita. "

Duering ricorda una donna che si rifiutò di firmare e fu successivamente trasferita a Birkenau. Questa donna è sopravvissuta alla guerra.

Fonti:

1. Susan Benedict and Jane M. Georges, Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective. *Nursing Inquiry* 13(4): 277–288 (2006).
2. Lore Shelley, *Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories* (Mellen Research University Press, 1991).

Contesto:

I medici nazisti sono famosi per i loro esperimenti crudeli. Gli esperimenti medici nazisti possono essere suddivisi in tre categorie principali: 1) Esperimenti che cercarono di facilitare la sopravvivenza del personale militare tedesco. 2) Esperimenti umani che testarono prodotti farmaceutici e metodi di trattamento per lesioni e malattie contratte dal personale militare tedesco sul campo. 3) Esperimenti medici che cercarono di far progredire i principi razziali e ideologici della visione del mondo nazista. Nei campi di concentramento nazisti ci furono almeno 70 diversi programmi sperimentali che coinvolsero migliaia di prigionieri, centinaia di medici che lavoravano nel sistema sanitario nazista e quelli che lavoravano direttamente nei campi di concentramento. Questi ricercatori nazisti intrattennero stretti contatti professionali e di ricerca con le principali istituzioni mediche e scientifiche, aziende farmaceutiche e università in Germania. Alcuni dei dati



derivati dagli esperimenti umani furono utilizzati per presentazioni accademiche, pubblicazioni e promozioni.

Le vittime di questi esperimenti furono costrette a sottoporsi a procedure crudeli ed estremamente dolorose, senza alcuna forma di consenso informato. Inoltre, i prigionieri furono continuamente terrorizzati e temevano per le loro vite, o per via degli esperimenti stessi o perché sapevano troppo. La stragrande maggioranza dei soggetti morì a causa delle complicazioni degli esperimenti, fu assassinata da iniezioni letali o inviata alle camere a gas.

Ci furono alcune vittime degli esperimenti del Blocco 10 (il noto blocco sperimentale di Auschwitz) che ricordarono anche che dovevano firmare "moduli di consenso". Data la natura degli esperimenti, i rischi, nonché la minaccia di morte per non aver firmato, questi pezzi di carta certamente non sono equiparabili a moduli di consenso.

Gli esperimenti costituiscono solo una piccola parte degli estesi programmi medici nazisti. Tuttavia, furono questi esperimenti medici, condotti senza consenso *informato*, che portarono all'istituzione del Codice di Norimberga. Nel 1946, durante il "Processo dei Medici", ventitré imputati (20 medici tedeschi e 3 funzionari pubblici) furono processati per crimini di guerra e crimini contro l'umanità. Questo processo ha offerto l'occasione per un'analisi sostanziale degli standard etici medici. Il giudizio di questo processo contiene prove documentate di reati medici e procede quindi all'ammissibilità della sperimentazione medica. Si conclude con l'enumerazione di un codice in 10 punti sull'etica della sperimentazione umana che ora è noto come il codice di Norimberga. I principi del codice costituiscono la base dei moderni criteri etici per la sperimentazione umana, di cui il consenso informato risulta essere il più importante. (vedi Appendice 1)

Ancor prima della dichiarazione del codice di Norimberga, esistevano in Germania direttive esplicite sul benessere delle persone soggette alla sperimentazione umana. Nel 1900, il ministro prussiano per gli affari religiosi, educativi e medici emanò il primo regolamento relativo alla sperimentazione umana. (vedi Appendice 2) Questa direttiva, in risposta a un dibattito pubblico che si stava svolgendo sugli esperimenti sull'uomo, avvisò i dirigenti medici che tutti gli interventi, tranne quelli per la diagnosi, la cura e l'immunizzazione, sarebbero stati rifiutati in ogni circostanza se "il soggetto umano fosse un minore o incapace per altri motivi" o, se il soggetto



non avesse dato il suo" consenso inequivocabile "e dopo una" spiegazione adeguata delle possibili conseguenze negative "dell'intervento. Inoltre, tutti gli interventi della ricerca avrebbero potuto essere eseguiti solo dal dirigente medico o previa sua autorizzazione.

Sebbene questa direttiva non fosse giuridicamente vincolante e poco si sappia del suo effettivo impatto sulla sperimentazione umana, essa risulta fondamentale nella storia dello sviluppo di linee guida non terapeutiche sulla sperimentazione. La direttiva non solo stabilisce standard sostanziali per la condotta etica della ricerca, ma contiene anche dettagli specifici per garantire la responsabilità della ricerca.

Nel 1931, diversi decenni dopo, a causa delle critiche sulla sperimentazione umana non etica apparsa sulla stampa, al parlamento tedesco, nonché nel contesto di una riforma politica del diritto penale in Germania, il governo del Reich pubblicò dettagliate "Linee guida per la nuova terapia e sperimentazione umana. " (vedi Appendice 3)

Queste linee guida distinguono chiaramente tra ricerca terapeutica ("nuova terapia") e non terapeutica ("sperimentazione umana") e stabiliscono rigide precauzioni e protezioni per i soggetti umani. Oltre ai principi di beneficenza e non maleficenza, i regolamenti si basavano sull'autonomia del paziente e su una dottrina legale del consenso informato. In alcuni casi, i regolamenti erano persino più rigorosi e più dettagliati di quelli contenuti molto più tardi nel codice di Norimberga e nella Dichiarazione di Helsinki. (vedi Appendice 4)

Fonti:

1. Aly Gotz, Peter Chroust and Christian Pross, *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene* (The Johns Hopkins University Press, 1994).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. (Basic Books, 1986).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).
5. Vivien Spitz, *Doctors from Hell: The Horrific account of Nazi Experiments on Humans* (Sentient Publications, 2005).
6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>



7. Irene Strzelecka, *Voices on Memory Series, volume 2. Medical Crimes: Medical Experiments in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum, Oswiecim, 2008).

Domande:

Quali sono i mandati etici per ottenere il consenso informato?

C'è spazio per la coercizione nell'ottenere il consenso informato?

Discussione:

Gli esperimenti medici nazisti furono progettati per facilitare sia lo sforzo bellico tedesco sia il progredire dell'ideologia razziale del regime nazista. Affrontare il problema di come i medici tedeschi abbiano giustificato questi esperimenti atroci con la premessa medica del principio di Ippocrate del "Non nuocere" risulta complesso.

I nazisti giustificarono le loro azioni attraverso sia la logica utilitaristica che quella economica. Designarono i disabili mentali, i criminali abituali, i portatori di handicap fisici e i pazienti con malattie croniche come persone che vivevano vite "indegne di essere vissute". Dal punto di vista nazista, questi individui, a causa della natura delle loro condizioni e degli onerosi costi economici per la loro cura, avrebbero potuto essere legittimamente sacrificati, per migliorare la qualità della salute e della vita della maggior parte della popolazione.

Questa giustificazione utilitaristica si verificò anche nei campi di concentramento, dove i prigionieri non furono considerati come individui, ma, semplicemente, come materiali corporei che potevano essere utilizzati per progetti di "ricerca medica" per il "bene dello Stato" e a "vantaggio della razza ariana". Poiché i medici nella Germania nazista furono guidati da principi morali utilitaristici, non ebbero bisogno di prendere in considerazione il consenso informato. Il raggiungimento di un bene sociale più grande senza garantire il consenso individuale era considerato moralmente legittimo.

Dopo la guerra, quando questi atroci esperimenti furono esposti al "Processo dei Medici" di Norimberga, emerse un bisogno, a livello internazionale, di proteggere le persone coinvolte nei programmi di ricerca sull'uomo. Come parte della sua sentenza scritta, il tribunale per i crimini di guerra sviluppò il "Codice di Norimberga" che è considerato il primo codice



internazionale di etica sulla sperimentazione umana. Il codice inizia semplicemente, con un'affermazione distinta da tutto il resto:

"Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale."

Il codice di Norimberga prosegue nel dettaglio su altri elementi critici inerenti il principio del consenso volontario. A partire da Norimberga, tuttavia, sono stati sviluppati ulteriori codici, come la Dichiarazione di Helsinki e altri, che hanno tentato di definire più chiaramente il "consenso informato". Questi nuovi codici sono stati ritenuti necessari perché la sperimentazione umana ha continuato a svolgersi senza il consenso informato di soggetti e pazienti umani.

Il consenso informato, in ambito sanitario, rappresenta la procedura con cui i pazienti capaci accettano volontariamente o rifiutano un intervento, basata su una esposizione completa delle informazioni fornite da un operatore sanitario in merito alla natura e ai potenziali rischi dell'intervento proposto. L'autonomia è il principio etico fondamentale che funge da base per il consenso informato. Il consenso informato supporta e rispetta il diritto del paziente di prendere una decisione e di scegliere un'opzione terapeutica. Inoltre, facilita e incoraggia l'input dei pazienti nel processo decisionale medico. Il principio di autonomia evidenzia che gli adulti capaci hanno sempre il diritto di decidere cosa dovrebbe o non dovrebbe essere fatto loro, a condizione che l'esercizio di tale diritto non violi pari diritti altrui.

Secondo tutti gli standard etici, il consenso volontario risultò assente alla firma dei cosiddetti moduli di consenso nel blocco 10. Né l'autonomia delle donne detenute, né le loro condizioni o necessità mediche furono rispettate o considerate. Invece, la coercizione, nella sua forma più grave, fu chiaramente evidente.

Oggi la coercizione è ancora presente in alcune situazioni, sebbene non sempre in modo palese. Ad esempio, un potenziale soggetto di ricerca può essere convinto, o almeno essere altamente ottimista, che una sperimentazione clinica possa giovargli personalmente, quando questa probabilità di beneficio potrebbe essere bassa. Tuttavia, la partecipazione può risultare l'unica fonte di speranza per l'individuo e la sua famiglia.

Un altro esempio è dato dal pagamento delle persone candidate alla partecipazione come soggetti di ricerca. Anche pagamenti irrisori o regali possono essere sufficienti per invogliare le persone a diventare soggetti di ricerca. Se le risorse personali risultano molto limitate, qualsiasi ricompensa



finanziaria può rappresentare una forma di coercizione. In questi casi, sicuramente si è liberi di non partecipare. Tuttavia, se si è disoccupati o in difficoltà finanziarie, la disponibilità a partecipare può essere indebitamente rafforzata.

Mentre gli esperimenti nazisti presentano alcuni degli esempi più estremi di violazione del consenso informato nella ricerca, tutti i casi che reclutano persone quali semplici soggetti di ricerca hanno carattere offensivo. Eppure, anche dopo che i crimini nazisti sono stati rivelati al mondo, gli scienziati hanno continuato a svolgere ricerche senza l'uso del consenso informato. Nel 1966, Henry Beecher, professore di anesthesiologia ad Harvard, pubblicò un articolo sul *New England Journal of Medicine*, intitolato "Etica e ricerca clinica". L'articolo focalizzava l'attenzione su ventidue esempi di ricerca clinica non etica, in cui le vite dei soggetti di ricerca erano state messe a rischio. Questi processi includevano gli esperimenti sulla sifilide di Tuskegee, così come altri studi in cui i prigionieri e coloro che non furono liberi di scegliere o dare il consenso, furono sottoposti ad esperimenti per loro dannosi. Nonostante tutte le linee guida etiche, i codici e le direttive che sono stati sviluppati in passato, la scienza e la medicina mostrano una lunga storia di ignoranza ed abuso del principio etico secondo cui gli individui dovrebbero essere inclusi nella ricerca solo se scelgono liberamente e consapevolmente di prendervi parte.



9.3 Il consenso dei genitori alla terapia medica

Caso studio 1:

Friedrich S. nacque in Germania nel 1937. Quando aveva quattro anni, soffrì di meningite e successivamente sviluppò epilessia [crampi cerebrali]. I suoi genitori furono persuasi a ricoverare il figlio nell'ospedale psichiatrico di Eichberg. Il direttore dell'istituzione scrisse alla madre dicendo:

“Il tuo figlioletto sta bene. È un caso di danno cerebrale, la cui causa non siamo ancora in grado di stabilire con certezza, poiché abbiamo avuto troppo poco tempo per osservarlo. Se saremo in grado di stabilire qualcos'altro, o se tuo figlio si ammalerà, ti avviseremo immediatamente. Non devi preoccuparti. Di recente, abbiamo iniziato una terapia. ”

I genitori fecero visita al bambino in ospedale per il suo quarto compleanno, il 21 ottobre 1941. Essi notarono che era coperto di lividi ed era malnutrito. Il medico proibì loro di portar via il ragazzo perché lo stavano ancora curando. Fu detto loro di tornare dopo un mese. Dopo due settimane, il padre scrisse al manicomio. Ricevette una risposta, inviata il 14 novembre 1941, quando il loro figlioletto Friedrich era già morto.

Caso studio 2:

Margot E. nacque il 28 gennaio 1941. Era affetta da ritardo mentale. Su consiglio del medico distrettuale, Margot fu ricoverata presso l'Istituto Psichiatrico di Kaufbeuren. Alla madre fu detto di non fare visita alla bambina per le prime cinque settimane, per aiutarla ad adattarsi al nuovo ambiente. Dopo aver ricevuto molte lettere per avere notizie sullo stato di salute della bambina, il direttore dell'istituto psichiatrico, infine, rispose e informò la madre che Margot era "disturbata e che piangeva costantemente". In una seconda lettera, la informò che Margot aveva "iniziato a giocare con gli oggetti e a pronunciare qualche parola". Inoltre nella stessa lettera, il direttore scrisse:

“Purtroppo non sono in grado di fornirLe un resoconto ogni quattordici giorni. Se considera che abbiamo 1.300 pazienti, quindi se



dovessimo dare notizie ogni quattordici giorni per ognuno di essi, non avremmo più tempo da dedicare alle attività mediche. "

Cinque giorni dopo la bambina era morta. Giunta in manicomio, alla madre non fu fornita alcuna causa di morte ed ella scoprì che il corpo denutrito di sua figlia era stato sottoposto ad autopsia.

Fonte:

Michel Burleigh, *Death and Deliverance. 'Euthanasia' in Germany 1900/1945* (Cambridge University Press, 1994).

Contesto:

Come parte del programma "Eutanasia infantile", migliaia di bambini affetti da malattie mentali e fisiche furono mandati dalle varie cliniche in Germania ad "istituti di omicidio", dove furono fatti morire di fame o ricevettero un'overdose di narcotici. In alcuni casi, l'iniziativa di ricoverare il bambino in una delle cliniche pediatriche in Germania partiva dai genitori. In altri casi, gli infermieri e i medici della sanità pubblica nazionalsocialista raccomandavano il ricovero in ospedale, convincendo le famiglie che i loro figli avrebbero ricevuto in queste istituzioni cure migliori e più specifiche.

Quando i bambini erano trasferiti nei "centri di uccisione", i genitori, in genere, non ne erano informati. Nei casi in cui avveniva la notifica, ai membri della famiglia era spesso detto che non potevano far loro visita. Dopo un certo periodo di tempo, il personale dell'istituzione comunicava alle famiglie che i loro figli erano gravemente malati. In realtà, il bambino era già morto e i genitori o i tutori non avevano avuto l'opportunità di fare visita ai loro cari. Le famiglie dovevano anche sostenere i costi dei funerali. Il consenso non fu mai richiesto o ottenuto dai genitori o tutori dei bambini.

(Per ulteriori dettagli storici e riferimenti sul programma nazista di "Eutanasia" si veda il paragrafo "Contesto" del caso "Eutanasia").

Domanda:

È etico per un medico trattare un minore o un altro paziente giuridicamente incapace senza il consenso del tutore / dei genitori?



Discussione:

La Dichiarazione di Helsinki dell'Associazione Mondiale dei Medici afferma che le persone legalmente incapaci, minorenni o adulte, o fisicamente o mentalmente incapaci di dare il consenso, non dovrebbero essere reclutate nelle procedure diagnostiche, terapeutiche, riabilitative o di ricerca, a meno che siano soddisfatte le seguenti condizioni: 1) La procedura è necessaria per promuovere la salute della popolazione rappresentata. 2) Questa procedura non può, altrimenti, essere eseguita su persone legalmente capaci. Se tali condizioni sono soddisfatte, il medico / i ricercatori devono ottenere il consenso del rappresentante legalmente autorizzato. Questo consenso deve soddisfare tutte le condizioni previste per il consenso informato. (vedi Appendice 4)

Come in altre questioni etiche, i problemi di consenso, già difficili e irrisolti, si complicano quando sono coinvolti i bambini. L'ipotesi che i genitori possano fornire il consenso informato a nome dei propri figli si basa sulla presunzione che possano darlo autonomamente. Tuttavia, ci sono prove che adulti istruiti e capaci, spesso, non sono adeguatamente informati per dare un consenso significativo. Pertanto, il diritto di un tutore di parlare per gli altri, a volte, può anche essere messo in discussione. Ciò è spesso dovuto, non alla mancanza di intelligenza o motivazione da parte del genitore, del familiare o del tutore, ma piuttosto a fattori più complessi coinvolti nel caso tra cui legalità, interessi contrastanti, natura della malattia, stress e ansia causata dalla malattia, necessità di una decisione rapida, mancanza di informazioni sufficienti, ambiente intimidatorio dell'ospedale, nonché senso di timore reverenziale, fiducia e dipendenza dal medico. Tutti questi fattori possono contribuire a rendere la sollecitazione del consenso un rituale in cui poche persone sono effettivamente informate in modo significativo. Questi problemi possono essere ancor più complicati se i pazienti sono mentalmente disabili o incapaci. Inoltre, a volte, è riconosciuto che i bambini stessi debbano essere attivamente coinvolti nel processo di consenso. A seconda dell'età, è discutibile che i bambini siano in grado di essere partner nelle proprie decisioni terapeutiche e che abbiano diritto a ricevere informazioni, ad essere ascoltati, nonché ad esprimere o negare il consenso, se giudicati capaci a farlo. Nei casi sopra descritti, i pazienti erano entrambi minori ed era stata loro diagnosticata una malattia mentale (l'epilessia era considerata, all'epoca, una malattia mentale). Questi pazienti furono ricoverati in ospedale e "maltrattati" con totale noncuranza per il consenso dei genitori,



dei tutori legali o dei pazienti stessi. Furono anche falsificati i documenti per nascondere questi crimini. Mentre questi risultano essere casi estremi di abuso del consenso dei genitori o dei tutori, essi costituiscono preziose lezioni di storia che ci ricordano cosa possa accadere quando i diritti di pazienti, genitori e tutori legali siano ignorati.

9.4 Utilitarismo nella ricerca clinica

Caso studio:

Durante il Processo dei Medici di Norimberga nel 1946, alcuni dei medici imputati avanzarono argomentazioni etiche a sostegno dei loro esperimenti nei campi di concentramento. Alcuni fornirono la giustificazione che fosse ragionevole sacrificare gli interessi di pochi a favore del beneficio della maggioranza.

Un medico che utilizzò questa tesi fu il dottor Gerhard Rose, medico accademico e autorità mondiale della medicina tropicale, che era a capo dell'Istituto di Medicina Tropicale "Koch" di Berlino. In qualità di igienista consulente dell'ispettore medico dell'aeronautica tedesca (Luftwaffe), il dottor Rose fu promosso al grado di brigadiere generale della riserva. Fu anche consulente medico del dottor Leonardo Conti, a capo della salute del Reich e Segretario di Stato per la salute.

Rose eseguì esperimenti su pazienti prigionieri nei campi di concentramento di Dachau e Buchenwald. Mentre, inizialmente, si era opposto ad esperimenti sull'uomo potenzialmente letali per creare vaccini contro il tifo, Rose arrivò alla conclusione che:

"Non aveva senso non rischiare la vita di circa duecento uomini quando un migliaio di soldati tedeschi morivano ogni giorno di tifo sul fronte orientale".



Inoltre, a causa della scoperta di Rose che il tasso di mortalità tra i suoi soggetti di ricerca fosse inferiore rispetto a quello della popolazione generale di prigionieri, sostenne che le probabilità di sopravvivenza tra i suoi soggetti di ricerca fossero effettivamente superiori a quelle degli altri prigionieri. Pertanto, Rose giustificò anche i suoi esperimenti sull'uomo, con la motivazione che avrebbero potuto aumentare le probabilità di sopravvivenza dei soggetti stessi della ricerca.

Durante il processo, Rose testimoniò:

"Cosa sono state le morti di un centinaio di uomini rispetto al possibile beneficio di ottenere un vaccino profilattico in grado di salvarne decine di migliaia?"

Fonte:

George J. Annas and Michael A. Grodin, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

Contesto:

Durante la guerra, il tifo dilagava tra le truppe. Ricercatori civili e militari tedeschi tentarono di sviluppare vaccini e farmaci per prevenire e curare la malattia. In una conferenza del 1941, funzionari medici tedeschi di alto livello conclusero che "poiché i test sugli animali non possono fornire un'adeguata valutazione dei vaccini contro il tifo, devono essere condotti esperimenti su esseri umani".

Inizialmente il professor Gerhard Rose si oppose all'idea di reclutare i prigionieri per la sperimentazione, ma il dottor Leonardo Conti, leader della salute del Reich e il più potente medico nazista in Germania, sostenne che fosse in gioco la salute pubblica tedesca. Rose acconsentì e iniziò uno studio su un vaccino ricavato dal fegato di topo, testandolo, successivamente, sui prigionieri di Buchenwald.

Al Processo dei Medici di Norimberga, l'accusa incontrò qualche difficoltà con la giustificazione di Rose. Il team di difesa di Rose sostenne che gli stessi alleati avessero motivato il reclutamento obbligatorio degli uomini per il servizio militare durante la guerra, sapendo che molti sarebbero sicuramente morti, sulla base del fatto che il sacrificio di pochi per salvare la



maggioranza fosse moralmente giustificato. Inoltre, i suoi avvocati difensori sottolinearono anche che, nel corso della storia, i medici ricercatori dei paesi occidentali avessero utilizzato delle versioni dell'utilitarismo per giustificare esperimenti pericolosi su prigionieri e persone istituzionalizzate.

Rose, come parte della sua linea di difesa, accusò anche gli americani di condurre esperimenti coercitivi sulla malaria nei penitenziari statali. Mentre tale ricerca era stata condotta, il dottor Andrew Ivy, consulente etico della Associazione Mondiale dei Medici al processo, insistette sul fatto che questi esperimenti fossero esperimenti volontari e non coercitivi.

Il dottor Gerhard Rose fu condannato all'ergastolo per crimini di guerra e crimini contro l'umanità. In appello, la sua condanna fu ridotta a 15 anni. Rose fu rilasciato dal carcere nel 1955. Morì nel 1992.

Fonti:

1. Arthur L. Caplan, *How Did Medicine Go So Wrong?* In Arthur L. Caplan ed. *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992)
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection.
http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview
3. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger Press, 2005).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).

Domanda:

L'utilitarismo rappresenta una base etica per la sperimentazione umana?

Discussione:

La Associazione Mondiale dei Medici ha definito il consequenzialismo come un processo decisionale etico che analizza le probabili conseguenze o gli esiti di diverse scelte e azioni. Nel consequenzialismo, l'azione giusta è quella che produce i migliori risultati. Naturalmente, ci può essere disaccordo su ciò che rappresenti un buon risultato.



L'utilitarismo è una delle forme più note di consequenzialismo. In questa cornice filosofica, l'utilità è definita come "il bene più grande per il maggior numero". Secondo i principi utilitaristici, dovrebbero essere valutati benefici e danni potenziali e dovrebbe essere espresso un giudizio equilibrato sul bene proporzionalmente derivante da una determinata scelta o azione. Un conflitto o un problema specifico si verifica quando un gruppo per il quale esiste un rischio di danno non è probabile che riceva alcun beneficio, come talvolta accade negli studi di ricerca clinica.

Il potenziale rischio di danni ai partecipanti ha raccolto ampio consenso riguardo al fatto che nella ricerca clinica devono essere osservati solidi standard etici, indipendentemente dai benefici ricevuti. I soli fini, non importa quanto buoni, rappresentano una giustificazione insufficiente per i mezzi impiegati, ove possano arrecare indebitamente danno alle persone coinvolte.

Durante l'era nazista, i soggetti reclutati nelle sperimentazioni furono principalmente prigionieri del campo, considerati sub-umani, razzialmente inferiori o esseri "viventi vite non degne di essere vissute". Dal punto di vista nazista, queste persone non erano degne o titolari di diritti umani. Alcune persone, come i detenuti ebrei nei campi di concentramento, correvano un rischio doppio; essi appartenevano a più di una categoria "subumana". Già ritenuti indesiderabili come umani nonché destinati alla morte nella "Soluzione finale", furono considerati come un gruppo prigioniero di soggetti di ricerca totalmente privo di diritti. L'avere a disposizione un gruppo prigioniero di potenziali soggetti, unito all'enfasi della Germania sulla salute della popolazione come più importante rispetto alla salute dell'individuo, creò la combinazione perfetta per la prova finale dei valori utilitaristici, con risultati disastrosi.

Guidati da principi morali utilitaristici, i medici nazisti non ebbero bisogno di prendere in considerazione il consenso informato. Secondo l'etica medica nazista, il vantaggio raggiunto sostituì la norma etica di ottenere un accordo sugli esperimenti. Questo fu considerato moralmente legittimo.

L'uso da parte dei medici nazisti del principio utilitaristico per razionalizzare i loro esperimenti crudeli e disumani è un esempio di come questo principio possa essere abusato cinicamente. Gli esperimenti furono condotti sui detenuti vulnerabili del campo con totale disprezzo per qualsiasi principio etico richiesto ai ricercatori clinici. L'uso della loro logica utilitaristica fu solo una delle scuse che usarono nei processi postbellici.



Ci sono stati molti altri esempi di abuso del principio utilitaristico su altre popolazioni vulnerabili in altre parti del mondo. Queste popolazioni sono state reclutate con la giustificazione che gli esperimenti fossero condotti "per il bene superiore della società". Prigionieri, soldati, minoranze etniche, cittadini del terzo mondo e pazienti istituzionalizzati sono stati spesso vittime di tali esperimenti. Nell'ultimo decennio, c'è stato un grande dibattito nella letteratura medica sugli studi di ricerca clinica nei paesi in via di sviluppo, in particolare da parte di aziende farmaceutiche che desiderano utilizzare soggetti non farmacologicamente trattati affetti da malattie prevalenti. Una prospettiva utilitaristica di questi progetti di ricerca clinica in tali popolazioni sarebbe che gli interessi di sopravvivenza dei soggetti debbano avere la precedenza sugli interessi di profitto degli azionisti delle società farmaceutiche coinvolte nelle sperimentazioni. La logica utilitaristica per la sperimentazione umana non dovrebbe essere usata come giustificazione, o essere accettata, a meno che non siano prese in considerazione le conseguenze delle decisioni utilitaristiche.

9.5 Uso di parti del corpo acquisite in modo non etico

Caso studio:

Il dottor August Hirt, professore di anatomia, fu preside della facoltà di medicina dell'Università di Strasburgo. Disegnò un progetto antropologico di teschio, con la speranza di dimostrare che i teschi ariani potessero essere differenziati in modo affidabile dai teschi ebrei. Per ottenere l'approvazione, il finanziamento e il supporto per le sue ricerche, il dottor Hirt contattò la società *Ahnenerbe*, un'organizzazione la cui missione era di sostenere la ricerca a supporto dell'ideologia nazista. Il direttore della società *Ahnenerbe* era Wolfram Sievers che insieme a Heinrich Himmler, capo delle SS, approvò il progetto segreto.



Il piano consisteva in quanto segue: i ricercatori nazisti, guidati dal dottor Hirt, decisero che fosse necessaria una serie di scheletri per dimostrare la loro ipotesi. Decisero che gli scheletri sarebbero stati presi dai prigionieri di Auschwitz. Nel giugno del 1943, ottantasei soggetti viventi, i cui scheletri dovevano essere utilizzati, furono scelti dal dottor Bruno Beger, filosofo e capitano delle SS. Ad Auschwitz, i prigionieri furono messi in quarantena dal resto della popolazione carceraria e separati a seconda del sesso. Successivamente furono esaminati e approvati come soggetti idonei dal dottor Beger. Adolf Eichmann fu responsabile del trasporto degli esseri umani viventi da Auschwitz al campo di concentramento di Natzweiler-Struthof.

All'arrivo a Natzweiler, i soggetti furono spogliati e spinti nudi in una camera a gas, dove furono gasati. Nel luglio del 1943, i loro cadaveri furono trasportati rapidamente all'Istituto Anatomico di Hirt a Strasburgo. Furono collocati in contenitori appositamente progettati, dove rimasero per oltre un anno senza essere toccati. In realtà, le misurazioni del cranio non furono mai effettuate.

Con l'avanzata degli alleati in Germania, i cadaveri scarnificati furono scoperti dai francesi. Furono scattate delle fotografie, successivamente utilizzate in un processo per crimini di guerra. Il dottor Hirt, dopo essere stato arrestato e incarcerato dalle forze francesi, si suicidò il 2 giugno 1945. Sievers fu dichiarato colpevole di crimini medici durante il Processo dei Medici di Norimberga e fu impiccato.

L'11 dicembre 2005 fu inaugurato un memoriale con i nomi delle ottantasei vittime presso l'istituto di anatomia dell'ospedale di Strasburgo e nel cimitero ebraico di Cronenbourg in Francia. Alla presentazione parteciparono i parenti delle vittime di Hirt provenienti da Salonicco, Londra, Germania, Israele e Francia. La targa recita:

“Souvenez-vous d’elles pour que jamais la medecine ne soit devoyée.”
(Ricordali affinché la medicina non sia mai più corrotta)

Contesto:

L'uso di prigionieri morti e / o giustiziati per dissezione, illustrazione e ricerca anatomica rappresenta un lungo capitolo della storia umana che risale a Erofilo in Egitto nel 300 a.C. Nel Medioevo, a causa delle leggi religiose che vietavano la profanazione del corpo, i cadaveri erano spesso ottenuti illegalmente per approfondire la conoscenza scientifica e la rappresentazione



artistica. Nel diciassettesimo e diciottesimo secolo, l'unica fonte legittima di cadaveri era quella dei giustiziati.

Col diffondersi della professione medica e l'istituzione di facoltà mediche, divenne ancora più grande la richiesta di cadaveri e furono necessarie nuove leggi per la loro raccolta. Negli Stati Uniti, il Massachusetts fu il primo Stato a emanare leggi negli anni 1830 per permettere che corpi non reclamati fossero utilizzati per dissezioni e scopi anatomici. A ciò seguirono altri Stati che legiferarono affinché la ricerca medica potesse utilizzare corpi non reclamati provenienti da ospedali, istituti psichiatrici e carceri.

Nel 1908, Eugen Fischer, fervente eugenista tedesco, giunse nell'Africa sud-occidentale occupata dalla Germania (attuale Namibia). Lì l'esercito tedesco imprigionò molti degli abitanti originari del luogo in campi di concentramento. I corpi dei prigionieri giustiziati di questi campi furono inviati in Germania per la dissezione. I tentativi di Fischer di dimostrare l'inferiorità razziale degli abitanti del luogo furono pubblicati nel 1913 come articolo scientifico intitolato "Die Rehoboth Bastards" che ebbe un enorme impatto in Germania. Nel 1921 Fischer fu co-autore di "I principi dell'eredità umana e dell'igiene della razza" con Erwin Baur e Fritz Lenz, uno dei lavori che fu utilizzato come fonte nel "Mein Kampf" di Hitler e quindi ebbe un impatto cruciale sulla dottrina razzista nazista. Nel 1927, divenne direttore dell'Istituto di Antropologia, Ereditarietà umana ed Eugenetica "Kaiser Wilhelm" di Berlino, dove il suo obiettivo principale fu lo sviluppo di una base biologica per l'antisemitismo.

Nella Germania nazista le università erano sotto il governo diretto del Ministero della scienza, dell'istruzione e della cultura del Reich (REM). Questo ministero era responsabile della rimozione della facoltà "non ariana" e dell'allineamento della scienza alla dottrina nazionalsocialista. Il REM era responsabile delle istituzioni anatomiche delle facoltà di medicina, compresa la fornitura di cadaveri. Una legge prussiana del 1877 e altre leggi concessero agli istituti anatomici il diritto di usare i corpi dei giustiziati per la dissezione, se i parenti non ne rivendicavano il corpo. Queste leggi furono ripetutamente rinvigorite nel 1933 e nel 1939. Gli anatomisti si lamentarono della necessità di informare le famiglie, e così, nel 1943, fu decretato che alle famiglie dei giustiziati non fosse richiesto il consenso per la dissezione. Inoltre, fu vietato rilasciare i corpi di ebrei, polacchi e quelli dei giustiziati per alto tradimento ai loro parenti.



A ciascun luogo di esecuzione furono assegnati alcuni istituti anatomici, ai quali erano notificate le esecuzioni eminenti, in modo che i corpi potessero essere trasferiti in maniera efficiente agli anatomisti. I dipartimenti anatomici di Germania, Austria, Cecoslovacchia e Polonia erano trentuno. Una percentuale molto alta di anatomisti erano membri del partito nazista (come lo erano i medici in generale). Molti di loro tennero corsi presso le facoltà di medicina sull'igiene razziale, come parte del regolare corso di studi. August Hirt, decano della facoltà di medicina di Strasburgo, era un ufficiale delle SS e sostenne numerosi progetti di ricerca medica per il regime nazista. Questi progetti supportarono il pensiero eugenetico e furono sviluppati come parte dello "sforzo bellico". Hirt condusse esperimenti medici letali con gas di senape su prigionieri nel campo di Natzweiler, oltre al progetto di raccolta "scheletro".

Fu coinvolto nelle selezioni in aumento e proseguì la ricerca sugli effetti della fame sul corpo umano. Per questi studi selezionò i prigionieri prima della loro esecuzione mediante iniezioni intra-cardiache di fenolo e raccolse i loro tessuti post mortem. Kremer fu processato nel processo di Auschwitz nel novembre-dicembre 1947, dichiarato colpevole di crimini di guerra e condannato a morte. La sentenza fu successivamente commutata in ergastolo.

Fonti:

1. Alfred Pasternak, *Inhuman Research: Medical Experiments in German Concentration Camps* (Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006).
2. Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).
3. Benjamin Madley, From Africa to Auschwitz: How German South West Africa Incubated Ideas and Methods Adopted and Developed by the Nazis in Eastern Europe. *European History Quarterly* (2005), 35(3).
4. For additional reading on current research of Anatomy during the Third Reich see: S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) *Anatomy in the Third Reich. Annals of Anatomy*, 2012, Vol. 194, Issue 3.

Domanda:

Possiamo usare parti del corpo acquisite in modo non etico per la ricerca medica o altri studi o prove?



Discussione:

Questo caso mette in discussione l'uso del corpo e delle parti del corpo per fini terapeutici, di ricerca o di altro carattere medico.

La legislazione passata (ad esempio la Uniform Anatomical Gift Act del 1968 negli Stati Uniti) aveva dichiarato che la donazione del corpo è un diritto che si basa sulla libera scelta del donatore. Secondo questa legge, i desideri del donatore dovrebbero essere rispettati, anche se i familiari e i parenti più prossimi possono opporsi alla donazione. La Uniform Anatomical Gift Act, modificata nel 1987, proibisce la vendita di organi e tessuti per il trapianto, ma non per l'utilizzo nell'insegnamento e nella ricerca

Eppure c'era, e tuttora esiste, una vasta zona d'ombra in cui i medici e gli scienziati prendono, trattengono e usano parti del corpo umano senza mettere in discussione l'etica.

Negli ultimi anni la costante espansione della ricerca clinica che richiede campioni di sangue e di tessuto, nonché la crescita esponenziale della quantità di informazioni personali che possono essere recuperate da parti del corpo, conducono i problemi di legittimo possesso, smaltimento rispettoso, consenso informato e riservatezza biologica verso nuove vette, controlli minuziosi e maggiore consapevolezza critica. Ad esempio, l'uso terapeutico di sostanze umane, dalle trasfusioni di sangue all'impianto di cellule cerebrali fetali è e continuerà ad essere controverso.

Gli incentivi finanziari per fornire o ottenere organi e tessuti compromettono l'etica della volontarietà e sono incompatibili con i principi di giustizia. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e la Associazione Mondiale dei Medici (WMA) hanno dichiarato che la commercializzazione degli organi è "una violazione dei diritti umani" e della "dignità umana" e, come tale, dovrebbe essere vietata. L'appello al beneficio terapeutico, tuttavia, è attualmente il modo più convincente per rendere accettabile l'uso di sostanze umane. Tuttavia, l'appello alla "scienza" è irto di ambiguità. Ciò che può essere considerato "buono per la scienza" da alcuni, potrebbe significare la disumanizzazione della persona umana per altri. La questione della necessità educativa, come la necessità di cadaveri umani per gli studenti di medicina, cade da qualche parte nel mezzo, poiché alcune pratiche, come la dissezione, sono state giustificate dal presunto beneficio terapeutico di professionisti ben addestrati.

Potremmo chiederci perché questi anatomisti nella Germania nazista si siano comportati nel modo in cui agirono. Perché insegnarono e praticarono



l'igiene razziale e usarono i corpi delle vittime naziste per la dissezione? All'epoca, i cadaveri dei prigionieri costituirono una risorsa preziosa nella loro ricerca e quindi per la loro carriera. Le leggi naziste, così come la ancora maggiore disumanizzazione causata dalla guerra, offrirono agli anatomisti nazisti una rara opportunità di "testare" le loro teorie razziste, senza scrupoli e con poche regole o restrizioni. I soggetti umani diventarono semplicemente dati, con totale disprezzo per la decenza o l'etica umana di base.

I corpi umani forniti dal governo nazista inizialmente seguirono le consolidate tradizioni anatomiche in Germania e in molti altri paesi. Queste pratiche furono riaffermate dal regime nazista ma anche radicalmente ampliate, a causa del numero pressoché illimitato di soggetti umani (e cadaveri) disponibili, sia nel sistema dei campi di concentramento, sia nelle istituzioni mediche. All'epoca, l'igiene razziale era accettata dalla scienza in Germania. Se i medici e i ricercatori ebbero dubbi sulle politiche naziste, rimasero per lo più in silenzio. Le scelte e le azioni di questi medici e anatomisti nazisti furono giustificate per promuovere la salute del popolo tedesco e, nel complesso della cultura della Germania nazista, furono considerate eticamente morali. Oggi, raccogliere, conservare e utilizzare tessuti umani per una varietà di scopi è diventata una pratica comune nella biomedicina occidentale. Tuttavia, una prospettiva storica può ricordarci bruscamente che le pratiche di solito esprimono valori culturali (palesi o nascosti) e che i valori culturali variano considerevolmente tra le diverse popolazioni e in contesti temporali diversi. Per creare linee guida etiche utili, giuste, umane e sensibili per l'utilizzo scientifico di materiale umano è necessario prendere in considerazione la diversità delle opinioni e delle pratiche di una società pluralistica. Inoltre, è fondamentale che tutte le società sostengano il rispetto della persona umana, viva o morta, e monitorino attentamente le pratiche mediche e di ricerca che disumanizzano o danneggiano la persona umana, indipendentemente dalla razza, dal sesso, dall'ideologia o dalla classe. È chiaro che tali considerazioni etiche non sono state prese in considerazione nell'esperimento nazista sopra descritto e parte della razionalizzazione di questa condotta non etica può essere spiegata in termini culturali.



9.6 Falsificazione di cartelle cliniche

Caso studio:

Un estratto della testimonianza di Adam Zacharski, ex prigioniero numero 18.293, impiegato nell'“ospedale” dei prigionieri nel campo principale di Auschwitz recita:

“Ho lavorato in questo ospedale, nella cancelleria, ovvero ho lavorato in una fabbrica per tutti quei documenti falsi che, per ordine delle autorità delle SS e dell'ufficio del comandante del campo ... sono stati compilati per le cause di morte. Le cause ... sono state le seguenti: morte naturale, morte per gas, iniezione, esecuzione nel Blocco 11. Con tutta la dovuta enfasi, desidero affermare che la falsificazione consisteva nel fatto che tutte queste persone erano state reclutate come pazienti ospedalieri ... Quattro prigionieri in particolare raggiunsero la perfezione nella tecnica di redigere certificati falsi. Ognuno di loro aveva a portata di mano un piccolo libro contenente fino a venti tipi delle malattie più varie. Essi quindi facevano uso di un libro di testo tedesco, "Innere Medizin" (Medicina Interna) ricopiando vari tipi di malattie, il loro decorso e i sintomi ...

Nell'anamnesi è stato necessario iniziare dal momento in cui il paziente è entrato in ospedale, con la temperatura, i sintomi della malattia, la febbre, i farmaci somministrati e le iniezioni che il paziente ha ricevuto ... Alcuni dei casi erano comici e tragici per noi. Ricordo un incidente in cui 120 giovani ragazzi arrivarono nel campo, bambini di 8, 12 e 14 anni della regione di Zamosc. I bambini furono separati dai loro genitori che rimasero a Birkenhau e loro stessi furono inviati al campo principale. Poi ricordo il tragico momento che quasi si concluse con la morte del prigioniero che fece un errore nella scelta della diagnosi e scrisse per un bambino di 8 anni: marasma senile - Alterschwache ... ”



Fonte:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Contesto:

La falsificazione delle cartelle cliniche non iniziò ad Auschwitz. Rappresentò la pratica consolidata nei programmi di "Eutanasia" sia per bambini che per adulti (T-4). Queste pratiche non etiche e illegali, che avevano lo scopo di nascondere il vero stato di salute dei pazienti e le cause della morte, furono trasferite dalle strutture ospedaliere ai campi di concentramento. Molti dei medici e degli amministratori responsabili dei programmi di "eutanasia" si occuparono anche della pianificazione, dell'attuazione e delle pratiche nei campi di concentramento.

Ai prigionieri selezionati, assegnati agli uffici dell'ospedale di Auschwitz Birkenau, fu ordinato di conservare i documenti *in extenso*. Queste cartelle aiutarono i medici delle SS nel controllo e nella selezione. Inoltre fornirono la documentazione di base per la falsificazione delle cartelle, mimetizzando la funzione di sterminio di Auschwitz, nonché di altre prigionie e campi di concentramento.

I "detentori delle cartelle" dei detenuti tenevano registri sui prigionieri malati e su quelli che erano stati dimessi dall'ospedale. Tuttavia, il loro compito più importante era quello di creare documentazione postuma per i prigionieri morti negli ospedali o altrove. Questa documentazione riguardava anche i prigionieri che erano fucilati, morti per tortura o per sperimentazione umana, così come quelli che erano stati uccisi nelle camere a gas o per iniezione letale.

La documentazione di solito elencava una causa di morte fittizia o nessuna causa. Le cause di morte erano scelte da un elenco di malattie appositamente preparate per l'uso del personale amministrativo dai medici delle SS. Queste includevano infarto, polmonite, sepsi, insufficienza coronarica e altro. In quasi tutti i casi, il cosiddetto rapporto del medico conteneva una descrizione estesa e fittizia del decorso della malattia e, di solito, riportava anche che il prigioniero fosse arrivato nel campo in cattive condizioni di salute, il che ne rendeva impossibile la sopravvivenza, nonostante l'assiduo trattamento medico. Quando i prigionieri furono uccisi in gruppi più numerosi, le loro date di morte furono falsificate nella



documentazione postuma, in modo da prolungarle per un periodo di diverse settimane, con diversi numeri di prigionieri elencati come morenti ogni giorno.

Testimoni al Processo dei Medici di Norimberga del 1946 affermarono che, se non fosse stato per la sconfitta dei nazisti, un osservatore distaccato, studiando la storia delle malattie e dei protocolli terapeutici dei prigionieri, avrebbe potuto concludere che Auschwitz fosse un modello di buona pratica sanitaria, igienica e medica e che i prigionieri ricevessero cure che incarnavano i più recenti risultati della scienza e della medicina.

Fonte:

Irena Strzelecka, *Voices of Memory Series, Volume 3. Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Domanda:

È etico falsificare le cartelle cliniche?

Discussione:

Il caso di cui sopra rappresenta un evento estremo di come i medici nazisti nei campi abbiano abusato della loro etica e morale di medico, ordinando la falsificazione delle cartelle. Questo fu solo un aspetto dell'abuso dell'etica da parte dei medici nazisti e dell'"aura medica" negli ospedali dei campi di concentramento, ma funge quale esempio di come si possa abusare dell'etica medica.

L'alterazione, la falsificazione o la distruzione intenzionale delle cartelle cliniche sono contrarie a tutti gli standard di etica medica e sono considerate negligenza con gravi conseguenze legali, anche se non si arrecano danni al paziente. Le cartelle cliniche sono considerate documenti molto personali e devono essere custodite accuratamente dal punto di vista etico e legale. Anche se si verificano errori nel processo di trattamento medico, è indispensabile che siano rivelati al paziente o alla sua famiglia e che i registri non siano manomessi. Vi sono buone ragioni per rivelare gli errori, tra cui il mantenimento del rapporto di fiducia tra paziente e medico e la possibilità che la loro divulgazione possa effettivamente ridurre il numero di errori medici in futuro. Le cartelle cliniche non devono essere falsificate per nascondere errori o altre razionalizzazioni del processo di trattamento.



9.7 Si possono usare i dati ottenuti dai medici nazisti?

Caso studio:

Eduard Pernkopf si laureò in medicina presso la facoltà di medicina di Vienna nel 1912 e prestò servizio come medico nell'esercito per un anno durante la prima guerra mondiale. Nel 1933, già professore di medicina e direttore dell'Istituto di Anatomia di Vienna, aderì al partito nazista. Un anno dopo si unì alle Truppe d'Assalto (Storm Troopers) e, durante l'era nazista, fu un suo fervente sostenitore. Il dottor Pernkopf, nominato Rettore dell'Università di Vienna nel 1943, fu l'editore di uno dei libri di anatomia più importanti mai prodotti, la *Topographische Anatomie des Menschen* (Atlante di anatomia topografica e applicata). L'Atlante Pernkopf, costituito da sette volumi, illustra più di 800 dipinti del corpo umano. Secondo tutti i resoconti medici e artistici, il lavoro raggiunse un risultato eccellente nell'illustrazione anatomica e nell'arte.

Pernkopf iniziò a compilare il suo Atlante di Anatomia nel 1933 e il lavoro fu completato dopo la sua morte nel 1955. Assunse artisti per illustrare il libro, molti dei quali furono anche ardenti sostenitori nazisti. Tra questi Erich Lepier, Franze Batke e Karl Endtresser che spesso dimostrarono la loro fedeltà alla causa nazista, firmando le loro illustrazioni anatomiche con icone naziste. Erich Lepier, spesso, firmò il suo nome con una svastica. Karl Endtresser firmò il suo nome con un simbolo "SS" nel dipinto di una dissezione anatomica della coscia di un uomo apparentemente circonciso. La firma di Franz Batke fu seguita da un simbolo "SS" nel lavoro su una dissezione anatomica del collo. Questi sono solo alcuni degli esempi in cui le icone naziste compaiono nelle edizioni in lingua tedesca del libro. Nel 1938, subito dopo l'annessione tedesca dell'Austria, il dottor Pernkopf fu nominato decano della facoltà di medicina dell'Università di Vienna e anche caporedattore della rivista ufficiale della Società dei Medici viennese. Dopo la guerra, sebbene non fosse stato condannato per nessun crimine, fu imprigionato per tre anni. Al rilascio dalla prigione, Pernkopf fu privato di tutti i titoli, ma continuò a lavorare al suo atlante. Morì nel 1955 e gli ultimi volumi anatomici furono pubblicati postumi. Le edizioni più recenti del libro



contengono le stesse illustrazioni, ma con la maggior parte delle icone naziste eliminate o con le firme modificate. Lo studente o il chirurgo che utilizza le versioni più recenti dell'Atlante di Pernkopf non avrebbe alcuna contezza delle simpatie naziste di Eduard Pernkopf e dei suoi artisti.

Contesto:

Per molti decenni dopo la guerra, poco fu detto o scritto sulla storia personale di Pernkopf o sulle origini dell'atlante. All'inizio degli anni '60, le svastiche furono rimosse dalle lastre di stampa delle illustrazioni e l'atlante fu tradotto in altre lingue.

Nel 1990, una recensione dell'atlante nel *New England Journal of Medicine* riportò che "questo libro eccezionale dovrebbe essere di grande valore per anatomisti e chirurghi" e "appartiene ad una classe a sé stante e continuerà ad essere considerato quale opera di riferimento, anche se il suo costo proibitivo e i grandi dettagli lo rendono inadatto all'acquisto da parte degli studenti di medicina. " Un'altra recensione del *Journal of American Medical Association* ", sempre nel 1990, indicava che questo atlante è un "classico tra gli atlanti di anatomia "e che" sarà più utile per otorinolaringoiatri, chirurghi plastici, chirurghi della testa e del collo, oftalmologi, odontoiatri e ortopedici. "

I volumi dell'Atlante di Pernkopf si possono trovare nei principali centri medici di tutto il mondo. Indubbiamente, questo classico atlante di anatomia ha contribuito a formare e assisterà numerosi anatomisti, chirurghi e altri medici per molti decenni.

Nel 1985, Gerald Weissman pubblicò un articolo sul discorso di Pernkopf su "nazional-socialismo e scienza", incentrato sulla sua virulenta retorica nazionalista di igiene razziale, nonché sull'operato di altri medici nazisti dell'epoca. Nel 1988, David Williams scrisse un articolo sulla storia dell'atlante, rivelando particolari biografici dettagliati sulle attività politiche di Pernkopf. Nel 1995, un articolo sugli *Annals of Internal Medicine* raccontava la storia dell'Università di Vienna nel 1938. Descriveva in dettaglio le attività amministrative e politiche di Pernkopf e delineava la sua opera professionale riguardante la pubblicazione di un atlante anatomico. Si diceva che l'atlante contenesse materiale proveniente da bambini uccisi in un ospedale di Vienna e che l'Istituto di anatomia di Pernkopf usasse i corpi delle persone giustiziate per scopi didattici.

Questi articoli, oltre a ulteriori ricerche sull'argomento, portarono a una richiesta formale, nel 1995, da parte dell'Autorità israeliana per la



memoria dell'Olocausto e dei martiri, Yad Vashem, che l'Università di Vienna conducesse un'indagine ufficiale nel contesto dell'Atlante Pernkopf.

L'articolo che accese l'attuale controversia sull'atlante di Pernkopf, fu una lettera al direttore di JAMA del novembre 1996, firmata da un professore di chirurgia odontoiatrica della Columbia University, il dottor Howard Israel, e da un professore di medicina di base e delle comunità dell'Università di Toronto, dottor William Seidelman. Essi notarono, in particolare, che alcune delle immagini contenevano espressioni di simpatie naziste (le svastiche e le lettere "SS" nelle firme degli artisti). La loro lettera considerava l'Atlante Pernkopf un retaggio della tragica era in cui gli abusi della medicina avevano pervaso l'intera professione medica.

Il rapporto finale della commissione presso l'Università di Vienna fu pubblicato il 1 ° ottobre 1998. L'inchiesta riportò quanto segue:

"Che l'Istituto di Anatomia abbia ricevuto almeno 1.377 corpi di persone giustiziate, tra cui 8 vittime di origine ebraica. ... Sulla base di un decreto generale del 18 febbraio 1939, i corpi delle persone giustiziate furono assegnati al Dipartimento di Anatomia dell'università più vicina a fini di ricerca e insegnamento. ... Non è stata trovata alcuna prova che i corpi fossero stati portati al Dipartimento di Anatomia di Vienna dal complesso del campo di Mauthausen. ... Le presunzioni e i sospetti che alcune delle illustrazioni potrebbero riguardare prigionieri di guerra o vittime ebrei si basano principalmente su impressioni che colpiscono l'osservatore critico. In questi casi, tuttavia, l'indagine non è stata in grado né di provare né di confutare i sospetti. A causa della pratica sistematica di rendere anonimi i campioni, sembra probabile che un chiarimento finale di tali sospetti non sarà attualmente possibile. "

L'enorme abuso di potere da parte dei medici nazisti è ben documentato. Durante la seconda guerra mondiale, i nazisti commisero crimini indicibili contro persone innocenti. Alcuni di questi crimini furono semplicemente esecuzioni, mentre altri furono lente, tormentate agonie causate dalla vita quotidiana o dalla sperimentazione medica nazista. La sperimentazione medica nazista rappresenta una grande controversia nell'attuale progresso in campo medico. Vengono sollevate molte domande sull'opportunità o meno di utilizzare i dati nazisti, ottenuti da prigionieri senza consenso e altri, per migliorare la conoscenza in campo medico inerente determinati ambiti. Ad esempio, i famigerati esperimenti ipotermici di Dachau del dottor Sigmund Rascher non furono opera di un folle pazzo



che lavorava nell'isolamento del campo di concentramento. Gli esperimenti di Rascher, che includevano l'immersione dei prigionieri del campo di concentramento nell'acqua gelida, furono condotti per la Luftwaffe, l'aeronautica tedesca. I risultati degli esperimenti sull' ipotermia di Rascher continuano ad essere citati nella letteratura medica.

La scienza medica tedesca ha anche colto gli omicidi dell'era di Hitler come un'opportunità per sfruttare i resti dei cadaveri. C'erano trasporti regolari dalle camere di esecuzione delle carceri della Gestapo agli istituti universitari di anatomia. Per quanto è noto oggi, tutti i dipartimenti anatomici delle facoltà di medicina tedesche, senza eccezione, accettarono l'offerta di corpi, volontariamente e senza esitazione. Attualmente sono in corso numerose ricerche sul ruolo etico degli anatomisti tedeschi durante il Terzo Reich e sul loro uso dei corpi delle vittime giustiziate.

Fonti:

1. Michel C. Atlas, Ethics and Access to Teaching Materials in the Medical Library: the Case of the Pernkopf Atlas. *Bull Med Libr Assoc.* 89(1): 51-58 (January 2001).
2. Robert L. Berger, Nazi Science: *Comments on the Validation of the Dachau Human Hypothermia Experiments.* In Arthur L. Caplan, *When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust* (Humana Press, 1992).
3. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline, Part 1. National Socialist Politics, Anatomical Institutions and Anatomists. *Clinical Anatomy* 22:883-893(2009).
4. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline. Part 2: Bodies for anatomy and related medical disciplines. *Clinical Anatomy* 22, 894-905 (2009).
5. Howard A. Israel, William E. Seidelman, Nazi Origins of an Anatomy Text: The Pernkopf Atlas. *JAMA* 276(20): 1633 (1996).
6. S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich. *Annals of Anatomy* 194, Issue 3 (2012).

Domanda:

È etico usare i dati dei medici nazisti?



Discussione:

Il caso studio di Pernkopf riguarda l'uso di un atlante di anatomia che contiene disegni ricavati da vittime di crimini nazisti. È stato sviluppato decenni prima dell'ampia disponibilità di immagini anatomiche da altre fonti ed è stato utilizzato in molte, se non nella maggior parte, delle facoltà di medicina. Pertanto, il contributo significativo di questo classico atlante anatomico per le professioni sanitarie, nel corso degli anni, rimane indiscusso. Tuttavia, un'esplorazione del background di Eduard Pernkopf e dei suoi artisti e, in particolare, di come questo lavoro sia stato prodotto, solleva importanti questioni di etica biomedica che risultano estremamente rilevanti oggi. Alcune delle domande che sorgono in questo caso sono: se sia importante determinare l'origine dei soggetti utilizzati nell'atlante di Pernkopf? Se sia appropriato utilizzare queste informazioni? Come affrontiamo i dati di ricerca ottenuti in modo non etico?

Ci sono molti punti vista su questo dibattito etico:

1) L'Atlante e altri dati dovrebbero essere utilizzati, se opportuno, per la ricerca e l'educazione medica, senza restrizioni o censura. Ora non si può fare nulla su come siano stati ottenuti i cadaveri. La conoscenza scientifica può, spesso, avvenire in condizioni (ad esempio in guerra) che non sono sempre ideali o etiche. Usando i dati ora, alcuni vantaggi o benefici potrebbero derivare dall'uso dell'atlante oggi, per salvare una vita o per consentire a un chirurgo di operare con maggiore abilità.

2) I dati dovrebbero essere utilizzati per la ricerca e l'educazione con alcune restrizioni e censure. Alcune delle restrizioni potrebbero includere: a) indagine sul problema; b) commemorazione delle vittime; c) nelle nuove edizioni, riferimenti alla storia di Pernkopf e dell'Atlante; d) una censura parziale (volumi non disponibili sugli scaffali pubblici).

3) Altri sostengono che, non utilizzando i dati, stiamo permettendo ai negazionisti dell'Olocausto di rafforzare le loro affermazioni e, allo stesso tempo, dimentichiamo le vittime innocenti che hanno subito gli esperimenti. Le persone credono che, pubblicando i dati, non solo possiamo dimostrare che queste atrocità siano effettivamente accadute, ma anche solo ricordandole, partecipiamo ad impedire che si verifichino ancora. Utilizzando i dati, alcuni ritengono che stiamo onorando il sacrificio delle vittime.



4) Alcuni sopravvissuti agli esperimenti ritengono che i dati debbano essere utilizzati e, poiché hanno subito una devastazione in prima persona, possono parlare per coloro che non sono stati fortunati come loro.

5)Altri potrebbero sostenere che il vero scopo della scienza è quello di servire l'umanità, alleviando la sofferenza e migliorando la qualità della vita. Gli esperimenti nazisti e l'esempio dell'atlante di anatomia furono eseguiti senza alcuna forma di consenso e comportarono metodi e torture crudeli non etici. I fautori di questa opinione indicano che la scienza e l'etica siano inseparabili e che sia impossibile giustificare l'uso di dati scientifici ricavati dai medici che abusano del loro codice etico nell'esecuzione delle ricerche ove hanno causato sofferenze umane incomprensibili.

6)Alcuni considererebbero il contesto morale ed etico dei ricercatori (in questo caso gli artisti) come un fattore essenziale negli esperimenti medici. Direbbero che dovremmo "separare il lavoro dall'uomo". Altri direbbero che non dovremmo mai separare il lavoro dalla persona.

7)Altri sosterranno, inoltre, che l'uso di dati scientifici derivati da crimini nazisti crea l'ambiente per una ripetizione di tali violazioni dell'etica biomedica, in cui vi sono ulteriori potenziali giustificazioni e razionalizzazioni per la sperimentazione medica non etica in nome della promozione della ricerca scientifica.

8) Un'altra preoccupazione che è stata espressa è quella della validità scientifica degli esperimenti nazisti.

9)Un'ulteriore motivazione per non utilizzare i dati è l'affermazione che, per poter eseguire correttamente un esperimento, è necessario poterlo ripetere. Gli esperimenti crudeli da parte dei nazisti sarebbero quasi impossibili da replicare, soprattutto considerando lo stato in cui si trovavano i pazienti.



10. Medici e tortura

Caso studio:

Georges-André Kohn nacque a Parigi il 23 aprile 1932. Nell'agosto 1944, fu mandato ad Auschwitz e imprigionato nella caserma n. 11, che ospitava altri diciannove bambini ebrei provenienti da tutta Europa, di età compresa tra i cinque e i dodici anni. I medici nazisti progettavano di reclutare questi bambini per degli esperimenti.

Alla fine di novembre del 1944, mentre l'Armata Rossa avanzava ad Auschwitz, Georges, insieme agli altri diciannove bambini, fu trasportato nel campo di concentramento di Neuengamme vicino ad Amburgo. A Neuengamme, il medico delle SS Kurt Heissmeyer eseguì crudeli e orribili esperimenti medici sui bambini; inizialmente, li infettò con la tubercolosi, una malattia polmonare letale. Prima di Natale, tutti i bambini si ammalarono gravemente. Georges era particolarmente debole e non era in grado di alzarsi da solo, come raccontarono in seguito medici detenuti francesi e infermiere olandesi, che erano essi stessi prigionieri. Questi medici e infermieri detenuti assistettero e curarono i bambini, diventando i loro genitori surrogati.

Il dottor Heissmeyer asportò quindi i linfonodi dei bambini perché riteneva che contenessero sostanze specifiche generate dal corpo per proteggere dalla tubercolosi. Dopo aver rimosso tutti i linfonodi dai bambini, essi furono fotografati. I bambini, quindi, sollevarono le braccia per mostrare le loro cicatrici, esiti dell'intervento, alla macchina fotografica.

Nell'aprile del 1945, con l'avvicinarsi della fine della guerra, i medici delle SS e i leader del campo di Neuengamme temettero di essere puniti dagli Alleati se le loro atrocità fossero state scoperte. Per nascondere i loro esperimenti medici, la direzione delle SS portò i bambini, insieme alle loro infermiere, alla scuola di Bullenhuser Damm, che si trovava in una zona bombardata e abbandonata della città di Amburgo. Il 20 aprile 1945, le SS impiccarono tutti i bambini nel seminterrato della scuola. I loro corpi furono caricati in un camion e riportati a Neuengamme, dove furono cremati. La guerra in Europa terminò diciassette giorni dopo.



Contesto:

Kurt Heissmeyer studiò medicina a Marburg, dove si unì ad una confraternita antisemita chiamata *Arminia*. Abilitato ad esercitare la professione medica nel 1933, fu assunto presso l'ospedale Auguste-Victoria di Berlino. Nel 1937, il dottor Heissmeyer si unì al Partito nazista e, un anno dopo, fu nominato medico senior a Hohenlychen, un centro benessere gestito dalla Croce Rossa a Uckermark, a nord di Berlino, del quale, infine, diventò vicedirettore.

Per realizzare il suo obiettivo di diventare professore di medicina, Heissmeyer propose di intraprendere esperimenti sulla tubercolosi. Sebbene la sua conoscenza della malattia fosse molto limitata, essendo ben inserito nei circoli nazisti, ottenne il permesso di procedere coi suoi esperimenti sui prigionieri del campo di concentramento. Nel giugno del 1944, iniziò i suoi esperimenti a Neuengamme, dove inizialmente testò sugli adulti una varietà di bacilli tubercolari vivi, continuando, poi, reclutando bambini come cavie. Ogni mercoledì percorreva 165 miglia da Hohenlychen per supervisionare i suoi esperimenti sui prigionieri di Neuengamme.

Sebbene siano state conservate le cartelle cliniche di soli 32 esperimenti su adulti, si ritiene che Heissmeyer abbia reclutato oltre 100 individui. I bambini furono selezionati dal campo di concentramento di Auschwitz. Erano dieci ragazze e dieci ragazzi, di età compresa tra cinque a dodici anni. Il loro viaggio di due giorni verso Neuengamme fu effettuato in treno. Heissmeyer assegnò una cavia a ciascuno dei bambini e poi furono inoculati in entrambi gli stessi bacilli. Dopo un mese, nonostante le iniezioni sottocutanee di batteri tubercolari, tutti i bambini si ammalarono.

Mentre le loro condizioni peggiorarono, Heissmeyer pensò che sarebbe stato utile vedere come le ghiandole ascellari dei bambini avessero reagito ai batteri. Poiché non era un chirurgo, ordinò ad un chirurgo ceco detenuto, Bogumil Doclik, di eseguire le dissezioni sui linfonodi. Queste procedure crudeli furono eseguite in anestesia locale e le ferite furono lasciate aperte anziché suturate e chiuse. Una settimana dopo l'intervento chirurgico, la medicazione fu rimossa. Entro due settimane, ogni bambino fu sottoposto a campionamento bilaterale del nodo ascellare. Le ghiandole furono conservate in formalina e, quando tutte le procedure furono completate, i campioni furono inviati ad un patologo.

Successivamente, Heissmeyer dovette affrontare un dilemma: cosa fare di venti bambini ebrei malati e morenti? Per nascondere le prove, fu



deciso che i bambini dovessero essere assassinati. La sera del compleanno di Adolf Hitler (20 aprile), i bambini furono impiccati.

Il dottor Heissmeyer fuggì da Hohenlychen il 21 aprile 1945. Infine, si stabilì a Magdeburgo, come pneumologo. Per 18 anni, ebbe una carriera di successo come direttore dell'unica clinica privata per la tubercolosi in Germania. Nel 1966, fu condannato all'ergastolo a Bolzano. Quattordici mesi dopo, morì di infarto. Dopo una grande resistenza iniziale, la scuola di Bullenhusen Damm fu, infine, trasformata in un memoriale per i bambini assassinati. Oggi è la scuola "Janusz Korczak", che prende il nome da un medico ebreo che diresse un orfanotrofio di Varsavia e che fu ucciso insieme ai suoi orfani a Treblinka nell'agosto del 1942.

Fonte:

Gunther Schwarberg, *The Murders at Bullenhusen Damm. The SS Doctor and the Children* (Indiana University Press, 1980).

Domanda:

È etico che un medico prenda parte alla tortura?

Discussione:

Durante l'era nazista, l'etica medica fu spesso sostituita dall'ideologia razzista, nonché da opportunità politiche, economiche e militari. La visione del mondo nazista legittimò la tortura e l'annientamento degli infermi, dei ritardati mentali come dei sani. Sia le basi logiche per la tortura, sia i suoi metodi, furono spesso sviluppati da medici. Alcuni medici parteciparono anche attivamente alla tortura. Ciò è particolarmente evidente negli inumani esperimenti medici nazisti in cui migliaia di vittime sono state mutilate e uccise.

Mentre le atrocità perpetrate dai nazisti, più di mezzo secolo fa, dovrebbero rappresentare le più importanti violazioni dei diritti umani nella coscienza globale, la tortura e altri atti disumani sono compiuti ancora oggi. La tortura è ancora giustificata e praticata in molti paesi, ed è stata persino percepita come un male necessario nella "guerra al terrore" globale. Sebbene sia difficile immaginare come i medici possano essere implicati nella tortura, ci sono prove documentate che, in alcuni luoghi del mondo, il coinvolgimento dei medici nella tortura sia, ancora oggi, in atto. I medici



sono formati per ridurre la sofferenza e salvare vite umane; la tortura, tuttavia, comporta l'imposizione deliberata della sofferenza, talvolta fino alla morte. Come possiamo conciliare la partecipazione dei medici alla tortura?

I medici entrano in contatto con la tortura in molti modi. Le vittime di tortura spesso hanno bisogno di cure mediche, sia in carcere, che in centri di detenzione o ospedali. Così i medici rappresentano, spesso, la prima linea di rilevamento per i casi di tortura, in quanto sono i primi ad esaminare la vittima. Coloro che infliggono la tortura, a volte, cercano l'aiuto ed il consulto dei medici. Inchieste condotte in vari paesi indicano che i medici fossero presenti quando si infliggeva la tortura e, a volte, essi operavano come consulenti medici o supervisori della stessa. I medici hanno anche utilizzato la loro esperienza per prestare cure mediche durante la tortura, per sostenere le vittime o rianimarle. In altri casi, essi sono stati chiamati per fornire referti medici dopo la tortura e, in alcuni casi, cartelle cliniche false o compilate inaccuratamente.

La tortura, di solito, avviene nelle carceri, nei centri di detenzione della polizia e nelle istituzioni militari. I medici delle carceri, della polizia e dell'esercito sono, quindi, i medici che hanno maggiori probabilità di interfacciarsi con casi di tortura. Sono anche quelli più probabilmente ad essa esposti.

Ci possono essere molte ragioni per cui i medici siano coinvolti nella tortura, che vanno dalla lealtà sul posto di lavoro, alle minacce di violenza, alle credenze religiose, ideologiche o nazionali e, in alcuni casi, forse persino al sadismo. Le questioni etiche in medicina raramente trovano soluzioni chiare del tipo bianco o nero, giusto o sbagliato, tuttavia, nel caso della tortura, ci avviciniamo il più possibile alla certezza. Il coinvolgimento dei medici nella tortura, di qualsiasi forma e grado, è sempre contrario all'etica medica. Ciò è stabilito da tutti gli standard internazionali e regionali sui diritti umani.

L'evidenza rivela che la maggior parte dei medici tenta, costantemente, di agire nel migliore interesse dei propri pazienti. Essi considerano la tortura aberrante e non vogliono favorirla o prenderne parte in alcun modo. Tuttavia, nonostante queste motivazioni e preoccupazioni, come mostrato precedentemente, alcuni medici potrebbero trovarsi in circostanze in cui potrebbero essere costretti ad agire in modo contrario ai principi dell'etica medica.



Tutti i medici dovrebbero rifiutarsi di collaborare alla tortura. Tuttavia, si deve riconoscere che porre l'onere del rifiuto unicamente sul singolo medico può costringere ad una decisione difficile, nel più stressante degli ambienti e delle circostanze. Il rifiuto del medico di prendere parte alla tortura sarà reso incommensurabilmente più semplice se dietro tale rifiuto ci sia il peso collettivo di tutte le categorie professionali mediche e legali.



11. Partecipazione medica al genocidio

Caso studio:

Imfried Georg Rolf Eberl nacque a Bregenz, in Austria, nel 1910. Iniziò gli studi di medicina a Innsbruck e si unì al partito nazista nel 1931. Dopo essersi laureato in medicina, si trasferì a Dessau, in Germania, dove fu a capo della sanità pubblica. Nel 1939, nonostante la sua limitata formazione in psichiatria, il dottor Eberl fu nominato direttore della prigione di Brandeburgo che fu trasformata nella prima sede T-4 di "Eutanasia".

Durante il suo soggiorno a Brandeburgo, il dottor Eberl fu responsabile dell'organizzazione e dell'attuazione dell'"eutanasia" per i pazienti malati di mente. Successivamente, fu nominato direttore dell'ospedale psichiatrico di Bernberg, dove fu nuovamente incaricato di istituire un programma di "eutanasia", inclusa l'uccisione con gas. Il dottor Eberl svolse anche un ruolo di primo piano nel mantenimento della segretezza del programma, compresa la falsificazione dei registri di morte. Nel corso del programma "T-4 eutanasia", furono uccisi 9772 pazienti a Brandeburgo e 8601 pazienti a Bernberg secondo il precetto dell'"eutanasia". Furono uccise in totale 70.273 persone nel programma T che durò 18 mesi (1939-1941).

Nell'aprile del 1942, il dottor Eberl fu incaricato di gestire la costruzione di Treblinka, un campo di sterminio costruito esclusivamente per realizzare l'omicidio di massa degli ebrei. Il 23 luglio 1942, arrivò il primo trasporto di ebrei dal ghetto di Varsavia, seguito, a breve, da carichi ferroviari giornalieri di centinaia di migliaia di vittime ignare. Alla fine dell'agosto del 1942, il dottor Eberl fu sollevato dai suoi doveri a Treblinka perché, sebbene avesse stabilito un record di uccisioni per il numero di persone eliminate, fu accusato di essere amministrativamente inefficiente nello smaltimento dei cadaveri.

Si stima che 280.000 persone siano state assassinate a Treblinka nelle sei settimane sotto il comando del dottor Eberl. Da luglio 1942 a novembre 1943, furono uccise tra 870.000 e 925.000 persone nel centro di uccisione di Treblinka.



Nel 1944, il dottor Eberl si unì alla Wehrmacht, dove rimase per la durata della guerra. Fu arrestato nel gennaio 1948 e si impiccò nella sua cella il 15 febbraio 1948.

Fonti:

1. Rael Strous, Dr. Irmfried Eberl (1910–1948): Mass Murdering MD. *IMAJ*, VOL 11, April (2009).
2. Yitzak Arad, *Belzec, Sobibor, Treblinka: The Operation Reinhard Death Camps* (Indiana University Press, 1987).

Contesto:

L'operazione T-4, il primo programma di omicidi di massa nazionalsocialista, prese di mira i cittadini tedeschi, compresi i disabili mentali e i malati affetti da patologie congenite, tutti considerati "indegni di vita" e oneri economici per lo Stato. Questo programma di "eutanasia" inizialmente stabilì il personale organizzativo e i protocolli, nonché i meccanismi burocratici e scientifici per un omicidio di massa efficiente.

Alcuni dei medici e dei tecnici professionisti che avevano acquisito esperienza nell'uccidere i pazienti psichiatrici in Germania furono, successivamente, trasferiti per supervisionare e attuare il genocidio di ebrei e zingari nei campi di sterminio, situati principalmente in Polonia. Questi campi includevano Chelmno, Belzec, Treblinka, Madjanek e Auschwitz.

La partecipazione del medico al genocidio assunse molte forme. Alcuni medici, come il dottor Imfried Eberl, furono incaricati di costruire, organizzare e gestire le strutture di sterminio. In altri casi, i medici prestarono servizio come consulenti di chimici e altri scienziati e ingegneri, per supervisionare e perfezionare le tecniche specializzate per uccidere, mediante iniezione, fame o gas.

I medici determinarono le "selezioni di vita e di morte" dei prigionieri, sia al loro arrivo nei campi, sia in seguito, dopo che i prigionieri erano stati nel campo per alcuni giorni, settimane, mesi o, in alcuni casi, persino anni. I medici decisero quali prigionieri fossero idonei al lavoro e quali dovessero essere inviati alle camere a gas. I medici fornirono consigli su come eseguire le selezioni senza intoppi. Furono consultati per l'efficace funzionamento dei crematori, determinarono le cause fittizie della morte delle vittime e furono responsabili della falsificazione dei registri di morte. In molti casi, i medici nazisti somministrarono iniezioni letali o incaricarono gli infermieri di



uccidere. I medici furono responsabili dell'inizio e dell'attuazione della sperimentazione umana barbara, crudele e non etica.

I medici presero parte all'effettivo processo di omicidio, dalla sua origine calcolata all'esame *post mortem* di alcune delle vittime.

Fonti:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Domanda:

Esiste un ruolo per i medici nell'uccisione sponsorizzata dallo Stato?

Discussione:

In che modo i medici conciliano il loro giuramento di Ippocrate con un mandato di genocidio? Come molte altre categorie professionali, i medici sono, contemporaneamente, membri di una società e sensibili al codice morale e al clima sociale prevalenti di una società. Ma i medici sono anche formati per agire e operare secondo le proprie posizioni etiche professionali. Nella maggior parte delle società, i medici sono considerati a servizio del pubblico; sono anche ritenuti fidati e rispettati dalla maggior parte delle persone in una comunità o nazione. A volte, le autorità politiche tentano di reclutare i medici come agenti per fornire un quadro di legittimazione delle azioni intraprese dallo Stato. Quando una nazione adotta politiche esclusive dell'ipernazionalismo, tutti i suoi cittadini, compresi i medici, possono capitare su entrambi i lati della barricata. In tali momenti, i medici possono trovarsi in una situazione di ambiguità professionale ed etica.

A chi devono la loro fedeltà: ai loro pazienti o alla nazione? Sia come partecipanti disponibili che come complici riluttanti, i medici sono stati coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione dell'omicidio di massa in numerosi paesi.

Nel 1915, alcuni medici turchi ottomani condussero esperimenti, parteciparono a deportazioni di massa e promossero un'ideologia genocida che portò alla morte estesa della popolazione armena. Meno di due decenni dopo, anche i medici della Germania nazista commisero atrocità in un sistema culminato nell'Olocausto. La carneficina si verificò anche quando i medici hutu si rivolsero contro i pazienti tutsi durante il genocidio in Ruanda.



Allo stesso modo, un tribunale internazionale accusò i medici serbi di crimini di guerra per il loro ruolo nella pulizia etnica in Bosnia e Kosovo. Questi sono solo alcuni esempi del coinvolgimento dei medici in casi di genocidio.

Anche in situazioni non necessariamente intese come stermini su vasta scala, i medici hanno prestato la loro competenza nel tentativo di rimuovere o limitare elementi "indesiderabili" della popolazione. Ad esempio, il personale medico in Argentina, Bolivia, Cile, Iraq e altrove ha partecipato alla tortura e alla morte di dissidenti e nemici dello Stato. Un altro esempio di coinvolgimento dei medici nelle uccisioni sponsorizzate dal governo consiste nel caso delle esecuzioni, comprese quelle negli Stati Uniti.

Ci sono molte teorie che offrono prospettive diverse per spiegare come i medici arrivino a giustificare e approvare programmi apparentemente in contrasto con il loro ruolo di cura. Una teoria sostiene che i medici non abbandonano l'etica medica per seguire le politiche eugenetiche o genocide; piuttosto, reinterpretano l'etica in modo che coincida con il programma politico dominante e prevalente dell'epoca.

Una seconda teoria promuove l'idea di partecipazione attraverso la "pendenza sdruciolevole", in base alla quale le trasgressioni dei codici morali medici, etici e sociali cominciano su piccola scala, ma gradualmente si auto-alimentano, diventando infine fuori controllo.

Una terza teoria sostiene che i medici partecipano perché non riescono a trovare un modo per esimersi da tali attività, senza subire gravi danni personali, professionali o fisici.

Un'ultima teoria sostiene che alcuni medici cercano tenacemente di partecipare a programmi genocidi o eugenetici con una motivazione che spazia da un desiderio opportunistico di guadagno personale o professionale a una convinzione radicata nell'ideologia di sterminio, sostenuta dal potere e dall'autorità politica.

È pertinente considerare se vi sia o meno un ruolo per i medici e gli infermieri nel partecipare all'omicidio sponsorizzato dallo Stato. La Associazione Mondiale dei Medici impone un'etica medica coerente che non faccia distinzione tra guerra e pace. Secondo le sue linee guida, l'etica medica in tempi di conflitto armato è identica all'etica medica in tempi di pace. L'obbligo principale dei medici è verso i propri pazienti; nell'esercizio del loro dovere professionale, la coscienza del professionista, così come la lunga tradizione dell'etica in medicina, dovrebbero fungere da guida.



Non vi è dubbio che le azioni di Irmfried Eberl e di altri medici durante il nazionalsocialismo furono immorali, quando uccisero in nome dello Stato. Alcune delle loro giustificazioni includevano le seguenti: 1) stavano solo eseguendo gli ordini; 2) l'eutanasia sollevava le persone dalla loro sofferenza; e, 3) stavano guarendo la nazione, eliminando segmenti malsani. Alcuni furono condannati per i loro crimini e furono puniti. Alcuni, come Irmfried Eberl, si suicidarono piuttosto che affrontare un processo. La maggior parte dei perpetratori medici nazisti ha continuato la propria vita dopo la guerra, senza dover pagare alcun prezzo per le proprie azioni.



12. L'etica delle compagnie farmaceutiche nella ricerca medica

Caso studio:

Il capitano delle SS dottor Helmuth Vetter, nato nel 1910 a Rastenburg nel Turingen, fu impiegato per molti anni della società farmaceutica Bayer Group WII della I.G Farben Industry Inc. di Leverkusen, dove lavorò come venditore e rappresentante di farmaci. Come parte del suo lavoro, andò ad Auschwitz, Mauthausen e in altri campi per amministrare gli esperimenti medici condotti con farmaci sui detenuti del campo. Tra il 1942 e il 1944, Vetter si recò tra Auschwitz e Mauthausen per supervisionare gli studi clinici sugli effetti dei prodotti Bayer su condizioni mediche come tifo petecchiale, tifo, paratifo, diarrea, tubercolosi, erisipela e scarlattina.

Per reclutare soggetti umani per le sue ricerche, Vetter selezionò prigionieri che soffrivano di malattie specifiche. I prigionieri dei campi furono scelti secondo vari criteri, tra cui gruppi di controllo che esemplificavano le diverse fasi dei processi patologici.

Ai soggetti detenuti furono somministrate dosi stabilite per testare la tossicità e l'efficacia dei farmaci. Solo ad Auschwitz, Vetter reclutò tra 150 e 250 pazienti prigionieri per questi esperimenti. Per ogni paziente, furono documentati casi clinici dettagliati e risultati. Nessun consenso fu richiesto o ricevuto dalle persone reclutate. Questi esperimenti farmacologici non ebbero lo scopo di aiutare i pazienti. Piuttosto, l'intento fu semplicemente di osservare e registrare le reazioni dei farmaci sui pazienti. Anche quando era ovvio che i farmaci fossero tossici, causassero condizioni estremamente dolorose e non avessero effetti terapeutici, gli esperimenti continuarono al fine di raccogliere dati scientifici per l'azienda farmaceutica. Tali dati sarebbero stati quindi utilizzati per realizzare, produrre e vendere nuovi



farmaci da parte della società farmaceutica. Un'alta percentuale di pazienti prigionieri morì a causa degli esperimenti. Il dottor Helmut Vetter fu condannato per crimini di guerra nel 1947. Fu giustiziato nel 1949.

Contesto:

I.G Farben, la più grande azienda chimica del mondo dell'epoca, era un potente cartello tedesco di BASF, Bayer, Hoechst e di altre società chimiche e farmaceutiche tedesche. IG Farben, il maggiore sponsor della campagna elettorale di Adolf Hitler, donò 400.000 marchi a Hitler e al partito nazista poco prima che diventasse Cancelliere. Il suo supporto alla macchina da guerra nazista permise alla IG Farben e alle sue varie consociate economiche di diventare uno dei maggiori speculatori della guerra.

Alcuni dipartimenti farmaceutici del cartello IG Farben reclutarono prigionieri in esperimenti umani per testare farmaci e vaccini nuovi e in via di sviluppo. Il gas Zyklon-B, inizialmente utilizzato come pesticida e successivamente come metodo per uccidere milioni di persone tramite gas, derivava da una delle società collegate al conglomerato commerciale IG Farben, la società accessoria *Deutsche Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung* (Degesh).

Ad Auschwitz, Bayer Leverkusen, un'altra consociata, pagò per reclutare 150 prigionieri a scopo sperimentale. La corrispondenza tra il comandante del campo di Auschwitz e la compagnia Bayer rivelò quanto segue:

“In vista degli esperimenti pianificati con un nuovo farmaco che induce il sonno, saremmo grati se potessi mettere un numero di prigionieri a nostra disposizione ... Confermiamo la tua risposta, ma consideriamo il prezzo di 200 RM per donna troppo alto. Proponiamo di pagare non più di 170 RM per donna. Se questo è accettabile per te, le donne saranno in nostro possesso. Abbiamo bisogno di circa 150 donne ... Confermiamo la tua approvazione dell'accordo. Per favore, prepara per noi 150 donne nel miglior stato di salute possibile ... Ricevuto l'ordine per 150 donne. Nonostante le loro condizioni deboli, sono state considerate soddisfacenti. Vi terremo informati sugli sviluppi riguardanti gli esperimenti ... Gli esperimenti sono stati eseguiti. Tutti i soggetti testati sono morti. Ti contatteremo a breve per una nuova spedizione “.

Un ex prigioniero di Auschwitz testimoniò anche su questo esperimento umano sponsorizzato da Bayer:



"C'era un grande reparto di tubercolari al blocco 20. La casa farmaceutica Bayer inviò farmaci in fiale non contrassegnate e senza nome. I tubercolari furono iniettati con esse. Queste sfortunate persone non furono mai uccise nelle camere a gas. Bisognava solo aspettare che morissero, per cui non ci volle molto ... 150 donne ebreë che erano state acquistate dall'addetto al campo dalla Bayer ... servirono per esperimenti con preparati ormonali sconosciuti. "

Nel maggio del 1943, due influenti medici nazisti, Karl Gebhart e Fritz Fischer, onorarono l'Accademia medica militare di Berlino per la sponsorizzazione dei nuovi farmaci prodotti dal gruppo farmaceutico Bayer dell'industria IG Farben. I medici riferirono della ricerca del dottor Helmuth Vetter condotta su 200 donne detenute ad Auschwitz. Il loro rapporto rivelò come Vetter avesse iniettato gas o bacilli nei polmoni delle donne, provocandone la morte per edema polmonare. La loro presentazione, realizzata nel campo di concentramento di Ravensbrueck, fu pubblicata e i risultati dell'esperimento furono distribuiti ai medici tedeschi.

Il medico delle SS dottor Waldemar Hoven a Buchenwald e uno degli imputati al Processo dei Medici di Norimberga nel 1947, rese testimonianza sul ruolo della IG Farben sugli esperimenti umani condotti su prigionieri dei campi di concentramento:

"Dovrebbe essere generalmente noto, e specialmente negli ambienti scientifici tedeschi, che le SS non avevano a disposizione importanti scienziati. È chiaro che gli esperimenti nei campi di concentramento con preparati IG sono avvenuti solo nell'interesse dell'IG, che cercò con tutti i mezzi di determinare l'efficacia di questi preparati. Lasciarono che le SS si occupassero - devo dire - del lavoro sporco nei campi di concentramento. L'intenzione dell'IG non era quella di rendere pubblico nulla di tutto questo, ma piuttosto di creare una cortina fumogena attorno agli esperimenti in modo che ... potessero mantenere i profitti per se stessi. Non le SS ma l'IG prese l'iniziativa per gli esperimenti nei campi di concentramento. "

Oltre al suo ruolo negli esperimenti sull'uomo e nella produzione di gas Zyklon B, la IG Farben utilizzò decine di migliaia di detenuti come schiavi per costruire e lavorare nel campo Buna-Monowitz di Auschwitz. Il lavoro consisteva soprattutto nel fabbricare gomma sintetica e carburanti, una delle principali attività del periodo di guerra del cartello.

Nel 1946, un tribunale militare americano avviò un procedimento penale contro ventitré importanti medici e amministratori tedeschi per la loro



partecipazione volontaria a crimini di guerra e crimini contro l'umanità. Tra le accuse figurava che i medici tedeschi avessero condotto esperimenti su migliaia di prigionieri nei campi di concentramento senza il loro consenso. La maggior parte dei soggetti di questi esperimenti morirono o rimasero, di conseguenza, per sempre paralizzati. Come risultato diretto del processo, nel 1948 fu istituito il codice di Norimberga, affermando che:

"Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale."

Il codice ha chiarito che i soggetti dovrebbero dare il loro consenso e che i benefici della ricerca devono superarne i rischi. Sebbene non abbia valore di legge, il Codice di Norimberga è stato il primo documento internazionale sulla sperimentazione umana che ha sostenuto la partecipazione volontaria e il consenso informato. (vedi Appendice 1)

Nell'agosto 1947, ventiquattro dirigenti della IG Farben Incorporated furono incriminati e processati per crimini di guerra, comprese le accuse di frode / spoliazione, schiavitù e omicidio. Il processo IG Farben portò alla condanna di tredici dei suoi massimi dirigenti. Undici altri imputati furono scagionati. Sulla base del cambiamento delle politiche postbelliche, molti dirigenti condannati scontarono poco tempo o ebbero pene ridotte.

Nel 1951, il cartello IG Farben fu suddiviso in diverse grandi aziende, tra cui Bayer, Hoechst, BASF e altre. A metà degli anni '70, queste tre aziende costituivano, ancora una volta, alcune delle più grandi società del mondo. Nel 1964, la Associazione Mondiale dei Medici stabili delle raccomandazioni che guidavano i medici nella ricerca biomedica su soggetti umani conosciute come la Dichiarazione di Helsinki. La Dichiarazione regola l'etica della ricerca internazionale e definisce le regole per la "ricerca unita alle cure cliniche" e la "ricerca non terapeutica". La Dichiarazione di Helsinki è stata rivista nel 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 e 2008 (e sarà rivista di nuovo nel 2014) ed è considerata il documento definitivo su come condurre la ricerca clinica oggi. (vedi Appendice 4)

Fonti:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger Press, 2005).



3. Diamuid Jeffreys, *Hell's Cartel: IG Farben and the Making of Hitler's War Machine* (Metropolitan Books, 2008).

Domanda:

Quali problemi etici sorgono quando le aziende farmaceutiche sono coinvolte nella ricerca medica?

Discussione:

I casi della IG Farben dimostrano come, in passato, le aziende farmaceutiche avessero abbandonato tutte le linee etiche e praticassero la ricerca, senza considerazione per i pazienti coinvolti.

La ricerca farmaceutica svolge, ancora oggi, un ruolo importante in medicina e a molti medici e organizzazioni sanitarie si chiede sempre più di diventare partner nella ricerca medica sponsorizzata dall'industria. Il costo della ricerca medica è enorme e, quindi, essa dipende, spesso, dal sostegno finanziario delle società farmaceutiche.

Uno dei conflitti intrinseci nella collaborazione di un medico con l'industria farmaceutica consiste nel potenziale per diventare semplicemente il "braccio" dell'industria a spese dei pazienti. Data questa realtà economica, medici, ospedali e prestigiosi istituti di ricerca collaborano con l'industria farmaceutica e altre società, al fine di promuovere la medicina, ma, allo stesso tempo, massimizzare anche i profitti aziendali.

L'etica della ricerca è applicabile a tutti coloro che sono coinvolti nella ricerca medica, che si tratti di un singolo ricercatore o di un'azienda farmaceutica. L'obiettivo dovrebbe essere quello di dare beneficio ai pazienti. Tuttavia, la ricerca finanziata dall'industria altera, in modo fondamentale, sia il rapporto paziente-medico sia le preoccupazioni etiche sollevate dalla ricerca clinica. Le aziende farmaceutiche si concentrano, in genere, sulla produzione di profitti e sull'aumento del prezzo delle azioni e della quota di mercato. In effetti, è un dato di fatto che le società abbiano l'obbligo per i loro azionisti di perseguire una maggiore quota di mercato e il prezzo delle azioni. Questo approccio può indurre le aziende a cercare nuove cure mediche che hanno un potenziale scarso o nullo, per migliorare la salute e il benessere generale dei pazienti.

Per raggiungere pazienti e medici per la ricerca, l'industria, spesso, paga i medici come consulenti o fornisce loro ricompense di tipo monetario o di altro tipo (conferenze, viaggi gratuiti, alloggio, cibo, contatti commerciali,



lavoro per familiari, ecc.). I medici che ottengono una retribuzione o favori da una casa farmaceutica hanno un potenziale maggiore di avere conflitti di interesse tra i loro rapporti con l'azienda rispetto alla responsabilità e alla cura dei loro pazienti. Questo rapporto può anche influenzare negativamente gli obiettivi e i risultati della ricerca di un medico o di uno scienziato. Ha anche una maggiore probabilità di influenzare o distorcere il giudizio in modi che confliggano con un trattamento adeguato per i pazienti, nonché nella protezione dei soggetti di ricerca.

A volte, l'industria farmaceutica fornisce anche incentivi finanziari e pagamenti ai pazienti. Nonostante la prevalenza della pratica, l'opportunità di pagare soggetti di ricerca può essere messa in discussione sulla base del fatto che potrebbe compromettere la protezione etica del consenso libero e informato.

Esistono normative etiche sul coinvolgimento farmaceutico nelle sperimentazioni cliniche che variano da paese a paese. Alcune associazioni mediche hanno pubblicato rigide linee guida etiche sul rapporto dei medici con le aziende farmaceutiche, al fine di garantire l'equilibrio tra i vari interessi, mantenendo la massima trasparenza e integrità di tutte le parti coinvolte.

Questo legame tra i medici, da un lato, e le società farmaceutiche, dall'altro, rappresenta un codice complesso e rigoroso di comportamento etico per entrambe le parti coinvolte che deve essere stabilito e monitorato. È fondamentale che i medici rimangano indipendenti da qualsiasi relazione che possa danneggiare il rapporto paziente-medico.



13. Coscienza medica e denuncia d'illecito

Caso studio:

Il 15 agosto 1940, Gottfried Ewald, professore di psichiatria e direttore dell'ospedale statale di Göttingen, fu invitato a Berlino e gli fu chiesto di fungere da leader nel progetto segreto nazista "T-4 per l'eutanasia degli adulti". La posizione proposta richiedeva di esprimere un giudizio sull'eventuale uccisione di determinati pazienti da parte del personale medico. Circondato da altri medici e leader di alto livello del progetto, il dottor Ewald rifiutò di partecipare a causa di quella che definì la sua "coscienza medica" e "necessità interiore" e gli fu, quindi, chiesto di abbandonare l'incontro. Ewald dichiarò:

"In linea di principio, non vorrei aiutare a sterminare in questo modo i pazienti a me affidati."

Inoltre sottolineò che gli schizofrenici "non erano così vuoti e senza speranza" come affermavano e che potessero essere in grado di beneficiare di nuove forme di terapia solo allora in fase di sviluppo.

Successivamente, il dottor Ewald scrisse una lettera di protesta al decano della sua facoltà dell'Università di Göttingen, nonché ad altri leader medici nazisti di alto livello a Berlino, confermando la sua opposizione all'"eutanasia" sponsorizzata dallo Stato. Sostenne che l'eutanasia, per definizione, avrebbe dovuto essere un "*obiettivo medico e generale più elevato*" per i pazienti che erano malati terminali e cercavano una morte compassionevole. Evidenziò che il legame familiare tra genitori e figlio, e altri parenti disabili mentali, meritasse sempre rispetto e dignità e, quindi, il programma nazista di "eutanasia" fu per lui inaccettabile:

"Non posso scegliere una professione la cui attività quotidiana consista nell'eliminare una persona malata a causa della sua malattia dopo che lui o i suoi parenti siano venuti da me, confidando in me e chiedendo aiuto".

Nonostante la paura di una rappresaglia, non gli successe nulla.



Fonte:

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).

Contesto:

Lo stato professionale dei medici non ha ostacolato la loro partecipazione ai crimini nazisti e molti medici hanno dimostrato una profonda dedizione verso le atrocità. Molti medici sono stati fondamentali nell'istituire un sistema di identificazione, notifica, trasporto e uccisione di centinaia di migliaia di persone affette da patologie mentali e "compromesse dal punto di vista razziale e cognitivo" in contesti quali ospedali psichiatrici centralizzati, prigioni e campi di sterminio.

Il ruolo del medico fu centrale e fondamentale per il successo delle politiche e dei piani nazisti. Gli psichiatri, insieme a molti altri medici, contribuirono a facilitare le pratiche mediche ideologiche del regime. Ci furono pochissimi medici che resistettero o, addirittura, si opposero agli obiettivi o ai metodi nazisti.

Più della metà dei medici tedeschi furono membri del partito nazista. Essi svolsero un ruolo di primo piano e fondamentale nei programmi di sterilizzazione ed eutanasia. I medici presero parte ai comitati di pianificazione per entrambi i processi e fornirono il supporto teorico a ciò che è emerso. I medici denunciarono i propri pazienti alle autorità, ne coordinarono il trasferimento da tutta la Germania alle camere a gas nelle istituzioni di morte e ne facilitarono l'uccisione. Infine, furono i medici che falsificarono le cause ed i tempi della morte sui certificati inviati ai parenti più prossimi di questi pazienti.

Gran parte di questo processo ebbe luogo prima che il piano fosse sviluppato per annientare gli ebrei, gli zingari, gli omosessuali e altri gruppi in Europa. Hitler non dette mai l'ordine di uccidere i pazienti affetti da patologie mentali. Lo permise solo in una lettera scritta nell'ottobre 1939 e retrodatata al 1 ° settembre 1939. Pertanto, ai medici non fu mai ordinato di facilitare il processo o eseguire l'omicidio dei malati di mente; viceversa ebbero il potere di farlo. Questa attività, svolta nelle istituzioni psichiatriche, costituì la connessione tra l'"eutanasia" e l'annientamento su larga scala di ebrei e altri "indesiderabili", in quello che divenne noto come l'Olocausto.

Il dottor Leo Alexander, principale consulente medico del Processo dei Medici di Norimberga nel 1946, mise a confronto le azioni della categoria medica tedesca con quelle dei medici olandesi sotto l'occupazione tedesca,



che si rifiutarono di fare il primo piccolo passo verso il genocidio. Nel dicembre del 1944, fu emesso dalle autorità naziste un ordine per tutti i medici olandesi:

“È dovere del medico, attraverso la consulenza e l'impegno, coscienziosamente e con le sue migliori capacità, assistere la persona affidata alla sua cura nel mantenimento, miglioramento e ristabilimento della sua vitalità, efficienza fisica e salute. L'adempimento di questo dovere è un dovere pubblico. ”

Questa affermazione potrebbe apparire, a prima vista, ineccepibile e innocua. Tuttavia, la categoria medica olandese, che era a conoscenza del sistema di sterminio nazista, riconobbe che questo ordine sarebbe servito come base per la promulgazione di un nuovo standard di cura. Questo standard avrebbe dato la priorità al ristabilimento dei pazienti in funzione della produttività dello Stato, piuttosto che al loro trattamento compassionevole e al sollievo della loro sofferenza. In questo contesto, sia i pazienti che i medici sarebbero stati, di conseguenza, subordinati allo Stato e ai suoi stessi interessi per mantenere il potere, coordinare la società e massimizzare l'efficienza e l'utilità economica.

I medici olandesi si rifiutarono all'unanimità di rispettare questo ordine. Quando i nazisti minacciarono di revocare le licenze dei medici non collaboranti, i medici olandesi restituirono le loro licenze e chiusero i propri ambulatori, continuando a visitare i pazienti in privato. I nazisti arrestarono, quindi, cento medici olandesi e li mandarono nei campi di concentramento. Tuttavia, la categoria medica si rifiutò ancora di recedere. Il risultato fu che nessun medico olandese partecipò a un omicidio e che i piani nazisti per lo sterminio medico nei Paesi Bassi non furono attuati.

Il dottor Gottfried Ewald fu uno dei pochissimi medici tedeschi che si opposero apertamente all'"eutanasia" dei disabili mentali. Lo fece non come avversario dei nazisti, ma come sostenitore. Sostenne il partito nazista, ma gli fu rifiutata l'adesione, probabilmente perché aveva solo un braccio, essendo stato amputato in seguito ad un infortunio subito durante la prima guerra mondiale. Pertanto, gli fu impedito di servire attivamente nella SA. La giustificazione principale di Ewald fu che il programma di "eutanasia" fosse in diretta opposizione alla sua coscienza personale e alle sue responsabilità professionali di medico premuroso e compassionevole. Pensava che il programma di "eutanasia" nazista avrebbe violato anche la fiducia tra il medico, il paziente e la sua famiglia.



Pochi altri medici si rifiutarono di partecipare alle uccisioni sebbene, come Ewald, fosse il dottor Friedrich Hözel, medico di Egglind-Haar. In una lettera al direttore dell'istituzione, dichiarò:

“Mi viene in mente la differenza che esiste tra un giudice e un carnefice. Pertanto, nonostante tutte le intuizioni intellettuali e la buona volontà da parte mia, non posso sfuggire alla consapevolezza che, secondo la mia natura personale, non sono adatto a questo compito. Dal momento che il mio desiderio è in molti casi di migliorare il corso naturale delle cose, mi risulta altrettanto ripugnante svolgere ciò come una politica sistematica dopo una deliberazione a sangue freddo e secondo principi scientifici oggettivi e senza alcun sentimento nei confronti del paziente “. Successivamente Hözel si dimise.

Il programma "T4 Eutanasia degli Adulti", che aveva già mandato a morte circa 70.000 persone, fu formalmente interrotto da Adolf Hitler nell'agosto 1941, a causa delle proteste di importanti leader della chiesa, sia protestanti che cattolici. Hitler temeva che ulteriori rimostranze potessero portare a cattive relazioni pubbliche e influenzare negativamente il morale sulla guerra in Germania. Tuttavia, sebbene formalmente l'"eutanasia" degli adulti fosse stata fermata, l'uccisione medicalizzata si spostò semplicemente in altri luoghi, inclusi gli ospedali dei territori occupati, le carceri e i campi di concentramento. Alcuni medici tedeschi continuarono a uccidere i loro pazienti in quella che è conosciuta come "Eutanasia selvaggia", per cui furono messe a morte oltre 200.000 persone con disturbi mentali di tutti i sottotipi. Inoltre, il programma "Eutanasia" dei bambini continuò a funzionare in tutta la Germania.

Durante il Processo dei Medici di Norimberga del dopoguerra, il dottor Andrew Ivy, consulente medico scientifico per l'accusa dichiarò:

“È forse esagerato affermare che un singolo coraggioso individuo, un solo degno rappresentante della medicina tedesca avrebbe potuto, con minor considerazione per il proprio benessere fisico, salvare l'onore dell'intera categoria. Eppure sono convinto che un tale individuo avrebbe potuto fare qualcosa per lenire gli orrori che sono riportati in questo libro [Medici infami: la storia dei criminali medici nazisti]. Se la categoria medica avesse preso una posizione forte contro l'uccisione di massa dei malati tedeschi prima della guerra, è concepibile che l'intera idea e la tecnica delle fabbriche della morte per il genocidio non si sarebbero materializzate”.



Fonti:

1. Leo M. Alexander, *Medical Science Under Dictatorship* (Bibliographic Press, 1996, Reprinted from the NEJM, July 1949).
2. Rael D. Strous. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Annals of General Psychiatry*, 6:8 (27 Feb 2007).
3. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).
4. Michael Burleigh, *Death and Deliverance* (Cambridge University Press, 1994).
5. Robert Proctor, Nazi Science and Nazi Medical Ethics: Some Myths and Misconceptions. *Perspectives in Biology and Medicine*, 43: 335-46 (2000).

Domanda:

La questione della coscienza medica: la denuncia del medico è un dovere?

Discussione:

Durante il regime nazista, la medicina sostenne la sterilizzazione obbligatoria e l'"eutanasia" dei malati fisici e mentali e, di conseguenza, l'uccisione delle razze "inferiori". Ciò fu attuato traendo conclusioni scientificamente non valide dalla biologia evolutiva. Sebbene questi costrutti filosofici e paradigmi scientifici della teoria evoluzionistica fossero imperfetti, furono anche immorali e contravvennero ai principi di base dell'etica medica e della pratica clinica. È stato ipotizzato che il principale fallimento della medicina nazista è stata l'incapacità dei medici [tedeschi] di sfidare il nucleo sostanziale dei valori nazisti. In questo contesto, troppi medici furono disposti a seguire il flusso politico; troppi medici non furono disposti a resistere e troppi si prestarono a deviare dalle pratiche comunemente accettate che erano state stabilite da uno Stato razzista.

Questo non è il luogo adatto per rispondere alla domanda sul perché ci fosse così poca resistenza o rifiuto a conformarsi da parte dei medici tedeschi. Ciò che risulta cruciale notare è che, laddove la comunità medica sollevò obiezioni sostanziali, come nel caso dei medici olandesi, si ricavò un notevole successo nell'arrestare il processo di omicidio in nome della scienza. Questo esempio ci dimostra quanto potente possa essere la coscienza medica come strumento. Le azioni dei medici olandesi si basarono sulle loro prospettive virtuose secondo le quali il primo obiettivo dovesse essere il miglior interesse dei loro pazienti e non altre direttive ideologiche, che



fossero politiche, sociali o economiche. A causa del rifiuto dei medici basato sull'etica di prendere parte agli schemi omicidi, i malati di mente olandesi furono risparmiati.

Si può solo formulare la domanda retorica: cosa sarebbe successo se ci fossero stati più informatori come il dottor Ewald?

L'obbligo di denunciare incompetenza, mancanza o cattiva condotta dei propri colleghi, spesso definito come informatore, è enfatizzato nei codici di etica medica. Ad esempio, il codice internazionale dell'Associazione Mondiale dei Medici afferma:

"Un medico deve ... segnalare alle autorità competenti quei medici che agiscono in modo non etico o incompetente o che commettono frodi o inganni."

La denuncia di assistenza sanitaria comprende una serie di attività, dall'onestà verso i pazienti quando si verificano errori medici, alle rivelazioni pubbliche di incompetenza istituzionale su larga scala o pratiche non etiche. La denuncia può essere considerata come "la coscienza resa attiva" e la coscienza è una pietra angolare dell'etica medica e della pratica professionale virtuosa. In medicina, agire con coscienza e integrità professionale dovrebbe essere la regola e non l'eccezione. Ciò significa che i medici non devono semplicemente deliberare su ciò che è giusto, ma dovrebbero anche implementare principi e pratiche etiche per conto dei propri pazienti.

I medici possono rifiutarsi di soddisfare determinate richieste per motivi di coscienza personale e possono rinunciare ad eseguire una determinata procedura per motivi di coscienza professionale, in particolare quando la procedura è incompatibile con l'etica medica e gli obiettivi propri della medicina. Inoltre, i medici dovrebbero "denunciare" la trasgressione perché fare altrimenti costituirebbe una perversione delle virtù professionali fondamentali che definiscono il loro ruolo di medico. Tuttavia, l'applicazione di tali principi etici risulta raramente facile.

Possono esserci conseguenze dannose per il medico che segnala un abuso o che si rifiuta di "eseguire" una procedura o una direttiva che, a suo avviso, sia eticamente errata. Tali azioni possono essere percepite come "tradimento" dei propri colleghi, supervisori o della società in cui si vive e lavora. Potrebbero derivarne ostilità, risarcimenti professionali e politici, nonché attacchi personali e offensivi. Tuttavia, nonostante questi potenziali svantaggi, è dovere di un medico cercare di fare la cosa giusta ed etica. Inoltre, i medici sono anche responsabili del mantenimento della buona



reputazione della professione. Spesso possono essere gli unici in grado di riconoscere l'incompetenza, la compromissione o la cattiva condotta.

L'aspettativa del pubblico e della professione, pertanto, dovrebbe essere che il cambiamento comportamentale verso l'accettazione e la facilitazione della denuncia nell'educazione e nella pratica medica sia auspicabile e urgentemente richiesta. Risulta necessario, oltre che prudente, che le facoltà mediche e infermieristiche sviluppino programmi e progetti di formazione in cui agli studenti sia insegnata la comprensione dei complessi principi etici, legali e dei diritti umani che giustificano l'atto di denuncia. Dovrebbero anche essere studiati casi storici al fine di fornire modelli umani reali di coscienza medica e morale.



Seconda parte: i medici prigionieri

Il contesto storico dei medici prigionieri

Nei primi anni del regime nazista, il governo nazionalsocialista istituì campi di concentramento per detenere gli oppositori politici e ideologici. Sempre più negli anni precedenti lo scoppio della guerra, SS e funzionari di polizia incarcerarono in questi campi ebrei, rom e altre vittime dell'odio etnico e razziale.

Per concentrare e monitorare la popolazione ebraica e per facilitare le successive espulsioni di ebrei, i nazisti e i loro collaboratori nei paesi occupati crearono ghetti, campi di transito e campi di lavoro forzato per ebrei durante gli anni della guerra.

I ghetti erano distretti della città (spesso chiusi), campi a tutti gli effetti, dove gli ebrei erano sotto uno stato terribile di coercizione della loro vita e organizzazione interna, imposta ed esacerbata dall'esterno dal regime nazista con mezzi violenti. I ghetti isolarono gli ebrei separando le comunità ebraiche dalla popolazione non ebraica, così come da altre comunità ebraiche.

Una delle giustificazioni per la creazione dei ghetti fu quella di prevenire la diffusione di malattie contagiose da parte degli ebrei. Alcuni studiosi affermano che i ghetti furono progettati come strumento indiretto di annichilimento, come mezzo per distruggere fisicamente gli ebrei, negando loro le necessità di base della vita, piuttosto che utilizzare armi letali. I nazisti crearono almeno 1.000 ghetti nei paesi occupati dalla Germania, Polonia e Unione Sovietica comprese.

I tedeschi considerarono l'istituzione di questi ghetti come una misura provvisoria per controllare e segregare gli ebrei, mentre la leadership nazista a Berlino decise sulle opzioni per realizzare l'obiettivo di annientare la popolazione ebraica. Alcuni ghetti si formarono solo per pochi giorni, altri per mesi o anni.



Con l'attuazione della "Soluzione finale" (il piano per uccidere tutti gli ebrei europei) a partire dalla fine del 1941, i tedeschi distrussero sistematicamente i ghetti. I tedeschi e i loro ausiliari fucilarono i residenti del ghetto in fosse comuni limitrofe o li deportarono, di solito in treno, in centri di uccisione, dove furono assassinati.

Le catastrofi verificatesi in molti ghetti a causa delle condizioni deprecabili possono essere considerate prevalentemente di natura sanitaria. La densa sovrappopolazione caratterizzava tutti i ghetti e la vita nel ghetto si basava sull'ottenere cibo a sufficienza per prevenire la fame, e, quindi, per evitare la debilitazione che rendeva suscettibili alle malattie. La minaccia della malattia e della fame era palpabile molto prima che fosse individuato il progetto definitivo dei nazisti e le comunità ebraiche dovettero lottare per preservare i servizi sanitari e la salute pubblica della popolazione immensamente in sovrannumero. Gli abitanti del ghetto vivevano in condizioni spaventose con spazio, cibo, acqua, calore, elettricità, fognature e condizioni sanitarie scarse. I bisogni medici e sanitari correlati erano enormi e i tentativi di soddisfarli complessi e, per lo più, senza successo. Nonostante le difficoltà, c'erano istituzioni mediche preesistenti che dovevano essere gestite e nuove che erano state create in base alla posizione e alle esigenze del ghetto. La pratica medica, oltre a tutte le preoccupazioni e le incertezze di routine, ne comprendeva molte espressamente correlate alla vita in un ghetto nazista. Nel ghetto non erano disponibili misure terapeutiche efficaci per malattie altrimenti curabili. I ghetti possedevano tutte le condizioni che contribuirono al crollo della salute della comunità e alla diffusione delle malattie trasmissibili. Uno dei problemi principali fu il controllo delle malattie infettive come il tifo. Ironia della sorte, le autorità tedesche ordinarono alle comunità ebraiche, sotto la guida del Consiglio ebraico in ciascun ghetto, di affrontare questi problemi, ma per i medici ebrei e lo staff sanitario non furono create le condizioni per farlo in modo efficace. Il metodo tedesco per controllare le malattie infettive fu usare metodi brutali di quarantena e disinfezione o dare fuoco agli ospedali con il personale e i pazienti intrappolati all'interno. Nonostante queste difficoltà, in molti ghetti i dipartimenti sanitari ebraici intrapresero una guerra epidemiologica contro queste malattie infettive e, in molti casi, riscosero persino un successo temporaneo. Un altro fattore da prendere in considerazione fu il costante pericolo e la paura che diventarono parte integrante della vita degli abitanti del ghetto. Gli arresti tedeschi inficiarono costantemente le attività dei



medici ebrei, come ogni altro aspetto della vita. Le autorità tedesche istituirono anche numerosi campi di lavori forzati per non ebrei e per una piccola minoranza di ebrei il cui lavoro i tedeschi cercarono di sfruttare. A differenza dei campi di concentramento, che servirono principalmente come centri di detenzione e di lavoro, i centri di uccisione (detti anche "campi di sterminio" o "campi di morte") furono quasi esclusivamente "fabbriche della morte". Tra il 1941 e il 1944, le autorità tedesche naziste deportarono milioni di ebrei dalla Germania, dai territori occupati e dai paesi di molti dei loro alleati dell'Asse ai ghetti e ai campi di sterminio. Le SS e la polizia tedesche uccisero quasi 2.700.000 ebrei nei centri di uccisione per asfissia con gas velenoso o per fucilazione.

Il più grande campo di sterminio fu Auschwitz.

I medici delle SS furono formalmente responsabili della salute dei prigionieri, quasi rinunciando al loro obbligo medico nei confronti dei prigionieri e mantenendo una vera e propria apparenza nell'effettuare cure mediche. Durante i primi anni ad Auschwitz, i medici prigionieri, se autorizzati a svolgere la loro professione, furono impiegati esclusivamente come infermieri e le infermerie erano considerate solo un riparo dagli orrori dell'esistenza nei campi o come un luogo in cui morire relativamente in pace. Non c'era quasi nessuna assistenza medica per i detenuti malati e persino i prigionieri gravemente malati facevano di tutto per evitare il ricovero. Con l'inizio delle selezioni effettuate dai medici delle SS e la condanna a morte dei prigionieri malati con iniezioni di fenolo o nelle camere a gas, gli ospedali divennero in effetti "sale d'attesa per i crematori".

Non c'erano quasi strumenti medici o farmaci e la maggior parte dei pazienti prigionieri riceveva ciò che equivaleva a una parodia di tutti gli standard ufficiali di cura dei pazienti. I pochissimi medici prigionieri che riuscirono a lavorare in questa fase non poterono praticamente fare nulla per alleviare la sofferenza dei loro pazienti.

Man mano che cresceva la domanda di manodopera dell'economia bellica tedesca, alimentata dal lavoro dei prigionieri nei campi di concentramento, le SS tentarono di ridurre l'elevato tasso di mortalità nei campi. Le autorità delle SS fornirono nuovi reparti e altri servizi medici e permisero l'impiego di più medici detenuti nel sistema ospedaliero del campo. Questa decisione, tuttavia, non significò che le condizioni migliorassero nelle infermerie, ma, piuttosto, che i medici prigionieri poterono tentare di prestare qualche forma di assistenza medica ai loro



compagni di prigionia. In alcuni casi, la qualità della cura migliorò, ma non raggiunse mai un livello standard di assistenza medica accettabile. Durante questa fase, il sistema ospedaliero del campo dedicò le cure solo a quei prigionieri le cui condizioni promettevano un rapido recupero e il ritorno al lavoro. Per i prigionieri più gravemente malati, in particolare gli ebrei, essi continuarono a funzionare come strumento di sterminio. Gli sforzi compiuti dai medici prigionieri per proteggere il maggior numero possibile di detenuti gravemente malati ed emaciati furono sistematicamente vanificati dalla continua opera dei medici delle SS nel selezionare i pazienti per la morte nelle camere a gas. I medici prigionieri, spesso, nascondevano o dimettevano i pazienti in anticipo rispetto alle selezioni imminenti. Sfruttando le sviste dei medici delle SS, che non visitarono mai i pazienti, controllandone, invece, solo le cartelle cliniche, i medici prigionieri falsificarono tali documenti nel prospettare buone possibilità di sopravvivenza.

Molti di questi medici ebrei sopravvissero perché, in quanto professionisti medici, possedevano qualifiche che potevano essere sfruttate nei ghetti e nei campi e perché erano disposti o in grado di metterle in atto in loco. Essi furono consapevoli del sistema che aveva annientato i normali valori etici e aveva costretto le sue vittime a collaborare. La giustapposizione dell'uso della medicina da parte dei nazisti per infliggere dolore e sofferenza a vittime innocenti insieme ai tentativi dei medici ebrei, in assenza anche degli strumenti più elementari, di alleviare la sofferenza e preservare la vita, dimostrano gli scopi diametralmente opposti a cui le abilità mediche potrebbero essere asservite. I medici, quali medici che si prendono cura dei propri pazienti, trovarono una ragione per combattere la battaglia per la sopravvivenza. Il modo d'agire scelto fu principalmente quello che ritennero migliore per aiutare i loro compagni di prigionia. I medici prigionieri e le infermiere, generalmente, fecero tutto il possibile per i loro pazienti, nonostante le condizioni incredibilmente difficili, e il loro lavoro nei ghetti e nei campi nazisti li portò a confrontarsi con dilemmi etici che non avevano mai incontrato prima. Alcuni di questi dilemmi etici sono discussi nei casi presentati nel testo.



1. Inutilità medica in circostanze estreme

Caso Studio:

Il dottor Albert Haas, medico ebreo di origini ungheresi e francesi, fu reclutato dal movimento di resistenza francese. Dopo essere stato scoperto e denunciato, fu catturato dai nazisti, che lo torturarono e lo mandarono nel campo di concentramento di Dachau. Successivamente il dottor Haas fu mandato al campo di concentramento di Gusen 11 che faceva parte del complesso del campo di Mauthausen in Austria. Lì fu mandato a lavorare nel blocco dell'infermeria che si occupava dei prigionieri del campo che erano troppo malati per lavorare. Le risorse erano incredibilmente scarse. I medici potevano fare ben poco. Essi cercarono di mantenere in vita i pazienti con il poco che avevano a disposizione. La maggior parte dei pazienti morì di fame, di stenti o fu uccisa dalle guardie crudeli prima che potesse essere curata.

Quando il dottor Haas arrivò all'infermeria medica di Gusen II chiese a un collega, il dottor Henri Desoille, che era già lì da un po' di tempo, di aiutarlo a capire il ruolo del medico nel campo. Il dottor Desoille rispose:

“Come posso spiegare l'inutilità della nostra professione in questo posto? Sono sicuro che anche tu sia stato un idealista quando eri studente, col sogno di sconfiggere le malattie fatali. Hai lavorato duramente, hai lottato per studiare il corpo umano e alla fine ti sei sentito pronto ad accettare la lotta perpetua contro la morte. . . Quando vedrai i pazienti all'interno dell'HKB [infermeria], ti chiederai se i tedeschi non hanno trasformato il giuramento di Ippocrate nella più crudele delle beffe! ”

Dopo la premessa di questo medico, il dottor Haas immediatamente sperimentò la realtà di essere medico a Gusen. Haas scrive nelle sue memorie:

“Quando entrammo nel reparto un odore pungente e nauseabondo mi assalì. I letti erano pieni di grovigli di corpi semicoscienti, braccia e gambe senza



carne che si muovevano lentamente e senza meta, corpi che defecavano e urinavano l'uno sull'altro. Ogni letto conteneva un mucchio di 6-8 di questi scheletri viventi che si contorcevano al rallentatore, la pelle tesa sulle ossa, gli occhi arsi mostruosamente enormi in proporzione alla testa e al corpo orribilmente emaciato. Impossibile credere che una volta fossero stati esseri umani sani e felici. . . I detenuti con dissenteria incontrollabile attendevano qui la morte. Non ricevevano cure mediche ed erano date loro solo la metà delle razioni irrisorie destinate ad altri pazienti in infermeria. "

"Non potemmo fare nulla di efficace per i detenuti che avevano la dissenteria se non quello di dare loro acqua miscelata con aspirina e alcune parole di incoraggiamento, in modo che non si sentissero totalmente abbandonati. Per le vittime del tifo tutto ciò che potevamo fare era prevenire una grave disidratazione durante la fase della febbre. " "Quando avveniva un pestaggio, si risolveva rapidamente in necrosi. Avrei voluto disinfettare l'area, ma la mancanza di antisettico significava che era solo questione di tempo prima che i pazienti sviluppassero setticemia e morissero nell'HKB, sia per l'infezione sia per mano del Blockaltester. " "E così cominciai la mia carriera professionale come dottore dei dannati del Gusen 1I. "

Fonte:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, New York, 1984)

Contesto:

I medici prigionieri e le infermiere, talvolta, erano mandati a lavorare nelle strutture mediche (caserme) dei campi di concentramento. Questi padiglioni medici furono istituiti quando i nazisti si resero conto che i prigionieri costituivano una preziosa fonte di lavoro come schiavi per le loro fabbriche e che fosse nell'interesse nazionale mantenerli abbastanza sani da poter lavorare per i bisogni militari ed economici del Reich. In realtà, questi padiglioni medici erano capanne proprio come le altre, assegnate ai prigionieri per ricevere qualche specie di trattamento medico. Queste cosiddette caserme ospedaliere erano scarsamente attrezzate e immensamente sovraffollate, per cui il trattamento medico effettivo era estremamente limitato. La maggior parte dei pazienti nei padiglioni ospedalieri dei campi cedette alla malattia prima di poter essere mandata a



morire nelle camere a gas o con altri metodi, come iniezioni, sparatorie o impiccagioni.

Domanda:

La questione etica dell'inutilità medica: cosa può fare un medico in situazioni estreme quando ogni speranza è persa?

Discussione:

Questo caso riguarda l'inutilità del medico. Nel contesto della morte, del parto, della tortura, della malattia, della fame e di risorse estremamente limitate, i medici nei campi di concentramento affrontarono la realtà di ciò che potevano fare come medici. Nonostante le condizioni orrende, molti medici prigionieri tentarono di curare i pazienti, mantenendoli in vita, il più sani possibile e, a volte, persino rischiando la propria vita per salvare i loro pazienti dallo sterminio.

Il caso del dottor Haas rivela che, in molte circostanze, tutto ciò che i medici potevano offrire erano le cure palliative al livello più elementare: parole incoraggianti, un bicchiere d'acqua, un'aspirina. Tuttavia, anche queste cure estremamente semplici possono fare la differenza per il benessere dei pazienti. Questo è stato riportato in molte testimonianze dei sopravvissuti: molti ricordano l'approccio umano dei medici e delle infermiere che si presero cura di loro come il principale fattore che li abbia mantenuti in vita.

I medici e gli altri operatori sanitari non possono sempre curare e salvare la vita dei pazienti. Ma l'obiettivo finale dovrebbe essere quello di migliorare la prognosi, il benessere o lo stato di salute generale dei pazienti. La loro vocazione, basata sulla loro competenza medica ed etica, è quella di fornire ai loro pazienti il loro massimo impegno. Quando la cura è carente o le risorse mediche sono limitate o nulle, a volte tutto ciò che il caregiver può fare è essere una persona gentile, compassionevole e premurosa per i suoi pazienti. Le circostanze e le risorse mediche differiscono per ogni paziente e in ogni contesto clinico, sia nella storia che nei tempi. Le circostanze mediche possono anche oscillare tra le condizioni ottimali per l'assistenza e quelle più deprecabili. Tuttavia, il ruolo del professionista medico è quello di fornire assistenza compassionevole, indipendentemente dalla situazione o dalle circostanze. Il medico dovrebbe cercare, al meglio delle sue capacità, di massimizzare le condizioni per la salute e la guarigione, alleviare il dolore e la sofferenza e fornire la migliore assistenza possibile che le circostanze consentano.



2. Triage medico

2.1 Abuso del Triage: le “selezioni” naziste

Caso studio 1: dottoressa Lucie Adelsberger

Lucie Adelsberger, pediatra ebrea, nacque nel 1895 a Norimberga in Germania. Fu mandata ad Auschwitz nel 1943, dove lavorò nel campo degli zingari e, successivamente, nel campo femminile come medico prigioniero. Nelle sue memorie descrive il processo di "selezione" eseguito dai medici nazisti:

“Il segno distintivo dei campi di concentramento di Auschwitz era la selezione. Con questo intendo lo smistamento delle persone da relegare nelle camere a gas e successivamente cremare. Riguardava quasi esclusivamente gli ebrei e coinvolgeva tre categorie di persone, tre "ingressi": quelle appena arrivate ad Auschwitz, i prigionieri del campo e i malati del complesso. I vecchi, i deboli e quelli ovviamente malati e incapaci di lavorare erano automaticamente retrocessi nella selezione. . .

Il meccanismo di selezione era stato delineato con fermezza e tutti ne conoscevano ogni dettaglio. Il medico del campo prese il comando di uno o più blocchi e ordinò ai prigionieri nudi di sfilare in un'unica fila. Quindi scelse coloro che, a causa della debolezza o della mancanza di nutrimento, dell'edema della fame, o della scabbia o delle ustioni solari - erano questi motivi sufficienti - dovevano essere gassati. I numeri identificativi di questi sfortunati erano registrati sul posto e immediatamente trasferiti nel blocco di selezione, dove attesero la morte, spesso senza cibo e pienamente consapevoli del loro destino. . . Il problema per noi ad Auschwitz non era la selezione in sé, ma quando e come avvenisse”.

Fonte:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz: A Doctor's Story*. (Northeastern University Press, 1995).



Caso studio 2: il dottor Eduard Wirths

Il dottor Eduard Wirths nacque nel 1909 in Germania. Mentre frequentava la facoltà di medicina all'Università di Würzburg, si unì al Partito nazista e poi alle truppe d'assalto (Storm Troopers) nel 1933. Nel 1939, volontario per il servizio militare, fu ammesso alle SS Waffen e prestò servizio sia in Norvegia che sul fronte orientale, dove fu dichiarato inabile al combattimento. Nel 1942, il dottor Wirths fu assegnato ad Auschwitz come ufficiale medico capo.

Inizialmente, il dottor Wirths fu contrario alle selezioni di morte, così come ai medici che le eseguivano. Tuttavia, in seguito si convinse che fosse una responsabilità essenziale dei medici del campo effettuare queste selezioni e iniziò personalmente ad eseguirle come parte delle sue funzioni. Inoltre, esercitò pressioni sui medici a lui subordinati affinché prendessero parte anche a questa mansione. Le selezioni, eseguite da questi medici, designarono persone "capaci di lavorare" o quelle considerate "inadatte"; in altre parole decisero chi sarebbe morto e chi sarebbe rimasto vivo.

Come medico capo, Wirths autorizzava il numero di detenuti scelti per morire. Questi numeri si basavano sulla capacità dei prigionieri, nonché sulle "quote" di produzione del campo, stabilite dal dipartimento del lavoro nazista e dalle SS. A causa delle mutevoli circostanze della guerra, nonché delle continue deportazioni in arrivo nei campi di ebrei, zingari, prigionieri e lavoratori stranieri schiavi, la popolazione di prigionieri nei campi fluttuò. Spesso le selezioni furono effettuate per fare spazio a nuovi detenuti, per affrontare il sovraffollamento dei campi, le quote di produzione del lavoro e per prevenire la diffusione di epidemie. Wirths fu anche responsabile (insieme ad altri medici e funzionari del campo) della decisione se separare madri e bambini durante le selezioni. Dopo la guerra, il dottor Eduard Wirths fu arrestato dagli inglesi. Si suicidò nel settembre 1945.

Fonti:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Hermann Langbein, *People in Auschwitz* (The University of North Carolina Press, 2004).

Contesto: le selezioni ad Auschwitz

All'arrivo ad Auschwitz, ebrei, zingari e altri furono sottoposti a un "processo di ammissione". Questo era noto come la "selezione". Era, in effetti, un abuso estremo della funzione medica del triage (il termine militare



francese originale significa l'uso di risorse limitate per curare coloro che potrebbero essere salvati).

Le selezioni di solito erano condotte dai medici delle SS, insieme ad odontoiatri, farmacisti e altri funzionari delle SS. Le selezioni si basavano principalmente su razza, età e "idoneità al lavoro". Alcuni individui, con particolari caratteristiche fisiche, congenite o ereditarie, come i gemelli, erano sottoposti a "triage" per essere reclutati in esperimenti.

I medici delle SS effettuarono ulteriori forme di selezione. Nel campo, i detenuti ebrei erano spesso messi in fila, previo breve preavviso, e i più malati e i più deboli erano scelti per morire, in modo da fare spazio nel campo per i nuovi deportati arrivati. Le selezioni erano condotte anche nei padiglioni medici, dove i medici selezionavano pazienti gravemente infermi e debilitati, in particolare quelli che avevano bisogno di più di due o tre settimane per il loro recupero. I medici delle SS erano consultati per determinare il modo migliore per organizzare e gestire in modo efficiente le selezioni. Essi formularono raccomandazioni per le selezioni delle madri e dei loro figli. Quali consulenti medici, consigliarono i metodi migliori per uccidere un gran numero di persone in modo efficiente e rapido. Fornirono consigli sulle direttive per le quote di morti per i campi e soppressero i costi e i benefici economici del regime nazista per mantenere in vita i lavoratori prigionieri anziché selezionarli per lo sterminio.

Le selezioni ad Auschwitz furono una continuazione del programma "Eutanasia" delle istituzioni psichiatriche tedesche, dove il principio di uccidere i malati e gli indesiderabili era già stato appurato nei circoli medici nazisti.

Nelle parole di Robert Jay Lifton:

"Le versioni naziste di" Eutanasia "e la Soluzione finale convergevano sui padiglioni medici di Auschwitz, rendendoli così un importante centro ecologico ad Auschwitz per l'omicidio medicalizzato."

Fonte:

Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).

Domanda:

Quali sono le considerazioni etiche da seguire nell'esecuzione del triage medico?



Discussione:

Il triage è una funzione medica che definisce le priorità del trattamento e della gestione basata su una rapida diagnosi e valutazione della prognosi per ciascun paziente. Il triage deve essere effettuato sistematicamente, tenendo conto delle esigenze mediche, delle capacità di intervento e delle risorse disponibili.

Idealmente, il triage dovrebbe essere affidato a medici autorizzati, esperti o ad altri team sanitari come gli infermieri, assistiti da uno staff competente. Nel selezionare i pazienti che possono essere salvati, il medico deve considerare solo il loro stato di salute e deve escludere qualsiasi altra considerazione sulla base di criteri non medici. Il medico deve agire in base alle esigenze dei pazienti e alle risorse disponibili. Dovrebbe tentare di stabilire un ordine di priorità per il trattamento che salverà il maggior numero di vite e ridurrà al minimo la morbidità.

I medici nazisti realizzarono una forma estrema e cinica di triage nell'ambito della loro prestazione professionale nei campi. Il triage eseguito non riguardava pazienti malati che avevano bisogno di cure mediche, ma piuttosto prigionieri malati indifesi che erano differenziati, non in base alle loro esigenze mediche, ma, piuttosto, secondo i criteri crudeli stabiliti dai nazisti, ritenuti necessari per il funzionamento dei campi di concentramento.

Le decisioni prese da questi medici nazisti non si basavano sulla premessa etica secondo cui il triage era eseguito per salvare il maggior numero di vite, ma piuttosto, con la consapevolezza che le loro decisioni avrebbero, in realtà, portato alla morte di coloro i quali erano selezionati. La conoscenza medica del personale persecutore fu estremamente abusata, così come il loro *status* di medici, in quanto questo processo di selezione era in realtà una forma di "omicidio organizzato mascherato da triage". Questi medici nazisti, formati come professionisti, erano, in molti casi, medici esperti che sapevano benissimo quale dovesse essere il triage. Scegliendo di eseguire queste selezioni immorali nei campi, violarono ogni considerazione etica, morale e professionale.



2.2 Giustizia distributiva

Caso studio:

Il dott. Abraham Wajnryb nacque a Kielce, in Polonia, nel 1912. Si laureò presso la facoltà di medicina di Varsavia. Nel 1941 lavorò presso il dipartimento della salute di Vilna quando la città fu invasa dall'esercito tedesco e fu istituito il ghetto di Vilna. Nel ghetto, al dottor Wajnryb fu affidata la responsabilità dell'amministrazione dell'ospedale ebraico. L'ospedale operò in circostanze terribili con centinaia di pazienti in condizioni orribili. I tedeschi proibirono ufficialmente la fornitura di medicinali agli ebrei del ghetto, causandone gravi carenze e mettendo così in pericolo la vita degli abitanti del ghetto. Come direttore dell'ospedale, egli dovette cercare una strategia per decidere quali pazienti avrebbero ricevuto il trattamento, data la scarsa disponibilità, e quali no.

Il dottor Wajnryb spiega questo dilemma che i medici ebrei dovettero affrontare. Con le sue parole:

“A chi doveva essere concesso il diritto di decidere chi vivrà e chi morirà? I farmaci non erano abbastanza per tutti i pazienti. I numeri non sono ciò che rendono questa questione così problematica, dopo tutto il numero di pazienti non era paragonabile a quello che il Judenrat [Consiglio ebraico] dovette affrontare... La domanda era: come affrontare questa questione da un punto di vista umano? Un uomo non ha il diritto di decidere il destino di un altro, indipendentemente da quante persone siano coinvolte. . La fornitura medica per gli ebrei nel ghetto fu completamente sospesa. Ricordo di aver incontrato il farmacista Frumkin e di aver avuto una discussione sul calcio. In quegli anni il calcio era considerato l'unico farmaco disponibile per il trattamento dei pazienti affetti da tubercolosi. . . La loro scorta stava per esaurirsi e rimaneva solo una alternativa che era quella di ridurre il dosaggio di questo farmaco e anche di ridurre il numero di pazienti che lo avrebbe ricevuto. Ma questo farmaco è efficace solo a determinate dosi! Chi avrebbe dovuto ricevere il calcio e chi no? Chi aveva il diritto di decidere? Chi sarebbe vissuto e chi sarebbe morto?”



Nessuno tra le autorità del ghetto medico riuscì a risolvere questo dilemma. Wajnryb decise di formare un comitato composto da tre specialisti interni, un rabbino e un avvocato. Durante l'incontro spiegò l'importanza di questo medicinale per i pazienti e illustrò le terribili conseguenze se non lo avessero ricevuto. Il rabbino espose la sua posizione, affermando che era Dio a dare e togliere la vita e che loro non avevano il diritto di decidere. Gli altri medici presenti abbandonarono la riunione. L'avvocato cercò di spiegare il dilemma da un punto di vista legale. Il comitato non fu in grado di risolvere questo problema e tutti abbandonarono l'incontro. Al dottor Wajnryb rimase il problema. La riserva di calcio diminuì costantemente e alla fine si esaurì dopo due mesi.

Fonte:

Abraham Wajnryb, Personal testimony: *Memoirs of a Doctor from the Wilno Ghetto*.

Domande:

La questione della giustizia distributiva deve essere affrontata solo dal medico? Quali sono gli strumenti disponibili per il medico in questo processo decisionale?

Discussione:

Uno dei principi fondamentale dell'etica medica è rappresentato dalla necessità di giustizia, che è sinonimo di equità, e può essere sintetizzata come obbligo morale di agire sulla base di un'equa distribuzione tra rivendicazioni concorrenti. La giustizia distributiva in medicina è la distribuzione equa delle risorse limitate. È generalmente riconosciuto che un medico abbia il dovere di fare tutto ciò che può a favore del singolo paziente. Tuttavia, nelle condizioni in cui le risorse sono limitate, la capacità dei medici di adempiere a tale obbligo può essere condizionata. Nei discorsi e nei dibattiti sociali sulla giustizia distributiva in medicina, i medici, in base alla loro esperienza professionale, hanno il dovere di salvaguardare gli interessi dei loro pazienti. Sebbene i medici non debbano necessariamente prendere decisioni da soli in tali casi, è fondamentale che essi prendano parte al dibattito etico e al processo decisionale, al fine di salvaguardare e difendere gli interessi dei pazienti a livello sociale. Il caso della distribuzione limitata di farmaci nel ghetto di Vilna rappresenta un esempio estremo di



giustizia distributiva. Il medico, il dottor Wajnryb, dovette decidere. Riconobbe l'importanza degli altri nel processo decisionale e formò così un comitato di figure chiave della società del ghetto. Sperò che un simile comitato etico potesse prendere una decisione moralmente accettabile e giusta. Ciò è paragonabile a come le decisioni di giustizia distributiva oggi siano spesso prese da entrambe le organizzazioni e nel più ampio contesto sociale e politico. Tuttavia, questo caso rivela anche che, quando non si formuli o si trovi una sola soluzione, il problema non scompare. Invece, i professionisti medici devono ancora affrontare il dilemma etico e dovrebbero cercare di fare il meglio che possono in tali circostanze.

Ci sono due modi in cui il comitato avrebbe potuto affrontare questo terribile dilemma: con un sorteggio e con un triage. Il triage, spesso, si applica in situazioni in cui il personale, le procedure o i trattamenti sanitari siano insufficienti per tutti coloro che ne hanno bisogno. Nel triage, in situazioni di emergenza, vengono trattate per prime le persone che hanno maggiori probabilità di sopravvivere. Quelli con una bassa probabilità di sopravvivenza sono gli ultimi a ricevere un trattamento, o non lo ricevono affatto. Nel caso di cure limitate, i probabili sopravvissuti sarebbero stati identificati dal comitato e avrebbero ricevuto il trattamento. Il vantaggio di questo metodo è che gli individui che avevano le migliori possibilità di sopravvivenza avrebbero ricevuto il farmaco. Gli svantaggi sono che non tutti gli individui avrebbero le stesse possibilità di ricevere le cure e il comitato avrebbe dovuto prendere decisioni che avrebbero potuto accelerare la morte di alcune persone.

Il secondo metodo avrebbe potuto consistere in un sorteggio. Se si presuppone che tutte le vite abbiano lo stesso valore, allora tutte dovrebbero avere le stesse possibilità di ricevere il trattamento. Il comitato avrebbe potuto stabilire una procedura in cui sarebbe stato determinato il numero massimo di destinatari e quelle persone sarebbero state scelte mediante selezione casuale. Il vantaggio di questo metodo è che non si tratta di equità e, coloro che sono selezionati, sono scelti per caso. Nessuna decisione viene presa dal comitato o da alcun individuo. Lo svantaggio è che alcuni individui che posseggono una prognosi complessivamente peggiore possono ricevere alcuni farmaci preziosi mentre altri che posseggono possibilità più consistenti possono non ricevere il trattamento e possono soccombere quando, diversamente, avrebbero potuto essere salvati.



3. I rischi della terapia:

3.1 Rivelazione dell'identità professionale di fronte al pericolo di morte

Caso studio:

Il dottor Gottfried Bloch nacque nel 1914 in Boemia. Frequentò la facoltà di medicina a Praga, ma fu costretto a partire nell'ultimo semestre, dopo che la Germania invase la Cecoslovacchia nel 1938, quando agli studenti ebrei di medicina non fu più permesso di proseguire gli studi. Dopo l'annessione alla Germania, lavorò in un centro della comunità ebraica come consulente psicologico.

Nel 1943, il dottor Bloch, insieme alla sua famiglia, fu mandato al Ghetto di Theresienstadt. Lavorò come medico del ghetto, dove venne a sapere della "scomparsa di persone nei misteriosi trasferimenti diretti" ad est. Dopo alcuni mesi a Theresienstadt, lo stesso dottor Bloch fu deportato a Birkenau-Auschwitz e imprigionato nel campo di famiglia ceco. Dopo che gli fu tatuato un numero sul braccio, gli fu detto da un altro prigioniero che solo coloro che erano necessari per il lavoro nel campo avrebbero avuto buone possibilità di sopravvivenza. Poco dopo, udì un fischio e l'ordine per tutti i medici di rispondere all'appello.

Nelle sue memorie, il dottor Bloch scrive che sapeva che sarebbe stato un *"momento decisivo nella mia vita"*. Avrebbe dovuto prendere la decisione se rivelare di essere un medico o meno. All'epoca, non aveva idea del significato di questa decisione.

Bloch corse veloce e si schierò con i suoi compagni prigionieri. Attesero all'infinito l'arrivo del medico delle SS. La tensione era insopportabile. Quando i medici della prigione furono tutti in fila e il medico delle SS li stava ispezionando, Bloch uscì dalla fila e spiegò che non era ancora un medico qualificato. Il medico delle SS a stento gli rise in faccia (*"È stata la prima e l'ultima risata che abbia mai sentito ad Auschwitz"*), e



poi proseguì, ordinandogli di lavorare nella baracca dell'ospedale. Secondo il dottor Bloch, questa decisione gli salvò la vita. Egli osserva:

"Mi sentii enormemente sollevato per il mio incarico. Credevo che una decisione sulla mia professione sarebbe stata importante. Allora non sapevo quanto sarebbe stata cruciale. "

Il dottor Bloch continuò a lavorare in vari campi ad Auschwitz. Fu in grado di sopravvivere perché poté lavorare come medico (e i medici erano particolarmente necessari in alcuni campi di prigionia per curare altri prigionieri, mantenendoli in vita per lavorare). Successivamente Bloch fu trasferito con altro personale medico prigioniero in un campo di lavoro a Ohrdruf, dove le sue condizioni fisiche peggiorarono a causa dello sfinimento e delle gravi ferite ai piedi. Dopo aver deciso di aiutare un altro prigioniero lì, nonostante la sua salute precaria, gli fu chiesto ancora una volta, di lavorare come medico da un altro compagno medico prigioniero:

"Pensai alle lesioni dei miei piedi che ad ogni passo erano colpite ma accuratamente coperte dai miei pantaloni. Avrei potuto essere quello che giaceva su questo tavolo. I minuti seguenti, lo sapevo, sarebbero stati cruciali per decidere se sarei stato un paziente e gettato via come spazzatura umana senza valore o accettato di nuovo come medico ... "

Ancora una volta la sua vita fu risparmiata avendo ammesso di essere un medico.

Fonte:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Domanda:

Un medico dovrebbe sempre rivelare la propria professione quando se ne presenta la necessità?

Discussione:

Il caso precedente si verifica in una situazione estrema, nella quale un medico è chiamato a esercitare la sua professione nonostante le circostanze spaventose, incerte e pericolose. Nella professione medica, possono presentarsi situazioni in cui un medico è chiamato a fornire assistenza quando la propria vita potrebbe essere in pericolo. Mentre i medici non sono legalmente tenuti ad agire come buoni samaritani, il dovere morale



generalmente suggerisce che risponderanno alla chiamata "C'è un dottore in casa?" Una delle virtù della professionalità medica è il dovere del prendersi cura. Una persona che diventa medico promette che sfrutterà le proprie capacità per il massimo vantaggio. Questa promessa è un dovere in sé e un medico è moralmente tenuto a compiere quel dovere, anche se potrebbe mettere in pericolo la propria vita. È molto difficile quantificare il "pericolo" e, quindi, la questione del dovere di un medico del prendersi cura può essere messa in discussione nel caso di pericolo imminente per la propria sicurezza personale. Il dovere di essere diligenti non è chiaramente definito e comprende le regole etiche mediche di base di beneficenza, non maleficenza, rispetto dell'autonomia e altri principi etici di vecchia data.

Il dovere del prendersi cura può significare anche cose diverse per persone diverse in circostanze diverse e deve anche essere considerato nel contesto di altri diritti, limitazioni e responsabilità. Ad esempio, si ricordano le circostanze che si verificano quando i medici sono tenuti a trattare pazienti con malattie altamente contagiose, ad esempio la SARS o, all'inizio dell'epidemia di AIDS. Un medico o un'infermiera dovrebbero essere obbligati a prendersi cura di questi pazienti? Anche i medici o le infermiere che si prendono cura di pazienti contagiosi o pericolosi hanno il dovere di prendersi cura di se stessi, dei propri figli e dei propri cari, proteggendoli da infezioni o pericoli. Si potrebbe sostenere che, in circostanze eccezionali, i medici o gli infermieri che omettono il loro dovere di cura non commettono necessariamente un errore morale, per quanto gravi siano le conseguenze per i pazienti abbandonati.

Il dottor Bloch era consapevole che la sua decisione di fare un passo avanti, essere sincero e dichiarare lo stato della sua formazione medica avrebbe potuto avere conseguenze importanti sulla sua vita. Riconobbe che questa decisione avrebbe potuto o mettere in pericolo la propria sicurezza personale o salvargli la vita. Capì che la sua decisione fosse cruciale in quanto, in questo modo, potesse usufruire dello status di lavoratore ritenuto necessario per una determinata funzione nel campo. Allo stesso tempo, si rese conto che il suo status di medico potesse essere un modo per garantire non solo la propria sopravvivenza, ma anche quella dei compagni di prigionia bisognosi di assistenza medica.

Il dottor Bloch ha preso la giusta decisione etica in entrambe le circostanze? Cosa sarebbe potuto succedere se avesse scelto di non rivelare la sua identità di medico e il suo status?



3.2 Curare il nemico

Caso studio 1:

Il dottor Elkhanaan Elkes fu il capo eletto del Consiglio ebraico nel ghetto di Kovno in Lituania. Fu nominato capo del Consiglio ebraico del ghetto e come tale doveva spesso prendere decisioni di vita o di morte che riguardavano non solo i suoi pazienti ma l'intera comunità ebraica. Nel ghetto di Kovno, come in tutti gli altri ghetti, ai medici ebrei non era permesso curare pazienti non ebrei e ai medici non ebrei era proibito curare gli ebrei. Un giorno, il sergente capo delle SS Schtitz, che era responsabile degli affari ebraici nel ghetto, si sentì male. Chiese che il dottor Elkes, che era un internista di spicco, lo visitasse e gli prescrivesse farmaci adeguati. Mentre le leggi sulla razza nazista proibivano ai medici ebrei di curare i tedeschi, la legge non era sempre rispettata dai leader delle SS sul campo che, a volte, chiedevano cure mediche a medici ebrei. Schtitz era un uomo crudele, aveva già ordinato e condotto esecuzioni omicide nel ghetto ed era noto per aver rubato molti possedimenti ebrei nel ghetto.

Il dottor Elkes fu diviso tra i suoi doveri di capo della comunità ebraica nel ghetto e il suo senso del dovere di medico. La sua decisione fu di visitare il sergente nazista e di prescrivere le medicine necessarie per l'ammalato.

Dopo questo episodio il dottor Elkes disse ad Abraham Tory, un collega ebreo del ghetto:

"Questo paziente, che il destino mi ha costretto a visitare, è stato estremamente scioccante. Solo toccarlo - le sue mani sono coperte dal sangue degli ebrei - è stato orribile. Eppure credo di aver fatto quello che dovevo fare. Ciò potrebbe aiutare a salvare vite umane. "

Fonte:

AbrahamTory, *Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto Diary* (Harvard University Press, 1990).

Caso studio 2:

Il dottor Zymunt Klukowski, medico polacco di 55 anni, trascorse gran parte della guerra come sovrintendente dell'ospedale della contea di Zamosc a Szczepieszyn. Nel novembre del 1942, Zamosc fu dichiarata la prima zona



formale di reinsediamento nazista in Polonia, dove la popolazione ebraica, di circa 60.000 persone, era già stata assassinata come parte del programma nazista di pulizia etnica. Inoltre, oltre 100.000 polacchi erano stati rimossi con la forza dalla regione e inviati ai campi di lavori forzati. Durante la guerra, il dottor Klukowski, che era membro del movimento clandestino polacco, tenne un diario segreto. Di seguito sono riportati alcuni estratti del suo diario:

“23 luglio 1940: il chirurgo di campagna di Bilgoraj, il dottor Snacki. . . convocò tutti i medici e ci diede il nuovo regolamento tedesco relativo al trattamento per gli ebrei. Non ci è permesso firmare alcuna nota, come le pubblicazioni di lavoro. . . Non ci è permesso di assistere nessun ebreo. Dopo averlo messo in dubbio dicendo che a Szczepieszyn non esisteva nemmeno un medico ebreo, i tedeschi convennero che l'ospedale potesse offrire assistenza medica agli ebrei solo un'ora al giorno e solo quando non fossero presenti altri pazienti. Ma non abbiamo ancora il diritto di ricoverare gli ebrei in ospedale se non in caso di malattie infettive. . . Fui costretto a dimettere dall'ospedale alcuni ebrei. . . Molti di loro li ho tenuti in ospedale per proteggerli dalla deportazione nei campi di lavoro e non per malattia ”.

“8 maggio 1942: intorno alle 3 del pomeriggio in città cominciò un vero inferno. Da Zamosc arrivò un gruppo della Gestapo. Ordinarono al Judenrat di fornire 100 ebrei per i lavori forzati, dando solo un'ora di tempo. . . Trascorsa l'ora, la Gestapo, con l'aiuto dei gendarmi, iniziò a catturare gli ebrei, ma cominciarono, in realtà, una sparatoria di massa. . . Spararono a persone come ad anatre, uccidendole non solo per le strade ma anche nelle loro case - uomini, donne e bambini, indiscriminatamente. . . Gli ebrei vennero da me per chiedere aiuto, quindi mandai alcuni gruppi con barelle per raccogliere i feriti. Dopo un po' cominciai a pensare: avevo avuto ordine . . . di non prestare alcun aiuto medico agli ebrei. Così chiamai la stazione di polizia e mi fu detto che gli ebrei non erano affar mio. Poi chiamai il medico di contea a Bilgoraj. Mi disse che l'ospedale non aveva il diritto di dare alcun aiuto agli ebrei finchè ci fosse stato un medico ebreo in città. . . Posizionai alcune persone all'ingresso dell'ospedale per spiegare che non ci era permesso ammettere alcun ebreo.

Intorno alle 4 del pomeriggio, due uomini della Gestapo, un gendarme e un membro della "polizia blu", entrarono nella hall dell'ospedale, tutti



armati di mitragliatrici, e mi chiesero se avessi ricoverato o dato aiuto a qualche ebreo. Dissi loro di no.

Intorno alle 5 del pomeriggio il dottor Bolotny, l'unico medico ebreo della città, venne da me a chiedere aiuto. Sono rattristato dal fatto che dovetti rifiutarmi di prestare qualsiasi aiuto. Lo feci solo a causa dei severi ordini ricevuti dai tedeschi. Questo andava contro i miei sentimenti e contro i doveri di medico. Con i miei occhi riesco ancora a vedere i carri pieni di morti. . . e molti feriti che giacevano sui marciapiedi di fronte al mio ospedale, dove mi era proibito prestare loro qualsiasi aiuto. "

Fonte:

Zygmunt Klukowski, *Diary from the Years of Occupation, 1939-1944* (University of Illinois Press, 1993).

Domanda:

Come dovrebbero comportarsi i medici nel trattare i pazienti che sono definiti come il nemico?

Discussione:

Nei casi precedenti, i medici, un prigioniero (Elkes) e un medico polacco non combattente (Klukowski) "conquistato" dovevano curare (o non curare) i pazienti che erano definiti appartenenti al nemico. Le circostanze della guerra dettarono le definizioni di "nemico", anche se questi professionisti non operavano in un contesto militare. Ma i dilemmi etici possono essere simili a quelli con cui i medici professionisti potrebbero confrontarsi soprattutto nel servizio militare.

I potenziali dilemmi possono essere: curare i malati e i feriti o non curarli? Seguire la propria coscienza o un'autorità esterna? Aderire alla tradizione e ai codici etici medici o seguire la direttiva di un'autorità statale, un ufficiale militare o una guardia carceraria? Proteggere la propria sicurezza personale o rischiare tentando di curare o salvare gli altri?

I casi rivelano anche che una situazione militare e politica in evoluzione possa poi portare a incoerenze e variabilità nelle scelte etiche e nel processo decisionale.

In tempo di guerra, gli operatori sanitari sono spesso collocati in contesti in cui viene loro chiesto di soppesare la loro responsabilità e



devozione verso i pazienti contro la loro lealtà verso terzi. In alcune circostanze militari (o di altro tipo) i principi etici di beneficenza, non maleficenza, autonomia del paziente e autodeterminazione potrebbero non coincidere necessariamente con l'obbligo militare o civile dei medici. Molti dilemmi etici possono presentarsi al medico sul campo di battaglia, o altrove, in una regione di guerra, incluso il trattamento dei detenuti e la priorità di trattare prima i soldati nemici feriti o i civili.

Tali situazioni possono condurre al problema della doppia lealtà che si manifesta nei conflitti tra doveri professionali verso i pazienti rispetto agli obblighi verso terzi. Possono anche portare a complicità da parte degli operatori sanitari in caso di violazione dei diritti umani e inosservanza dell'etica medica. Alcune situazioni possono crearsi quando la sicurezza personale del medico può essere minacciata dall'autorità militare o governativa. A chi si rivolge il proprio dovere? Poiché il personale sanitario è diviso tra il dovere di guarire da un lato e di supportare obiettivi militari dall'altro, queste tensioni portano inevitabili conseguenze etiche e sui diritti umani, sia per i soldati che per i civili. Quando i medici si trovano ad affrontare il conflitto nel seguire le politiche statali o nazionali contro l'adesione ai principi internazionali del diritto umanitario e dell'etica medica, il medico dovrebbe optare per quest'ultima.



3.3 Curare in circostanze pericolose-

Il dovere di obbedire del medico/dell'infermiere

Caso studio:

Nel tardo autunno del 1944, il ghetto di Lodz era già stato evacuato. Di oltre 200.000 ebrei che un tempo vivevano nel ghetto, ne rimasero solo circa 900. Seicento ebrei facevano parte di un gruppo di riordino che viveva in un campo di lavoro ben custodito, gli altri trecento si nascondevano in cantine, edifici abbandonati e bunker reconditi.

Una notte, un uomo entrò segretamente nel campo. Sua moglie, nascosta in una casa abbandonata, stava morendo dissanguata avendo dato alla luce un bambino. Dopo aver cercato l'aiuto di un chirurgo che si rifiutò di prestare soccorso, all'uomo fu riferito che c'era un'ostetrica nel campo che forse avrebbe accettato di intervenire. L'ostetrica, Rachel Herschenberg, era sposata e madre di un'adolescente, Salomea. La famiglia Herschenberg era sopravvissuta nel ghetto di Łódź da quando fu chiuso il 1 maggio 1940.

Rachel decise di andare con l'uomo per aiutarne moglie e figlio. Le parole di sua figlia, Salomea:

"In una cantina sporca e ben nascosta, mia madre esaminò la donna che sanguinava gravemente, rimuovendone la placenta ritenuta con una mano senza guanto e non troppo pulita. Attese che l'emorragia si fermasse, controllò il bambino e poi tornò al campo da sola. "Sally", mi raccontò col viso raggiante d'orgoglio, "è un bambino maschio sano e bello."

Rachel decise di fare un'altra visita alla sua paziente, per verificare che tutto andasse bene dopo l'intervento. Salomea tentò di dissuaderla:

"Oh no, mamma, non è una visita post-partum; è un viaggio pericoloso. Stai sfidando la morte. Il chirurgo ha avuto abbastanza buon senso da rifiutare. Inoltre, la donna è stata incosciente a nascondersi quando era incinta. È un doppio rischio di morte. Non capisco come si possa



rimanere incinta in mezzo alla fame, alla distruzione e alla deportazione. "
Rachel rispose:

"La spinta all'intimità è molto forte anche nelle condizioni umane più precarie, sebbene la fame abbia reso molti di noi asessuati. . . Non vedi qualcosa di simbolico in questo parto? "

Salomea rispose:

*"No, vedo un pericolo per la tua vita e non mi interessano i simboli.
Non lasciarmi morire senza di te e non lasciarmi sopravvivere senza di te.
Non andare. "*

Rachel, dopo aver brevemente affrontato le paure della figlia, le rispose:

" . . . I nazisti ci hanno tolto il diritto di rimanere incinta e di avere figli. Sono estremamente esperta nel dare alla luce i bambini, e i bambini rappresentano una promessa di vita. Sono la rinascita della nostra nuova nazione "

Rachel effettuò una seconda visita, da sola. Tornò raggiante di gioia e con una pagnotta di pane. La madre e il bambino stavano bene.

Fonte:

Solomea Kape, *The Midwife of Łódź*,
<http://www.kozerawski.com/2010/12/27/lodz-ghetto-the-midwife-from-lodzby-salomea-kape/>

Domanda:

Un medico è obbligato a prendersi cura di un paziente quando la sua vita è in pericolo?

Discussione:

In questa situazione l'ostetrica sperimenta un conflitto di interessi: il miglior interesse della paziente nel ricevere cure mediche adeguate e il suo interesse personale a rimanere in vita. Ritrovò un conflitto anche nei propri obblighi: il suo dovere di curare i pazienti, basato sulla sua formazione professionale, e il suo obbligo di madre.

La tradizione etica medica ha a lungo sostenuto il principio secondo il quale i professionisti sanitari (medici, infermieri e altri) dovrebbero trattare i pazienti bisognosi indipendentemente dal rischio per se stessi. Ciò non significa che debbano ignorare i pericoli per se stessi, viceversa le preoccupazioni sui rischi non dovrebbero avere la massima priorità. Quando si diventa medici, si presta giuramento per curare ed essere al servizio dei



malati. Si prevede, in genere, che i professionisti medici si impegnino a fare tutto il possibile per aiutare un paziente. Mentre sarebbe considerato al di là di un richiamo al dovere aspettarsi che un professionista sanitario rinunci alla sua vita per la vita di un altro, si prevede che lui (o lei) agisca con coraggio e umanità, quando necessario.

Questo caso riguarda il principio del dovere. Medici, infermieri e ostetriche hanno il dovere di prestare assistenza agli altri. Tuttavia, in questo caso, c'è anche il dovere di proteggere la propria famiglia. Come si soppesa l'obbligo professionale con l'obbligo di proteggere e prendersi cura della famiglia? Proprio come non ci si aspetta che uno non rinunci alla propria vita per salvare un paziente, non si prevede che si esponga a morte un membro della famiglia per salvare uno sconosciuto. In questo caso il medico aveva una figlia adolescente. Ci si chiede cosa avrebbe deciso se sua figlia fosse stata una bambina.

Il caso dell'ostetrica di Lodz esemplifica anche un altro aspetto dell'umanità, e, in molti casi, della professionalità medica: la libertà di ogni persona nel dover prendere decisioni e fare scelte per dare un significato alla vita.

Victor Frankl, lo psichiatra ebreo sopravvissuto all'Olocausto, lo ha sottolineato nel suo libro "La ricerca del significato dell'uomo". Nella sua teoria della logoterapia, Frankl nota che ad una persona può essere sottratta la proprietà, la famiglia, l'onore e il sostentamento, ma ciò che non le può essere tolto è la sua capacità di pensare, sperimentare e fare scelte personali. Rachel Herschenberg, l'ostetrica, rafforza l'approccio di Frankl. Non aveva alcun obbligo morale di rischiare la propria vita, o quella della sua famiglia, per la vita di un altro e, tuttavia, operò una scelta consapevole e professionale, mettendo a rischio la propria vita per aiutare una paziente, e, così facendo, dette personalmente un significato alla sua vita, nonostante le condizioni oppressive nel ghetto nazista.

Fonte:

Victor Frankl, *Man's Search for Meaning* (Pocket Books, 1984).



3.4 Cambiare il comportamento etico

Caso studio:

Quando i nazisti occuparono Leopoli nel giugno del 1941, il professor Ludwik Fleck, noto batteriologo, perse la casa ed insieme alla sua famiglia fu costretto a vivere nel ghetto. Nel ghetto, il professor Fleck, insieme ad alcuni colleghi, continuò le sue ricerche su un vaccino contro il tifo. Attraverso i loro sforzi e nonostante le condizioni estremamente dure, riuscirono a creare un vaccino. Il vaccino, ricavato dall'urina dei pazienti ebrei, salvò la vita a molti pazienti che furono inoculati. Durante il trattamento per il tifo, i pazienti furono anche protetti dalle selezioni di morte.

Nel gennaio del 1943, il dottor Fleck e sua moglie furono deportati ad Auschwitz. Ad Auschwitz, Fleck contrasse il tifo ma, poiché si era inoculato, contrasse solo una forma lieve della malattia. Sebbene inizialmente Fleck fosse stato assegnato ai lavori forzati di Auschwitz, gli fu, poi, dato un lavoro nel laboratorio per la ricerca batteriologica per i prigionieri.

Nel gennaio del 1944, il dottor Fleck fu mandato al blocco 50 di Buchenwald per condurre ricerche sui vaccini contro il tifo. Insieme a due colleghi, scoprì che il vaccino prodotto lì era, in effetti, inefficace. Consci di ciò, Fleck e i suoi colleghi decisero consapevolmente di continuare la produzione del vaccino inefficace come atto di sabotaggio del lavoro dei medici tedeschi. Questo vaccino inefficace fu inviato all'esercito tedesco per le vaccinazioni dei soldati. Secondo la testimonianza di Fleck dopo la guerra, i medici nazisti che stavano sviluppando il vaccino avevano una conoscenza molto limitata su questa ricerca. Ciò permise al dottor Fleck e ai suoi colleghi di continuare con la produzione del vaccino inefficace. Allo stesso tempo, Fleck insieme ai suoi colleghi, riuscì a produrre un vaccino efficace che somministrò ai suoi compagni prigionieri. Alcuni dei vaccini efficaci furono inviati anche ai tedeschi come campioni di controllo e, quindi, quelli falsi non furono mai scoperti.

Dopo la guerra, il dottor Fleck partecipò a Norimberga come testimone esperto contro il conglomerato farmaceutico tedesco I.G. Farben,



che aveva condotto esperimenti sull'uomo, con i medici delle SS, per lo sviluppo di vaccini.

Contesto:

Il tifo, una malattia diffusa dai pidocchi, fu una delle principali malattie infettive sia nella prima e nella seconda guerra mondiale, sia in altre guerre dei secoli precedenti. Le condizioni insalubri e il sovraffollamento, come nei ghetti o nei campi di concentramento, portarono alla diffusione della malattia da una persona all'altra, generando, in tal modo, una epidemia della malattia. Le autorità tedesche erano particolarmente preoccupate che il tifo si diffondesse sia ai loro soldati che alla popolazione civile. La paura del tifo e di altre malattie infettive fu una delle motivazioni che i tedeschi addussero per costruire ghetti ebraici nei territori occupati. Gli stessi ghetti divennero zone di "quarantena" per confinare la malattia principalmente alle popolazioni ebraiche.

I medici militari tedeschi riconobbero che le condizioni sovraffollate e antigieniche del ghetto avrebbero probabilmente portato a più casi di tifo tra i suoi abitanti. Nella creazione di alcuni ghetti, i medici tedeschi lavorarono con medici ebrei per stabilire protocolli contro il tifo.

Quando le autorità tedesche ritennero imminente un'epidemia di tifo, agirono rapidamente e brutalmente. Nel dicembre del 1941, quando l'accampamento di zingari (inizialmente composto da circa 5000 persone) nel ghetto di Lodz fu infettato dal tifo, le SS e la polizia tedesca svuotarono il campo e mandarono tutti gli zingari a Chelmno, dove furono assassinati. Un altro esempio è rappresentato dal ghetto di Kovno (Kaunas) in Lituania, dove il 4 ottobre 1941 i tedeschi selezionarono e uccisero circa 2000 persone nel piccolo ghetto, compresi quelli dell'ospedale ebraico, che fu cosparso di benzina e incendiato, con tutti i pazienti e il personale chiusi all'interno. La paura del tifo costituì una delle giustificazioni per l'omicidio. In tutti i ghetti dell'Europa orientale, così come nei campi di concentramento, i medici ebrei, nonché i non ebrei, prigionieri, di solito fecero tutto il possibile per controllare il tifo in condizioni insalubri e di sovraffollamento. Lo fecero per salvare la vita dei loro compagni di prigionia. Inoltre, questi medici tentarono anche di nascondere o mascherare eventuali focolai di tifo alle autorità mediche o amministrative tedesche. Sapevano che, se i tedeschi avessero mai scoperto il tifo nei campi / ghetti, molto probabilmente molte persone sarebbero state uccise.



Fonti:

1. Ludwig Fleck, Survivor Testimony/Document 0-3/650, Yad Vashem, Jerusalem.
2. Naomi Baumslag, *Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus* (Praeger, 2005).
3. Robert S. Cohen, Thomas Schnelle eds., *Cognition and Fact. Materials on Ludwig Fleck* (Reidel Publishing Company, 1986).

Domande:

Fu eticamente giusto produrre questo falso vaccino?

Esistono circostanze in cui sia etico modificare i valori medici?

Discussione:

Il dottor Fleck e i suoi colleghi non lavorarono in un tipico ambiente di ricerca. Erano prigionieri in un campo di concentramento e le loro vite, e le vite dei loro familiari, se ancora vivi, erano a rischio ad ogni istante. Tuttavia, scelsero di utilizzare le loro conoscenze mediche, sia per aiutare i loro compagni di prigionia, sia per sabotare lo sforzo bellico tedesco nell'unico modo che avevano a loro disposizione. Riconobbero che falsificare i dati della ricerca non fosse etico in circostanze normali e che le loro azioni non avrebbero giovato ai soldati tedeschi e avrebbero persino potuto causare danni. Ma, anche se incarcerati in una situazione ad alto rischio, sfruttarono le proprie conoscenze mediche come un'opportunità strategica per resistere ai nazisti.

Dal loro punto di vista di prigionieri, questo modo di agire fu giustificato. La dura realtà di un campo di concentramento nazista rendeva inevitabile che le decisioni dei medici prigionieri fossero incompatibili con i loro sistemi di valori etici precedenti.

I medici professionisti devono sostenere i valori di verità e onestà, ma contesti diversi possono creare realtà diverse e standard diversi per giudicare ciò che è onesto ed eticamente veritiero. Ma cosa succede se questi valori entrano in conflitto con altri valori essenziali come la vita stessa, la beneficenza o la libertà? Una menzogna o un'altra forma non etica di condotta può essere giustificata se salva una vita umana o una comunità o se si evita un altro grande danno?



In questo caso era eticamente ammissibile fornire un vaccino che si sapeva essere inefficace per i soldati nemici? Questa domanda contrappone un'azione di guerra (fornendo un vaccino inefficace al nemico) al giuramento di Ippocrate che esorta al "non nuocere". In una situazione di guerra, a chi i medici devono essere leali? Dovrebbero essere obbligati a salvare la vita a coloro che si dedicano all'omicidio di innocenti? In guerra, è sempre possibile, per un medico coinvolto nello sforzo bellico, agire con la massima integrità etica e cosa costituisce l'integrità etica in quella situazione estrema?

3.5 Assecondare i medici nazisti

Caso studio:

Miklos Nyiszli nacque nel 1901 a Samlyo, in Romania. Cominciò la facoltà di medicina all'università di Clug, continuò a Kiel in Germania e completò i suoi studi nel 1930 a Breslavia. Nel 1944, il dottor Nyiszli fu deportato ad Auschwitz Birkenau insieme alla moglie e alla figlia. All'arrivo a Birkenau, furono scelti per unirsi al gruppo di coloro che erano adatti al lavoro dal medico delle SS, il dottor Josef Mengele. Mengele ordinò a tutti i medici di questo gruppo di farsi avanti e disse loro che stava cercando un medico che avesse una conoscenza approfondita della medicina legale. Dopo essere stato interrogato da Mengele, Nyiszli fu separato dal gruppo, rasato, disinfettato e tatuato. Fu quindi portato in una sala settoria recentemente rinnovata per eseguire autopsie. Al dottor Nyiszli fu ordinato di eseguire autopsie su nani e gemelli che erano stati soggetti ad esperimenti, così come su altri corpi di prigionieri che furono sezionati per la ricerca medica. A Nyiszli fu chiesto di inviare i suoi referti sulla ricerca anatomica all'Istituto di Antropologia, Scienza ereditaria ed Eugenetica "Kaiser Wilhelm" di Berlino. Come parte del suo lavoro, gli fu anche richiesto di fornire assistenza medica al personale delle SS e al *Sonderkommando*, prigionieri del campo ebreo che rimuovevano i cadaveri dalla camera a gas e li trasferivano al crematorio.



Attraverso il suo lavoro, Nyiszli scoprì i dettagli precisi degli esperimenti barbari, nonché i metodi usati per uccidere le vittime. Nyiszli scrisse ripetutamente che non si aspettava di sopravvivere al campo, ma sapeva anche che, se non avesse svolto il suo dovere professionale di medico, sarebbe stato ucciso. Note di Nyiszli:

“Mi ha letteralmente fatto rizzare i capelli quando ho pensato a quanto avevo imparato durante il mio breve soggiorno al crematorio e quanto altro avrei dovuto imparare, senza obiettare, prima che fosse il mio turno. Ho realizzato l'inevitabile, il momento in cui sono passato attraverso il cancello del crematorio, ma ora conoscevo così tanti segreti, non avevo il minimo dubbio di essere già un uomo morto. Era impossibile sperare che il dottor Mengele e l'istituto di Berlino-Dahlem mi avessero permesso di lasciare quel posto da vivo ”

Il dottor Nyiszli e i suoi compagni prigionieri del *Sonderkommando* documentarono i dettagli sui perpetratori, le vittime, i metodi e gli strumenti dell'omicidio di massa. I membri del *Sonderkommando* firmarono il documento e lo seppellirono. Mentre questo particolare documento non fu mai recuperato, altri simili furono scoperti dopo la guerra. Alla fine di gennaio del 1945, il dottor Nyiszli fu deportato a Mauthausen, dove fu liberato dalle truppe americane il 6 maggio 1945. Sua moglie e sua figlia furono liberate a Bergen-Belsen. Dopo la guerra, il dottor Nyiszli tornò nella città di Ordea e lavorò di nuovo come medico. Nel maggio del 1956, il dottor Miklos Nyiszli morì di infarto. Le memorie del dottor Nyiszli, pubblicate per la prima volta nel 1946, rappresentano una delle prime e più dettagliate testimonianze documentate sugli esperimenti nazisti, sulle camere a gas e sui crematori di Auschwitz.

Fonte:

Miklos Nyiszli, *Auschwitz. A Doctor's Eyewitness Account* (Arcade Publishing, 1993).

Domanda:

È etico per un medico assecondare il nemico?

Discussione:

Sebbene entrambi i medici si fossero conformati ai principi e agli obiettivi della ricerca, il dottor Mengele e il dottor Nyiszli non lavorarono



per lo stesso scopo. La ricerca del dottor Mengele aveva il fine di aiutare a sostenere le teorie bio-razziali naziste e i propri obiettivi professionali, accademici e ideologici. Il dottor Nyiszli, partecipando alla ricerca di Mengele come medico e patologo, lo fece come prigioniero e per la sopravvivenza di se stesso e della sua famiglia. Gli obiettivi di entrambi i medici furono abbastanza diversi. Nessuno che non abbia attraversato o vissuto in circostanze così orrende conosce i limiti o le tentazioni del conformarsi. Dovremmo essere umili nei nostri giudizi etici a distanza. Inoltre, perfino nei migliori esempi di umanità, anche i tempi e le circostanze hanno fatto la differenza. Nel caso del dottor Nyiszli, tuttavia, emergono diversi punti:

1) Egli svolse il suo dovere di medico perché non farlo avrebbe, probabilmente, comportato la sua morte e la morte della sua famiglia. Questo era un fatto innegabile. 2) Non partecipò alle selezioni ma svolse solo il ruolo di patologo. Non causò la loro morte, né poté salvare le loro vite. A questo punto, poteva solo salvare la sua e, forse per la sua osservanza, quella di sua moglie e di sua figlia. 3) Lavorò come medico, aiutando sia alcuni dei perpetratori (SS) che altri detenuti del campo. In questo ruolo, osservò il suo dovere di medico, aiutò gli altri a sopravvivere e acquisì anche maggiore conoscenza del processo di sterminio. 4) Quando gli fu data l'opportunità, documentò i metodi omicidi del processo di sterminio nazista. Questo comportamento, che avrebbe potuto causare la sua morte, se scoperto, era destinato ai posteri e alla giustizia. Una delle lezioni principali di questo caso è che dobbiamo affrontare il problema del "conformarsi" con la massima umiltà. Noi cosa avremmo fatto? Quali scelte avremmo intrapreso? E oggi, quando ci viene chiesto, nel nostro paese e nella nostra epoca, di conformarci a politiche, regolamenti e leggi ingiuste o non corrette, cosa dovremmo fare? E, forse, c'è una domanda che va di pari passo: cosa faremmo per garantire e / o rischiare la sicurezza delle nostre famiglie e dei nostri cari? Una variabile dubbia sorge quando si legge il libro di Nyiszli: Orgoglio nel lavoro. Il dottor Nyiszli era orgoglioso del suo lavoro. Ciò è dimostrato dalle descrizioni delle sue meticolose autopsie, dei risultati e dei rapporti clinici. Sebbene l'orgoglio per il proprio lavoro sia comprensibile e persino encomiabile in tempi non sospetti, la citazione nella narrativa di Nyiszli risulta sconcertante. Tuttavia, forse questo orgoglio nel lavoro è ciò che ha permesso a Nyiszli di sopravvivere all'inferno di lavorare e vivere in un crematorio di Auschwitz.



4. Aborto: prospettive dei medici nazisti e dei medici prigionieri

Caso Studio 1: Aborti eseguiti su donne ebree nei ghetti

Il dottor Aharon Peretz, ginecologo nel ghetto di Kovno, descrive come i medici ebrei cercarono di proteggere le donne incinte. Nelle sue memorie, scrive:

“Sono riuscito a ottenere il permesso per quelle donne che erano all'ottavo o al nono mese di continuare la loro gravidanza. Le donne incinte cercarono di nascondersi e non sarebbero uscite in strada alla luce del giorno. Essendo ufficialmente il medico ostetrico dell'ospedale, dovevo fare in modo che queste nascite fossero tenute nascoste. Diedi alle ostetriche e ai pazienti istruzioni su come mantenere segreta la gravidanza e ordinai loro di chiamarmi solo in caso di emergenza. . .

. . . Fui costretto a concludere che nel ghetto non c'era via d'uscita se non quella di far abortire queste donne gravide. Prima di tutto questo, l'aborto era consentito solo quando la salute della donna fosse stata in pericolo. Adesso, la tubercolosi o altre gravi malattie non rappresentavano la ragione per eseguire questi aborti, piuttosto lo erano la Gestapo e la loro politica di annientamento! . . . Quando una donna incinta giungeva in ospedale, affrontavo ogni caso con cuore e spirito distaccati”.

Fonte:

Aharon Peretz, *They did not cry in the Camps* [Hebrew] (Massada, 1960).

Caso studio 2: Aborti eseguiti nei campi di concentramento

La dottoressa Gisella Perl fu una ginecologa ebrea di Maramaros Sziget, Transilvania. Nel 1944 fu deportata ad Auschwitz insieme ai suoi genitori, suo marito e suo figlio. Fu l'unica a sopravvivere. La dottoressa Perl si prese



cura delle donne detenute ad Auschwitz. La dottoressa Perl, vedendo coi propri occhi donne incinte gettate vive nel crematorio ad Auschwitz, ricorda:

“Ma gradualmente l'orrore si trasformò in rivolta e questa rivolta mi scosse dal mio letargo e mi dette un nuovo motivo per vivere. Dovevo rimanere in vita. Stava a me salvare tutte le donne incinte nel campo C da questo destino infernale. Stava a me salvare la vita delle madri, se non c'era altro modo, distruggendo quella dei loro bambini non ancora nati. Tornai di corsa al campo e, andando da un blocco all'altro, raccontai alle donne ciò che avevo visto. Nessuno tradì mai più la propria condizione. Doveva essere negata fino all'ultimo respiro, nascosto alle SS, alle guardie e persino al caposquadra. . . Prima prendevo in carico le donne al nono mese . . . Avevo fatto partorire donne in gravidanza all'ottavo, settimo, sesto, quinto mese, sempre di fretta, con le mie cinque dita, al buio, in condizioni terribili. . . Nessuno saprà mai cosa significasse per me uccidere questi bambini. Dopo anni e anni di pratica medica, il parto rappresentava ancora per me il miracolo della natura più bello e più grande. Ho amato quei neonati non come medico ma come madre ed è stato ancora e di nuovo mio figlio che ho ucciso per salvare la vita di una donna. Ogni volta, quando mi inginocchiavo negli escrementi umani che coprivano il pavimento della caserma per eseguire un parto senza strumenti, senza acqua, senza i più elementari requisiti di igiene, pregavo Dio di aiutarmi a salvare la madre o non avrei mai toccato di nuovo una donna incinta. E se non l'avessi fatto, sia la madre che il bambino sarebbero stati crudelmente assassinati. Dio è stato buono con me. Per miracolo, cosa che ad ogni medico sembrerà una favola, ognuna di queste donne si è ripresa e ha potuto lavorare, il che, almeno per un po', le ha salvato la vita. ”

Fonte:

Gisella Perl, *I was a Doctor in Auschwitz* (Ayer Company Publishers, Inc., 1997) [original book published in 1948].

Contesto: l'uso dell'aborto da parte dei nazisti quale mezzo eugenetico

In Germania per tutto il periodo di Weimar la legalizzazione dell'aborto fu in discussione e vi furono movimenti per legalizzarlo. Molti medici, tuttavia, si opposero alla liberalizzazione dell'aborto. Una volta che i nazisti presero il potere nel 1933, si verificò un cambiamento politico rapido



finanche più ampio in tutti i settori della società. Associazioni mediche e gruppi di medici, che una volta si erano opposti all'aborto, ora iniziarono a sostenere la visione nazista che promuoveva l'aborto per motivi razziali. La politica nazista sull'aborto, basata su principi di igiene razziale, consisteva di due punti principali: leggi che negavano l'aborto a donne tedesche sane (eugenetica positiva) e aborto legalizzato per donne tedesche malate, nonché per donne non-ariane (eugenetica negativa).

La politica anti-aborto per le donne ariane era fondamentale per i nazisti. Alle donne tedesche sane fu proibito di abortire, altrimenti avrebbero potuto essere condannate per legge. La rivista medica ufficiale della Baviera dichiarò l'aborto una forma di tradimento. Il governo istituì e promulgò quello che definì un "ideale di famiglia composta da quattro persone" e alle donne furono assegnate medaglie, la "Croce d'onore della maternità tedesca", in base al numero dei figli. L'accesso al controllo delle nascite in tutte le forme fu monitorato rigorosamente per le donne ariane in buona salute. Gli aborti furono consentiti solo se la vita della madre tedesca fosse stata in pericolo. I medici nazisti, in genere, consigliavano il matrimonio come soluzione alla gravidanza fuori dal matrimonio.

Sebbene l'aborto fosse illegale per donne tedesche sane, l'aborto per motivi di igiene razziale fu consentito dalla legge. La legge sulla sterilizzazione del 1935 rese l'aborto legale per motivi eugenetici, consentendo l'aborto a donne già selezionate per la sterilizzazione. Inoltre, il Ministero dell'Interno incoraggiò i medici della sanità pubblica a richiedere l'aborto (e la sterilizzazione) per le loro pazienti se donne tedesche "antisociali".

Il piano nazista si rivolse in particolare alle donne ebreë e ad altre donne di "razza inferiore", come le prostitute. Dal punto di vista nazista, queste erano le stesse donne che "inquinavano" il pool genico ariano e assicuravano la continuità della vita, sia degli individui che delle razze considerate "indegne di vita". Nel 1938, un tribunale di Luneberg dichiarò l'aborto legale per le donne ebreë.

Una volta iniziata la seconda guerra mondiale, le direttive naziste sull'aborto si radicalizzarono ulteriormente. Nella primavera del 1942, i nazisti emanarono decreti che vietarono le nascite in alcuni ghetti. La punizione per dare alla luce un figlio ebreo era la morte per la madre, il bambino e, potenzialmente, tutta la famiglia. Se la gravidanza di una donna



ebrea era scoperta in un campo di concentramento, la donna era costretta ad abortire mentre, di solito, la donna era immediatamente mandata a morte.

Anche le polacche e le altre donne dell'Europa orientale, costrette a lavorare nelle fabbriche tedesche, dovettero abortire per tornare presto al lavoro da schiave. La politica di controllo della popolazione nazista affermava:

“Quando le ragazze e le donne nei territori occupati dell'Est abortiscono, possiamo solo essere a favore di ciò; in ogni caso, non dovremmo opporci. Il Fuhrer ritiene che dovremmo autorizzare lo sviluppo di un fiorente commercio di contraccettivi. Non siamo interessati a vedere moltiplicare la popolazione non tedesca.”

“Sarà anche necessario aprire istituzioni speciali per l'aborto e formare ostetriche ed infermiere per questo scopo. La popolazione praticherà l'aborto tanto più volentieri se queste istituzioni saranno gestite con competenza. I medici devono essere in grado di dare una mano, nel caso in cui vi siano dubbi sul fatto che questa sia una violazione della loro etica professionale. I medici russi o l'Associazione Russa dei Medici che non devono essere a conoscenza di questo ordine, devono essere informati, nei singoli casi, che la gravidanza sia stata interrotta per motivi di disagio sociale. ”

Fonti:

1. Robert. N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. *Deadly Medicine. Creating the Master Race.* (USHMM, 2004).

Domanda:

Qual è il ruolo del medico sulla questione etica dell'aborto?

Discussione:

La Associazione Mondiale dei Medici richiede ai medici di sostenere il rispetto per la vita umana, indipendentemente dalle circostanze. Questo è un problema complicato quando si considera la gravidanza. Di chi dovrebbe essere rispettata la vita se la madre e il feto / nascituro sono in pericolo? Le situazioni che mettono in conflitto gli interessi della madre con quelli del



nascituro creano un dilemma e sollevano dubbi sul fatto che la gravidanza debba o meno essere deliberatamente interrotta.

I medici prigionieri nei ghetti e nei campi considerarono *in primis* la vita della madre, in parte perché un neonato avrebbe avuto una probabilità di sopravvivenza estremamente bassa in questi ambienti. Inoltre, circostanze pericolose hanno prescritto che questi medici agissero in base a ciò che ritenessero giusto in un ambiente in continua evoluzione, ostile e incerto. La maggior parte dei medici agì secondo la propria coscienza personale e professionale nell'eseguire aborti. Volevano salvare la vita delle donne incinte; sebbene la salute della donna non fosse messa a repentaglio dalla gravidanza in sé, la sua vita era notevolmente a rischio nel caso in cui la gravidanza fosse stata scoperta.

Ci si potrebbe chiedere se sia un obbligo o una prerogativa obbedire alla propria coscienza in circostanze così pericolose. Consideriamo la situazione in cui un medico ritiene che l'aborto sia sbagliato, indipendentemente dalle circostanze e dalla situazione in cui la donna e il bambino moriranno sicuramente senza l'aborto, spesso in condizioni estremamente brutali. Questo è stato il dilemma che hanno dovuto affrontare i medici che erano per coscienza contrari all'aborto ma che vi furono obbligati. A quel tempo, la coscienza della dottoressa Perl le ordinò di uccidere i bambini per salvare le loro madri. Eppure, anni dopo essere sopravvissuta all'Olocausto, la sua responsabilità la tormentò per l'omicidio di quei bambini.

I medici dovrebbero, al meglio delle loro capacità, rispettare i punti di vista differenti sulla vita di un bambino non ancora nato e agire secondo la legge, ma, allo stesso tempo, secondo le proprie convinzioni e la coscienza individuale. Sebbene non sia compito della professione medica imporre politiche o legiferare in merito alle leggi di un determinato Stato o comunità in materia, è compito dei medici tentare di garantire la protezione dei pazienti e, nel contempo, salvaguardare i loro diritti nella società. Pertanto, laddove la legge consenta di effettuare l'aborto terapeutico, la procedura deve essere eseguita da un medico esperto in locali autorizzati dall'autorità competente.

Non vi è dubbio che le leggi naziste, che proibirono e permisero l'aborto a determinate donne, secondo le loro origini razziali, furono del tutto non etiche. I medici, eseguendo queste procedure (non intese come terapeutiche), agirono contro tutti i principi etici. Non si preoccuparono del



miglior interesse delle loro pazienti. Eseguirono operazioni su donne la cui salute non era in pericolo. Invece, effettuarono aborti semplicemente per sostenere la politica razziale nazista vigente all'epoca.

Oggi è ampiamente riconosciuto che se le convinzioni di un medico non gli consentono di consigliare o eseguire un aborto, egli può astenersi, garantendo, al contempo, la continuità delle cure mediche da parte di un collega qualificato. Non si ha notizia di medici tedeschi che si rifiutarono di effettuare aborti per motivi eugenetici. In tale contesto, gli obiettivi sociali e i bisogni razziali dello Stato ebbero la precedenza sui bisogni individuali e sanitari della paziente. Ancora una volta, possiamo vedere come la coscienza, personale o professionale, possa essere fortemente influenzata dai tempi, dalle norme culturali e sociali e dalle circostanze.



5. La cura dei pazienti morenti

Caso studio:

Il dottor Elie Cohen, medico ebreo olandese, fu medico prigioniero ad Auschwitz. Durante la sua detenzione nel campo di concentramento, fu testimone della selezione di migliaia di prigionieri destinati a morire nelle camere a gas. Inoltre, fu presente alla cernita nei padiglioni medici. Durante queste selezioni, il medico nazista faceva sfilare i pazienti davanti a lui e sceglieva, spesso per capriccio, i prigionieri che sarebbero sopravvissuti e coloro che sarebbero stati condannati a morire nelle camere a gas. La regola di base era che i pazienti che erano stati ricoverati in ospedale per più di due settimane sarebbero stati uccisi col gas. Il dottor Cohen era ben consapevole della logica nazista che condannava i pazienti alla morte nelle camere a gas.

Un giorno, dopo aver appreso di un'imminente selezione di morte, il dottor Cohen fu avvicinato da uno dei suoi pazienti morenti che era già stato nel padiglione ospedaliero per due settimane. Il paziente sapeva che era destinato a essere mandato a morte e chiese:

"Cohen, ho un grandissimo favore da chiederti. Farai in modo che mi siano somministrati abbastanza narcotici da essere sicuro di non essere più cosciente quando entrerò nella camera a gas? "

Il dottor Cohen rifiutò la richiesta del paziente e non gli diede i narcotici. In seguito ricordò:

"Perché non ho dato a quel professore alcun farmaco? Bene, questo ovviamente è terribilmente doloroso per me. Perché avevo paura! Perché non volevo mettere a repentaglio la mia vita inutilmente. Stava per morire, comunque. E allora dovevo ... sì, fai il tuo ragionamento, credimi. Non è che sto cercando di stabilire uno standard. Ma come ragionavo in quel momento: dovevo rischiare la vita per qualcuno che era già stato condannato, sì ... condannato a morte, che stava per morire, che sarebbe stato semplicemente condotto alla camera a gas? Avrei potuto farlo. Ma non l'ho fatto. Non l'ho fatto. "



Fonte:

Elie A. Cohen, *The Abyss. A Confession* (W W Norton & Company, 1973).

Domanda:

Qual è la posizione etica nel trattamento dei pazienti morenti?

Discussione:

Il caso del dottor Cohen non è un caso ordinario. Sia lui che il suo paziente erano prigionieri nel campo di sterminio di Auschwitz. In quelle condizioni estremamente difficili, il dottor Cohen era il medico deputato a prendersi cura di un paziente morente. Quest'uomo morente chiese al suo medico curante di alleviare la sua sofferenza e di rendere più facile la sua morte. Il paziente, sapendo di essere stato condannato a morire comunque, probabilmente era spaventato e angosciato dalle circostanze.

Il medico poteva aiutare il suo paziente, ma, così facendo, si sarebbe esposto ad un grave pericolo coi medici nazisti. Cosa avrebbe potuto fare? Era eticamente obbligato ad alleviare la sofferenza nonostante il pericolo?

Era eticamente obbligato ad aiutare un paziente morente la cui morte era inevitabile? Qual è il dovere di un medico nel trattamento di pazienti morenti?

Oggi il dibattito etico sui medici che aiutano i pazienti in fin di vita è spesso sostenuto dal fatto che l'aiuto dei medici può costituire una decisione razionale per una persona morente che sceglie di sfuggire ad una sofferenza insopportabile. L'assistenza medica può non essere sempre curativa o di natura terapeutica, ma può anche rappresentare un sollievo per i sintomi di natura emotiva, spirituale o psicologica.

Numerosi valori sono coinvolti nel trattamento di pazienti morenti. L'obiettivo primario del medico dovrebbe essere quello di consentire ai pazienti di morire con dignità e conforto. Le questioni etiche coinvolte in questo discorso includono il valore della vita, il principio di autonomia, beneficenza e non maleficenza. Il dilemma di base è come trovare un equilibrio tra la santità della vita e il principio di autonomia. È inoltre necessario decidere dove tracciare il confine tra questi valori.

Questa linea di confine distintiva, tuttavia, è discutibile. Questi valori non sono assoluti. È ragionevole supporre che quando la santità della vita e i desideri del paziente autonomo richiedono entrambi un prolungamento della vita, dovrebbero essere rispettati, anche se la richiesta del paziente sembra essere futile per gli operatori sanitari, a meno che non sia dannosa per il



paziente o per gli altri. Tuttavia, quando il desiderio di autonomia del paziente implica un accorciamento della vita, e quindi, si contrappone alla santità della vita, lo status del paziente diventa un fattore importante nel processo decisionale. È spesso riconosciuto che se il paziente morente è capace, il rispetto dell'autonomia e della dignità umana può avere la priorità sul rispetto del valore della vita.

Alcuni sosterrrebbero che l'aiuto del medico nel morire non è eticamente ammissibile perché va contro il tradizionale dovere del medico di preservare la vita e di non fare del male.

Quando sorgono decisioni in merito al trattamento dei pazienti morenti, queste opzioni presentano dilemmi etici complessi. Le linee guida della Associazione Mondiale dei Medici affermano che "i medici non dovrebbero abbandonare i pazienti morenti ma dovrebbero continuare a prestare loro assistenza compassionevole anche quando la cura non è più possibile". Il medico è ovviamente tenuto a considerare i propri valori personali e dovrebbe agire secondo la propria coscienza.

Nel tentativo di evitare i conflitti etici e di promuovere un trattamento adeguato dei pazienti morenti, molti sostenitori sia dei diritti dei pazienti che della "buona morte" suggeriscono l'uso delle direttive anticipate o del testamento biologico. Inoltre, ci sono paesi in cui il legislatore ha previsto i diritti dei pazienti morenti al fine di affrontare i dilemmi etici coinvolti in questa complessa questione.

Nel caso precedente non esistono risposte facili. Le circostanze erano estreme e in queste condizioni il dottor Cohen prese la sua decisione in base a ciò che sentiva essere giusto in quel momento. Non solo la vita del suo paziente sarebbe presto finita, ma il dottor Cohen avrebbe potuto rischiare la propria se avesse scelto di fornire le cure palliative. Con il senno di poi, il dottor Cohen fu angosciato per la sua scelta, sia ad Auschwitz, sia dopo durante la sua vita.



6. Rivelare la verità

Caso studio 1:

Il dottor Albert Haas, medico ebreo di origini ungheresi e francesi, fu reclutato dal movimento di resistenza francese. Dopo essere stato smascherato e denunciato, fu catturato dai tedeschi che lo torturarono e lo mandarono a Dachau. Successivamente, il dottor Haas fu portato al campo di concentramento di Gusen II, facente parte del complesso del campo di concentramento di Mauthausen vicino a Linz, in Austria. Il dottor Haas avrebbe poi scritto:

"E così iniziai la mia professione di medico dei dannati in Gusen II."

Fu messo a capo dell'ospedale del campo dal medico delle SS Fetter. Dovette presentare a Fetter un elenco dei detenuti e dei numeri relativi al giorno programmato per la loro "selezione". I detenuti sarebbero, quindi, stati in piedi dando le spalle al medico delle SS che avrebbe controllato i pazienti da selezionare per la camera a gas. Se il prigioniero riusciva a far passare il proprio pugno tra le gambe, significava che era notevolmente emaciato e "idoneo alla camera della morte." I detenuti selezionati erano portati via e non ritoravano mai più.

Il dottor Haas racconta che i medici e il personale ebrei sapevano che questi pazienti erano stati uccisi ma non sapevano come. Per salvare le loro vite, decise di mentire loro, dicendogli che sarebbe stato per il loro bene essere dimessi dall'ospedale. Egli scrive:

"Mi rifiutai di partecipare alla selezione dei detenuti convalescenti del campo. Presto mi resi conto che avrei potuto essere un po'più partecipe nella lotta per salvare vite umane o almeno ritardarne la morte. Appena saputo che era stata programmata una selezione, dimisi quei detenuti che ritenevo abbastanza forti da sopravvivere nei giorni successivi nel campo. Li avrei riammessi non appena la selezione fosse terminata. Il problema era che molti di questi detenuti rifiutarono la dimissione. Erano convinti che li stavo mandando a morte certa per fame o violenza. Non mi credettero. Molte selezioni reclutarono detenuti che avevano rifiutato il mio aiuto".

Fonte:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, 1984).



Caso studio 2:

Il dottor Gottfried Bloch era un giovane medico quasi abilitato quando fu mandato ad Auschwitz. Lavorò coi prigionieri nel campo delle famiglie ceco. Insieme agli altri, aveva ascoltato le descrizioni degli omicidi nelle camere a gas e aveva visto il fumo dei crematori. In seguito, scrisse della sua esperienza come medico del campo:

“Eppure, anche in ospedale, dove avevamo avuto più contatti con gli altri settori del campo rispetto alla maggior parte delle persone, riuscimmo a relegare in fondo nei meandri della nostra realtà cosa sarebbe potuto accadere. Ogni volta che si presentava la terribile conferma del processo di annientamento, ero sopraffatto da una profonda disperazione e mi aggrappavo a qualcosa per negare la verità. Spesso davo parole di conforto ai miei pazienti, finché non mi sorpresi quasi a crederci. Certo, sapevo cosa stesse succedendo. . . Era mio dovere informarli? Come avrebbe potuto essere loro d'aiuto?... Nascondevo la verità ai miei pazienti e al personale dell'ospedale, ma non potevo nascondere la mia profonda angoscia. ”

Fonte:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Domanda:

Il medico dovrebbe sempre dire la verità ai propri pazienti?

Discussione:

Può sembrare semplice ma in realtà è una domanda complessa. Non dire la verità può comprendere vari aspetti, avere più obiettivi e portare a molte conseguenze diverse. Le questioni inerenti verità e falsità interessano la comunicazione umana *in toto*. Si presentano in molte situazioni e contesti diversi: nelle famiglie, nelle associazioni, nei luoghi di lavoro, in politica, nelle relazioni internazionali, nelle organizzazioni religiose e, certamente, nel rapporto medico / paziente. In ogni contesto, sia le domande che i fattori chiave possono essere percepiti e configurati in modo diverso. Dire la verità in ambito clinico richiede compassione, intelligenza, sensibilità e tempismo



appropriato. In alcuni casi, il danno derivante dal non dire la verità può essere inferiore rispetto all'essere totalmente sincero.

Se ci sono ragioni per non dire la verità, quali sono? Quando potrebbe essere giustificata una rivelazione incompleta e in quali circostanze? Quali eccezioni, se presenti, esistono, quale regola contro la menzogna?

Mentire in un contesto clinico è sbagliato per molte ragioni, ma una rivelazione incompleta può essere moralmente giustificabile. Se, ad esempio, un paziente è depresso, irrazionale e con tendenze suicide, è necessaria cautela per evitare che la rivelazione completa contribuisca a causare gravi danni. Se un paziente è eccessivamente pessimista, la divulgazione di prospettive negative potrebbe effettivamente contribuire a concretizzare proprio queste possibilità. Ciò potrebbe essere disquisito anche nei casi precedenti, anche se, naturalmente, la situazione era del tutto estrema. È probabile che alcuni pazienti nei campi abbiano tratto beneficio dal non conoscere tutta la verità. Ma altri potrebbero essere stati involontariamente danneggiati. Anche in luoghi come Auschwitz, ogni persona, situazione e circostanza, potrebbe risultare diversa a seconda della moltitudine di fattori in continua evoluzione.

Dire la verità non è solo un obbligo etico, ma deve anche essere compreso nel rapporto medico-paziente, così come ciò che costituisce il giudizio clinico. Dire la verità deve essere ricondotto all'autonomia del paziente, alla beneficenza, alla giustizia e alla protezione degli altri.

Alcune culture tradizionali vedono il paziente non come un'entità autonoma con diritti inviolabili, ma come parte di un'unità familiare allargata. Le informazioni mediche sono fornite ai membri della famiglia anziché al paziente, in particolare informazioni gravi come una diagnosi fatale. L'etica e la pratica medica richiedono il rispetto delle tradizioni culturali e delle preferenze individuali che differiscono tra i diversi pazienti e le loro famiglie.

Nei casi precedenti, la decisione presa da questi medici prigionieri del campo era in linea con ciò che consideravano moralmente corretto in quelle circostanze estreme. In quella gravissima situazione, i pazienti probabilmente beneficiarono, in una certa misura, del non conoscere tutta la verità. È anche molto probabile, basandosi, almeno, sul contesto quotidiano di Auschwitz, che molti pazienti sapessero cosa comportassero realmente le selezioni. Tuttavia, in tali circostanze, le "parole incoraggianti" del dottor Bloch rappresentarono azioni compassionevoli.



È anche probabile che ogni individuo, stando per morire, potesse aver reagito diversamente se avesse saputo di essere destinato a morte. Cioè, se i pazienti avessero saputo che "rimanere in ospedale" aumentasse le loro probabilità di essere reclutati per morire, sarebbero rimasti? E, se lo avessero saputo, avrebbero potuto prepararsi meglio per "la loro marcia finale verso la morte"?

Ogni persona, nonostante il contesto diverso, alla fine affronta la malattia e la morte in maniera unica come individuo. Se eliminiamo il dire la verità dall'equazione, non rimuoviamo anche la capacità dell'individuo di affrontare la propria morte?



7. "Scelte senza scelta" in medicina

Caso studio:

Il dott. Maximillian Samuel, nato a Colonia nel 1880, fu ginecologo praticante fino alla prima guerra mondiale. Durante la guerra, prestò servizio come medico e fu decorato per il proprio coraggio. Con l'avvento dell'ordinamento nazista che discriminava tutti i medici ebrei, la licenza medica del dottor Samuel fu revocata ed egli fu costretto a chiudere il proprio studio. Nel luglio del 1938, fu arrestato dalla Gestapo, ma riuscì a scappare e a rifugiarsi in Belgio con la sua famiglia. Tuttavia, nell'agosto del 1943, fu catturato e deportato ad Auschwitz insieme alla moglie ed alla figlia. Mentre sua moglie appena arrivata fu immediatamente destinata alla camera a gas, il dottor Samuel e sua figlia sopravvissero alla selezione iniziale e furono mandati a lavorare in una delle fabbriche di Auschwitz. Il dottor Samuel fu, quindi, trasferito al blocco 10 di Auschwitz I, dove fu richiesta la sua esperienza in ambito ginecologico per gli esperimenti condotti su donne prigioniere, compresa la rimozione degli organi riproduttivi. Dalle testimonianze delle sopravvissute, si sa che il dottor Samuel sabotò alcuni di questi interventi in cui non effettuò la sterilizzazione ma la simulò. Alcune di queste vittime, che furono in grado di procreare dopo la guerra, testimoniarono che lui fu il loro salvatore. Altre prigioniere, tuttavia, ricordano che egli, probabilmente, collaborò volontariamente con i nazisti nell'esecuzione di questi esperimenti. Fu anche descritto come un uomo disperato o in "cattive condizioni psichiche" temendo per la vita di sua figlia se non avesse collaborato con i medici nazisti. Nell'ottobre del 1943 il dottor Samuel fu portato nella camera a gas di Birkenau ed ucciso. Ci sono differenti opinioni sul perché ciò si sia verificato. Secondo alcuni fu condannato a morte per il suo sabotaggio; secondo altri "sapeva troppo" sugli esperimenti; secondo un terzo punto di vista, stava "peggiorando" e non poteva più svolgere il suo lavoro.

Fonti:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).



2. Susan Benedict and Ruth Jolanda Weinberger, *Medical Personnel in Auschwitz*. Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern. Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft (Vienna, 2008).
3. Daniel S. Nadav, *Medicine and Nazism* (The Hebrew University Magnes Press, 2009).

Domanda:

Esistono situazioni in cui sia impossibile prendere decisioni mediche eticamente corrette?

Discussione:

Il caso precedente parla quasi da sé. Questo medico si ritrovò in un'epoca e in un luogo in cui fu costretto a prendere delle decisioni cruciali che avrebbero condizionato la sua vita personale e professionale. Tali decisioni avrebbero influenzato la sua vita, la vita di sua figlia e quella dei pazienti su cui interveniva. Una lezione fondamentale dell'Olocausto, così come della vita in generale, è che le persone, indipendentemente dalle loro mansioni, non fanno sempre le stesse scelte in tutte le situazioni. Come esseri umani, non siamo sempre coerenti nelle nostre scelte etiche e nel processo decisionale. Durante l'Olocausto, le contraddizioni umane furono spesso esacerbate dalle condizioni fisiche della persona, dal relativo contesto di prigionia, in un ghetto o in clandestinità, nonché da come la scelta personale influenzasse la propria sopravvivenza così come quella dei propri cari. Letteralmente, e spesso quotidianamente, le scelte di una persona potevano costituire la vita e la morte, proprie ed altrui. Dal momento che il dottor Samuel fu destinato alla camera a gas, non possiamo comprendere appieno ciò che lo spinse nel processo decisionale, ma dalle testimonianze dei compagni detenuti, medici, pazienti (vittime degli esperimenti) e altri possiamo, umilmente e senza giudicare, porre le domande richieste: Fu un collaboratore? Abusò del suo status di medico? Avrebbe potuto prendere altre decisioni? Fu connivente per salvare la vita di sua figlia? Le decisioni prese furono volte a sabotare gli esperimenti nazisti? E 'possibile fare scelte eticamente valide in tali circostanze?

Nel caso del dottor Samuel, se si fosse rifiutato di collaborare dall'inizio, il risultato finale per lui sarebbe stato lo stesso: la morte nella



camera a gas. Tuttavia, preservando la fertilità di alcune prigioniere, fece del bene come probabilmente non sarebbe accaduto con altri medici prigionieri. Non è un caso che persone diverse lo ricordino in modo diverso. Il personale medico prigioniero, che fu testimone della sua condotta professionale, percepì che stesse abusando dei suoi valori etici professionali, obbedendo ai nazisti nell'eseguire questi interventi. D'altra parte, le donne a cui salvò la vita e la capacità riproduttiva futura lo considerarono una persona gentile e un medico etico.



Appendici:

1. Il codice di Norimberga, 1947

1. Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione deve avere la capacità legale di dare il consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità o altre forme di imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi della situazione in cui è coinvolto, tali da metterlo nella posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata. Quest'ultima condizione richiede che, prima di accettare una decisione affermativa da parte del soggetto dell'esperimento, lo si debba portare a conoscenza della natura, della durata e dello scopo dell'esperimento stesso; del metodo e dei mezzi con i quali sarà condotto; di tutte le complicazioni e i rischi che si possono aspettare e degli effetti sulla salute o la persona che possono derivare dal sottoporsi dell'esperimento. Il dovere e la responsabilità di constatare la validità del consenso pesano su chiunque inizia, dirige o è implicato nell'esperimento. E' un dovere e una responsabilità che non possono essere impunemente delegati ad altri.

2. L'esperimento dovrà essere tale da fornire risultati utili al bene della società, non altrimenti ricavabili con mezzi o metodi di studio; la natura dell'esperimento non dovrà essere né casuale né senza scopo.

3. L'esperimento dovrà essere impostato e basato sui risultati delle sperimentazioni su animali e sulla conoscenza della storia naturale del morbo o di altri problemi allo studio, cosicché risultati antecedenti giustifichino lo svolgersi dell'esperimento.

4. L'esperimento dovrà essere condotto in modo tale da evitare ogni sofferenza o lesione fisica o mentale che non sia necessaria.

5. Non si dovranno condurre esperimenti ove vi sia già a priori ragione di credere che possa sopravvenire la morte o un'infermità



invalidante, eccetto forse quegli esperimenti in cui il medico sperimentatore si presta come soggetto.

6. Il grado di rischio da correre non dovrà oltrepassare quello determinato dalla rilevanza umanitaria del problema che l'esperimento dovrebbe risolvere.

7. Si dovrà effettuare una preparazione particolare, e particolari attenzioni dovranno essere usate al fine di mettere al riparo il soggetto dell'esperimento da possibilità anche remote di lesione, invalidità o morte.

8. L'esperimento dovrà essere condotto solo da persone scientificamente qualificate. Sarà richiesto il più alto grado di capacità e attenzione in tutte le fasi dell'esperimento a coloro che lo conducono o che vi sono comunque coinvolti.

9. Nel corso dell'esperimento il soggetto umano dovrà avere la libera facoltà di porre fine ad esso se ha raggiunto uno stato fisico o mentale per cui gli sembra impossibile continuarlo.

10. Durante l'esperimento, lo scienziato responsabile deve essere pronto a interromperlo in qualunque momento se è indotto a credere in buona fede, dopo una ponderata riflessione nel pieno delle sue facoltà, che la continuazione dell'esperimento comporterebbe probabilmente lesioni, invalidità o morte per il soggetto umano.

.



2. Direttiva del Ministro Prussiano per gli affari religiosi, educativi e sanitari, 1900

- I. Desidero segnalare ai direttori di cliniche, policlinici ed istituti simili che gli interventi medici per scopi diversi dalla diagnosi, dalla terapia e dall'immunizzazione sono assolutamente vietati, anche se tutti gli altri requisiti legali ed etici per l'esecuzione di tali interventi sono soddisfatti se:
1. La persona in questione è minorenne o non è pienamente capace per altri motivi.
 2. L'interessato non abbia dichiarato inequivocabilmente che acconsente all'intervento.
 3. La dichiarazione non sia stata espressa previa spiegazione adeguata delle conseguenze negative che possono derivare dall'intervento.
- II In aggiunta, prescrivo che:
1. Interventi di questo tipo possono essere eseguiti solo dal direttore dell'Istituzione stessa o con la sua autorizzazione speciale.
 2. In ogni intervento di questa natura è necessario effettuare una registrazione nel registro dei casi medici, attestante che siano stati soddisfatti i requisiti di cui ai punti 1-3 della sezione I e punto 1 della sezione II, specificando i dettagli del caso.
- III La presente direttiva non si applica agli interventi medici per fini di diagnosi, terapia o immunizzazione.



3. La circolare del Reich sulla salute: direttive sulla nuova terapia e la sperimentazione umana, 1931

1. Affinché la scienza medica possa continuare a progredire, non è possibile evitare in casi appropriati l'avvio di terapia con mezzi e procedure nuove e non ancora sufficientemente testate. Allo stesso modo, la sperimentazione scientifica che coinvolge soggetti umani non può essere completamente esclusa in quanto tale, poiché ciò ostacolerebbe o addirittura impedirebbe progressi nella diagnosi, nel trattamento e nella prevenzione delle malattie. La libertà da accordare al medico, di conseguenza, deve essere soppesata rispetto al suo dovere speciale di essere sempre consapevole della sua maggiore responsabilità per la vita e la salute di qualsiasi persona su cui intraprenda una terapia innovativa o si esegua un esperimento.

2. "Terapia innovativa" indica i metodi di intervento e trattamento che coinvolgono l'uomo e hanno uno scopo terapeutico.

3. "Sperimentazione scientifica" significa interventi e metodi di trattamento che coinvolgono l'uomo e sono intrapresi a scopo di ricerca, senza scopo terapeutico.

4. Qualsiasi terapia innovativa deve essere giustificata ed eseguita in conformità con i principi dell'etica medica e delle regole della pratica e della teoria medica. In tutti i casi, deve essere esaminata e valutata la questione se eventuali effetti avversi che possono verificarsi siano proporzionati ai benefici previsti. La terapia innovativa può essere effettuata solo se è stata testata in anticipo nelle sperimentazioni sugli animali (ove possibile).

5. La terapia innovativa può essere effettuata solo dopo che il soggetto o il suo rappresentante legale abbia acconsentito inequivocabilmente alla procedura, alla luce delle informazioni pertinenti fornite in anticipo. In caso di rifiuto del consenso, la terapia innovativa può essere avviata solo se costituisce una procedura urgente per preservare la vita



o prevenire gravi danni alla salute e, in tali circostanze, non sia possibile ottenere il consenso preventivo.

6. La questione se utilizzare la terapia innovativa deve essere esaminata con particolare attenzione quando il soggetto sia un bambino o una persona di età inferiore ai 18 anni.

7. Lo sfruttamento delle difficoltà sociali per intraprendere una terapia innovativa è incompatibile con i principi dell'etica medica.

8. Bisogna prestare la massima attenzione in relazione alla terapia innovativa che coinvolge microrganismi vivi.

9. In cliniche, policlinici, ospedali o altri istituti di cura ed assistenza, la terapia innovativa può essere effettuata solo dal medico responsabile o da un altro medico che agisca in conformità con le sue esplicite istruzioni e che sia soggetto alla sua completa responsabilità.

10. Deve essere presentato un rapporto su qualsiasi terapia innovativa, indicando lo scopo della procedura, la sua giustificazione e il modo in cui sia eseguita. In particolare, la relazione deve contenere una dichiarazione attestante che il soggetto o, nel caso, il suo rappresentante legale, sia stato informato adeguatamente in anticipo e abbia prestato il proprio consenso. Quando la terapia sia stata effettuata senza consenso, alle condizioni di cui al paragrafo 5, secondo comma, la dichiarazione deve fornire tutti i dettagli di tali condizioni.

11. I risultati di qualsiasi studio innovativo possono essere pubblicati solo in modo da rispettare pienamente la dignità del paziente e i dettami dell'umanità.

12. La sezione 4-11 delle presenti linee guida si applica, *mutatis mutandis*, alla sperimentazione scientifica (cfr. Sezione 3)

Il seguente requisito aggiuntivo si applica a tale sperimentazione:

(a) la sperimentazione sia vietata in tutti i casi in cui non sia stato prestato il consenso;

(b) la sperimentazione su soggetti umani deve essere evitata se può essere sostituita da studi su animali.

(c) È vietata la sperimentazione che coinvolga bambini o giovani di età inferiore ai 18 anni se mette in pericolo il bambino o il giovane;

(d) La sperimentazione su soggetti morenti sia incompatibile con i principi di etica medica e deve quindi essere proibita.



13. I medici e i responsabili delle strutture ospedaliere non dovrebbero essere sottratti alla responsabilità di cercare nuovi modi per proteggere o curare i pazienti, in modo da alleviare la loro sofferenza quando siano convinti che i metodi conosciuti potrebbero fallire.

14. Corsi di formazione accademica dovrebbero cogliere ogni opportunità possibile per sottolineare i doveri speciali del medico durante lo svolgimento di una nuova forma di terapia o un esperimento scientifico, nonché nella pubblicazione dei suoi risultati.

4. Dichiarazione di Helsinki

Adottata dalla 18a Assemblea Generale del WMA di Helsinki, Finlandia del Giugno 1964 e modificata dalla:

29a Assemblea Generale del WMA di Tokyo, Giappone dell'Ottobre 1975

35a Assemblea Generale del WMA di Venezia, Italia dell'Ottobre 1983

41a Assemblea Generale del WMA di Hong Kong di Settembre 1989

48a Assemblea Generale del WMA del Somerset West, Sudafrica dell'Ottobre 1996

52a Assemblea Generale del WMA di Edimburgo, Scozia, dell'Ottobre 2000

53a Assemblea Generale del WMA di Washington, DC, USA, dell'Ottobre 2002

55a Assemblea Generale del WMA di Tokyo, Giappone, dell'Ottobre 2004

59a Assemblea Generale del WMA di , Seoul, Corea, dell'Ottobre 2008

(da modificare nel 2014)

A. INTRODUZIONE

1. L'Associazione Medica Mondiale (WMA) ha elaborato la Dichiarazione di Helsinki come enunciazione dei principi etici da osservare in ogni ricerca medica che recluta soggetti umani, o che prevede l'utilizzazione di materiali e dati umani identificabili. La Dichiarazione deve essere letta nel suo insieme: ciascuno dei suoi articoli deve essere applicato tenendo conto di tutti gli altri.



2. Anche se la Dichiarazione è rivolta principalmente ai medici, la WMA esorta chiunque partecipi alla ricerca che recluta soggetti umani ad adottare questi principi.

3. È dovere del medico promuovere e salvaguardare la salute dei pazienti, comprese le persone reclutate nella ricerca medica. La conoscenza e la coscienza del medico sono finalizzate al compimento di questo dovere.

4. La Dichiarazione di Ginevra della WMA vincola il medico con le parole: «La salute del mio paziente sarà il mio primo dovere», e il Codice Internazionale di Etica Medica dichiara che «un medico quando fornisce assistenza dovrà agire nel migliore interesse del paziente»

5. Il progresso medico si fonda sulla ricerca, di cui è componente essenziale la realizzazione di studi che reclutano soggetti umani. Alle popolazioni sottorappresentate nella ricerca medica dovrebbe essere garantita una adeguata opportunità di partecipare alla ricerca.

6. Nella ricerca che recluta soggetti umani, il benessere del singolo soggetto che prende parte alla ricerca deve avere la precedenza su ogni altro interesse.

7. Lo scopo principale della ricerca che recluta soggetti umani è quello di comprendere le cause, lo sviluppo e gli effetti delle malattie, e di migliorare gli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici (metodi, procedure e trattamenti). Anche gli interventi al momento ritenuti migliori devono essere valutati continuamente attraverso la ricerca in tutti i loro aspetti di sicurezza, efficacia, efficienza, accessibilità e qualità.

8. Sia nella pratica medica che nella ricerca, la maggior parte degli interventi comportano rischi e disagi.

9. La ricerca medica deve attenersi ai principi etici che promuovono il rispetto di tutti i soggetti umani e proteggono la loro salute e i loro diritti. Alcune popolazioni incluse nella ricerca sono particolarmente vulnerabili e necessitano di una tutela speciale. Tra queste particolare attenzione meritano le persone che non possono dare o rifiutare il consenso e quelle più esposte a subire coercizione o condizionamento indebito.



10. Per le attività di ricerca che reclutano soggetti umani, i medici dovrebbero tenere conto delle norme etiche, giuridiche, procedurali e dei requisiti previsti nel loro paese e dalle norme internazionali vigenti. Nessun requisito etico, normativo o direttivo, nazionale o internazionale dovrebbe ridurre o eliminare le forme di tutela stabilite in questa Dichiarazione per i soggetti partecipanti alla ricerca.

B. PRINCIPI DA APPLICARE PER OGNI TIPO DI RICERCA MEDICA

11. È dovere dei medici che svolgono ricerca proteggere la vita, la salute, la dignità, l'integrità, il diritto alla autodeterminazione, la privacy e la riservatezza delle informazioni personali dei soggetti partecipanti alla ricerca.

12. La ricerca che recluta soggetti umani deve essere conforme ai principi scientifici universalmente accettati, deve essere fondata su una conoscenza approfondita della letteratura scientifica e delle altre fonti di informazione, su una opportuna sperimentazione in laboratorio e, se richiesto, anche su sperimentazione animale. Il benessere degli animali utilizzati per la ricerca deve essere salvaguardato.

13. Una particolare cautela deve essere garantita nella conduzione di ricerche mediche che potrebbero recare danno all'ambiente.

14. Il progetto ed i criteri di realizzazione di tutti gli studi con soggetti umani devono essere descritti in modo chiaro in un protocollo di ricerca. Il protocollo deve comprendere una descrizione esplicita degli aspetti etici coinvolti e dovrebbe mostrare come sono stati rispettati i principi della presente Dichiarazione; le informazioni relative a finanziamenti, sponsor, affiliazioni istituzionali, altri potenziali conflitti di interesse, la presenza di incentivi per i soggetti partecipanti e le informazioni relative alle disposizioni per il trattamento e/o risarcimento di coloro che hanno subito un danno prendendo parte alla ricerca. Il protocollo deve inoltre indicare le modalità di accesso per i partecipanti agli interventi che nello studio si sono dimostrati efficaci o ad altre strategie assistenziali consone.



15. Prima che lo studio inizi, il protocollo di ricerca deve essere esaminato per analisi, commenti, indicazioni e approvazione da un comitato etico per la sperimentazione. Tale comitato deve essere indipendente rispetto al ricercatore, allo sponsor e deve essere libero da ogni altro condizionamento. Deve tenere in considerazione le disposizioni normative e regolatorie del/i paese/i dove la ricerca si svolge, così come le norme e i principi internazionali vigenti, senza mai permettere che riducano o escludano le forme di tutela dei soggetti partecipanti alla ricerca stabilite nella Dichiarazione. Il comitato ha il diritto di monitorare gli studi in corso; il ricercatore a sua volta ha il dovere di fornire al comitato le informazioni pertinenti, specialmente quelle relative a qualunque evento avverso grave. Senza la disamina e l'approvazione del comitato non possono essere apportati cambiamenti al protocollo.

16. La ricerca che recluta soggetti umani deve essere condotta solo da persone che abbiano adeguata qualifica e formazione scientifica. La ricerca su pazienti o volontari sani richiede la supervisione di un medico competente e adeguatamente qualificato o di altro operatore sanitario. La responsabilità per la tutela dei soggetti partecipanti alla ricerca ricade sempre sul medico o su altro operatore sanitario e mai sui soggetti stessi, anche se hanno dato il consenso.

17. La ricerca che recluta una popolazione o una comunità svantaggiata o vulnerabile è giustificata solo se risponde ai bisogni di salute e alle priorità della popolazione o comunità coinvolte, e se è ragionevolmente probabile che esse possano trarre vantaggio dai risultati della ricerca.

18. Ogni ricerca che recluta soggetti umani deve essere preceduta da un'attenta valutazione del rapporto tra rischi, disagi e benefici prevedibili per gli individui e le comunità coinvolte nella ricerca e per altri individui o comunità colpite dalla malattia oggetto di studio

19. Ogni sperimentazione clinica deve essere registrata in una banca dati pubblica, prima del reclutamento del primo soggetto.



20. I medici non possono far parte di una ricerca che recluta soggetti umani se non quando siano certi che i rischi correlati siano stati adeguatamente valutati e possano essere gestiti in modo soddisfacente. I medici devono interrompere immediatamente uno studio quando i rischi risultano superiori agli eventuali benefici o quando esiste una prova certa dei risultati positivi.

21. La ricerca che coinvolge soggetti umani può essere condotta solo se l'importanza dell'obiettivo superi i rischi e disagi dei soggetti partecipanti.

22. La partecipazione alla ricerca di soggetti capaci di scegliere deve essere volontaria. Sebbene possa essere opportuno consultare i membri delle famiglie o i capi delle comunità, nessun individuo capace di scegliere può essere reclutato nella ricerca se non vi aderisca liberamente.

23. Occorre assumere ogni precauzione sia per proteggere la privacy dei soggetti partecipanti alla ricerca e la riservatezza dei loro dati personali, che per ridurre al minimo l'impatto dello studio sull'integrità fisica, mentale e sociale.

24. Nella ricerca che recluta soggetti umani capaci di scegliere, ogni soggetto di cui sia potenzialmente prevista la partecipazione deve essere adeguatamente informato sui metodi, gli scopi, le fonti di finanziamento, su ogni eventuale conflitto d'interessi, sull'appartenenza istituzionale del ricercatore, sui benefici attesi e i possibili rischi connessi allo studio, sul disagio che esso potrebbe comportare e su ogni altro aspetto rilevante dello studio. Il potenziale soggetto deve essere informato sul diritto di rifiutare la proposta di partecipare allo studio e sul diritto di ritirare il consenso in qualsiasi momento senza che ciò influisca negativamente sull'assistenza dovuta. Un'attenzione particolare deve essere rivolta ai bisogni di informazione specifici di ognuno dei possibili partecipanti e ai metodi utilizzati per informare. Dopo essersi assicurato che il soggetto abbia compreso le informazioni, il medico o altra persona adeguatamente qualificata deve chiedere il consenso informato liberamente espresso, preferibilmente in forma scritta. Se il consenso non può essere espresso in forma scritta, il consenso non scritto deve essere formalmente documentato e testimoniato.



25. Per la ricerca che impiega materiale umano o altri dati identificabili, i medici di norma devono chiedere il consenso per la raccolta, l'analisi, la conservazione e/o il riutilizzo degli stessi. Possono verificarsi situazioni in cui non sia possibile o sia impraticabile ottenere il consenso o in cui il consenso stesso potrebbe mettere a rischio la validità della ricerca. In tali situazioni, la ricerca può essere avviata solo dopo la valutazione e l'approvazione da parte di un comitato etico.

26. Nell'acquisizione del consenso informato per la partecipazione al progetto di ricerca, il medico dovrebbe essere particolarmente cauto qualora il possibile soggetto partecipante si trovi in una relazione di dipendenza nei suoi confronti o possa sentirsi costretto a dare il consenso. In tal caso il consenso informato dovrebbe essere acquisito da persona adeguatamente qualificata e del tutto indipendente

27. Nel caso di un potenziale soggetto partecipante incapace di prendere decisioni, il medico deve chiedere il consenso informato ad un rappresentante legale autorizzato. Tali soggetti non devono essere reclutati in una ricerca che non rechi loro beneficio, a meno che non sia finalizzata a migliorare la salute della popolazione rappresentata dal possibile soggetto partecipante, o non possa essere svolta con persone capaci di prendere decisioni, e comporti solo rischi e disagi minimi.

28. Quando un potenziale soggetto partecipante ritenuto incapace di prendere decisioni è di fatto in grado di dare un assenso in merito alla partecipazione alla ricerca, il medico deve chiedere tale assenso in aggiunta al consenso del legale rappresentante. Il dissenso del possibile soggetto partecipante deve essere rispettato.

29. La ricerca che recluta soggetti che non sono in grado fisicamente o mentalmente di dare il consenso, per esempio pazienti incoscienti, può essere condotta solo se la condizione fisica o mentale che impedisce di dare il consenso costituisca la caratteristica propria della popolazione oggetto di studio. In tali circostanze il medico dovrebbe chiedere il consenso informato ad un legale rappresentante. In assenza di tale rappresentante e se la ricerca non può essere rimandata, lo studio può procedere senza il consenso informato a condizione che le ragioni specifiche per includere



soggetti non in grado di dare un consenso informato siano state dichiarate nel protocollo di ricerca e lo studio sia stato approvato da un comitato etico per la ricerca. Il consenso per continuare a partecipare alla ricerca dovrebbe essere acquisito dal soggetto o dal legale rappresentante appena possibile

30. Autori, curatori, case editrici hanno tutti doveri etici riguardo alla pubblicazione dei risultati della ricerca. Gli autori hanno il dovere di rendere pubblicamente disponibili i risultati delle loro ricerche su soggetti umani e sono responsabili della completezza e dell'accuratezza dei loro rapporti sulla ricerca. Essi devono attenersi alle linee guida accettate per redigere in modo etico i resoconti del lavoro svolto. I risultati negativi e inconcludenti, così come quelli positivi, devono essere pubblicati o comunque resi pubblici, dichiarando nella pubblicazione fonti di finanziamento, appartenenza istituzionale e conflitti di interesse. I rapporti di ricerca non conformi con i principi della presente Dichiarazione non dovrebbero essere accettati per la pubblicazione.

C. PRINCIPI AGGIUNTIVI PER LA RICERCA MEDICA IN AMBITO ASSISTENZIALE

31. Il medico può condurre la ricerca nell'ambito dell'assistenza solo nei casi in cui la ricerca sia giustificata da un suo potenziale valore preventivo, diagnostico o terapeutico, e se il medico ha validi motivi per ritenere che la partecipazione alla ricerca non pregiudicherà la salute dei pazienti eleggibili come possibili partecipanti alla ricerca stessa.

32. I benefici, i rischi, i disagi e l'efficacia di un nuovo intervento devono essere confrontati con gli interventi al momento ritenuti i migliori, ad eccezione delle seguenti circostanze: l'uso del placebo, o di nessun trattamento, è accettabile in studi in cui al momento non sia disponibile un trattamento comprovato; quando, per ragioni metodologiche convincenti e scientificamente solide, l'uso del placebo sia necessario per determinare l'efficacia o la sicurezza di un intervento e i pazienti che ricevono il placebo o nessun trattamento non siano soggetti ad alcun rischio di danno grave o irreversibile. L'abuso di questa opzione deve essere evitato con massima attenzione.

33. A conclusione dello studio, i pazienti che ne hanno fatto parte hanno il diritto di essere informati circa l'esito dello studio e hanno il diritto di condividere i benefici da esso derivanti, per esempio, l'accesso agli interventi risultati utili nello studio o ad altra adeguata assistenza o ad altri benefici.

34. Il medico deve informare in modo completo il paziente riguardo gli aspetti dell'assistenza connessi alla ricerca. Il rifiuto di un paziente a partecipare a uno studio o la decisione di un paziente di ritirarsi dallo studio non devono mai interferire nel rapporto medico-paziente

35. Quando nella gestione di un paziente non sono disponibili interventi di comprovata efficacia, o quando quelli adottati si sono dimostrati inefficaci, il medico, acquisito il parere di esperti e con il consenso informato del paziente o di un suo legale rappresentante, può utilizzare un intervento non ancora approvato se, a suo giudizio, tale intervento possa offrire la speranza di salvarne la vita, ristabilirne la salute o alleviarne la sofferenza. Ove possibile, tale intervento dovrebbe essere fatto oggetto specifico di ricerca, per valutarne l'efficacia e la sicurezza. In ogni caso, le nuove informazioni dovrebbero essere documentate e, se opportuno, messe a disposizione del pubblico.



