

Sapienza per tutti

medicina eugenica e shoah

Ricordare il *male* e promuovere la bioetica

a cura di
Silvia Marinozzi



ESTRATTO

ISBN: 978-88-9377-036-1



9 788893 770361

University Press



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

medicina eugenica e shoah

Ricordare il *male* e promuovere la bioetica

a cura di
Silvia Marinozzi



SAPIENZA
UNIVERSITÀ EDITRICE

2017

Copyright © 2017

Sapienza Università Editrice

Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma

www.editricesapienza.it

editrice.sapienza@uniroma1.it

ISBN 978-88-9377-036-1

Iscrizione Registro Operatori Comunicazione n. 11420

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi microfilm, film, fotocopie), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i Paesi. L'editore è a disposizione degli aventi diritto con i quali non è stato possibile comunicare, per eventuali involontarie omissioni o inesattezze nella citazione delle fonti e/o delle foto.

All Rights Reserved. No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording or any other information storage and retrieval system, without prior permission in writing from the publisher. All eligible parties, if not previously approached, can ask directly the publisher in case of unintentional omissions or incorrect quotes of sources and/or photos.

In copertina: illustrazione a cura di Silvio Coiante per Sapienza Università Editrice.

Indice

Premessa	XI
<i>Eugenio Gaudio</i>	
Prefazione	xv
<i>Marina Caffiero</i>	
1. Diversità, eugenica, bioetica in medicina: sguardo su una <i>longue durée</i>	1
<i>Silvia Marinozzi</i>	
2. Il pensiero eugenico e la costruzione della razza che non c'è	25
<i>Enrica Marchionni, Francesca Di Palma, Antonio Pizzuti</i>	
3. Eugenica, eugeniche: comparazione transnazionale	51
<i>Francesco Cassata</i>	
4. Il tradimento di Ippocrate: modelli greci nell'etica medica del nazionalsocialismo	65
<i>Marco Cilione</i>	
5. Eutanasia, razzismo e cinema di propaganda nel Terzo Reich	79
<i>Damiano Garofalo</i>	
6. Le persone con disabilità durante il regime fascista	91
<i>Silvia Cutrera</i>	
7. Il nazismo e la soluzione finale	107
<i>Umberto Gentiloni Silveri</i>	
8. La sperimentazione nei campi nazisti	127
<i>Libera Picchianti</i>	

9. La medicina nei campi nazisti secondo i medici ebrei prigionieri <i>Fabio Gaj</i>	149
10. I ghetti nell'Italia di età moderna prima del fascismo <i>Serena Di Nepi</i>	167
11. Leggi razziali fasciste e la Shoah italiana <i>Emmanuel Betta</i>	189
12. Un'etica prima di Norimberga <i>Valentina Gazzaniga</i>	203
13. Da Norimberga al Belmont Report: alle origini della bioetica <i>Gilberto Corbellini</i>	221
14. Memoria ed Educazione <i>Livia Ottolenghi</i>	239
Autrici e autori	249

1. Diversità, eugenica, bioetica in medicina: sguardo su una *longue durée*

Silvia Marinozzi

1.1. Diversità e alterità nella storia della cultura medica: dal naturalismo ippocratico alle dottrine eugeniche

La letteratura storico-medica ha ampiamente dibattuto sulla questione del *tradimento* del giuramento di Ippocrate da parte dei medici nazisti condannati al processo di Norimberga. Il testo ippocratico aveva in effetti delineato i principi base della deontologia medica, vincolando i medici ad attenersi a specifiche norme: agire laddove è possibile apportare benessere e astenersi dal recare danno nei casi in cui la malattia è *al di sopra dell'arte*. La cura dei pazienti come obiettivo primario del medico, che si traduce nel *primum non nocere* come principio guida della medicina, l'ideale che obbliga al curare tutti indistintamente, sono valori sanciti dal codice ippocratico che esprimono la base epistemica e dottrinale stessa dell'arte medica come istituzionalizzata in varie opere cliniche e chirurgiche del *Corpus Hippocraticum*. Il naturalismo etico, cui la medicina rimanda sin dalle sue origini, detta il giusto *ethos* del medico in quel concetto di misura, equilibrio che i medici seguono nell'agire laddove possono curare e nell'omettere quando le malattie appaiono non curabili per non arrecare sofferenze inutili, seguendo il principio secondo cui la natura soltanto è regolatrice dello stato di salute o malattia, e il medico interviene solo quando si può ricondurre il corpo al suo equilibrio naturale. Per questo motivo è assente nel mondo antico una presa in carico da parte della medicina della disabilità e delle malattie genetiche, incurabili e considerate come qualcosa di per se stesso contro natura, e quindi non oggetto di una scienza che segue le leggi e il giusto equilibrio insito nella natura stessa. In una sovrapposizione concettuale tra ordine naturale e ordine morale, la medicina

si caratterizza quindi sin dalle origini con l'idea della cura come capacità di ricondurre l'organismo alterato al giusto equilibrio originario degli elementi costitutivi del corpo, evacuando quanto vi è in eccesso e ripristinando quanto sembra in difetto, secondo la dottrina umorale ippocratica che vede nei fluidi del corpo le componenti essenziali per la fisiologia e per il determinarsi della malattia. In tal senso, medicina ed etica sono dimensioni inscindibili nell'antichità, tanto da essere ricomprese nell'univoca definizione di *tecnoetica*, e le indicazioni fornite dai trattati deontologici e clinici ippocratici, per cui operare bene è già operare nel giusto, vengono seguite e ribadite da tutti quegli autori che nel corso dei secoli hanno discusso aspetti etici e deontologici delle professioni mediche.

In *Arie, acque e luoghi*, la medicina ippocratica sembra seguire l'approccio giusnaturalista, spiegando le differenze biologiche, etniche, politiche e culturali tra i popoli come manifestazioni di un ordine cosmico, della costituzione naturale dei luoghi in cui vivono, e che, in un *continuum* tra *physis/natura* e *physis/uomo*, tra soma e psiche, si estrinseca nella fisiologia e nella fisiognomica degli individui così come nelle forme sociali che caratterizzano un popolo rispetto agli altri. Dunque è ancora la natura a essere *nomos*, principio regolatore del molteplice, e per questo differenze e diversità divengono accettabili nel pensiero ippocratico, ragione per cui la medicina accoglie le differenze culturali e di popolo, considerate secondo natura e per questo giustificate. Nel *Giuramento* di Ippocrate si fa espresso riferimento, infatti, all'idea della cura come arte rivolta non solo agli uomini liberi, ma anche a donne e schiavi, spesso provenienti da altri paesi, come a indicare un carattere universale della medicina. L'equilibrio interno della medicina, il comandamento del giovare e non arrecare danno, lascia fuori dall'ambito medico solo gli incurabili, ossia quanti hanno una prognosi assolutamente infausta, e chi ha patologie congenite e disabilità, ma senza sottoporli a una condanna sociale. Il modello della scienza medica come giusto equilibrio viene rielaborato sin dalle origini, e in senso talvolta contrario a questi principi, dal dibattito e dalle riflessioni filosofiche e politiche coeve e successive. Se nei testi medici antichi non vi sono trattazioni sulle disabilità e su malattie congenite, il pensiero filosofico spiega la diversità in termini di contrapposizione a una fisiognomica che esprime il *nomos* della forma, la norma come giusto ordine e quanto vi si allontana, ogni dismorfia, come estraneo al genere umano, nocivo in quanto concretizzazione di un disordine che

va contrastato ed eliminato. L'azione curatrice del medico ipocratico è quella di evacuare quanto in eccesso nel corpo, gli umori rimasti crudi, non temperati dal calore innato e quindi rimasti separati dagli altri sino a compromettere lo stato di equilibrio naturale dell'organismo. Tale impostazione diventa sovrapponibile, come afferma Platone, a quella del bravo legislatore, che cura la società civile eliminando quelle categorie di persone che per costituzione morale compromettono il giusto equilibrio delle parti sociali. L'uccisione dei bambini deformi e la proibizione di procreazione per i troppo deboli, come i malati *cronici* che possono generare altri individui insani, l'esclusione di quanti hanno vizi o non posseggono virtù morali, sono motivi ricorrenti nel pensiero filosofico che dall'antichità all'evo moderno standardizzano l'idea di società perfette, e divengono elementi costitutivi dello *ius* e delle politiche governative. Si afferma il concetto dei *deformi* come i bruti, secondo Aristotele più simili agli animali, privi di quei fattori vitali e spirituali che contraddistinguono l'uomo, non appartenenti al *ghenos* umano. Nella tradizione storica più antica, l'esclusione come misura igienica e politica è, insomma, terreno più dei dettami religiosi e governativi, della filosofia naturale e della giurisprudenza che della medicina in sé, la quale arriverà nel tempo a giustificare comunque, come prevenzione, la via della segregazione degli incurabili, dei contaminanti e dei *deviati* quali elementi insalubri per la società. Sul fronte morale, i caratteri considerati dismorfici rispetto alla regola naturale di una forma perfetta acquistano la valenza morale dell'impurità nelle religioni monoteistiche, dove gli *impuri*, in quanto lontani dall'immagine a somiglianza di Dio, sono estromessi dalla società civile.

A partire dal basso medioevo, la teratologia raccoglie, analizza e sistematizza osservazioni, storie, stereotipi immaginifici sui *mirabilia*, descrivendo i mostri umani patologici e incorreggibili, senza alcun riferimento a una loro cura. Con la scoperta del Nuovo Mondo si assiste a una contrapposizione violenta alla diversità etnica e culturale almeno sino al XVIII secolo, quando il fenomeno della schiavitù in Africa e nelle Americhe e delle riflessioni sui popoli *infedeli* diventa questione di dibattito filosofico, giuridico e politico del pensiero giusnaturalista illuministico. Sino a questo momento le istituzioni, le dottrine filosofiche e religiose più dei medici si occupano dell'esclusione del diverso e del disabile, costruendo una dottrina di omologazione del significato medico di miasma, ossia dell'aria corrotta e contaminata che induce le malattie epidemiche, a quello di un valore morale di impurità, e persino

di colpa, di un individuo. Diversità e alterità ritornano, invece, nelle riflessioni mediche settecentesche, legate al rinnovato giusnaturalismo e alla filosofia morale, agli albori della nascente etica medica e alla nuova dimensione della medicina come scienza sociale. A partire dal periodo illuminista, istituzioni governative, giurisprudenza, filosofia morale e politica, dottrine biologiche e mediche trovano terreno comune e una reciproca corrispondenza nelle direttive governative per la tutela della salute pubblica, per improntare adeguati piani sanitari di prevenzione e di controllo dei rischi patogeni. Si denuncia la patogenicità fisica, morale e sociale della povertà, dell'emarginazione e della schiavitù, e si affronta, sebbene non sempre apertamente, anche la *questione* degli ebrei tra ghettizzazione e inclusione, tra uniformità biologica da una parte e estraneità, diversità e riconoscimento dell'alterità culturale dall'altra. Con l'illuminismo i medici recuperano il concetto di relatività delle differenze, soprattutto nelle riflessioni sulle popolazioni indigene del Nuovo Mondo, nuovamente spiegate, come in antico, in relazione al contesto ambientale di appartenenza degli individui, fondando nella cultura di riferimento le differenze principali per lo sviluppo fisico, cognitivo e morale dei popoli e delle persone. Ciò si riflette anche sui pazienti psichiatrici, con progetti elaborati da medici che tendono a migliorare le condizioni di vita negli ospedali dei *pazzi*, più simili a delle carceri che a una forma di ospedalizzazione, denunciando i sistemi di contenzione e di trattamento dei pazienti, paragonabili a torture piuttosto che a un'azione realmente curatrice. Il progresso tecnologico, le trasformazioni economico-sociali indotte dalla prima industrializzazione e le ricadute sulla composizione sociale – con una sempre crescente fascia di povertà del sub-proletariato urbano –, la filosofia del diritto – che modifica le forme di governo – e la filosofia morale – come una sorta di nuova religione naturale –, spingono la medicina a determinare una forma di etica medica precipua, che la avvalorò nella dimensione di scienza sociale e normò una professione da sempre liberale e per questo passibile di diversificazioni nei diversi ambienti socio-culturali. Se l'etica medica nell'accezione moderna nasce dopo il processo di Norimberga ai medici nazisti, importanti riflessioni in tal senso si sviluppano proprio nel periodo illuminista, in particolare con l'opera di John Gregory – *Lectures on the duties and qualifications of a physician* – il quale, influenzato dalla filosofia di Hume, vede nella *simpatia* la base per costruire un rapporto con il paziente in una stretta reciprocità che permette una migliore azione medica. Compassione,

filantropia, comprensione divengono strumenti essenziali nell'atto della cura e nell'esercizio della professione. Il primo trattato di etica medica è il *Medical ethics* di Thomas Percival del 1803, un testo che tende a dare regole precise sulla formazione del medico, sui rapporti tra colleghi e con i maestri, sul modo di procedere nell'accertamento della diagnosi e dell'impostazione terapeutica e, soprattutto, sul fondamentale rapporto con il paziente, costruito sull'ascolto, su una presa in carico del soggetto in tutte le sue condizioni, sia cliniche sia psichiche, e sulla benevolenza verso il paziente. Se questi testi sono ancora rivolti a comunità ristrette di medici, per una normazione interna all'arte, determinante è l'assunzione da parte dell'American Medical Association (AMA), a metà del XIX secolo, dei primi *medical ethical codes* da inquadrare non solo come codici interni alla medicina, ma anche come mezzo di divulgazione di una codificazione del significato dell'esercizio medico, in cui primario risulta il rapporto medico-paziente, la cura intesa come presa in carico della persona, la salute e il bene del malato quale scopo primario della medicina. I mali sociali come condizioni predisponenti a malattie fisiche sono tematiche affrontate e motivo di dibattito ancora nel XIX secolo, ma la filosofia positivista e lo sviluppo dei nazionalismi portano a un paradigma invertito: il movimento igienista, che nelle sue origini fa della salute pubblica e della concezione della medicina come scienza sociale per la salute pubblica la propria bandiera, accentua sempre più, nella seconda metà dell'Ottocento, l'importanza della sanità del popolo in chiave nazionalista. Antropologia, frenologia, teorie biologiche evoluzionistiche e l'affermazione dell'eugenica sconfinano in una classificazione del genere umano tra individui sani e soggetti insani e contaminanti, che porta al controllo selettivo delle nascite per *disinfestare* la società civile. In pieno clima positivista, si avviano politiche eugeniche, volte all'eliminazione del germe contaminante di un popolo, di una nazione, con campagne di sterilizzazione degli individui i quali non solo non servono al progresso della società, ma possono compromettere, anzi, la società tutta.

Esiste, insomma, una forma di modello eugenico sin dall'antichità, portata avanti dal pensiero filosofico, come dimostra la numerosa letteratura distopica, ovvero delle utopie di società perfette fondate sull'esclusione, talvolta anche sull'uccisione, di chi induce disordine per costituzione fisica o morale. A fine Ottocento la medicina risponde al nuovo clima culturale cavalcando le idee eugeniche sino al punto di farsene promotrice, con un'inversione di rotta rispetto all'antico che

porta a una deontologia interna riferibile ai soli cittadini *sani*, a favore della prosperità e della salubrità dei popoli in nome del progresso. La lunga durata di un pensiero eugenico si concretizza, in pieno regime nazista, nello sterminio dei disabili e nell'olocausto, mentre si vogliono far risalire le origini ancestrali della *razza* ariana agli antichi greci, arrivando fino al punto di assumere il modello spartano come fondamento teorico del progetto *Lebensborn*¹.

1.2. *Fit and unfit*: la disumanizzazione degli *inadatti*

Assunto il compito politico di pianificazione delle politiche sanitarie, lo stesso movimento igienista ottocentesco vede tra i suoi esponenti autori che auspicano misure e norme per evitare la procreazione di *stirpi* e fasce di popolazione malate e/o marce le quali trasmetterebbero per via ereditaria morbi e vizi alla progenie, arrivando a proporre la proibizione dei matrimoni tra queste persone affinché non si riproducessero, tutto allo scopo di rendere forte il popolo e la nazione.

Lo sviluppo della microbiologia e della batteriologia, con la dimostrazione dell'origine microbica delle malattie infettive, rivoluziona la medicina e apre nuove strade alle campagne di prevenzione e tutela della salute pubblica. La sterilizzazione di ambienti e oggetti altrimenti veicolanti microbi patogeni, la bonifica dei territori e le misure igienico-sanitarie sancite dalle istituzioni, la costruzione di specifici luoghi di cura e di isolamento di malati contagiosi, l'igiene ambientale, sociale e individuale come misura primaria per la salute pubblica, trovano una ricaduta nelle politiche di salvaguardia e di prosperità dei popoli, nel mentre le differenze fisiognomiche vengono spiegate biologicamente in termini antropologici, antropometrici e genetici, dominati dal concetto di ereditarietà.

L'idea di fondo era che disposizioni fisiche e morali, nello specifico vizi morali e patologie fisiche, fossero trasmissibili per via ereditaria. Nel corso del XIX secolo, con le teorie biologiche evoluzionistiche ed eugeniche, si assiste a una sorta di classificazione del genere umano tra individui diversi secondo una scala gerarchica tra superiori e inferiori, e a una distinzione tra puri e impuri, tra individui sani e soggetti insani, tra *fit* e *unfit* (adatti e inadatti) tale per cui quanti si discostano dal modello perfetto sono fattori insalubri e inquinanti del genere umano,

¹ Sorgente di vita.

ostacolo al progresso dei popoli. Si avvia un processo di disumanizzazione sempre più forte degli individui considerati inadatti e pericolosi per lo sviluppo positivo delle società.

Si delinea così una distinzione biologica fondata sulle dottrine eugeniche dell'epoca, messe a punto già negli anni Ottanta del XIX secolo. Francis Galton, che applica le teorie evoluzionistiche del cugino Charles Darwin alla società, considerava il progresso della *razza* umana dipendente dal miglioramento della trasmissione selettiva delle caratteristiche ereditarie della popolazione alle generazioni future. Il recupero dell'opera di Gregor Mendel, sulla trasmissione dei caratteri per via ereditaria, lascia spazio all'idea di un pericolo di contaminazione e inquinamento di un popolo in caso di unioni tra individui *inadatti*: il principio teorico è che disposizioni fisiche e morali, nello specifico vizi morali e patologie fisiche, fossero ereditariamente trasmissibili, e che si potessero distinguere puri e impuri, sani e insani.

Il darwinismo sociale, con l'idea dell'evoluzione della specie mediante la trasmissione di caratteri che permettano la sopravvivenza in specifici ambienti naturali e di selezione dei più forti come elementi dominanti, apre la strada a una prospettiva di politiche di controllo delle unioni matrimoniali per evitare il rischio di un caos che generi il degrado di una civiltà, con l'intromissione nella sfera più intima delle persone, ossia nella sessualità. Sottende a ciò la paura che la proliferazione incontrollata di masse povere, incolte, viziose e malate avrebbe potuto aumentare al punto da portare a una riduzione sempre più forte di quell'élite capace di arricchire e far progredire la società, élite che rischiava, in tale prospettiva, una graduale estinzione. Si utilizzano i gruppi sanguigni per identificare marcatori genetici precisi a cui associare geni di altri caratteri; l'idea di fondo è che il gene dei gruppi sanguigni e quello di un carattere ereditario, anche recessivo, fossero nello stesso cromosoma, e che pertanto il gruppo sanguigno potesse indicare il carattere recessivo oltre a quello dominante di malattia e di predisposizione a questa. Numerosi, sin dal primo Novecento, i lavori scientifici tesi a dimostrare la pericolosità e i rischi di contaminazione provenienti da unioni matrimoniali non controllate, e ad avvalorare il divieto di riproduzione non solo per quanti potessero effettivamente trasmettere patologie ereditarie, ma anche per i portatori di stigmate somatiche e genetiche ritenute incongrue e antitetiche a un modello di purezza e di salute. Si incentivano campagne di eugenica positiva fondate sulla propaganda sia di un modello estetico che risponda a un

prototipo biologico sano e salutare su cui basare la scelta del partner, sia dell'incentivazione a una prole numerosa, come pure dell'inseminazione con liquido seminale di uomini dotati fisicamente e moralmente.

Tuttavia, a partire dal primo Novecento, negli Stati Uniti come nel Nord Europa, trova sempre più spazio l'eugenica negativa finalizzata alla costruzione e crescita delle razze e dei popoli, per impedire la riproduzione di quegli individui ritenuti patologici per impurità e inferiorità biologica e morale, sino ad arrivare all'adozione di leggi per la sterilizzazione forzata dei disabili e di quanti ritenuti portatori di malattie e menomazioni ereditarie per non inquinare la *razza*. La propaganda per la sterilizzazione dei disabili e dei carcerati contempla anche la denuncia dello sperpero di fondi pubblici per mantenere e sovvenzionare gli istituti psichiatrici e le carceri, che distrae da politiche economiche statali a favore della società *sana*. Ma soprattutto, impedire la riproduzione di tali individui permette, in un'ottica di lunga durata, di estirpare il seme patogeno dell'umanità. Il movimento culturale eugenico trova perciò ampio terreno nella cultura positivista, nell'idea di eliminare gli *unfit* in nome del progresso.

Con l'avvento di nuove discipline mediche, in particolare della batteriologia, si avviano poi, soprattutto negli USA, sperimentazioni selvagge su individui appartenenti a sfere deboli della società, come i bambini orfani o ricoverati in ospedali pubblici americani, i carcerati, le prostitute, le persone, insomma, ai margini della società, anche su base razziale. In nome del progresso medico si sperimentano nuove terapie e vaccini, nuove metodiche diagnostiche che spesso conducono a morte o a gravi menomazioni, e si infettano volontariamente i soggetti selezionati per studiare le malattie e rintracciare la causa primaria di patologie specifiche.

1.3. L'etica medica nella Germania pre-nazista

Dall'antichità a tutto l'evo moderno, dai codici deontologici derivano testi sul decoro del medico, sino ai Galatei, incentrati sulla costruzione dell'*habitus* del medico, per educare i giovani professionisti a canoni precisi di comportamento nei rapporti tra colleghi e con i pazienti; testi che danno regole non tanto per il giusto comportamento etico, quanto per definire canoni formali che distinguano il medico dalle altre professioni più basse, al fine di perseguire quel decoro che ponga la medicina come arte alta e nobile all'interno della società. Sul finire del XIX

secolo, dibattiti su più ampia scala prendono il via soprattutto con le prime discussioni sulle ricerche sperimentali eseguite su pazienti spesso appartenenti a categorie deboli della società per testare l'efficacia di nuovi farmaci e vaccini, nonché per mettere a punto tecniche diagnostiche e chirurgiche. Nella Germania pre-nazista, codici deontologici e di etica medica iniziano a essere redatti nel corso dell'Ottocento, come le opere di Karl Friederich Heinrich Marx, il quale fonda sui doveri morali della cura in senso olistico l'azione del medico e sulla compassione la vera motivazione della scelta professionale. A suo avviso, il medico è un artista della cura, che deve agire allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente, sino ad accompagnarlo nella fase terminale e adottare trattamenti palliativi (oppio e narcotici), anche se ciò accelera il tempo del decesso del malato. L'onore dell'aspetto professionale deve prevalere su quello personale.

Riflessioni etiche si sviluppano, in particolare, di fronte al dilagare di sperimentazioni mediche, soprattutto nel campo della virologia e batteriologia, tese a scoprire e testare nuove terapie e vaccini. Testimonianza di ciò è fornita dalle opere di Heinrich Schmidt, Wilhelm Mensinga, Jacob Wolf e Julius Pagel, che trattano dei doveri del medico nella sua professione, per codificare comportamenti distinguendo tra deontologia e valori etici. Si pone attenzione alla formazione del medico in virtù delle nuove discipline, dell'importanza della ricerca nei nuovi settori della medicina, in primis della batteriologia, per il progresso della scienza e delle terapie in relazione alle problematiche che possono insorgere a causa dei rischi non sempre controllabili per i soggetti sottoposti a sperimentazione. Domina ancora un atteggiamento prettamente paternalistico, laddove è ancora il medico a scegliere per il bene del paziente, a decidere quali protocolli seguire e che cosa comunicargli della sua situazione clinica, con il divieto di praticare l'eutanasia e l'aborto, pur essendo ammesse cure palliative. Si insiste sui doveri morali della professione, ma si tratta ancora di testi nel solco della lunga tradizione dei Galatei, per cui l'atteggiamento filantropico, oltre a essere un valore etico, è anche strumento di decoro del medico, di onore della professione, che deve essere incentrata sulla *benevolenza* e sulla cura del paziente quale prerogativa precipua della medicina rispetto alle altre scienze. Si istituiscono Corti d'Onore dei medici per disciplinare la professione e rafforzarla giuridicamente e nello *status* sociale, ma anche per controllare i comportamenti dei medici.

Si arriva così a un dibattito in seno alla comunità medica sulla necessità di istituire l'insegnamento dell'etica medica nelle Università, indice di quanto stesse divenendo importante la normazione dei comportamenti sulla base dei principi della filosofia morale. Sostenitore della necessità è Robert Moll, che nel 1902 pubblica *Ärztliche Ethik*, il primo trattato sistematico tedesco prettamente di etica medica, nella convinzione che sia ormai necessario impostare la medicina su parametri etici che distinguano i comportamenti leciti da quelli illeciti. La sua è un'etica *evoluzionistica* nella misura in cui si deve tener conto delle problematiche che insorgono di fronte ai nuovi progressi delle conoscenze e alle nuove scoperte, specie nel campo della pratica clinica e delle sperimentazioni. Avversario dell'eugenica e del darwinismo sociale, Moll è contrario all'eutanasia attiva, specie se utilizzata come criterio di selezione degli individui, e all'emarginazione dei disabili dalla comunità, affermando che vanno curati come gli altri. È favorevole a cure palliative, con narcotici e morfina, anche laddove accelerino il processo di morte, di fronte ad attesa di vita breve e con grandi sofferenze. Acconsente all'aborto qualora serva a salvare la vita della madre o si renda necessario in caso di incapacità di questa a mantenere il figlio in conseguenza di una prole già troppo numerosa. Il rapporto medico-paziente deve essere una sorta di contratto, con doveri e diritti di entrambi, in cui centrale è il dovere della cura; se richiesto, il medico deve dire la verità anche di fronte a una prognosi infausta, avvisando i parenti nel caso in cui la rivelazione arrecasse danno al paziente o questi non volesse conoscerla. Moll coniuga, insomma, i principi morali con la professione medica, e il suo trattato sarà fondamentale nella formazione dei medici tedeschi.

Di fronte al dilagare di sperimentazioni selvagge su fasce di popolazioni deboli, in Prussia già nel 1891 il Ministro degli Interni emana un direttiva che regola la sperimentazione di cure vacciniche con inoculazione di tubercolina sui prigionieri, ma è nel 1900 che il Ministero degli Affari religiosi, educativi e medici introduce un'ordinanza che impone il consenso da parte dei pazienti e la protezione per i minori e le fasce deboli di popolazione, dopo una sperimentazione vaccinica di inoculazione di materiale biologico prelevato da sifilitici su giovani ragazze e bambini. In seguito al famoso *disastro di Lubeca*, che portò al decesso di una settantina di bambini per testare un vaccino antitubercolare contaminato, nel 1931 la Repubblica di Weimar emana la *Regolamentazione per le nuove terapie e la sperimentazione sull'uomo*: le

prove cliniche sull'uomo devono essere precedute dalla sperimentazione su animali; è necessario il consenso del soggetto, che deve essere debitamente informato dei rischi e delle procedure; misure speciali vengono introdotte per tutelare i minori e i soggetti deboli, attuando una distinzione tra trattamenti a scopo terapeutico, e quindi legittimi in caso di estrema necessità per salvare la vita dei pazienti, e gli studi prettamente sperimentali.

1.4. La medicina nazista e il tradimento di Ippocrate

I medici nazisti avevano una deontologia e un'etica medica?

La Germania era forse il paese in cui maggiormente si era cercato di normare la professione secondo parametri di liceità e di codificare un rapporto medico-paziente all'insegna del rispetto dei diritti del malato e dell'obbligo a curare tutti come scopo primario della medicina. Con l'avvento del nazismo, però, forte e concreta più che in altri paesi diventa la disumanizzazione degli *unfit*, dei disabili e delle *razze inferiori*: i medici applicano e seguono la deontologia professionale, adottano il Giuramento ippocratico, ma le teorie eugeniche e razziali sanciscono l'applicazione dell'etica medica ai soli cittadini degni, come vincolo precipuo del loro agire. I medici nazisti curano, insomma, i soli cittadini *ariani*, nel rispetto dei principi etici della medicina, e anche come servizio alla nazione, poiché salvare un tedesco puro significava rafforzare la popolazione nazista, in un'ottica totalitarista secondo cui gli individui non vengono considerati tanto di per se stessi quanto come membri di un'intera comunità che contribuiscono a stabilire e rinviare con la loro adesione e appartenenza all'ordine dello Stato.

Il progetto eugenico trova, quindi, vigore nella Germania del III Reich, e le regolamentazioni sanitarie precedentemente emanate per il controllo delle sperimentazioni non hanno più spazio, se non all'interno della comunità *ariana*. I medici forniscono a Hitler l'apparato dottrinale della politica razziale nazista, la base scientifica e inequivocabile perché fondata sulla biologia. Con tale presupposto il 14 luglio del 1933 viene promulgata la legge per la Prevenzione di Nuove Generazioni Affette da Malattie Ereditarie, che prevede la sterilizzazione di persone ritenute affette da patologie ereditarie, quali schizofrenia, frenastenia, morbo di Huntington, cecità e sordità considerate ereditarie, psicosi maniaco-depressiva, alcolismo cronico, epilessia, gravi deformità. Si vuole, così, impedire la riproduzione a tutti quegli indi-

vidui ritenuti infestanti, che avrebbero inquinato il popolo tedesco. Il progetto prevede l'individuazione e la reclusione dei soggetti disabili, grazie ad appositi tribunali di salute ereditaria, costituiti da due medici e un giudice distrettuale, per l'identificazione di quanti sottoporre a sterilizzazione, in una tradizione di accentramento delle politiche sanitarie controllate dalle autorità giudiziarie. I disabili e le persone con patologie presumibilmente ereditarie vengono poi trasportati in appositi istituti per eseguire i protocolli previsti.

Si esaminano i pazienti nelle case di cura, i bambini disabili o *impuri* nelle scuole e i detenuti nelle prigioni. Oggi si stima che il numero di soggetti disabili sottoposti a sterilizzazione possa persino superare i 350.000 disabili. Sulla base del concetto di igiene razziale, nel 1935 si pianifica anche la sterilizzazione dei cosiddetti *bastardi della Renania*, bambini considerati di razza mista perché figli di donne tedesche e legionari francesi penetrati sul suolo tedesco con l'occupazione della Renania alla fine della prima guerra mondiale (1918-1919).

Mentre continua la campagna di sterilizzazione dei disabili, nel 1939 viene fondato l'ente T4, così denominato per abbreviazione dell'indirizzo della sua sede centrale a Berlino, *Tiergartenstraße 4*. Legato direttamente alla Cancelleria del Führer e al Dipartimento di Medicina del Ministero dell'Interno del Reich, l'ente T4 avvia il *programma eutanasia* finalizzato all'eliminazione delle vite indegne di essere vissute: si istituisce il Comitato del Reich per il Rilevamento Scientifico di Malattie Ereditarie e Congenite Gravi per la *morte pietosa* di bambini disabili.

Vengono creati Centri Speciali per l'Infanzia che raccolgono i bambini destinati alla morte, ma il programma eutanasia viene presto applicato anche agli adulti, a quei disabili considerati *inutili* perché non autonomi e non produttivi, e per questo di peso allo Stato e alla società. Si predispongono appositi pullman per il trasporto negli istituti, una trentina circa diffusi sul territorio, molti provvisti di camere a gas per uccidere le vittime e di forni crematori per smaltirne i cadaveri. Si redige un apposito formulario (*Meldebogen*) per schedare i singoli pazienti e si decide di uccidere, in particolare, quanti hanno sporadici rapporti con i familiari, coloro che non sono in grado di lavorare e quelli che sono ricoverati da oltre cinque anni. Per mantenere segrete le uccisioni in corso, questi istituti vengono dotati di uffici anagrafici interni, in grado di emettere falsi certificati di morte per cause naturali.

L'operazione T4 viene ufficialmente sospesa su ordine di Hitler nell'agosto del 1941 per paura delle proteste e del malcontento della società civile, in particolare dei cattolici, ma si continuerà a uccidere in modo decentralizzato ancora sino al 1944, anche con sistemi alternativi alle camere a gas, con iniezioni di farmaci letali o mediante la sospensione dell'alimentazione e delle terapie. Le vittime documentate sono 70.273 nel periodo della T4, ma oltre 100.000 soppressioni sono certamente state eseguite dopo la sua sospensione ufficiale. In assenza di dati certi, si stima oggi che siano state uccise oltre 200.000 persone.

1.5. La creazione delle *razze* e le politiche razziali naziste

La trasposizione dell'idea della distinzione tra individui sani e insani ai popoli, distinti tra puri e impuri, è alla base dello sviluppo delle dottrine razziali, da cui origina l'idea di popoli forti, superiori e rispondenti alle giuste misure standardizzate rispetto ad altri. La dimostrata origine microbica delle malattie contagiose apre la via, a fine Ottocento, a nuove strategie di prevenzione sanitaria e igiene sociale, che investono fortemente anche le politiche governative. In tale prospettiva, si assiste al crearsi di una sorta di coincidenza tra l'idea di contagio per microbi e l'idea di contaminazione per *razze*, entrambi patogeni e pericolosi, entrambi evitabili mediante strategie di prevenzione, sterilizzazione e disinfezione, che nell'ambito del concetto di *igiene* sociale sfocia in campagne di controllo delle unioni matrimoniali. Sul finire del XIX secolo gli sviluppi dell'eugenica lasciano, infatti, spazio all'idea di un pericolo di contaminazione e inquinamento di un popolo per unioni tra individui di *ceppi* razziali diversi, che minacciano la purezza del sangue, l'identità di un popolo. Di fronte al fenomeno migratorio, si diffonde in America il mito di una fantomatica *razza nordica*, superiore per caratteristiche fisiche e intellettive ad altre popolazioni, e si teme che commistioni di *ceppi* razziali diversi minaccino la purezza del sangue, l'identità di un popolo, in cui dominante è il concetto di ereditarietà. Per dare valore scientifico alla dottrina razziale, si studiano in particolare i gruppi sanguigni, con controlli di massa per individuare caratteri ereditari comuni di un popolo, e si adottano strumenti e analisi antropometrici per determinare l'appartenenza razziale di un individuo.

In Germania, dopo la prima guerra mondiale, di fronte alla grande crisi economica, finanziaria e politica indotta dalle condizioni del trattato di Versailles e dall'occupazione della Ruhr nel '23, riemerge e si



Fig. 1.1. Carta intitolata “Leggi razziali di Norimberga”, con colonne in cui si illustra il sangue tedesco puro. Si distingue per gradi quello ariano puro, i mezzi-puri e quello ebreo – United States Holocaust Memorial Museum, photo ID N13862, per cortesia del Hillel at Kent State.

diffonde un secolare antisemitismo, per cui gli ebrei non solo vengono percepiti come comunità estranea al popolo tedesco, ma vengono addirittura considerati colpevoli di aver contribuito alla sconfitta bellica, di aver complottato contro il paese.

In questo clima, si stabiliscono criteri per definire la *razza*: quattro nonni tedeschi fanno un ariano, due nonni tedeschi e due ebrei fanno un mezzo ebreo (Fig.1.1).

La legge sulla cittadinanza del Reich nega agli ebrei la cittadinanza tedesca, relegandoli a individui appartenenti allo Stato, e la legge per la protezione del sangue e dell'onore tedesco proibisce le unioni tra ariani ed ebrei. Si affinano strumenti antropometrici per definire i caratteri somatici e morfologici e inquadrare, così, i singoli individui in categorie ben determinate, in base al colore degli occhi, dei capelli, all'altezza, alle misure delle varie parti del corpo, per definire l'appartenenza di una persona a una specifica *razza* e, sulla base dei caratteri fisiognomici, studiare le *razze* stesse. Inizia una propaganda anti-semita denigratoria, che arriva anche alla costruzione di caratteri fisiognomici precisi identificativi degli ebrei e della loro *razza*, utilizzati per sostenere la propaganda stessa attraverso immagini dispregiative e caricaturali (Fig. 1.2).



Fig. 1.2. Copertina del libro "L'eterno ebreo" del 1937. United States Holocaust Memorial – Design #4.554 – W/S #25556. Museum Photo Archives – CD # 0204.

Tra il 1936 e il 1939, con un susseguirsi di altre leggi, gli ebrei vengono espulsi dalle scuole pubbliche ed esonerati da cariche di pubblico impiego, non possono più accedere a negozi, ristoranti e luoghi pubblici *ariani*, cessano contratti e finanziamenti per le aziende ebraiche. Non tanto l'idea di un'inferiorità endogena della *razza ebraica* rispetto agli *ariani*, quanto la percezione di una loro intrinseca patogenicità per il popolo tedesco e per la nazione diviene il motivo centrale della politica razziale nazista. Con l'inizio della guerra si avvia la politica di segregazione e la successiva ghettizzazione degli ebrei. Si studia intanto anche la

razza zingara per ricercarne le origini ancestrali, schedando rom e sinti, in modo da poterli anche individuare e controllare. Nel 1941 si avvia in Germania il progetto per la soluzione finale della questione ebraica e di quella zingara, con la deportazione di ebrei, sinti e rom nei lager per uno sterminio sistematico: la Shoah degli ebrei e il Porajmos dei rom e dei sinti, che dureranno sino al 1945.

I medici e le procedure dell'Aktion T4 vengono assunti nei campi di sterminio nazisti per eliminare le *razze* contaminanti. Si assiste a una sovrapposizione concettuale della sterilizzazione medica come uccisione dei microbi per la pulizia del campo operatorio e la pulizia del campo politico-governativo: le procedure stesse adottate dai nazisti dal momento dell'arrivo dei prigionieri nei campi fino a quello della loro uccisione, dalle docce e disinfezione fino ai forni crematori per smaltire i cadaveri, sembrano seguire esattamente un processo di disinfestazione, di eliminazione di microbi e parassiti per la sterilizzazione del campo operatorio che corrisponde, simbolicamente, allo sterminio di individui percepiti come patogeni per la nazione.

Nei campi di concentramento e di sterminio, i medici nazisti usano i prigionieri come cavie umane per condurre sperimentazioni di vario

genere, da quelle su terapie e vaccini nel campo batteriologico e virologico – per esempio per l'epatite virale, il tetano, la tubercolosi, la malaria –, a quelle a scopo bellico, come le sperimentazioni per misurare la resistenza a quote elevate e ad acque gelide, per determinare i tempi di sopravvivenza con l'assunzione della sola acqua marina, per studiare le conseguenze dell'esposizione a gas tossici, delle bruciate da fosforo, delle ferite da armi di fuoco, o le sperimentazioni di sterilizzazione e quelle genetiche sui bambini.

Le politiche razziali non restano confinate in Germania, e trovano terreno anche nell'Italia fascista. Negli anni Venti le politiche sanitarie e sociali si combinano, attraverso un sistema centralizzato coordinato dalle autorità giudiziarie stesse, con quelle di pubblica igiene tra cui rientra anche l'eugenica positiva, con strategie di propaganda di un modello estetico femminile e maschile che rappresenti uno stereotipo fisico e morale su cui fondare la riproduzione di una sana e forte stirpe italiana e lo spirito puro della civiltà fascista. Si incentiva la proliferazione di individui sani, che rispondano al prototipo del vero fascista, con cerimonie di premiazione e remunerazione alle famiglie numerose, campagne a favore delle unioni matrimoniali, garanzie di protezione sanitaria alla fascia materno-infantile, tutto in nome della prosperità del popolo italiano. Nel corso dell'estate del 1938 compare il *Manifesto della Razza*, firmato da 10 scienziati italiani, che vuole dare fondamento scientifico e biologico all'esistenza delle razze e suffragare l'*arianesimo* di quella italiana. I medici non assumono il ruolo predominante che hanno invece avuto nella Germania nazista, non conducono sperimentazioni selvagge sui prigionieri, né adottano il *progetto eutanasia* per i disabili; appoggiano, però, le assunzioni del Manifesto, che rappresenta la base teorica delle leggi razziali promulgate il 17 novembre del 1938, dopo che altri decreti avevano già disposto l'espulsione degli ebrei dalle scuole e intimato a quelli *apoliti* (entrati in Italia dopo il 1918) di lasciare il paese, pena la reclusione nei campi di concentramento. Nel periodo successivo, altri provvedimenti vanno a privare sempre più gli ebrei dei loro diritti di cittadinanza, e a emarginarli dalla società civile. Con l'instaurazione della Repubblica di Salò, e la stretta collaborazione del neo-governo fascista con il Terzo Reich, la politica persecutoria prende sempre più vigore, sino all'ordinanza del 30 novembre 1943, che decreta l'arresto, la raccolta nei campi e la deportazione degli ebrei nei lager nazisti.

1.6. Il Processo di Norimberga: un progetto di umanità

A partire dal 1943 le nazioni alleate (Gran Bretagna, Unione Sovietica, Stati Uniti e Francia Repubblicana) iniziano ad accordarsi non solo per la strategia bellica da adottare nel breve contro i tedeschi, ma anche per stabilire il modo in cui si sarebbe proceduto contro la Germania al termine del conflitto. I trattati di Versailles del 1919 e di Sèvres del 1920 avevano punito la Germania e la Turchia per il loro comportamento bellico nei confronti delle popolazioni civili, accusandole di olocausto e sanzionandole duramente. Soprattutto la Germania aveva subito forti e dure sanzioni, a livello sia territoriale sia finanziario, il che aveva determinato una crisi interna economica che indebolì molto il paese; inoltre, i tedeschi si sentirono oltraggiati e umiliati dalle imposizioni del trattato, la qualcosa alimentò sempre più idee nazionalistiche di espansione e dominio contro gli altri paesi europei nonché sentimenti xenofobi antisemiti, sulla base del presupposto che gli ebrei fossero ormai elementi estranei al corpo sociale, che avessero cospirato contro il popolo tedesco e avessero contribuito alla sconfitta bellica e alla crisi dell'economia tedesca.

Gli alleati volevano evitare che la popolazione potesse nuovamente vivere un sentimento di umiliazione che avrebbe potuto far rimpiangere il Terzo Reich e non volevano che la Germania potesse risollevarsi e ricostruirsi con una forma di governo democratico in accordo con i paesi occidentali. Al tempo stesso, tuttavia, dovevano anche impartire una punizione esemplare ai nazisti che fosse moralmente e giuridicamente accettabile.

La scelta ricadde, allora, su un modello processuale, giuridico, fondato sull'idea di un diritto penale internazionale appositamente istituito per procedere contro i nazisti. Esistevano, infatti, solamente accordi, convenzioni e dichiarazioni internazionali che, a partire dagli ultimi anni dell'Ottocento e, in particolare, in seguito alla Prima Guerra Mondiale, si erano succeduti per stabilire delle regole e delle norme proprio sul modo in cui procedere per mantenere la pace, su come condurre le guerre nel rispetto e a protezione delle società civili, dettando le basi del futuro diritto umanitario. Si sarebbe dovuto sanzionare a livello internazionale un vero e proprio diritto in tal senso, ma ecco che lo scoppio della guerra aveva interrotto gli accordi. È ai principi espressi ed elaborati in precedenza che gli alleati si rifanno per fondare un nuovo *ius*, con l'istituzione del Tribunale di Norimberga,

appositamente creato per processare i nazisti. Si sceglie volutamente una formula del tutto antagonista al modello del Terzo Reich: il diritto *versus* la barbarie. Si tratta certamente di un precedente storico, perché non esisteva ancora un diritto internazionale penale sancito, che inizia a plasmarsi, però, con l'Accordo di Londra dell'8 agosto 1945, il quale determina lo statuto e l'istituzione del Tribunale Militare Internazionale, insediato proprio nella città simbolo dell'affermazione della politica hitleriana per sottolinearne la sconfitta. Quattro sono i principali capi di accusa mossi ai nazisti: cospirazione per commettere crimini contro la pace e pianificazione di guerre di aggressione (in violazione dei trattati e degli accordi del dopoguerra), crimini di guerra e crimini contro l'umanità. Per la prima volta tra i crimini contro l'umanità compare quello per genocidio, a sottolineare l'illegittimità della politica razziale messa a fondamento dello sterminio dei popoli; i nazisti saranno riconosciuti tutti come membri di un'organizzazione criminale e per questo imputabili dei crimini suddetti.

Il primo grande processo si svolge dal novembre del 1945 all'ottobre del 1946 contro ventiquattro gerarchi nazisti, si chiude con dodici condanne a morte, e viene seguito da altri dodici processi secondari affidati al tribunale militare statunitense, il primo dei quali per processare i medici nazisti quali complici esecutori del genocidio (Fig. 1.3).

È sui principi dello statuto e delle sentenze del tribunale di Norimberga che si fonda l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), con l'obiettivo precipuo di superare il limite di quel tribunale, ossia la sua natura militare che permette l'ingerenza di un'istituzione sovranazionale per il controllo e la condanna di eventuali crimini contro l'umanità commessi da un governo solo nel caso di conflitto bellico tra due stati. Nel 1948 si istituisce un'apposita commissione per i diritti dell'uomo che porta alla creazione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nel 1959. L'ONU poteva già adottare risoluzioni straordinarie di condanna per crimini contro l'umanità, ma è solo nel 1998 che si codifica lo Statuto che istituisce la Corte penale internazionale permanente, sancendo così definitivamente un diritto penale internazionale che permette di poter intervenire nell'immediato e processare i responsabili di tali crimini anche in assenza di conflitti bellici tra due stati nazionali, per fermare politiche governative anche di un solo paese che ledono i diritti delle persone e dei popoli.

Il post-Norimberga rappresenta, quindi, un percorso di lunga durata che coinvolge politiche governative e internazionali ancora oggi improntate sui principi sanciti durante il processo ai nazisti, e volte



Fig. 13. Camera della Corte dell'International Military Tribunal trial of Nuremberg – United States Holocaust Memorial Museum, photo ID 96340, per cortesia di Gerald Schwab.

al mantenimento della pace e a un confronto dialogico tra i diversi paesi, fondato sul concetto di centralità della persona e di rispetto dell'individualità dei popoli. Da un'idea di individuo come elemento significativo solo in relazione alla prospettiva di appartenenza alla nazione nei regimi totalitari, in base al quale si riconosceva uno stato di diritto solo a coloro che rispondevano a certe stigmate di popolo in un assioma popolo-stato-nazione, con Norimberga si passa al riconoscimento dei diritti del singolo nella sua individualità, concetto base, questo dell'individualità, anche per il diritto dei popoli, nelle loro specifiche peculiarità culturali. In tale prospettiva, almeno nelle intenzioni di base, la differenza tra le diverse culture ed etnie non doveva più essere percepita come elemento di pericolo per l'incolumità di una nazione e di un popolo; erano da perseguire, piuttosto, politiche tese a costruire un rapporto dialogico e di confronto tra le diverse culture e tra i diversi popoli, nel rispetto delle rispettive singolarità.

1.7. Il processo ai medici nazisti: la *rivoluzione dell'etica medica sino alla bioetica*

L'adesione al nazismo, l'eliminazione dei tedeschi *impuri*, la pianificazione del genocidio su base razziale e l'attuazione di sperimentazioni selvagge effettuate sui detenuti nei campi di concentramento, costituiscono il fulcro del dibattito della comunità medica a partire dal processo ai medici a Norimberga svoltosi tra il dicembre del 1946 e l'agosto del 1947. Le riflessioni sul comportamento criminale dei medici nazisti hanno fatto sentire tutta l'urgenza di riaffermare i principi deontologici ed etici della medicina e di formalizzare parametri obbligatori per stabilire la liceità o meno di una ricerca sperimentale. Il Codice di Norimberga, redatto dai medici statunitensi A. Ivy e L. Alexander nel corso del Processo ai medici, rappresenta, non a caso, il primo documento ufficiale e universale che pone limiti etici agli studi sperimentali, delineando linee guida che legittimino la ricerca biomedica, con ricadute anche nella pratica clinica.

Centrale diventa l'idea dell'obbligatorietà del consenso del paziente e/o del soggetto sottoposto a sperimentazione; si ribadisce la necessità di un senso di responsabilità dello sperimentatore, che deve avere come principale obiettivo quello di non arrecare danni ai pazienti; ogni ricerca è legittima e lecita se i risultati sono utili alla società e deve essere preceduta da sperimentazioni su animali. Il codice di Norimberga sancisce i criteri di liceità della ricerca mettendo a fuoco l'idea del *consenso volontario* del soggetto come presupposto essenziale per una condotta moralmente accettabile nella sperimentazione su soggetti umani. Perché sia legittimo, il consenso deve essere espresso previa debita informazione sui rischi, sulla durata e sugli scopi dell'esperimento, il quale deve di per se stesso essere utile alla società, ovvero dare beneficio alla collettività. Si sancisce il concetto di responsabilità dello sperimentatore, il quale deve valutare i possibili rischi per i soggetti umani e interrompere l'esperimento in caso di lesioni fisiche, psichiche o emotive del paziente sempre libero, a sua volta, di revocare il consenso dato precedentemente. Nel 1948 l'Associazione Medica Mondiale aggiorna il Giuramento di Ippocrate e impegna il medico a non impiegare, neppure sotto costrizione, la sua scienza contro i diritti dell'uomo, e si avvia un dibattito sulla normazione, liceità e congruità della ricerca e dell'atto medico. I vincoli forse troppo restrittivi del Codice, che prevedeva l'obbligatorietà sia del consenso in ogni protocollo

sperimentale sia di una sperimentazione su animali prima di quella su esseri umani, laddove si erano ormai avviati protocolli sperimentali in cieco e doppio cieco e con l'uso di placebo, creano la necessità di cercare una normazione univoca che permetta studi sperimentali nel rispetto dei principi di liceità espressi a Norimberga ma che lasci maggiore elasticità nelle sperimentazioni, rifacendosi al vincolo della responsabilità dello stesso sperimentatore, il quale deve assicurare il più possibile l'incolumità dei pazienti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) approva così la Dichiarazione di Helsinki del 1964, riconosciuta ancora oggi come cardine originario per la liceità della sperimentazione medica e del rapporto medico-paziente. La dichiarazione ribadisce e rafforza il principio della centralità del consenso volontario espresso nel codice di Norimberga come riconoscimento dei diritti e della dignità del paziente, il quale porta alla codificazione dell'attuale consenso informato, nei contenuti e nella forma. Il documento ha subito revisioni sino al 2014; la più importante è quella del 1975, che rafforza e definisce ancora di più il valore e le linee guida per il consenso informato, come principio base di ogni sperimentazione e azione clinica, sotto il controllo di comitati etici.

Nel 1971 viene data alle stampe l'opera dell'oncologo americano Van Rensselaer Potter *Bioethics: a bridge to the future*, che propone il termine bioetica come esplicazione di un progetto ideale di combinazione del progresso delle scienze con la dimensione etica, in cui i problemi dell'etica medica si inseriscono tra quelli più generali di un'etica ambientale che integra le nuove conoscenze biologiche con i valori dell'uomo, incentrata prevalentemente sui problemi dello sviluppo demografico, del degrado ecologico, del rapporto fra viventi, per un adeguamento dei progressi tecnologici e scientifici ai valori morali di riferimento (*global bioethics*). Immediate sono le ricadute nella medicina: si evidenzia concretamente l'urgenza di *istituzionalizzare* un settore di analisi, studio e riflessione ormai indispensabile per la costruzione di buone pratiche nella ricerca scientifica, soprattutto con il progresso delle biotecnologie, e nella pratica medica. Sempre nel 1971 viene fondato il Kennedy Institute dell'Università Georgetown di Washington, alla cui attività si deve il fondamentale lavoro di *costruzione* dottrinale della bioetica nell'*Encyclopedia of bioethics* edita da W.T. Reich nel 1978, in cui la bioetica è definita come uno *studio sistematico della condotta umana, nell'ambito delle scienze della vita e della salute, esaminata alla luce di valori e principi morali*.

Eppure alcuni medici denunciano il perpetuarsi di ricerche sperimentali condotte su esseri umani inconsapevoli senza, dunque, il rispetto dei principi etici ormai standardizzati, e il dibattito vede la comunità medica dividersi tra i sostenitori della necessità di condurre sperimentazioni per il progresso della medicina e quanti ribadiscono, invece, l'obbligatorietà di vincoli etici e deontologici all'agire del medico. A imporre definitivamente linee guida per la sperimentazione medica è lo scandalo scoppiato nel 1972 sul *Tuskegee Syphilis Study*, protocollo iniziato nel 1932 in Alabama e finanziato con fondi pubblici destinati al Dipartimento della salute. L'idea di fondo dello studio era che la sifilide avesse un decorso diverso a seconda della *razza*, ossia intaccasse il sistema neurologico-cerebrale nei bianchi e il sistema cardiocircolatorio nei neri. Lo studio coinvolse 600 uomini, poveri e analfabeti, che per quarant'anni vennero sottoposti ad accertamenti diagnostici periodici, per lo più prelievi di midollo spinale, in cambio di cibo, funerali e cure mediche che non furono, però, eseguite. In particolare, si analizzavano i 399 afroamericani malati senza che fossero informati della loro reale patologia né curati, spiegando la loro condizione come conseguenza di un *bad blood*. Malgrado fossero risultati positivi alla visita per il servizio di leva, molti di loro non vennero sottoposti al trattamento obbligatorio con penicillina, ormai già largamente diffusa a partire dai primi anni Quaranta.

Nel 1972 il New York Times denuncia la barbarie di questo esperimento e si istituisce una Commissione Nazionale per la protezione dei Soggetti Umani nelle Ricerche Biomediche e Comportamentali degli USA, che nel 1978 porta alla redazione del documento *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research* (noto come Rapporto Belmont), per l'individuazione di linee guida e principi etici su cui impostare la ricerca bio-medica. Si sanciscono in questo documento i tre principi fondamentali dell'attuale bioetica medica: beneficenza e non-maleficenza; equità e giustizia; rispetto dell'autonomia decisionale del paziente. Si supera, così, il semplice principio del *primum non nocere* di ippocratica memoria, ossia di non nuocere e astenersi dall'agire quando le malattie sono al di sopra dell'arte per non ledere i pazienti, e si obbliga inoltre a perseguire azioni che arrechino beneficio al paziente, arrivando a condannare l'accanimento terapeutico, ossia i trattamenti inutili che inducano sofferenze, nel rispetto dell'integrità psichica e fisica dei malati. Ciò vale anche nei protocolli sperimentali, che vanno condotti senza arrecare danno ai

soggetti studiati e con lo scopo di raggiungere risultati che portino un progresso terapeutico e un beneficio per la società. Con il principio di giustizia si vietano forme discriminatorie nella scelta e nel trattamento dei pazienti, ovvero si impone di non attuare alcuna distinzione in termini di etnia, ceto sociale, provenienza culturale, appartenenza di genere ed età nell'esecuzione di una sperimentazione e nella pratica clinica. L'accesso ai risultati delle ricerche completate positivamente, ossia a nuove cure, metodologie diagnostiche e farmaci, deve essere garantito equamente a tutti. Ciò comporta anche un adeguamento delle politiche sanitarie, sollevando il problema sia dei finanziamenti alla sanità pubblica sia della ripartizione degli investimenti economici per la diffusione dei farmaci e per il sovvenzionamento delle ricerche nei vari settori. Il principio del rispetto dell'autonomia del paziente si estrinseca primariamente nella pratica del consenso informato, che deve essere libero, consapevole e revocabile, in ogni step del percorso di una sperimentazione e nella clinica.

L'idea della centralità del paziente riecheggia, in ultima analisi, il principio fondamentale del rispetto dei diritti dell'individuo che, sancito con lo sviluppo del diritto umanitario a partire dai processi di Norimberga, ha avuto un risvolto nell'etica e nella bioetica medica attuali.

Bibliografia

- G. J. ANNAS, M. A. GRODIN, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*, Oxford, 1992.
- G. BAADER, S.E.LEDERER, M. LOW ET AL., *Pathways to Human Experimentation, 1933-1945: Germany, Japan and the United States*, Osiris 2005, 20: 205-231.
- R. B. BAKER AND L.B.Mc. CULLOUGH (ed.), *An Introduction to the History of Medical Ethics*, Cambridge, 2009.
- L. B. A. BASHFORD E P. LEVINE (ed.), *The Oxford handbook of the history of eugenics*, Oxford, 2010.
- C.S. CAPOGRECO, *I campi del duce: l'internamento civile nell'Italia fascista 1940-1943*, Torino, 2004.
- P. J. CARRICK, *Medical Ethics in Ancient World*, Georgetown, 2001.
- F. CASSATA, *Molti, sani e forti, l'eugenetica in Italia*, Torino, 2006.
- B. CHIARELLI (ed.), *Il valore della diversità*, Padova, 2002.
- G. CORBELLINI (a cura di), *Dal Giuramento ippocratico alla Bioetica*, Roma, 2012.
- R. DE FRANCO, *Nel nome di Ippocrate*, Milano, 2001.
- H. H. FREYHOFER, *The Nuremberg Medical Trial: The Holocaust and the Origin of the Nuremberg Medical Code*, New York, 2004.

- H. FRIEDLANDER, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*, Chapel Hill and London, 1995.
- B. FRIZZI, *Dissertazione sulla lebbra degli ebrei*, Trieste, 1795.
- V. GAZZANIGA *ETICA E MEDICINA: UNA 'STORIA INTERNA'?*. *MEDICINA NEI SECOLI* 2003; 15: 441-458.
- E. GIMENIA, *L'eutanasia nazista: Lo sterminio dei disabili nella Germania di Hitler*, Roma, 2016.
- G. A. GOBINEAU (tradotto da A. Sangiovanni), *Saggio sull' ineguaglianza delle razze*, Roma, 1912.
- J. GOODMAN, A. McELLAGOT, L. MARKS, *Useful bodies: Human in the Service on Medical science in the Twentieth Century*. *Journal of the history on biology* 2006; 39,2: 421-423.
- A.-H, MAEHLE, *Doctors, honour and the law: medical ethics in imperial Germany*, Basingstoke, 2009.
- G. MOSSE, *Il razzismo in Europa*, Bari, 1994.
- B. MÜLLER-HILL, *Murderous Science: Elimination by Scientific Selection of Jews, Gypsies, and Others in Germany, 1933-1945*, New York, 1998.
- F.R. NICOSIA, J.HUENER (ed.), *Medicine and medical ethics in Nazi Germany*. New York 2002.
- F. PASCHOUD, B. GRANGE, C. BUCHWALDER (eds), *Médecine et morale dans l'antiquité: Entretiens sur l'antiquité classique.*, Vandœuvres-Genève, 1996.
- G. PULLÈ, *Razze e nazioni*, Padova, 1939.
- M. VEGETTI, *Medical Ethics in ancient times*. *Forum*, 1991, 1,3:1-5.
- G. VICARELLI, *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna, 1997.
- P. WEINDLING, *Vittime e sopravvissuti. Gli esperimenti nazisti su cavie umane*. Firenze, 2015.