

La Commissione Lancet sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto: prove storiche, implicazioni per oggi, insegnamento per domani

Pdf by:
<https://www.pro-memoria.info>

Riassunto esecutivo

L'Olocausto, la persecuzione sistematica e sponsorizzata dallo stato e l'omicidio di 6 milioni di ebrei da parte del regime nazionalsocialista (nazista) e dei suoi collaboratori, è probabilmente l'esempio più estremo di crimini contro l'umanità e genocidio nella storia. Durante il suo regno di terrore, il regime nazista ha commesso innumerevoli atti di violenza contro ebrei, sinti e rom, persone con disabilità o malattie psichiatriche, prigionieri politici, prigionieri di guerra e altri. Una caratteristica distintiva e inquietante di queste atrocità è l'importante ruolo che gli operatori sanitari hanno svolto nella formulazione, nel sostegno e nell'attuazione di politiche disumane e spesso genocidie. Dopo la seconda guerra mondiale, questi crimini sono stati fattori importanti che hanno contribuito all'istituzione dell'etica contemporanea dei professionisti della salute. Imparare e riflettere su questa storia può avere vari benefici per gli studenti e i professionisti delle scienze della salute e per i pazienti e le comunità che servono. I curricula di scienze della salute, tuttavia, raramente coprono questo argomento. Questo è il motivo per cui Richard Horton, Editor-in-Chief di *The Lancet*, ha convocato la Commissione *Lancet* sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto.

Quasi 80 anni dopo la sconfitta della Germania nazista e la fine della seconda guerra mondiale, i riferimenti ai crimini medici nazisti rimangono comuni: l'ondata di tropi nazisti impiegati nella propaganda anti-

vaccinazione durante la pandemia di COVID-19 fornisce esempi sorprendenti. Troppo spesso, tali riferimenti si basano su una conoscenza frammentaria dei fatti, ipotesi semplificate e gravi idee sbagliate. Questa Commissione mira a fornire un compendio affidabile e aggiornato dei ruoli della medicina e dei professionisti medici nello sviluppo e nell'attuazione dell'agenda antisemita, razzista ed eugenetica del regime nazista, che è culminata in una serie di atrocità e, in definitiva, nell'Olocausto. Su questa base, posiamo implicazioni per il campo medico e per la società più in generale, e delineiamo una tabella di marcia per l'integrazione di questa storia nei curricula delle scienze della salute in tutto il mondo.

I crimini medici commessi nell'era nazista sono l'esempio storico meglio documentato di coinvolgimento medico in trasgressioni contro individui e gruppi vulnerabili. Ciò che è accaduto sotto il regime nazista ha implicazioni di vasta portata per le professioni sanitarie di oggi, e praticamente ogni dibattito sull'etica dei professionisti della salute può trarre vantaggio dalla comprensione di questa vergognosa storia, dalle domande riguardanti l'inizio e la fine della vita, ai ruoli degli operatori sanitari come attori economici o come agenti dello stato. Questa storia mostra il potenziale per gli operatori sanitari di danneggiare i loro pazienti, ma anche, quando necessario, di resistere al potere e proteggere i più vulnerabili.

Uno degli obiettivi di questa Commissione era quello di sviluppare, informata dalla valutazione dei curricula medici esistenti, approcci educativi che promuovano la condotta etica, lo sviluppo morale e la formazione di un'identità professionale basata sulla compassione attraverso l'educazione alla medicina, il nazismo e l'Olocausto. Di conseguenza, offriamo qui un nuovo paradigma educativo, che chiamiamo formazione di identità professionale informata sulla storia. Integra i quadri dell'educazione alle scienze della salute con gli obiettivi specifici della Commissione per la formazione degli operatori sanitari. Proponiamo anche una tabella di marcia concreta per attuare i curricula obbligatori raccomandati sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto e le

sue implicazioni in tutta l'educazione alle scienze della salute. Questa tabella di marcia esplora approcci pedagogici, domande di progettazione curriculare, valutazione e sviluppo della facoltà. È importante sottolineare che, al di là di un livello informativo di apprendimento, l'educazione incentrata su questa storia può anche portare all'apprendimento a livello formativo e di trasformazione, stimolando la riflessione sulle implicazioni contemporanee, per esempio. L'obiettivo è sostenere lo sviluppo di professionisti della salute moralmente coscienti e autocritici, ma coraggiosi e resilienti, pensatori indipendenti che sono in grado di sostenere i valori professionali di fronte alla pressione e che, quando necessario, agiranno come agenti di cambiamento.

I professionisti della salute e le società contemporanee a livello globale hanno affrontato molteplici crisi: la pandemia di COVID-19; un aumento dell'antisemitismo, dei sentimenti anti-immigrati e di altre forme di razzismo e discriminazione; il cambiamento climatico; il genocidio Rohingya; e guerre, come in Israele, Gaza, Siria, Ucraina e Yemen. È nostra convinzione che lo studio della medicina, del nazismo e dell'Olocausto possa aiutare a preparare i professionisti medici a opporsi all'antisemitismo, al razzismo e ad altre forme di discriminazione e ad abbracciare e difendere la nostra umanità condivisa nei loro ruoli professionali e come cittadini globali. È solo attraverso la comprensione e la riflessione sulla storia che possiamo comprendere appieno il presente e plasmare un futuro migliore.

Messaggi chiave

- •

La medicina, il nazismo e l'Olocausto dovrebbero essere una parte obbligatoria dei curricula delle scienze della salute: ogni programma di formazione per gli operatori sanitari di tutto il mondo dovrebbe includere l'apprendimento della storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto. L'insegnamento dovrebbe concentrarsi sull'apprendimento dei fatti fondamentali e riflettere sulle implicazioni di questa storia per la pratica sanitaria presente e futura, compresa la

responsabilità dei professionisti medici e delle loro istituzioni di sostenere i diritti umani all'interno della pratica clinica, della ricerca e delle politiche pubbliche e di combattere l'antisemitismo, il razzismo e altre forme di discriminazione. L'argomento dovrebbe essere trattato sia in corsi specifici che, se del caso, in tutto il curriculum. Si raccomanda agli educatori di integrare l'istruzione sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto con contenuti correlati specifici per il loro paese o comunità. Gli organismi di accreditamento internazionali e nazionali dovrebbero includere una serie di risultati di apprendimento e competenze di base relativi a questa storia e alle sue implicazioni contemporanee all'interno dei rispettivi requisiti di accreditamento per i programmi di formazione professionale sanitaria.

- •

La riflessione critica sulle connessioni tra i valori storici e contemporanei e l'etica degli operatori sanitari dovrebbe diventare parte della formazione professionale: la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto mostra che i valori e l'etica nell'assistenza sanitaria non sono immutabili, ma cambiano nel tempo dipende da fattori culturali, sociali, economici e politici (e in particolare quando messi sotto pressione). Pertanto, i valori e l'etica devono essere costantemente valutati criticamente e rafforzati per proteggerli dal diventare potenzialmente esclusivi e disumani.

- •

La formazione dell'identità professionale informata sulla storia dovrebbe essere adottata come approccio fondamentale nell'istruzione: la formazione dell'identità professionale informata sulla storia è la formazione dell'identità professionale attraverso l'apprendimento e la riflessione sugli episodi storici in cui i valori e le priorità mediche sono stati sfidati. La medicina nel periodo nazista presenta agli studenti l'esempio più estremo e completamente documentato, e quindi si presta bene a questo tipo di apprendimento. Per i programmi di formazione che lavorano con il concetto di

formazione dell'identità professionale, la storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto dovrebbero far parte dell'attuazione di questo quadro educativo in considerazione dell'influenza di questa storia sugli standard, le pratiche e le sfide etiche contemporanee. Questi programmi di formazione dovrebbero tenere conto del fatto che l'apprendimento di questa storia può essere un'esperienza trasformativa.

- •

Dovrebbe essere istituita un'associazione professionale internazionale incentrata sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto: organizzazioni e studiosi nei campi della bioetica, dei diritti umani, della storia, dell'educazione medica e dell'assistenza sanitaria dovrebbero lavorare insieme per stabilire un'associazione professionale transdisciplinare incentrata sulla ricerca, l'istruzione e la difesa nel campo della medicina, del nazismo e dell'Olocausto. Tale organizzazione potrebbe fungere da catalizzatore per la promozione e la diffusione di studi di questa storia e delle sue implicazioni contemporanee e future, e per la formazione di future generazioni di educatori nel settore.

- •

Dovrebbe essere istituita una biblioteca digitale di risorse didattiche sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto e il ruolo degli operatori sanitari in altre violazioni dei diritti umani: per facilitare l'insegnamento di questa storia nei programmi di formazione sulle scienze della salute in tutto il mondo, raccomandiamo una biblioteca multimediale e multilingue accessibile al pubblico che includa risorse su prove storiche, curriculum modello e strumenti di valutazione.

- •

Le vittime dovrebbero essere identificate e commemorate come individui: università, ospedali psichiatrici e altre istituzioni mediche in Germania, nei suoi territori precedentemente annessi e occupati, e in altre nazioni dovrebbero promuovere l'identificazione individuale e la

commemorazione delle vittime dei crimini medici nazisti. Sono necessarie ulteriori indagini per continuare a identificare le vittime dei crimini medici nazisti e per ricostruire le loro biografie individuali per consentire un'adeguata memoria. Gli atti di ricordo in onore delle vittime dovrebbero essere tenuti in tutte le istituzioni coinvolte.

- •

Le istituzioni mediche dovrebbero promuovere la ricerca sulla propria storia: le istituzioni mediche di tutto il mondo dovrebbero essere consapevoli delle loro potenziali connessioni passate con violazioni dei diritti umani, crimini contro l'umanità, crimini di guerra e genocidio e dovrebbero avviare una ricerca appropriata. Anche se molte istituzioni mediche, comprese quelle che operano in Germania durante il periodo nazista, hanno registrazioni impressionanti di studio della loro storia, molte devono ancora iniziare questo lavoro.

- •

Gli operatori sanitari devono attuare una serie di responsabilità fondamentali per quanto riguarda l'antisemitismo, altre forme di razzismo, violazioni dei diritti umani, crimini contro l'umanità, crimini di guerra e genocidio: conoscere la medicina, il nazismo e l'Olocausto potrebbe aiutare a promuovere una comprensione dell'importanza fondamentale nei contesti medici dell'idea dei diritti umani universali, un concetto sempre più adottato nei regolamenti legali internazionali e nei codici etici dopo la devastazione inflitta dal nazismo. I metodi per prevenire, indagare e rispondere alle violazioni dei diritti umani (ad esempio, crimini contro l'umanità, crimini di guerra, atrocità di massa, genocidio) dovrebbero essere incorporati nell'ethos delle professioni sanitarie e inquadrati come una responsabilità professionale di difesa e cura. Un quadro di competenze per l'istruzione e la valutazione in questo settore dovrebbe essere formulato e implementato. Gli organismi professionali nazionali e internazionali dovrebbero convocare un gruppo di lavoro multidisciplinare per sviluppare una carta

internazionale sugli operatori sanitari e i diritti umani. Questo gruppo di lavoro dovrebbe riunire ed espandere il lavoro precedente per sostenere i diritti umani e affrontare le sfide dell'antisemitismo e di altre forme di razzismo che gli operatori sanitari devono affrontare.

Introduzione

La Commissione *Lancet* sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto è la prima Commissione *Lancet* a concentrarsi sulla storia della medicina. È stato convocato da Richard Horton, caporedattore di *The Lancet*, per far conoscere la storia e le implicazioni del ruolo della medicina durante il periodo nazista più ampiamente nella comunità medica e per contribuire a introdurre questo argomento in tutta l'educazione alle scienze della salute.¹, La Commissione comprende un gruppo internazionale e diversificato di venti studiosi - storici della medicina, specialisti dell'educazione medica, medici e bioeticisti - ed è stata sostenuta nel suo lavoro da un consiglio consultivo studentesco con 15 membri provenienti da dieci paesi.

Sterminando quasi sei milioni di ebrei nell'Olocausto e attuando politiche omicide contro tanti altri gruppi (tra cui Sinti e Rom, persone con disabilità o malattie psichiatriche, prigionieri politici e prigionieri di guerra), il regime nazionalsocialista (nazista) ha distrutto l'auto-percezione della civiltà europea come l'apice del progresso umano. Il regime nazista ha sfruttato l'antisemitismo prevalente (pregiudizio o odio per gli ebrei) nella società tedesca per condurre, nelle parole dello storico Dan Michman, una "battaglia onnicomprensiva... contro lo spirito ebraico [*jüdischen Geist*], che il nazismo ha percepito come rappresentante la nozione innaturale dell'uguaglianza di tutti gli esseri umani. Questa battaglia è stata combattuta su molti fronti, tra cui scienza, cultura, medicina, lingua, diritto e altro ancora". Eppure l'idea che ogni essere umano sia prezioso è al centro dell'etica del professionista sanitario, ed è in questo contesto che la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto acquisisce un

significato universale.

Nell'era nazista, la scienza, la medicina e la salute pubblica venivano utilizzate per giustificare e attuare politiche di persecuzione e alla fine l'omicidio di massa e il genocidio sanzionati dallo stato (l'omicidio mirato di specifici gruppi religiosi, razzialmente definiti, nazionali o etnici). Studiare la storia della medicina durante il nazismo rivela i pericolosi potenziali della medicina moderna, che coesistono con l'immenso potere della medicina a beneficio dell'umanità. Il significato di questa storia non si limita ai discendenti delle vittime e degli autori e delle loro società: è rilevante per le comunità di tutto il mondo, anche perché la Germania dell'inizio del XX secolo ha aperto la strada a così tanti aspetti della medicina moderna che sono stati adottati a vari livelli in molti paesi. Questa Commissione spiegherà in dettaglio una serie di fatti storici complessi, inquietanti e importanti, tra cui il fatto che molti medici tedeschi si sono uniti volentieri al Partito nazionalsocialista dei lavoratori tedeschi (cioè il partito nazista), hanno collaborato al licenziamento e alla persecuzione dei loro colleghi medici ebrei e politicamente dissidenti e hanno riempito con entusiasmo i conseguenti posti vacanti del personale. Le vittime sono state costrette a fuggire o a rischiare la reclusione e la morte. Gli operatori sanitari tedeschi hanno anche contribuito a preparare la legislazione sulla sterilizzazione forzata e hanno eseguito queste procedure su tra 310 000 e 350 000 vittime che sono state etichettate geneticamente inferiori. Durante la seconda guerra mondiale, almeno 230 000 persone con varie disabilità mentali, cognitive e di altro tipo le cui vite sono state ritenute indegne di vivere sono state uccise in programmi di eutanasia denominati eufemisticamente in Germania e nei territori conquistati.^{11, 13, 17, 19, 21} Il trasferimento di personale, incluso il personale sanitario, e le competenze di uccisioni dall'apparato di omicidio dei pazienti ai campi di sterminio dell'operazione Reinhardt (il nome del piano per sterminare gli ebrei che vivono nella Polonia occupata dai tedeschi) ha contribuito all'omicidio di 1,7 milioni di ebrei e di un numero sconosciuto di prigionieri di guerra rom e sovietici (nel complesso, circa 3

milioni di prigionieri di guerra sovietici sono morti nei campi tedeschi). Decine di migliaia di individui sono stati sottoposti a ricerche mediche forzate, con conseguenti grandi sofferenze, mutilazioni e morte. I corpi delle vittime, nella vita e nella morte, sono stati utilizzati per la ricerca e l'insegnamento, con esemplari a volte tenuti per la ricerca molto tempo dopo la guerra mondiale.

2.25 Pochi professionisti della salute si sono apertamente rifiutati di collaborare in una di queste attività, anche se coloro che non hanno collaborato sono stati raramente sanzionati. Allo stesso tempo, molti medici perseguitati nei campi di concentramento e nei ghetti, in condizioni orribili e di fronte a scelte morali impossibili, hanno cercato di continuare l'insegnamento e la ricerca e di prendersi cura dei loro pazienti nel miglior modo possibile, facendo del loro meglio per salvare vite umane. Nei ghetti in particolare, la resistenza del personale medico ebraico contro l'oppressione nazista si è manifestata nella continua fornitura di servizi medici attraverso ciò che rimaneva dell'infrastruttura comunitaria stabilita negli anni tra le due guerre.

Un'ampia documentazione mostra che i medici e altri professionisti della salute nella Germania nazista sono stati ampiamente coinvolti nella legittimazione dell'eugenetica, dell'antisemitismo, del razzismo e di altre forme di discriminazione e hanno svolto un ruolo chiave nella pianificazione e nell'attuazione di pratiche disumane. Tuttavia, rimangono idee sbagliate comuni sulla medicina nella Germania nazista. Tra questi c'è la convinzione che la medicina nazista - nonostante le prove significative del contrario - fosse per lo più pseudoscienza e, come tale, avesse poco a che fare con gli standard e le pratiche della scienza biomedica del XX secolo a livello internazionale. Tuttavia, il regime nazista in Germania e la sua alleanza con la medicina non sono sorti nel vuoto: gli scienziati medici tedeschi facevano parte di reti internazionali che esploravano e promuovevano l'eugenetica e sviluppavano motivazioni mediche per credenze e pratiche razziste in molte nazioni. Queste reti internazionali hanno prestato un'aria di legittimità agli scienziati tedeschi, che hanno spinto i principi del razzismo medico e dell'eugenetica ai loro

estremi e hanno contribuito alla legittimazione scientifica delle politiche virulentamente antisemite e razziste del regime nazista. Inoltre, il progetto di ricerca di almeno alcuni dei più brutali esperimenti umani nazisti seguiva ancora una logica scientifica riconoscibile, anche se abbinata a un completo disprezzo per la sofferenza dei partecipanti costretti. L'esempio della Germania nazista mostra che la logica scientifica da sola non può prevenire le trasgressioni etiche, e imparare e riflettere su questa storia è importante per tutti nelle scienze della salute.

È anche sbagliato supporre che gli operatori sanitari nella Germania nazista non avessero alcun concetto di etica medica; infatti, dimostreremo che la Germania nazista ha sviluppato una forma specifica di etica che mette la salute del popolo tedesco al di sopra di tutto, ma che escludeva un gran numero di individui dall'essere considerati parte del popolo tedesco secondo criteri eugenetici, antisemiti e altri razzisti. Così, l'etica medica è diventata un altro strumento per aiutare a progettare, razionalizzare e attuare l'agenda eugenetica e razzista del regime.

Forse l'errore più pernicioso sul coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto è l'idea che le atrocità mediche fossero gli atti di medici individuali e radicalizzati (cioè, alcune mele marce). Le prove storiche fornite qui mostreranno che i medici si sono uniti al partito nazista e alle sue organizzazioni affiliate in proporzioni più elevate di qualsiasi altra professione. Anche le istituzioni mediche e di ricerca tedesche, che all'epoca facevano parte di uno dei sistemi medici più avanzati, avevano ruoli strumentali nel regime.

In contrasto con la cooperazione volontaria e gli atti di opportunismo di così tanti professionisti della salute nella Germania nazista, ci sono anche prove storiche di comportamenti non conformi e resistenti contro le aspettative, le tentazioni e le pressioni create dalle persone al potere. Esempi noti includevano il rifiuto di seguire i requisiti formulati dalla legge sulla sterilizzazione eugenetica e il rifiuto di cooperare con i cosiddetti programmi di eutanasia genocida. Ancora più notevole è l'ampia gamma di sforzi di resistenza degli ebrei e di altri professionisti della salute

perseguitati, in particolare le lotte di medici, ostetriche e infermieri per fornire assistenza medica nei ghetti e nei campi di concentramento. L'omicidio di massa nazista di persone con disabilità e il genocidio degli ebrei sono stati entrambi segnalati in tutto il mondo durante la seconda guerra mondiale, ma il più ampio pubblico internazionale ha preso atto delle atrocità mediche solo quando i processi postbellici per crimini medici si sono tenuti a Norimberga nel 1946-47. Il verdetto del processo dei medici di Norimberga (noto anche come processo medico di Norimberga) includeva la prima formulazione internazionale di principi per la ricerca etica sugli esseri umani (in seguito denominato Codice di Norimberga), che sottolineava l'importanza del consenso volontario. Tuttavia, la maggior parte degli operatori sanitari coinvolti nei crimini medici nazisti non sono mai stati perseguiti e molti hanno continuato la loro carriera dopo la seconda guerra mondiale, raggiungendo a volte posizioni mediche di rilievo nella Germania orientale e occidentale, in Austria e in altri paesi. Allo stesso tempo, la maggior parte dei sopravvissuti ha ricevuto un riconoscimento o un risarcimento inadeguato o nessun compenso per la loro sofferenza, e le scuse della comunità medica tedesca per i loro crimini sono state offerte solo con esitazione. Come mostreremo, alcune delle conoscenze acquisite dalla ricerca criminale non etica e a titolo definitivo rimangono parte del canone medico ancora oggi. Il processo dei medici di Norimberga fu seguito dall'istituzione dell'Associazione medica mondiale nel 1947, dalla formulazione della Dichiarazione di Ginevra del 1948 e dalla Dichiarazione di Helsinki del 1964, tutte risposte precoci alle atrocità mediche della Germania nazista. Erano essenziali per lo sviluppo della moderna bioetica. Secondo la Dichiarazione di Ginevra, la salute e il benessere dell'individuo che soffre dovrebbero essere la prima priorità di ogni professionista sanitario, un principio che risponde direttamente ai crimini medici nazisti che non ha perso nulla della sua rilevanza. Questa Commissione attinge alle intuizioni di molti eminenti studiosi dei campi della storia, della bioetica e dell'educazione medica. Nonostante

l'ampio elenco di riferimenti, coprire completamente la vasta borsa di studio pertinente in questi settori va ben oltre l'ambito della Commissione. Invece, abbiamo mirato a fornire un testo universalmente accessibile, riunendo elementi provenienti da discipline che differiscono per terminologia, metodi e concetto. Speriamo che l'appendice, che contiene ulteriori risorse in lingua inglese e un glossario di termini tedeschi, sia utile ai lettori globali di *The Lancet*.

La Commissione riconosce espressamente che il regime nazista in Germania non è l'unico caso in cui gli operatori sanitari hanno collaborato con nefasti regimi politici e commesso trasgressioni e crimini etici. Storie di violenza coloniale, razzismo, schiavitù, guerra, oppressione e genocidio esistono in tutto il mondo e sono spesso caratterizzate dalla complicità (o anche dalla leadership) degli operatori sanitari. Ognuno di questi casi è distinto, con contesti storici specifici, e ognuno merita una documentazione approfondita. Il periodo nazista, tuttavia, è probabilmente l'esempio più estremo di complicità medica nelle trasgressioni non etiche e nei crimini di massa, ed è certamente il caso più documentato. Inoltre, è trasciduto in un paese europeo in prima linea nello sviluppo del moderno modello di bioscienze. Come ha osservato il linguista Max Weinreich subito dopo la guerra, "C'erano nella memoria dell'umanità Genghis Khan e Eugen Fischers [un importante igienista di razza e antropologo razziale tedesco], ma mai prima d'ora un Genghis Khan si era unito alle mani con un Eugen Fischer".

Parte 1: Panoramica storica della medicina durante il nazismo e l'Olocausto

Germania prima del 1933: la situazione della professione medica

Dopo la prima guerra mondiale, la Germania era esausta e demoralizzata. La guerra aveva causato una crisi sanitaria di vasta portata che è stata aggravata dalla pandemia di influenza spagnola del 1918-19. La sconfitta militare portò alla fine della monarchia tedesca, e il trattato di Versailles impose duri pagamenti di riparazione e la clausola di colpevolezza di guerra, e portò alla perdita di colonie e territori tedeschi. Il risultato è stato un senso pervasivo di crisi e umiliazione nazionale, con sconvolgimenti politici, iperinflazione, disoccupazione e povertà di massa che hanno afflitto la società tedesca. In questo contesto, alla fine degli anni '20 il partito nazista era emerso come la forza politica più forte da una serie di movimenti di estrema destra.

La Repubblica di Weimar - l'era della democrazia tedesca che durò dal 1918 al 1933, quando Adolf Hitler divenne cancelliere - assistette a rapidi progressi nelle scienze mediche tedesche e allo sviluppo di programmi di assistenza sanitaria pubblica di vasta portata. Con le riforme progressiste, le donne e gli studenti della classe operaia si sono uniti sempre più alla professione medica, compresi molti ebrei, che avevano una lunga tradizione in medicina. Un gran numero di medici smobilitati ha anche aumentato la concorrenza per i pazienti, il che ha portato al calo dei redditi e alla disoccupazione tra i medici. L'organizzazione professionale dei medici è stata percepita come un problema pressante, con i medici da un lato che temevano di perdere l'autonomia professionale a causa della cosiddetta socializzazione del sistema sanitario e gli organi di assicurazione sanitaria e il governo dall'altro. Sempre più, i medici conservatori vedevano la professione medica come in declino. Molti dibattiti si sono concentrati su una presunta perdita dell'autonomia dei medici, una crescente distanza dai pazienti, un materialismo diffuso, un crescente dominio delle scienze naturali sulla pratica umanistica e forti pressioni verso la specializzazione; i critici hanno contrastato questi sviluppi con una visione idealizzata della missione del medico nelle epoche precedenti.^{31, 32,}

C'era una crescente ondata di sentimento pubblico antiebraico, che

spesso combinava il pregiudizio religioso tradizionale con l'antisemitismo razzializzato, le cui rivendicazioni di plausibilità erano radicate nel razzismo scientifico che pervadevano campi come l'antropologia.' La crescita dell'antisemitismo nella professione medica tedesca era legata al clima di insoddisfazione per la situazione economica della professione. Così, la lotta per migliori condizioni di lavoro guidata dall'Hartmannbund, un'associazione di medici nella pratica privata che esiste ancora, divenne una lotta contro il governo democratico della Repubblica di Weimar. La convergenza degli interessi professionali con le motivazioni politiche spiega in parte la gravitazione di molti medici verso il nazismo: nel 1945, il 50-65% dei medici tedeschi si era unito al partito nazista, una percentuale molto più alta rispetto a qualsiasi altra professione accademica.' medici, chiaramente, erano attratti dal partito nazista non solo per la sua agenda razzista ed eugenetica, ma anche per la promessa di difendere gli interessi dei medici non ebrei, non da ultimo estromettendo i medici ebrei dalla professione.

Esclusione sistematica e persecuzione degli operatori sanitari ebrei

La forte rappresentanza degli ebrei nella professione medica tedesca si rifletteva nel censimento del giugno 1933. Tra i 51 527 medici contati, 5557 - più del 10% - sono stati contati come ebrei, che all'epoca comprendevano l'1% della popolazione. Secondo i dati dell'inizio del 1933, l'inclusione degli ebrei che si erano convertiti al cristianesimo porta il numero tra 8000 e 9000,²⁹ La quota di medici ebrei era ancora più alta a Berlino, dove, secondo una stima, 2617 (39%) dei 6715 medici erano contati come ebrei. I nazisti usavano questa forte presenza ebraica nella professione per alimentare il risentimento antisemita. Una delle loro prime iniziative formali anti-ebraiche fu il 1 aprile 1933, il boicottaggio delle imprese ebraiche, che includeva esplicitamente gli uffici medici ebrei. Solo pochi giorni dopo, il 7 aprile 1933, fu approvata la legge per il ripristino del servizio civile professionale. Ha vietato agli ebrei di ricoprire posizioni nel

medici ebrei, pari a circa due terzi del totale. In seguito all'annessione dell'Austria da parte della Germania nazista nel marzo 1938, nota come Anschluss, le misure antiebraiche che si erano accumulate in Germania nell'arco di diversi anni furono attuate in pochi mesi, portando alla distruzione del sostentamento di migliaia di operatori sanitari ebrei e al licenziamento di oltre la metà dei membri della famosa Facoltà di Medicina dell'Università di Vienna. . . .

Oltre alla legislazione di persecuzione, i medici ebrei hanno dovuto affrontare una virulenta propaganda antisemita. Un motivo comune era la rappresentazione di medici ebrei maschi come predatori sessuali che cercavano di sfruttare le vulnerabili cosiddette donne ariane. I medici ebrei furono spesso vittime di arresti arbitrari e violenza fisica, che si intensificò al pogrom di novembre (noto anche con il termine di propaganda nazista *Kristallnacht*) il 9-10 novembre 1938, durante e dopo il quale molti medici ebrei furono tra quelli deportati nei campi di concentramento. Un'ulteriore costrizione della vita professionale dei medici ebrei arrivò con la chiusura forzata degli ospedali ebrei, gli unici posti rimasti in cui i medici ebrei dovevano lavorare. Pochissimi ospedali ebrei sopravvissero alla seconda guerra mondiale, tra cui gli ospedali ebrei a Berlino, Amburgo, e Vienna.

Sulla scia delle crescenti minacce e restrizioni economiche e sociali, molti medici ebrei cercarono di emigrare dalla Germania⁴³e, dopo l'Anschluss, dall'Austria. . . . Quando l'emigrazione divenne quasi impossibile a causa della guerra, circa due terzi dei medici ebrei avevano lasciato la Germania (che ormai includeva l'Austria), per lo più negli Stati Uniti, la Palestina (che era sotto mandato britannico) e il Regno Unito. Coloro che cercavano di andarsene hanno affrontato grandi difficoltà e sono stati spogliati della maggior parte dei loro beni, in particolare dalla predatoria *Reichsfluchtsteuer* (nota come Reich Flight Tax). La maggior parte dei paesi ha chiuso le frontiere ai rifugiati ebrei, ed è diventato sempre più difficile ottenere visti per gli altri. La pressione incessante, la persecuzione e i crescenti ostacoli all'emigrazione hanno contribuito a un'ondata di suicidi tra gli ebrei. . . . Coloro che sono riusciti a fuggire hanno affrontato

ulteriori difficoltà mentre tentavano di reinsediarsi in luoghi in cui erano spesso considerati concorrenti sgraditi dalla comunità medica stabilita. . . . La maggior parte dei medici ebrei tedeschi e austriaci che non sono emigrati sono stati assassinati durante l'Olocausto, tra cui circa il 25% del numero totale contato in Germania nel 1933.²⁹ membri di altre professioni sanitarie, in particolare infermieri e ostetriche, sono stati perseguitati anche per motivi antisemite e di altro tipo, così come gli studenti di medicina. La complicità e la partecipazione spesso attiva di professionisti sanitari tedeschi e austriaci alla persecuzione dei loro colleghi ebrei, spesso con conseguenze mortali, deve essere considerata un massiccio fallimento etico a sé stante.

Ideologia nazista

L'ideologia nazionalsocialista era organizzata attorno a un insieme di principi dogmatici che, presi insieme, costituivano una visione del mondo onnicomprensiva (*Weltanschauung*). Un elemento centrale di questa visione del mondo era un nazionalismo aggressivo e revanchista che mirava a rovesciare l'ordine internazionale imposto dopo la prima guerra mondiale. Il nazionalsocialismo cercò di distruggere il sistema democratico di Weimar e sostituirlo con una dittatura basata sulla presunta supremazia razziale del popolo tedesco, del *Volk* e della pretesa del *Volk* di dominio in Europa e oltre. Ha attinto a diversi elementi a volte conflittuali, tra cui gerarchie autoritarie, antisemitismo, razzismo, sessismo ed elementi di ideologia fascista, che stava guadagnando terreno in Italia e in molti altri paesi europei. Anche se il nazismo mancava di coerenza intellettuale, ha guadagnato il suo potenziale distruttivo dalla sua radicalizzazione dinamica di una costruzione manichea, in bianco e nero, buona contro male del mondo, che percepiva nemici immaginati ovunque. Il culmine fantasmagorico di questa visione del mondo fu l'idea di un cosiddetto anti-razza ebraico, sul quale è stato proiettato tutto il male percepito.

In questo punto di vista, il *Volk* tedesco era impegnato in una lotta

esistenziale per la sua sopravvivenza, che richiedeva di superare sia i vincoli morali giudaico-cristiani che l'eredità emancipatrice dell'Illuminismo e della Rivoluzione francese, nonché le ideologie liberali, capitaliste, socialiste e comuniste. Secondo la visione del mondo nazista, tutti questi movimenti e idee erano basati sullo spirito ebraico antinaturale (*jüdischer Geist*) - l'idea minacciosa di uguaglianza umana, che di conseguenza doveva essere rimossa attraverso l'eliminazione dei suoi vettori ebrei e delle strutture politiche, legali, sociali e culturali che ne erano infuse.' ' Il *Volk* tedesco era considerato l'unico vero soggetto della storia, mentre lo stato e le sue istituzioni erano semplici strumenti per realizzare la missione della Germania, che includeva l'espansione territoriale per aggressione militare (spesso giustificata come portare i tedeschi etnici sotto il controllo del Reich). I diritti e il valore degli individui dipendevano esclusivamente dal loro valore percepito per il *Volk* - in termini biologici la loro presunta purezza razziale e in termini più ampi la loro capacità e volontà di contribuire alla missione politica, economica e militare del nazionalsocialismo. Durante la seconda guerra mondiale, l'espansione militare e la conquista della Germania della maggior parte dell'Europa divennero un tentativo di stabilire un impero razzista, con decine di milioni di persone, specialmente nell'Europa orientale, prese di mira da politiche di repressione violenta, sfollamento etnico, fame e genocidio.' '

L'ossessione per la razza e l'eredità aiuta a spiegare perché il vice di Hitler Rudolf Hess potrebbe descrivere il nazionalsocialismo come biologia applicata e perché la medicina è arrivata ad occupare un posto così significativo nella Germania nazista, che è stata descritta come una dittatura biopolitica.⁷⁵ Il ruolo della medicina era quello di purificare e rafforzare il corpo nazionale tedesco (*Volkskörper*) e di prepararlo per la sua missione storica di costruire un impero che sarebbe durato mille anni (un concetto preso in prestito dalla teologia cristiana). La creazione di una versione nazista dell'etica medica faceva parte di questo sforzo.' Un elemento fondamentale del ruolo della medicina era la cosiddetta igiene

razziale (*Rassenhygiene*). Sviluppata nei primi decenni del XX secolo e basata sui termini darwiniani di selezione e lotta e sul concetto di sopravvivenza del più adatto di Herbert Spencer, l'igiene razziale descrive una serie di ipotesi, credenze ideologiche e pratiche che avevano lo scopo di creare un forte corpo nazionale promuovendo la procreazione di elementi desiderabili e sradicando quelli considerati razzialmente indesiderabili o geneticamente inadatti. L'attuazione dell'igiene razziale, che si sovrapponeva considerevolmente al campo dell'eugenetica, divenne il pilastro centrale della salute pubblica durante il periodo nazista. L'ideologia nazionalsocialista non era né logicamente coerente né uniforme: al di là di un nucleo stabile di credenze, c'era un notevole spazio per la variazione e sorsero conflitti su politiche e strategie concrete. Nonostante tali differenze interne, è possibile delineare una serie di obiettivi generali, implicazioni strutturali e gerarchie di valori che erano di particolare rilevanza per le politiche mediche e sanitarie dal 1933 in poi. Le persone ritenute in forma e degne costituivano la cosiddetta comunità popolare (*Volksgemeinschaft*), un collettivo immaginario che trascendeva i conflitti sociali e purificava di oppositori politici, ebrei e altre minoranze (ad esempio, Rom e Sinti). Maggiori risorse dovevano essere dedicate al miglioramento delle prestazioni degli individui e del *Volk* tedesco nel suo complesso. Allo stesso tempo, gli estranei o i nemici definiti razzialmente, così come quelli ritenuti di qualità genetica inferiore, sono stati esclusi dal *Volk* (e, per estensione, da tutte le sfere della vita) e alla fine eliminati. Le scienze relativamente nuove dell'eugenetica e dell'igiene razziale dovevano fornire gli strumenti per questo sforzo.

Eugenetica e genetica medica

L'eugenetica era un movimento internazionale basato su concetti formulati alla fine del XIX secolo. Il suo scopo principale era quello di influenzare la riproduzione in modi che avrebbero migliorato la qualità biologica delle popolazioni umane (un concetto il cui significato preciso variava notevolmente a seconda di chi lo stava implementando). Gli

sviluppi nelle scienze biomediche, come il darwinismo e la genetica mendeliana, combinati con una percezione di crisi crescenti nella salute pubblica, si sono riuniti per generare un grande interesse professionale e pubblico per l'eugenetica. L'eugenetica è arrivata a influenzare le politiche di molti governi, anche se con variazioni sostanziali a seconda di specifici contesti nazionali. In Germania sotto il dominio nazista, l'eugenetica, per lo più indicata come igiene razziale, ha raggiunto la sua manifestazione più radicale.

Il termine eugenetica fu coniato intorno al 1880 dal famoso scienziato britannico Francis Galton per descrivere un "sforzo scientifico per un'ulteriore evoluzione, in particolare quello della razza umana". Poco dopo, il medico tedesco Alfred Ploetz introdusse il termine igiene razziale. L'eugenetica e l'igiene razziale sono state spesso utilizzate in modo intercambiabile, anche se c'è stata una notevole controversia sulla portata degli interventi proposti e sull'esatto significato della razza in questo contesto. Entrambi i concetti condividevano le nozioni fondamentali che le persone erano, sulla base delle loro costituzioni biologiche e genetiche, di valore diverso per la comunità, e che le politiche discriminatorie dovrebbero essere utilizzate per promuovere la riproduzione di persone giudicate di alto valore e per sopprimere la riproduzione di quelle ritenute di basso valore. Il razzismo, sempre più ancorato al pensiero scientifico dalla fine del XVIII secolo, ha aggiunto la nozione che il colore della pelle o l'origine etnica fossero presunti marcatori di idoneità genetica, e quindi sociale, di valore, o in termini darwinisti sociali. L'eugenetica e l'igiene razziale hanno intrecciato scienza e politica: l'obiettivo politico di migliorare la qualità biologica di una data popolazione ha motivato i programmi di ricerca, e la scienza ha fornito la legittimazione per la politica sociale, gli interventi medici e gli interventi di salute pubblica. Inoltre, la biologia e la medicina hanno fornito concetti che sono stati utilizzati per interpretare i problemi sociali e politici contemporanei e per sviluppare politiche in risposta. L'eugenetica ha unito gli scienziati e lo stato nello sviluppo e nell'attuazione di interventi, apparentemente fondati

esempio, il Francis Galton Laboratory for the Study of National Eugenics, fondato nel 1904 come parte dell'University College London (Londra, Regno Unito), esisteva con quel nome di Galton Laboratory fino al 2013, quando è stato incorporato nella Division of Biosciences dell'UCL.

La difesa delle politiche eugenetiche, come le leggi sulla sterilizzazione forzata, ha avuto abbastanza successo, specialmente in Germania, Scandinavia e Stati Uniti. A partire dall'Indiana nel 1907, un numero crescente di stati americani ha legalizzato la sterilizzazione delle persone percepite come una minaccia per la salute e la prosperità della popolazione. Poiché la loro costituzionalità non era chiara, queste leggi avevano un effetto limitato fino al 1927, quando la decisione della Corte Suprema degli Stati Uniti in *Buck v Bell* dichiarò costituzionali le leggi sulla sterilizzazione, aprendo la strada alla 21enne Carrie Buck per essere sterilizzata con la forza.' ' Le leggi eugenetiche negli Stati Uniti hanno portato alla sterilizzazione forzata di almeno 64 000 persone con disabilità mentali e dello sviluppo quando l'ultima di queste leggi è caduta in disuso a metà degli anni '70.¹⁰⁷ Leggi simili sono state introdotte anche nelle province canadesi di Alberta e British Columbia, dove la sterilizzazione è stata imposta come condizione per il rilascio dalle cure istituzionali.' '' In Europa, le prime leggi sulla sterilizzazione a motivazione eugenetica furono introdotte nel cantone svizzero Vaud¹¹² nel 1928 e in Danimarca nel 1929. Gli altri stati scandinavi e gli stati baltici seguirono l'esempio poco dopo. Prima del 1933, gli eugenetici europei guardavano agli Stati Uniti per la formulazione e l'attuazione di tali leggi. In effetti, la legge sulla sterilizzazione introdotta nella Germania nazista nel 1933 era in parte basata su una legge modello che era stata redatta dall'educatore ed eugenetico statunitense Harry Laughlin e fu successivamente adottata e modificata nel corso di diversi decenni negli Stati Uniti. La legislazione tedesca del 1933, a sua volta, divenne presto un modello per gli eugenetici scandinavi e statunitensi. I contatti internazionali e gli scambi sull'eugenetica tra la Germania e molte altre nazioni rimasero attivi fino all'inizio della seconda guerra mondiale e anche dopo.' ' ' '

In Germania, lo stato della genetica medica e dell'igiene razziale è stato compilato in un libro di testo multi-volume, noto come *Baur-Fischer-Lenz*, che è stato tradotto in inglese nel 1931. *Baur-Fischer-Lenz* definì il campo e divenne, come avrebbe poi dichiarato il leader della salute del Reich Leonardo Conti, il testo fondamentale dell'igiene razziale nazista.'''

Sterilizzazioni forzate e aborti

Fin dal suo inizio, e usando mezzi sempre più drastici, il regime nazista ha interferito con l'integrità corporea e la capacità riproduttiva delle persone, a partire dalla legge sulla sterilizzazione introdotta nel 1933. La legge per la prevenzione della prole ereditariamente malata, approvata dal governo del Reich e promulgata il 14 luglio, consentiva la sterilizzazione forzata per motivi eugenetici e, in caso di non conformità, consentiva la coercizione diretta, compreso l'uso della forza fisica.''' La legge era in parte basata su un progetto del 1932, cioè pre-nazista che legalizzava la sterilizzazione volontaria.''' La legge del 1933 elencava una serie di condizioni, vale a dire la schizofrenia, la malattia maniaca-depressiva, l'epilessia, la malattia di Huntington, la cecità e la sordità ereditaria, la deformità fisica ereditaria grave, l'alcolismo grave e la debolezza mentale congenita, una categoria elastica in base alla fine della quale sono state effettuate il 50-60% di tutte le ster. La vaghezza della categoria di debolezza mentale congenita ha permesso ai medici e ai giudici che decidevano questi casi di fare affidamento su criteri sociali, economici e biologici che erano spesso intrecciati con pregiudizi razzisti o discriminatori di genere.' Ad esempio, le persone considerate estranei sociali, dispregiativamente indicate come asociali, sono state spesso sterilizzate con il pretesto di una presunta carenza morale o mentale, e molti Sinti e Rom in Germania sono stati anche sterilizzati dopo essere stati etichettati come deboli.

Dal 1935 in poi, la sterilizzazione forzata poteva essere combinata con un aborto fino al sesto mese di gravidanza. Questa era la prima volta nella storia tedesca che gli aborti venivano legalizzati, ma erano legali solo per indicazioni eugenetiche. Gli aborti volontari sono stati perseguitati più

severamente che mai, perché la mancata riproduzione era considerata contraria agli interessi del *Volk* tedesco.

I medici (in particolare gli psichiatri) e altri professionisti della salute non solo hanno guidato la creazione della legge sulla sterilizzazione, ma hanno anche svolto un ruolo cruciale in ogni fase dell'attuazione. Il loro contributo all'applicazione della legge è iniziato con la segnalazione obbligatoria dei pazienti giudicati malati ereditari. Anche se gli ufficiali di sanità pubblica e i direttori degli ospedali psichiatrici o delle strutture di assistenza a lungo termine di solito si sono conformati, molti medici in pratica privata si sono astenuti dal segnalare i loro pazienti. È importante sottolineare che non ci sono casi documentati noti di conseguenze negative derivanti da tale mancato rispetto della legge. Le decisioni finali relative alla sterilizzazione nei singoli casi sono state prese dai cosiddetti tribunali sanitari ereditari di nuova creazione, in cui i medici hanno agito sia come consulenti esperti che da giudici.

Una volta ordinata, la sterilizzazione forzata di solito comportava una procedura chirurgica, che è stata fatta in ospedali regionali selezionati e cliniche universitarie. Dal 1936 in poi, le donne furono anche sterilizzate attraverso l'esposizione ad alte dosi di raggi X. Nel 1945, almeno 310 000 persone, e forse più di 350 000 persone, erano state sottoposte a sterilizzazione forzata, tra cui più di 10 000 persone nella Slesia tedesca. Il numero complessivo di uomini e donne sterilizzati era simile, ma la natura più invasiva della procedura nelle donne portava a una frequenza molto più elevata di complicanze: secondo una stima, durante il periodo nazista circa 5000 tedeschi morirono a causa della sterilizzazione, il 90% dei quali donne. I sopravvissuti avevano spesso problemi di salute fisica e mentale per tutta la vita e stigmatizzazione sociale sperimentata, che a volte porta al suicidio (Panel 1, Panel 2).

Pannello 1

Sterilizzazione forzata: i genitori delle vittime parlano

La prospettiva di una sterilizzazione dei loro figli imposta dal governo ha portato alcuni genitori a presentare ricorsi contro le decisioni prese dai

tribunali sanitari ereditari. Le lettere dei genitori alle autorità rivelano come gli individui presi di mira dalle politiche demografiche eugenetiche hanno sperimentato vergogna e umiliazione.

Emil Hindemith è una di queste persone che ha scritto all'ufficio sanitario per conto di suo figlio: "Le misure avviate dall'ufficio sanitario locale si sono ovviamente diffuse nel nostro villaggio e, come spesso accade, specialmente in un piccolo villaggio, la nostra famiglia è diventata bersaglio di pettegolezzi... Come conseguenza di questi eventi mio figlio, un uomo introverso, per anni disoccupato e disabile, ha subito uno shock mentale ed è diventato ancora più ritirato... La persona che ha affermato che mio figlio era un idiota può essere solo un informatore impertinente, che voleva solo vendicarsi personalmente. Vorrei menzionare che non sono né cattolico, né un oppositore della legge per proteggere la salute ereditaria del popolo tedesco".

Louise Christoph si applicò a Hitler per conto di sua figlia: "Nel dicembre 1932 mia figlia subì un esaurimento nervoso. È stata diagnosticata la schizofrenia. Mia figlia, che sulla base di una dichiarazione medica è soggetta alle disposizioni della legge sulla prevenzione della nascita di prole gravate da malattie ereditarie e che deve essere sterilizzata, non potrebbe mai essere persuasa a sottomettersi volontariamente a tale operazione. Mia figlia considera la sterilizzazione un trattamento umiliante e si sentirà una cittadina di seconda classe e sarà espulsa dalla società. Preferirebbe morire piuttosto che sperimentare una tale umiliazione. È disposta ad accettare qualsiasi altra misura preventiva per proteggere dalla prole indesiderabile. ...Premandomi della sua vita e della sua salute, mi rivolgo a te come nostra ultima risorsa, *mein Führer*."

Pannello 2

Wilhelm Werner (1898–1940)

Wilhelm Werner nacque vicino a Norimberga nel 1898 e trascorse parte della sua infanzia nella casa dei poveri di Nordheim am Main. Dopo che i suoi genitori divorziarono nel 1906, Werner e sua sorella furono temporaneamente collocati in istituzioni per i cosiddetti bambini deboli-

minded. Fu probabilmente alla St Joseph Institution di Gmünden che Werner imparò a disegnare. Nell'agosto 1919 fu ammesso al sanatorio bavarese Werneck con una diagnosi di idiozia.

Come risultato della legge per la prevenzione della prole ereditariamente malata (1933), Werner fu sterilizzato con la forza ad un certo punto tra il 1934 e il 1938. Nel 1940, Werneck fu lasciato libero per far posto a una scuola nazionalsocialista d'élite. Alcuni pazienti sono stati trasferiti in altre istituzioni, ma molti sono stati inviati direttamente al centro di uccisione T4 a Pirna-Sonnenstein, incluso Werner.

Prima del suo omicidio, Werner aveva elaborato la sofferenza che aveva sperimentato a seguito di quello che ha descritto come il "trionfo della sterelazione" in più di 40 disegni (figura 1). Un membro del personale del manicomio di Werneck prese i disegni da Werner nel 1938. Circa 70 anni dopo furono dati alla Collezione Prinzhorn di Heidelberg. Ad oggi, sono le uniche opere d'arte sopravvissute e conosciute sul tema della sterilizzazione forzata da parte di un paziente che vive in un manicomio psichiatrico sotto il nazionalsocialismo.

Figura 1 *Trionfo della sterelazione*, Wilhelm Werner, anni '30

Mostra la didascalia completa

Riprodotta con il permesso del Museum Sammlung Prinzhorn.

La politica razziale anti-nera ha portato alla sterilizzazione forzata extralegale di 600-800 bambini nati da madri bianche e padri non bianchi delle colonie francesi che avevano servito come soldati durante l'occupazione della Renania dopo la prima guerra mondiale. Questi bambini sono stati sottoposti a valutazioni medico-antropologiche presso l'Istituto Kaiser Wilhelm per l'antropologia, l'eredità umana e l'eugenetica a Berlino, e dal 1937 in poi sono stati sterilizzati con la forza. Durante la guerra, medici come Carl Clauberg e Horst Schumann hanno ricercato metodi di sterilizzazione di massa per sostenere le politiche genocida del regime nell'Europa orientale.

Un altro esempio di interventi chirurgici forzati sono state le castrazioni di uomini per presunti reati sessuali, compreso il sesso con altri uomini. La

legge contro i criminali abituali pericolosi, approvata il 24 novembre 1933, prevedeva la castrazione dei cosiddetti criminali morali, che erano considerati biologicamente indegni e pericolosi. Il 26 giugno 1935, il regime nazista ha modificato il codice penale per consentire agli uomini riconosciuti colpevoli di attività sessuale con altri uomini di accettare la castrazione per evitare un'ulteriore incarcerazione. Circa 2300 uomini avevano subito tale mutilazione a metà del 1943.⁸

Il sistema sanitario pubblico al servizio del *Volk*

Il ruolo specifico della medicina durante il nazionalsocialismo si basava sul principio di un organismo nazionale (*Volkskörper*) che doveva, agli occhi dei nazisti, essere epurato dalle influenze razziali non tedesche e dagli elementi giudicati geneticamente inferiori. Una conseguenza immediata dell'ascesa al potere dei nazisti fu la radicale riorganizzazione del sistema sanitario pubblico per concentrarsi su quella che era considerata purificazione razziale e genetica. Il concetto di nuova introduzione di cura per l'ereditarietà e la razza (*Erb- und Rassenpflege*) rifletteva il doppio carattere del campo, che era diretto sia contro i membri del popolo tedesco ritenuto di qualità genetica inferiore sia contro estranei definiti razzialmente immaginati come una minaccia per la purezza razziale della comunità.⁹

La base legislativa di questa riorganizzazione è stata creata con la legge del 1934 per la standardizzazione del sistema sanitario, che ha creato una rete unificata e controllata centralmente di uffici di sanità pubblica sotto la guida di medici della sanità pubblica la cui fedeltà non era ai singoli pazienti, ma al *Volk* collettivamente. Sebbene gli uffici di sanità pubblica abbiano continuato a svolgere funzioni consolidate, come la raccolta di statistiche sanitarie, il controllo delle malattie infettive o i controlli di screening di donne incinte e bambini, il loro ruolo principale è cambiato radicalmente secondo l'agenda di igiene razziale del regime nazista. Un manuale del 1939 per il servizio sanitario pubblico affermava che "Ogni misura, intrapresa in tutte le aree, deve essere esaminata dal punto di

vista della politica demografica e prendersi cura dell'eredità e della razza".

Questo riorientamento del sistema sanitario pubblico è stato reso possibile da uno sforzo globale per raccogliere dati incriminanti sulle famiglie e sulle comunità (*Erbbestandsaufnahme*), con conseguente creazione di un cosiddetto registro delle eredità (*Erbkartei*) di una gran parte della popolazione. A Vienna, che, con una popolazione di circa 2 milioni, era la seconda città più grande della Germania nazista, sono state raccolte informazioni su circa 767 000 persone. Questo registro dell'eredità è stato progettato per consentire ai funzionari della sanità pubblica di valutare facilmente il presunto valore biologico per la comunità di un dato individuo, ai fini di misure eugenetiche positive e negative. Nonostante si riferisca apparentemente alla biologia ereditaria, il registro combinava categorie mediche, socioeconomiche, amministrative, sessiste, razziste e antisemite; le vere malattie ereditarie hanno svolto solo un ruolo marginale. In definitiva, il presunto valore di un individuo per la comunità è stato definito principalmente in termini economici, da cui, in un argomento circolare, è stata derivata la presunta qualità biologica. Ciò che seguì fu un riorientamento dell'intero sistema di welfare e sanità pubblica secondo i criteri di igiene razziale e antropologia razziale. L'assistenza al mantenimento dei figli, i prestiti matrimoniali e altri benefici erano legati a una valutazione positiva della salute ereditaria da parte degli uffici sanitari pubblici, portando all'esclusione sistematica delle persone ritenute indegne. Le coppie dovevano ottenere un certificato che verificava la loro idoneità biologica prima di potersi sposare. Anche gli uffici di sanità pubblica erano responsabili dell'attuazione della legge sulla sterilizzazione.

Poiché il regime nazista credeva che solo le persone sane potessero servire pienamente il *Volk*, furono istituiti ampi programmi di salute pubblica per promuovere la salute della nazione. Ad esempio, le campagne educative per il grande pubblico hanno comunicato i pericoli dell'uso del tabacco e i benefici di una dieta sana e altre iniziative

incentrate sulla salute prenatale e sul cancro. Tuttavia, tutti questi programmi preventivi innovativi erano esclusivi e disponibili solo per i tedeschi ritenuti degni di loro. Il partito nazista e le sue organizzazioni affiliate sono diventati un fattore importante nella fornitura di assistenza sociale e nelle campagne di salute pubblica. L'Organizzazione nazionalsocialista per il benessere del popolo (*Nationalsozialistische Volkswohlfahrt*) era un'organizzazione di massa che propagava l'immagine di una comunità socialmente integrata di tedeschi escludendo le minoranze definite razzialmente e quelle ritenute inadatte dai suoi programmi. L'organizzazione gestiva anche centri in cui i bambini rapiti dai territori occupati venivano selezionati per la cosiddetta germanizzazione, spesso coinvolgendo medici e altro personale sanitario.

Un caso speciale era l'organizzazione *Schutzstaffel* (SS) *Fount of Life* (*Lebensborn*), che è spesso raffigurata come dedicata all'allevamento letterale della cosiddetta razza maestra. In realtà, l'organizzazione ha istituito case di maternità in cui le donne considerate razzialmente degne potevano partorire. Queste donne includevano partner di membri delle SS e madri non sposate, che dovevano sottoporsi a un ampio screening del loro background familiare e della loro salute prima dell'ammissione in tale struttura. Secondo le stime, tra i 7000 e i 20 000 bambini sono nati nelle strutture di *Fount of Life*. Durante la seconda guerra mondiale, l'organizzazione ha istituito case di maternità in Norvegia, Austria, Francia e in altri paesi dell'Europa occidentale e case di transito per bambini in Polonia, che fungevano da strumento per la germanizzazione forzata di bambini selezionati (alcuni trovati negli orfanotrofi, altri rubati ai loro genitori). Il numero di bambini sottoposti a procedure di germanizzazione rimane dibattuto, con cifre che vanno da diverse centinaia a molte migliaia.

Il doppio carattere della cosiddetta cura per l'ereditarietà e la razza ha fatto sì che anche gli uffici di sanità pubblica appena riorganizzati svolgessero un ruolo importante, e spesso trascurato, nella persecuzione degli ebrei e di altre minoranze definite dal punto di vista razziale. Al

Congresso del Partito Nazista del 1935 a Norimberga, la leadership tedesca promulgò la legge sulla cittadinanza del Reich e la legge per la protezione del sangue tedesco e dell'onore tedesco, conosciuta collettivamente come le leggi sulla razza di Norimberga. Queste leggi hanno introdotto criteri formali che definiscono chi era legalmente considerato un membro del *Volk* e chi era escluso per aver affermato sangue non tedesco. Data l'impossibilità di definire la razza in termini biologici, le leggi si basavano su criteri come l'affiliazione religiosa, lo stato civile e, in casi poco chiari e per i gruppi identificati dal colore della pelle, tratti fisici per definire lo status giuridico di ogni individuo all'interno della gerarchia razzializzata del Reich. Diverse riviste mediche hanno riferito sulla promulgazione di queste leggi e le hanno accolte come passi importanti per salvaguardare la purezza razziale del popolo tedesco. Le leggi di Norimberga, in combinazione con una lunga lista di regolamenti successivi basati su di esse, hanno fornito la base principale per misure di discriminazione e persecuzione contro gli ebrei e altre minoranze razzialmente definite, hanno portato alla morte sociale degli ebrei in Germania e hanno gettato le basi per la loro eventuale deportazione e sterminio nell'Olocausto.

La responsabilità di alcune di queste misure persecutorie è caduta sugli uffici della sanità pubblica, i cui ruoli ampliati nell'attuazione della politica di igiene razziale si estendevano al campo della cosiddetta politica razziale. In collaborazione con gli uffici del registro civile, gli uffici di sanità pubblica hanno contribuito a far rispettare la cosiddetta legge per la protezione del sangue tedesco e dell'onore tedesco includendo informazioni su ebrei, rom e sinti e minoranze razziali non bianche nei loro sforzi di raccolta dei dati. Ulteriori contributi alle politiche razziste del regime includevano valutazioni antropologiche di individui di sospetta origine ebraica o di altra origine non tedesca, che si basavano in parte su precedenti metodi di stabilire la paternità. Molti esperti, tra cui Otmar von Verschuer presso l'Istituto Kaiser Wilhelm di Antropologia, Eredità umana ed Eugenetica, hanno guadagnato notevoli entrate con tali valutazioni, che

in alcuni casi hanno portato alla deportazione e all'omicidio degli individui interessati.

Nazificazione dell'educazione medica e delle professioni sanitarie

Poco dopo la sua installazione nel 1933, il nuovo governo guidato dai nazisti iniziò un rapido processo di consolidamento autoritario dei poteri istituzionali a tutti i livelli della società (*Gleichschaltung*) e emise molti decreti e leggi per allineare tutte le entità alla politica e all'ideologia nazista. Al centro di questo sforzo c'era il principio del *Führer*, che stabiliva, tra le altre implicazioni, che tutte le posizioni pertinenti dovevano essere occupate a discrezione di Hitler o dei suoi rappresentanti; gli ebrei e gli oppositori politici erano attivamente esclusi dalla considerazione. Gli istituti di assistenza sanitaria, sociale, istruzione e di ricerca sono stati tutti colpiti, anche dalla nomina autoritaria di decani di scuole di medicina, professori universitari e sedie di associazioni professionali. Le università sono state poste sotto il controllo centrale del Ministero della Scienza, dell'Istruzione e della Cultura del Reich a Berlino. ' ' ' Diverse organizzazioni affiliate al Partito nazista, come la Lega dei medici nationalsocialisti tedeschi e gli uffici distrettuali della sanità pubblica del Partito nazista (da non confondere con gli uffici di sanità pubblica), che hanno risposto al leader sanitario del Reich, miravano a far rispettare la politica e l'ideologia nazista. Il partito nazista ha anche affermato un'influenza diretta sulle organizzazioni studentesche e di facoltà, anche reclutando spie. I cambiamenti radicali nell'istruzione e nella formazione dei medici tedeschi e di altri operatori sanitari sono stati fondamentali per l'agenda eugenetica e razzista del regime nazista. Tutti i domini dell'assistenza sanitaria sono stati colpiti, tra cui l'odontoiatria, infermieristica e ostetricia, ' ' e la ricerca e pratica medica. L'igiene razziale è diventata una materia obbligatoria nel curriculum medico. Una scuola *Führer* di nuova fondazione per la professione medica tedesca in Alt Rehse è servita a indottrinare gli operatori sanitari e a rifocalizzare i loro ruoli lontano dagli obblighi nei

confronti dei singoli pazienti e verso la salute e la forza del *Volk*.¹ medici hanno raggiunto un obiettivo di lunga data nel 1935 con l'approvazione dell'ordinanza dei medici del Reich, che ha elevato lo status della professione medica e rafforzato le sue organizzazioni, anche se basate sui principi del regime nazista. L'ordinanza stabiliva chi era autorizzato ad essere un medico, escludendo di fatto gli ebrei, e ridefiniva i doveri di un medico tedesco secondo l'ideologia nazista.²

La professione infermieristica mancava di riconoscimento sociale ed era politicamente divisa prima del 1933, quando si sorse l'opportunità di aumentare il suo status attraverso l'integrazione nel nuovo sistema politico.³ Un certo numero di associazioni professionali hanno gareggiato per l'adesione, con l'Associazione degli infermieri nazionalsocialista che assumeva una posizione di leadership e si spingeva contro gli infermieri religiosi tradizionalmente influenti. Attraverso il loro allineamento con il regime, gli infermieri hanno contribuito a propagare la politica sanitaria e demografica nazista, cercando, ad esempio, di aumentare l'accettazione pubblica della legge sulla sterilizzazione.

Le ostetriche hanno anche cercato di migliorare il loro riconoscimento e influenza professionale assistendo nell'attuazione del programma di sterilizzazione.⁴ Dal 1933 in poi, la legge sulla sterilizzazione ha imposto ulteriori dazi alle ostetriche, che ora dovevano riferire agli uffici di sanità pubblica non solo gli esiti negativi durante il parto, ma anche la nascita di neonati con possibili malattie e disabilità ereditarie. Poiché una gran parte delle nascite ha continuato a svolgersi a casa - nonostante una tendenza a lungo termine verso i parti ospedalieri che continuavano anche se le nascite a domicilio sono state promosse durante il socialismo nazionale - la cooperazione delle ostetriche freelance ha permesso una sostanziale estensione della portata delle autorità nella vita privata delle persone. La professione ha anche tratto profitto dalla strumentalizzazione ideologica della maternità da parte dei nazisti, per cui le donne sono state stilizzate come madri del *Volk* e hanno ricevuto premi per aver partorito quattro o più figli. La legge sull'ostetricia del Reich del 1938 garantiva un reddito

minimo per tutte le ostetriche ammesse all'associazione nazionale ed escludeva dalla professione tutte le donne ebreo, le donne politicamente indesiderabili e le donne altrimenti considerate inadatte.

Nel 1939, i campi legati ai militari, come la chirurgia militare e la fisiologia militare, entrarono nel curriculum medico. Sempre nel 1939, una materia chiamata diritto medico e studi professionali divenne obbligatoria per tutti gli studenti di medicina. Comprende una versione nazista dell'etica medica, rendendo la Germania nazista, paradossalmente, uno dei primi paesi al mondo ad avere corsi obbligatori di etica medica. L'ardente antisemita Rudolf Ramm definì il nuovo argomento con un libro di testo. Il principio centrale di questa versione dell'etica medica era che la fioritura del *Volk* come collettivo doveva avere la precedenza su tutte le altre considerazioni. I singoli pazienti dovevano essere visti attraverso la lente del loro valore genetico, razziale ed economico percepito per la comunità popolare. In questo punto di vista, molte caratteristiche tradizionali del rapporto paziente-medico, compresa la riservatezza, erano limitate alle persone considerate degne tedesche etniche. Sebbene Ramm abbia ammesso che le leggi tedesche non autorizzassero i medici ad accorciare una vita, ha comunque incaricato i medici di promuovere l'idea che i medici dovrebbero essere autorizzati a porre fine a una vita umana in caso di malattie incurabili e disabilità mentali, e ha invitato lo Stato a creare una base legale per questo.

Omicidio di massa medicalizzato

Molto prima del 1933, c'erano state discussioni sugli omicidi con misericordia o sulla cosiddetta eutanasia in Germania, e in misura minore negli Stati Uniti e nel Regno Unito. Dopo la prima guerra mondiale, nel 1920, l'avvocato tedesco Karl Binding e lo psichiatra Alfred Hoche chiedevano la depenalizzazione dell'"annientamento della vita indegna di vivere", che in questo contesto significava uccidere persone con malattie mentali gravi e croniche e disabilità fisiche e cognitive. Tali persone erano apertamente chiamate "vite di zavorra" (*Ballastexistenzen*), il cui destino

dovrebbe essere deciso da esperti. Nella Repubblica di Weimar, il lavoro di Binding e Hoche era ampiamente discusso, specialmente da medici e avvocati, ma ha incontrato una risposta divisa. Tuttavia, sotto il regime nazista, la Germania è diventata l'unico stato in cui tali omicidi attivi sono stati effettivamente messi in pratica attraverso diversi programmi distinti (tavolo), con l'eutanasia a lungo termine - originariamente significato una buona morte - che funge da copertura eufemistica. Nessuna delle vittime di questi programmi si è offerta volontaria per essere uccisa.

Tabella Sintesi degli omicidi sistematici di pazienti nella Germania nazista e nei territori annessi o occupati

Questi omicidi sono stati cinicamente descritti come eutanasia dai nazisti, ma nessuna di queste persone si è offerta volontaria per essere uccisa. In totale, i programmi di omicidio di pazienti nazisti hanno causato almeno 230 000 vittime, ma questo numero esclude parti sostanziali dell'Unione Sovietica occupata dai tedeschi, per la quale sono disponibili pochissimi dati. *Aktion T4*, un programma di omicidio di massa di pazienti organizzato a livello centrale, è stato un passo importante sulla strada dell'Olocausto. *SS=Schutzstaffel*.

Fuori dalla Germania, l'omicidio di massa di persone con malattie mentali e disabilità iniziò con l'invasione della Polonia il 1° settembre 1939. Le azioni avviate localmente sono state organizzate in collaborazioni tra i leader regionali nazisti appena installati, le amministrazioni sanitarie e le SS. Unità speciali hanno ucciso almeno 17 000 pazienti psichiatrici. Le vittime sono state uccise da sparatorie di massa e dall'asfissia in furgoni a gas mobili e nelle camere a gas, la prima delle quali è stata creata nel novembre 1939, a Fort VII a Posen (ora Poznań). I territori annessi dalla Polonia sono stati descritti come "un terreno sperimentale per ricercare e testare metodi efficaci per uccidere persone su scala industriale". La logica apparente per questi omicidi era quella di liberare letti e altre risorse per prendersi cura dei soldati tedeschi feriti. L'omicidio di massa di pazienti nei manicomi psichiatrici continuò dopo l'invasione tedesca dell'Unione Sovietica nel giugno 1941, con un coinvolgimento

ancora maggiore dell'esercito tedesco, e almeno altre 17 000 persone furono assassinate.

Rispetto all'omicidio di massa di pazienti nell'Europa orientale, il targeting di pazienti psichiatrici nei territori occupati nell'Europa occidentale e meridionale è più difficile da valutare. In Francia e nei Paesi Bassi, l'aumento della mortalità nelle istituzioni psichiatriche è stato attribuito all'abbandono e alla cattiva alimentazione piuttosto che all'omicidio intenzionale. In Grecia, circa la metà della popolazione di manicomi psichiatrici morì durante l'inverno del 1941-42 a causa del razionamento del cibo da parte delle forze di occupazione. Nel frattempo, i territori incorporati nel Reich prima della seconda guerra mondiale, come l'Austria e le aree di lingua tedesca di quella che allora era la Cecoslovacchia, furono inclusi in un programma di uccisione organizzato a livello centrale che dopo la guerra divenne noto come *Aktion T4*.¹⁹⁷

All'interno della Germania, il primo programma di omicidio di pazienti ha preso di mira i bambini con disabilità attraverso una rete di reparti di uccisione speciali. Una circolare ministeriale del 18 agosto 1939, richiedeva a medici e ostetriche di compilare un questionario sui bambini con disabilità mentali e fisiche di età pari o inferiore a 3 anni, un limite di età che è stato aumentato nel 1941 a 16 anni. Un gruppo di tre esperti - i pediatri Werner Catel e Ernst Wentzler e lo psichiatra Hans Heinze - ha valutato i bambini sulla base delle risposte a questi questionari. Erano collegati al Comitato del Reich per la registrazione scientifica delle malattie ereditarie e congenite gravi, un'organizzazione di facciata della Cancelleria del *Führer*, che gestiva anche il programma T4. I bambini selezionati per l'uccisione (o talvolta per ulteriori osservazioni) sono stati ammessi in uno di almeno 30 cosiddetti reparti speciali per bambini (*Kinderfachabteilungen*) creati in istituti psichiatrici o ospedali pediatrici. I genitori sono stati ingannati sul vero scopo di questi reparti dove, dal 1940 in poi, medici e infermieri uccidevano abitualmente i bambini, per lo più con sedativi come il barbitale o il fenobarbital. Le overdose deliberate hanno causato insufficienza cardiaca o respiratoria, o in molti casi

polmonite, diagnosi che potrebbero servire come cause ufficiali di morte senza sospetto. Il programma di eutanasia infantile nazista è stato attuato anche nell'Austria annessa, nelle parti di lingua tedesca della Cecoslovacchia e nei distretti della Polonia che sono stati direttamente incorporati nel Reich (pannello 3). Complessivamente, si stima che 10 000 bambini e adolescenti con disabilità mentali e fisiche siano stati uccisi (pannello 4).

Pannello 3

Elisabeth Hecker (1895-1986)—un medico attivo nell'omicidio organizzato di pazienti

Elisabeth Hecker (figura 2) è stata tra le prime coorti di donne a ricevere una laurea in medicina in Germania. Specialista pediatrica, è stata incaricata di istituire i primi centri psichiatrici giovanili nella provincia della Slesia. Dal settembre 1941, diresse la clinica psichiatrica giovanile di Loben e fu responsabile degli esami medici e psicologici dei bambini di varie istituzioni assistenziali e della loro ulteriore redistribuzione secondo le politiche razziali naziste. Come parte del cosiddetto programma di eutanasia infantile, ha ordinato trasferimenti di bambini all'unità di uccisione locale e ha cercato di portare l'autorizzazione all'uccisione anche nei casi in cui i genitori hanno insistito che il bambino veni liberato dalla clinica. Inoltre, è molto probabile che abbia avviato una cooperazione con l'Istituto Neurologico di Breslavia (ora Breslavia, Polonia) nel contesto della ricerca neuroanatomica, inviando tessuti dai corpi delle vittime assassinate all'istituto per ulteriori studi. Nonostante le indagini sul suo coinvolgimento nell'uccisione di bambini, Hecker ha continuato la sua carriera professionale e per decenni è stata elogiata come la fondatrice della psichiatria giovanile in Germania. Nel 1979, è stata insignita della Croce al Merito, di Prima Classe. Il suo passato è rimasto sconosciuto al pubblico fino a quando non è stato esposto in un documentario del giornalista Ernst Klee nel 1995, quasi un decennio dopo la sua morte.

Pannello 4

Anita Andres (1940–44)

Nel 1941, Anita Andres (figura 3) fu ammessa al Schwarzacher Hof della Johannisanstalten (Mosbach, Germania), un'istituzione che si prendeva cura dei bambini con disabilità dello sviluppo. Non aveva raggiunto le sue pietre miliari dello sviluppo cognitivo e fisico e non poteva sedersi, stare in piedi o camminare da sola. Anita era uno dei 52 bambini e adolescenti (19 solo dal Schwarzacher Hof) ricoverati all'Ospedale Universitario Psichiatrico di Heidelberg nel 1943-44. I medici lì, guidati dal famoso ricercatore Carl Schneider, includevano i bambini in un programma di ricerca che mirava a stabilire le differenze tra disabilità dello sviluppo congenite e acquisite precocemente. Anita fu esaminata alla clinica di Heidelberg per un mese nel 1944. I medici hanno consigliato alla sua ex madre adottiva di non riprendere il bambino. Poco dopo questa raccomandazione, Anita fu uccisa nell'asilo Eichberg in Assia. Nel 1998, un memoriale è stato installato di fronte all'ospedale di Heidelberg, che commemora i 21 bambini assassinati nel programma di ricerca di Carl Schneider.

Figura 3 Anita Andres (1940-44), una vittima nazista all'ospedale universitario psichiatrico di Heidelberg
Mostra la didascalia completa

Questa immagine proviene dall'Archivio Storico dell'Ospedale Universitario Psichiatrico (Heidelberg, Germania).

Aktion T4, che prende il nome dal suo quartier generale segreto in Tiergartenstrasse 4 a Berlino, si basava su una burocrazia organizzata centralmente e su una logistica sofisticata per attuare il primo programma di sterminio di massa sistematico con gas velenoso nella storia.^{21, , ,} Nonostante lo stretto coinvolgimento degli attori statali in questi omicidi, la pratica non si basava su alcuna legge nella Germania nazista. Piuttosto, è stato autorizzato extralegalmente dallo stesso Hitler. In una lettera segreta, ha incaricato il suo medico personale, Karl Brandt, e il capo della Cancelleria del *Führer*, Philipp Bouhler, di "espandere i poteri di alcuni medici in modo tale che i pazienti che secondo il giudizio umano e sulla base di una valutazione critica del loro stato di salute sono malati terminali, possano essere concessa una morte di misericordia" (la nostra traduzione). Questo documento è stato retrodatato al 1° settembre 1939,

in concomitanza con l'invasione della Polonia, indicando che i responsabili dell'attuazione del programma di uccisioni lo consideravano strettamente correlato alla guerra. La giustificazione utilitaristica per *Aktion T4* all'epoca, simile alla giustificazione dell'omicidio di massa iniziale di pazienti nei territori occupati, era che il programma avrebbe risparmiato risorse mediche e di altro tipo per i militari, e la guerra a sua volta ha reso più facili i tentativi di mantenere segreti gli omicidi.

Un grande apparato amministrativo con diverse organizzazioni di facciata era responsabile di *Aktion T4*. L'organizzazione T4 ha convertito un'ex prigione nel Brandeburgo e cinque strutture psichiatriche - Grafeneck, Hartheim, Pirna-Sonnenstein, Hadamar e Bernburg - in centri di uccisione (fino a quattro dei quali erano operativi contemporaneamente). Ognuno era composto da più di 50 medici, infermieri, impiegati, autisti, guardie di sicurezza e disinfettanti o fuochisti, eufemismi per coloro che cremavano i corpi. Secondo i registri del programma, tra gennaio 1940 e agosto 1941, almeno 70 273 persone residenti in strutture psichiatriche, tra cui alcuni provenienti da territori annessi (Austria, territori sloveni della Jugoslavia e Cecoslovacchia), sono state uccise con monossido di carbonio nelle camere di gas di questi centri di uccisione.' ' ' ' Si stima che 4200 delle vittime avevano meno di 21 anni.

Nell'ambito del programma T4, i direttori delle istituzioni psichiatriche erano tenuti a compilare questionari sui pazienti. Le loro risposte sono state la base per le decisioni su quali pazienti uccidere, che sono state prese da circa 40 medici consulenti esperti in un processo burocratico che ha ridotto le vittime a pochi punti dati.' ' ' Il direttore medico di T4—Werner Heyde, professore di psichiatria all'Università di Würzburg, fino al 1941, e poi il suo successore Paul Nitsche, che era il direttore di un manicomio psichiatrico e un professore affiliato all'Università di Berlino, hanno preso le decisioni finali.' ' Questa prova smentisce il mito del dopoguerra che la psichiatria e i suoi professionisti erano stati costretti a cooperare da coloro che erano al potere.

In effetti, molti nell'élite psichiatrica hanno sostenuto l'uccisione di

pazienti ritenuti incurabili, per consentire agli specialisti di concentrarsi su pazienti che potrebbero essere guariti e quindi migliorare la reputazione e l'influenza della loro professione. Tra questi c'era Ernst Rüdin, direttore del rinomato a livello internazionale Kaiser Wilhelm Institute of Psychiatry di Monaco e presidente dell'Associazione dei neurologi e psichiatri tedeschi. Le motivazioni per la cooperazione e la complicità dei medici includevano l'opportunità, il pensiero autoritario e le convinzioni personali. Nessuno psichiatra è stato costretto a partecipare a questi programmi di omicidio e alcuni in realtà hanno rifiutato di farlo senza ripercussioni apparenti. Questo spettro di risposte ha anche caratterizzato le risposte di altri professionisti della salute, come infermieri e le ostetriche, e in definitiva la risposta della società nel suo complesso. I parenti hanno reagito in modi diversi agli omicidi, dall'avvio di sforzi di salvataggio all'indifferenza, all'inazione o persino alla ricerca proattiva della cosiddetta uccisione di misericordia dei loro familiari.

Gli omicidi di pazienti psichiatriche, sebbene destinati ad essere segreti, furono presto notati dal pubblico. Circolarono voci, portando a proteste da parte di famiglie, membri delle chiese e altri. A Vienna, ci furono manifestazioni pubbliche contro i trasporti T4. Il 3 agosto 1941, il vescovo cattolico von Galen denunciò le uccisioni in un sermone che successivamente fu ampiamente distribuito, aumentando i disordini tra la popolazione e contribuendo alla decisione di Hitler del 24 agosto 1941 di sospendere i trasporti verso i centri di uccisione T4. L'influenza del sermone di von Galen suggerisce che la protesta potrebbe influenzare le decisioni dell'élite nazista, non da ultimo a causa dell'importanza del sostegno pubblico al regime nel contesto della guerra sempre più difficile contro l'Unione Sovietica. In particolare, non sorsero proteste simili in difesa della popolazione ebraica perseguitata: von Galen li incolpò persino delle proprie disgrazie nel suo sermone, basandosi su un tradizionale tropo cattolico antiebraico.

Nei primi mesi del programma T4, i pazienti psichiatriche ebrei sono stati trasportati nei centri di uccisione insieme a pazienti non ebrei. Tuttavia,

nell'estate del 1940, tutti i pazienti ebrei, indipendentemente dalla loro diagnosi, prognosi o capacità di lavorare, furono presi di mira per omicidio in una speciale campagna T4 (*T4 Sonderaktion*). Circa 2500 sono stati trasferiti in diverse istituzioni di transito designate (*Sammelanstalten*) e da lì ai centri di uccisione T4 di Brandeburgo, Hartheim o Hadamar (pannello 5). Questa campagna speciale ha segnato il primo omicidio di massa organizzato di ebrei, e può quindi essere considerata un preludio alla cosiddetta Soluzione Finale, la campagna per sterminare tutti gli ebrei europei.^{21, ,}

Pannello 5

Sonia Wechsler, una paziente ebrea (1886-1940)

Nata in Lituania, Sonia Wechsler (figura 4) si sposò nel 1911 e ebbe quattro figli. Nel 1923, la famiglia si stabilì ad Amburgo, affittando prima una piccola stanza, prima di trasferirsi in un piccolo appartamento nel 1927. I problemi finanziari e i conflitti familiari mettono Sonia sotto grande stress emotivo. Nel 1930, era stata ricoverata più volte per cure psichiatriche, e nel 1934 fu ricoverata all'ospedale psichiatrico statale di Friedrichsberg. Consapevole dell'agenda antisemita del nuovo regime nazista e della crescente persecuzione dei cittadini ebrei in Germania, suo marito, Tuvia, cercò di spostare la famiglia a Eretz Israel (la terra di Israele). Tuttavia, come molte destinazioni in tutto il mondo in cui gli ebrei tedeschi cercavano rifugio dai nazisti, la Palestina sotto mandato britannico non accettava immigrati con malattie mentali. Lasciata indietro in Germania quando la sua famiglia fuggì nel 1934-35, Sonia rimase in cure psichiatriche residenziali. Il 23 settembre 1940, insieme ad altri 135 pazienti ebrei, fu inviata dall'ospedale statale di Langenhorn al centro di uccisione del Brandeburgo, dove divenne una delle 2500 ebrei assassinate come parte della campagna speciale del programma T4.²²⁷

Figura 4 Sonia Wechsler, una donna ebrea uccisa come parte del programma T4

Mostra la didascalia completa

Riprodotta con il permesso del nipote Itamar Wexler.

Nel frattempo, quello che ora viene definito come omicidio

decentralizzato di pazienti (cioè l'uccisione di pazienti al di fuori dei centri di uccisione T4 o del cosiddetto programma di eutanasia infantile), che era iniziato intorno all'inizio della seconda guerra mondiale, si è intensificato dopo la sospensione del programma T4 organizzato centralmente nell'agosto 1941.¹⁸ Dal 1943 in poi, il bombardamento delle città tedesche spesso ha sopraffatto gli ospedali. Per liberare i letti per i pazienti considerati più meritevoli di cure, Karl Brandt ha organizzato il trasferimento di pazienti psichiatrici a lungo termine in altre istituzioni, dove sarebbero stati lasciati morire o assassinati attivamente (*Aktion Brandt*). A differenza del programma T4 centralizzato, tali omicidi decentralizzati (che non si limitavano ad *Aktion Brandt*) e il loro ritmo sono stati decisi da istituzioni e attori locali. In molte istituzioni, gli psichiatri e il personale infermieristico hanno ucciso direttamente i loro pazienti o hanno aumentato la mortalità sottoponendo i pazienti alla fame, all'esposizione al freddo e all'abbandono. I pazienti sono stati anche assassinati tramite somministrazione intenzionale di overdose di droga (simile al programma di omicidio di bambini) o, nel caso di due grandi istituzioni in Bassa Austria, elettrocuzione. I lavoratori forzati stranieri (discussi più in dettaglio più avanti in questa sezione) in Germania che si sono ammalati sono stati uccisi in questo contesto. Alla fine della seconda guerra mondiale, circa 120 000 persone erano state uccise in questa fase degli omicidi di pazienti nazisti.

A partire da qualche tempo prima della sospensione da parte di Hitler del programma T4, gli esperti medici T4 sono stati inviati nei campi di concentramento, dove hanno selezionato prigionieri incapaci di lavorare per essere uccisi. Questo processo è andato con il nome in codice *Aktion 14f13*, che si basava sul riferimento al file utilizzato nell'Ispettorato dei campi di concentramento per indicare la morte in un campo di concentramento (14f) per mezzo della gassificazione (13). I detenuti del campo selezionati sono stati trasferiti al centro di uccisione di Sonnenstein, Bernburg o Hartheim e uccisi. *Aktion 14f13* è stato il primo programma di omicidio di massa sistematico associato al sistema dei

campi di concentramento e ha provocato la morte di almeno 10 000 prigionieri.' ' La crescente domanda di lavoro forzato fornita dai campi di concentramento ha portato a una fine quasi completa di questi omicidi entro la primavera del 1943. Nel 1944, tuttavia, indipendentemente dall'Aktion 14f13 e molto tempo dopo la cessazione delle uccisioni T4, migliaia di prigionieri del campo di concentramento di Mauthausen furono inviati per essere uccisi a Hartheim.

La questione di una continuità diretta tra le politiche eugenetiche dei nazisti, come la sterilizzazione forzata, e la successiva uccisione di massa di pazienti psichiatrici è controversa. Storicamente, l'eugenetica e la questione di porre fine alla vita di persone con disabilità, disturbi psichiatrici o malattie terminali con il pretesto della cosiddetta eutanasia erano per lo più considerate questioni separate. I discorsi intorno a entrambi, tuttavia, si sono sovrapposti sostanzialmente, in particolare in termini di attribuzione di diversi valori biologici e sociali agli esseri umani. I discorsi sia sull'eugenetica che sull'eutanasia hanno invocato argomenti economici e un presunto onere genetico sull'organismo nazionale per giustificare misure come la sterilizzazione forzata e la cessazione di vite giudicate indegne di vivere.^{15, 17, ,}

Mentre la sterilizzazione forzata era diretta principalmente contro le persone che vivevano al di fuori delle istituzioni psichiatriche che erano considerate suscettibili di riprodursi, gli omicidi sistematici dei pazienti miravano principalmente a residenti a lungo termine in istituti psichiatrici che non erano in grado di lavorare e difficilmente avessero figli. Nel programma T4, la valutazione delle prestazioni lavorative è stata un fattore decisivo per il destino dei pazienti, così come l'adattabilità sociale dei pazienti alle regole di asilo e l'entità del loro bisogno di cure.' ' I pazienti che potevano lavorare avevano maggiori probabilità di sopravvivere e quelli ritenuti troppo deboli, malati o indisciplinati sono stati selezionati per omicidio. I criteri eugenetici basati sull'assunzione di fattori ereditari nelle condizioni dei pazienti non sembravano essere così importanti nella selezione di chi è stato assassinato; piuttosto, queste decisioni sembrano

essere state principalmente correlate alla presunta produttività dei pazienti.' '

Ci sono connessioni strette, ma non lineari, tra i vari programmi di omicidio di pazienti e il tentativo sistematico di sterminare gli ebrei europei.' Come già accennato, i primi casi di omicidio di massa contro gli ebrei come gruppo specifico si sono verificati nel contesto degli omicidi di eutanasia. Alla fine del 1940, i pazienti psichiatrici ebrei potevano essere ricoverati in un solo ospedale in Germania, Bendorf-Sayn vicino a Coblenza, e uno nell'Annessa Austria, Steinhof a Vienna. Da lì, diverse centinaia di pazienti ebrei furono deportati nel centro di uccisione Hartheim T4.197Quando Bendorf-Sayn fu chiuso nel 1942, più di 400 pazienti furono deportati nei campi di sterminio.' ' Nella Polonia occupata, i pazienti psichiatrici ebrei erano concentrati nell'ospedale Zofiówka di Otwock, vicino a Varsavia. Centinaia di persone sono morte di fame e malattia durante i mesi precedenti la liquidazione del ghetto di Otwock nell'estate del 1942, quando si stima che 110 pazienti siano stati uccisi a morte o deportati nei campi di sterminio.' ' Nel 1943 e nel 1943 e nel 1944, 1443 pazienti ebrei olandesi, principalmente dall'ospedale psichiatrico di Appeldoorn, sono stati deportati nei campi di sterminio.Presi di mira per omicidio perché ebrei, questi pazienti sono stati vittime sia degli omicidi di pazienti che dell'Olocausto; il loro destino collega entrambi i programmi di sterminio. Il trasferimento di personale e competenze da *Aktion* T4 all'operazione Reinhardt (il genocidio degli ebrei nella Polonia occupata) costituisce un altro legame tra l'omicidio di persone con disabilità o malattie psichiatriche e l'Olocausto. L'operazione Reinhardt si concentrava su tre campi di sterminio: Bełżec, Sobibor e Treblinka. Le vittime venivano solitamente uccise all'arrivo, in camere a gas travestite da docce, e successivamente cremate, in parte seguendo i metodi sviluppati in *Aktion* T4. Più di 90 membri del personale T4, tra cui il medico Irmfried Eberl (pannello 6) e più di 20 infermieri, furono assegnati, a partire dal 1941, a quella che in seguito fu chiamata Operazione Reinhardt.' ' Queste persone erano tra il personale principale e i leader dei campi di sterminio di Bełżec,

Sobibor e Treblinka, dove furono assassinati circa 1,7 milioni di ebrei e un numero sconosciuto di prigionieri di guerra sovietici e rom. Il trasferimento di personale e competenze dagli omicidi di pazienti all'Olocausto è evidente anche nel caso delle camere di gas mobili del Lange Commando e a Chełmno, il primo campo di sterminio in funzione, dove l'omicidio di massa di ebrei nei cosiddetti furgoni a gas è iniziato nel dicembre 1941.²³

Pannello 6

Irmfried Eberl (1910-48)—un medico attivo nell'omicidio organizzato di pazienti

Irmfried Eberl (figura 5), un medico austriaco e primo sostenitore dei nazionalsocialisti, diresse due dei centri di uccisione T4: Brandenburg an der Havel e Bernburg. Sotto la sua guida, più di 23 000 pazienti sono stati uccisi come parte di *Aktionen* T4 e 14f13. Come molti altri membri dello staff del T4, Eberl fu successivamente trasferito nei campi dell'operazione Reinhardt, l'omicidio di massa degli ebrei nella Polonia occupata. Nell'estate del 1942, divenne comandante del campo di sterminio di Treblinka, ma fu licenziato dopo 6 settimane per non aver soddisfatto le aspettative. Sotto la sua breve guida, circa 280 000 ebrei furono assassinati, un terzo di tutte le vittime a Treblinka. Eberl è stato l'unico medico che è stato trasferito dal programma T4 all'operazione Reinhardt. Dopo la seconda guerra mondiale, Eberl ha tentato di lavorare come medico nella Germania occidentale, ma le autorità di occupazione francesi hanno trovato prove dei suoi crimini a Bernburg e hanno iniziato le indagini. Fu rinvio in custodia cautelare all'inizio del 1948 e morì per suicidio nella sua cella pochi giorni dopo.²⁴

Figura 5 Irmfried Eberl (a destra), un medico attivo negli omicidi di massa T4, all'inizio del 1942

Mostra la didascalia completa

Riprodotta con il permesso del Landesarchiv Baden-Württemberg, Abt Staatsarchiv Ludwigsburg.

Ricerca coercitiva

La medicina durante il periodo nazista è forse la più infame oggi per gli

atroci esperimenti sui prigionieri dei campi di concentramento, come quelli effettuati da Josef Mengele ad Auschwitz (pannello 7).¹ Questi esperimenti sono stati caratterizzati da un completo disprezzo per l'umanità delle vittime non consenzienti e, in molti casi, da estrema brutalità. Sorprendentemente, la Germania era stato il primo paese a introdurre regolamenti ufficiali per la ricerca medica sperimentale negli esseri umani. Nel 1900, in parte in risposta a uno scandalo di etica della ricerca in cui bambini e donne erano intenzionalmente esposti alla sifilide, il Ministero degli Affari Culturali prussiano ha emesso una direttiva che costituiva i primi regolamenti statali sulla ricerca umana a livello globale. Tuttavia, questi regolamenti coprivano solo la ricerca di base per comprendere i processi patologici, non la ricerca clinica con obiettivi diagnostici o terapeutici. Nel 1931, il Ministero dell'Interno tedesco ha pubblicato le linee guida per le nuove terapie e gli esperimenti scientifici sugli esseri umani.² Queste linee guida hanno differenziato tra interventi terapeutici innovativi e sperimentazioni non terapeutiche. Non solo hanno reso il consenso dopo una precedente istruzione appropriata un requisito necessario per la ricerca umana, ma hanno anche formulato disposizioni sulla ricerca nelle persone vulnerabili. Sebbene le linee guida non costituissero regole legali dirette per le attività di ricerca medica, si riferivano e si basavano su leggi esistenti che regolano la condotta dei medici. Le loro principali clausole erano quindi giuridicamente vincolanti e in linea di principio rimanevano valide e disponibili per tutto il periodo nazista, e il loro principio fondamentale del consenso informato è stato anche chiaramente enunciato in due edizioni di un libro di testo introduttivo sulla ricerca medica.³ In che misura queste linee guida hanno svolto un ruolo nella pratica deve ancora essere chiarito. Non esisteva un meccanismo formale per applicarli, ma Hans Reiter, direttore dell'Ufficio sanitario del Reich, ha fatto riferimento a loro in due valutazioni di studi clinici nei partecipanti alla ricerca tedeschi. Altre prove, tuttavia, indicano una crescente rottura delle barriere che impediscono la ricerca abusiva e persino letale, specialmente in gruppi ritenuti indegni dall'ideologia

nazista. Alla clinica per bambini dell'Università di Vienna, i bambini con disabilità sono stati sottoposti a ricerche pericolose e talvolta letali sulla tubercolosi e sulla nutrizione. All'Università di Lipsia, Friedrich Hartmut Dost, un assistente del principale istigatore del programma di omicidio infantile, Werner Catel, ha studiato quella che allora era chiamata intossicazione alimentare nei neonati (una condizione poco compresa e pericolosa per la vita del tratto digestivo): il trattamento che ha fornito è stato letale in oltre il 70% dei casi.

Pannello 7

Gli esperimenti disumani di Josef Mengele ad Auschwitz

Josef Mengele (1911-79) è probabilmente il più noto di tutti i medici nazisti che hanno perpetrato atrocità mediche (figura 6). Tuttavia, l'abbondanza di miti e voci che si sono sviluppate intorno a lui è in netto contrasto con la scarsità di fonti storiche legate alla sua ricerca ad Auschwitz. Le prove disponibili mostrano che, dopo il suo arrivo ad Auschwitz nel maggio 1943, Mengele agì prima come medico capo del cosiddetto campo zingaro (*Zigeunerlager*) ad Auschwitz-Birkenau (la seconda parte del campo, costruita nel 1941, a circa 3 km dal campo principale) e in seguito come capo dell'infermeria dei prigionieri (*Häftlingskrankenbau*). Ha anche eseguito selezioni di prigionieri che sono arrivati in treno alla rampa e sono stati divisi in quelli che sono stati inviati direttamente alle camere a gas e quelli che sono stati ritenuti adatti al lavoro forzato, prendendo così decisioni sulla vita e sulla morte dei nuovi arrivati. Mentre svolgeva questo compito ha identificato bambini e adulti per i suoi esperimenti, in particolare i gemelli. Mengele ha perseguito diverse agende di ricerca, alcune delle quali sono nate direttamente dall'ambiente del campo immediato (ad esempio, le cause e la prognosi delle fазie di noma, una cancrena facciale associata alla fame e alla privazione), mentre altre hanno avuto origine nei suoi interessi a lungo termine nell'antropologia razziale e nella genetica. Tra i suoi studi c'era un progetto sulle proteine specifiche ipotetiche, il cui scopo era quello di stabilire un esame del sangue per la differenziazione delle razze definite. Questo progetto era

stato avviato dal principale genetista medico Otmar von Verschuer, direttore del rinomato Istituto Kaiser Wilhelm per l'antropologia, l'eredità umana e l'eugenetica a Berlino. Il progetto ha ricevuto finanziamenti dalla German Science Foundation e in questo contesto Mengele ha collaborato con l'Istituto Kaiser Wilhelm per la biochimica, diretto dal premio Nobel Adolf Butenandt. Ulteriori progetti di Mengele si sono concentrati sull'effetto dei fattori genetici e non genetici sul colore dell'iride e sull'eredità del nanismo. Mentre alcune delle domande di ricerca indagate da Mengele corrispondevano agli standard contemporanei del dibattito scientifico, la maggior parte di queste questioni erano informate dall'igiene razziale e dalle politiche genocidie del regime nazista. Le pratiche di ricerca di Mengele sono state caratterizzate da estrema brutalità e da un completo disprezzo per l'umanità delle persone costrette a partecipare, nonché dallo sfruttamento senza scrupoli delle risorse e dal contesto atroce del campo di Auschwitz, che ha permesso a un essere umano al potere di causare infinite sofferenze e morte ad altri esseri umani.' , , , ,

Figura 6 Richard Baer (comandante di Auschwitz dal maggio 1944 al gennaio 1945), Josef Mengele (concepitore di esperimenti disumani ad Auschwitz) e Rudolf Höss (comandante di Auschwitz dal maggio 1940 al novembre 1943)

Mostra la didascalia completa

Questa immagine è stata scattata nel 1944 sul terreno del rifugio *Schutzstaffel* Solahütte (fuori Auschwitz). Riprodotto con il permesso dell'Holocausto Memorial Museum (Washington, DC, USA).

Così, l'etica escludente che ha creato un doppio standard in medicina nella Germania nazista ha influenzato anche le pratiche di ricerca, il che significa che i regolamenti etici sono stati sempre più applicati solo a coloro che sono stati considerati parte dell'organismo nazionale tedesco, non a coloro che ne sono esclusi. È importante sottolineare che i regolamenti etici della ricerca tedeschi sono stati completamente ignorati nel contesto della ricerca coercita sui gruppi vulnerabili nei campi di concentramento, nei manicomi psichiatrici, nei ghetti e in altri spazi deregolamentati in modo simile.

Anche se la medicina durante il periodo nazista è spesso associata a una

sperimentazione medica non consensuale, il numero e le varietà di esperimenti, vittime e autori non sono ampiamente conosciuti. In un progetto in corso, lo storico medico Paul Weindling e colleghi hanno documentato più di 300 esperimenti, tra cui la ricerca anatomica e neuropatologica, con un ampio ambito di obiettivi scientifici, su oltre 27 000 individui. Coloro che sono sopravvissuti alla sperimentazione hanno spesso subito danni alla salute a lungo termine, dovuti non solo agli esperimenti stessi, ma anche alle orribili condizioni di vita in cui sono stati tenuti, all'insufficiente cure mediche che hanno ricevuto e al trauma psicologico.''

Nel complesso, quattro temi sono stati i driver centrali degli studi scientifici durante il periodo nazista: sostenere lo sforzo bellico, raggiungere l'autarchia economica tedesca, l'espansione spaziale verso est e l'idea di costruire e mantenere una razza tedesca sana e forte.''' In medicina, i campi di indagine pertinenti includevano la fisiologia delle prestazioni, la prevenzione e la gestione delle epidemie, gli effetti delle armi chimiche e di altro tipo, la riproduzione umana (compresa la ricerca di metodi di sterilizzazione di massa) e la genetica e la biologia ereditaria, compresa la cosiddetta medicina razziale. Durante la seconda guerra mondiale, gli alloggi militari altamente affollati e le condizioni di vita estreme nei ghetti e nei campi hanno fatto sì che il tifo, trasmesso dai pidocchi, fosse un'immensa sfida medica. Tra i numerosi programmi di ricerca medica, gli esperimenti sconsiderati e brutali in diversi campi di concentramento per creare un vaccino contro il tifo efficiente si distinguono per la loro scala quantitativa e l'entità della collaborazione che hanno coinvolto. Gli esperimenti sul tifo a Buchenwald, Auschwitz, Natzweiler e Ravensbrück hanno rivendicato centinaia di vittime²⁵' e mostrano chiaramente la cooperazione tra gli istituti di ricerca medica civile, la medicina militare all'interno delle forze armate tedesche e delle SS e l'industria farmaceutica. I medici hanno anche sostenuto le azioni delle forze armate tedesche in vari altri modi, anche nelle prime fasi della guerra.

Gli scienziati medici interessati a perseguire progetti di ricerca erano generalmente consapevoli di quelle che vedevano come nuove opportunità di ricerca negli spazi deregolamentati creati dal regime nazista, dove le regole legali ed etiche potevano essere ignorate. Alcuni investigatori hanno cercato attivamente di perseguire la loro ricerca in queste località. Carl Clauberg, ginecologo ed esperto di trattamento della fertilità, ha chiesto specificamente il permesso a Heinrich Himmler di ricercare la riproduzione femminile e i metodi di sterilizzazione di massa ad Auschwitz per contribuire alla politica della popolazione razziale nazista. Himmler ha prontamente concesso l'accesso ai prigionieri perché il lavoro di Clauberg ha sostenuto l'obiettivo del regime di promuovere la fertilità nella nazione tedesca impedendo al contempo la riproduzione di gruppi razzialmente indesiderabili. Clauberg ha successivamente condotto brutali esperimenti di sterilizzazione transcervicale, che hanno portato a sofferenza, infertilità e morte tra le donne vittime. . . .

Allo stesso modo, il professore di chirurgia e principale ufficiale medico delle SS Karl Gebhardt ha usato il suo accesso privilegiato al campo di concentramento di Ravensbrück per eseguire una serie di studi sistematici per testare l'efficienza e l'efficacia dei farmaci sulfonamidici. Questi processi hanno comportato la creazione intenzionale di ferite infette standardizzate (per imitare ferite di guerra) su 74 giovani combattenti della resistenza polacchi altrimenti sani. Alcune delle vittime sopravvissute, tra cui Wanda Poławska, in seguito hanno pubblicato resoconti della loro sofferenza. Sigmund Rascher, un medico coinvolto nell'organizzazione di ricerca delle SS Ancestral Heritage (*Ahnenerbe*), ha collaborato con un gruppo di ricercatori sostenuti da importanti fisiologi in una serie di esperimenti di alta quota e ipotermia sui prigionieri nel campo di concentramento di Dachau. Questi esperimenti hanno comportato l'esposizione intenzionale dei prigionieri a condizioni potenzialmente letali e, in molti casi, la morte.' Come discuteremo più in dettaglio più avanti in questa Commissione, i dati di queste indagini sono stati utilizzati nella medicina dell'aviazione dopo la guerra e gli scienziati collegati agli

esperimenti sono stati reclutati per lo sviluppo della medicina spaziale statunitense.

Un altro gruppo altamente vulnerabile sottoposto a ricerche non consensuali erano pazienti psichiatrici, che venivano utilizzati per studi in neuropatologia, genetica psichiatrica, e batteriologia e virologia (indagini sulla trasmissione di agenti infettivi e ricerca sui vaccini). Nelle istituzioni psichiatriche della Germania nazista le uccisioni di pazienti e la ricerca criminale erano spesso integrate nella routine quotidiana. Pertanto, i cosiddetti reparti speciali per bambini istituiti nel contesto del cosiddetto programma di eutanasia infantile sono stati utilizzati anche per la ricerca non psichiatrica, compresi esperimenti sulla vaccinazione contro la tubercolosi e gli studi sugli ormoni. Una volta che i bambini sono stati assassinati, il loro cervello e altri organi sono stati indagati. Heidelberg è stato uno dei principali centri per la ricerca sul cervello sulle vittime di omicidio medicalizzato, così come Berlino, Monaco, Vienna, Lipsia e Breslavia, dove gli scienziati Julius Hallervorden, Berthold Ostertag, Hans Joachim Scherer, Heinrich Gross, e altri²⁸⁴ hanno studiato il cervello delle vittime e pubblicato i loro risultati su riviste accademiche, anche decenni dopo la guerra mondiale.²⁸⁵

Tra coloro che hanno tratto grande profitto dal gran numero di vittime naziste c'erano gli anatomisti, che oltre a fonti tradizionali come gli ospedali pubblici ora avevano nuove e abbondanti fonti di corpi. I dipartimenti anatomici hanno ricevuto i corpi delle persone uccise dai cosiddetti programmi di eutanasia, prigionieri di guerra, lavoratori forzati, prigionieri dei campi di concentramento, vittime della Gestapo e persone giustiziate nel normale sistema carcerario. Praticamente tutti gli anatomisti tedeschi hanno usato questi corpi per corsi di dissezione e spesso per ricerche che informavano le conoscenze anatomiche in tutto il mondo. L'ampio accesso alla risorsa precedentemente rara di tessuti freschi da persone giustiziate ha innescato ricerche incessanti e trasgressioni etiche. Ad esempio, nel 1942, Max Clara ha somministrato vitamina C ai prigionieri nel braccio della morte, e poi ha studiato la

distribuzione della vitamina nei loro tessuti dopo la morte, trattando efficacemente il prigioniero vivente come se fossero già un cadavere. Questa modalità di escalation alla fine ha portato all'omicidio di prigionieri ad Auschwitz per esperimenti sull'effetto della fame inventato dal professore di anatomia e ufficiale delle SS Johann Paul Kremer. Probabilmente il crimine più eclatante di un anatomista è stato il piano mai pienamente realizzato di August Hirt per un'espansione della rinomata collezione antropologica di Strasburgo con una serie di scheletri di ebrei, per i quali ha fatto uccidere 86 prigionieri di Auschwitz.

Medicina e sfruttamento dei lavoratori forzati

Alcune delle prime persone assegnate al lavoro forzato, anche prima della seconda guerra mondiale, erano ebrei tedeschi disoccupati e successivamente ebrei in territori annessi e occupati.³⁰⁰ Sebbene i campi in cui sono stati inviati, di solito situati vicino ai loro siti di lavoro assegnati, differissero significativamente per dimensioni, durata dell'esistenza, tipo di lavoro e altri aspetti, è possibile identificare diverse tendenze nelle cure mediche. La cosa più importante era una grave inadeguatezza di personale, strutture e forniture per curare i molti lavoratori malati e feriti che avevano disperatamente bisogno di cure a causa delle loro condizioni di vita e di lavoro brutali e insalubri e della malnutrizione a cui erano sottoposti.³⁰¹ Nei primi anni della guerra, i lavoratori ebrei gravemente malati e feriti venivano riportati nei ghetti da cui erano stati originariamente inviati nei campi³⁰² o inviati in campi con strutture più grandi. Sotto la soluzione finale nazista, tuttavia, la destinazione dei cosiddetti trasporti di ritorno si è spostata in gran parte nei campi di sterminio vicini³⁰³ o siti per spartorie di massa.³⁰⁴ Uno dei primi gruppi di ebrei ad essere gasati all'arrivo ad Auschwitz comprendeva lavoratori incapaci dei campi dell'Alta Slesia orientale. Sebbene le condizioni del cantiere e del campo e le azioni dei funzionari tedeschi suggeriscano il contrario, l'assegnazione di medici ebrei a posti medici in alcuni di questi campi di lavoro forzato³⁰⁵ mostra che c'era almeno una certa attenzione alla salute di questa massiccia

forza lavoro. I funzionari della sanità pubblica hanno anche cercato competenze mediche per prevenire la diffusione di epidemie dalle popolazioni di detenuti ai non ebrei nelle vicinanze. Inoltre, vari gruppi in grado di beneficiare degli sforzi dei lavoratori ebrei, come i governi municipali e le imprese di costruzione private, hanno perseguito il reclutamento di medici ebrei per curare i pazienti nei campi, anche se quasi senza risorse.

Complessivamente, più di 20 milioni di persone sono state costrette a lavorare per il regime nazista, tra cui lavoratori civili stranieri, prigionieri dei campi di concentramento e prigionieri di guerra di tutti i paesi occupati. Lavoratori forzati stranieri nell'economia civile tedesca (*Fremdarbeiter*) formavano un gruppo distinto dai prigionieri di guerra e dai detenuti dei campi di concentramento e di lavoro forzato. Più di 12 milioni di questi lavoratori lavoravano all'interno del Reich e, nel 1944, un lavoratore su quattro in Germania era un lavoratore forzato (per lo più dall'Unione Sovietica, dalla Polonia, dalla Francia e dall'Italia). Per i lavoratori forzati era estremamente precaria, in particolare per i lavoratori della Polonia e dell'Unione Sovietica (*Ostarbeiter*). Infatti, i decreti specifici del marzo 1940 e febbraio 1942, collocavano i lavoratori forzati dai territori occupati a est della Germania in una posizione ancora peggiore di altri gruppi, riflettendo la gerarchia del pensiero razzista nell'ideologia nazista che metteva gli ebrei in fondo e gli slavi - visti come un gruppo razziale che includeva polacchi non ebrei, russi, ucraini e altri, solo leggermente più alto. Il numero di lavoratori forzati che erano gravemente malati e incapaci di lavorare è cresciuto costantemente. Nei cosiddetti campi di convalescenza costruiti per *Ostarbeiter* malati, le cattive condizioni igieniche e la malnutrizione hanno portato a migliaia di morti, molti per tubercolosi. Il 21 maggio 1943, è stato vietato il rimpatrio dei lavoratori forzati che avevano esaurimento mentali, e di conseguenza tali lavoratori sono stati deportati a Hadamar e uccisi nella camera a gas. Allo stesso modo, dal maggio 1944, i lavoratori forzati con tubercolosi sono stati inviati a Hadamar, dove sono stati uccisi almeno 468.313.

Il lavoro forzato è stato utilizzato in tutti i settori dell'economia. Negli ospedali ginecologici, i lavoratori forzati non solo servivano come forza lavoro a basso costo, ma venivano anche abusati per scopi di formazione medica (ad esempio, sono state dimostrate procedure di esame su di loro). Dal 1943 in poi, anche le donne considerate razzialmente indesiderabili dall'Europa orientale furono sempre più sottoposte a sterilizzazioni forzate e aborti. Le donne incinte provenienti da Polonia, Unione Sovietica e altri paesi dell'Europa orientale erano tra le pazienti più vulnerabili nelle istituzioni mediche tedesche durante la guerra. All'ospedale universitario delle donne di Graz, il direttore Karl Ehrhardt ha combinato gli aborti forzati con ricerche invasive e pericolose. Se i bambini nascevano, venivano spesso separati dalle loro madri e collocati in istituzioni speciali dove molti di loro morivano di abbandono e fame.

Professionisti della salute perseguitati e uccisi

Poiché le conquiste territoriali della Germania nazista portavano più popolazioni ebraiche sotto il controllo tedesco, un gran numero di professionisti medici ebrei erano tra quelli presi di mira per la ghettizzazione, la deportazione e, infine, lo sterminio. Nei decenni precedenti l'invasione tedesca della Polonia, l'antisemitismo pervasivo, che si manifestava, ad esempio, in quote che limitavano il numero di ebrei che potevano iscriversi alla scuola di medicina e la diffusa discriminazione contro i medici ebrei nelle istituzioni sanitarie pubbliche e nelle associazioni professionali, aveva contribuito alla creazione di servizi sanitari nazionali ebraici e infrastrutture sanitarie. Tra tali servizi c'erano l'Organizzazione ebraica di assistenza sanitaria, la Società centrale per la cura degli orfani e 47 ospedali ebraici, alcuni dei quali servivano anche polacchi non ebrei. L'accumulo di competenze ed esperienza nella fondazione e nel lavoro all'interno di queste reti e strutture mediche ebraiche probabilmente ha probabilmente aiutato preparare medici e infermieri ebrei a fornire assistenza nelle condizioni estreme create dall'occupazione tedesca e dalla successiva escalation di misure

antiebraiche durante la guerra mondiale 2.325. Sebbene il numero esatto di medici ebrei in Polonia immediatamente prima e dopo l'Olocausto non sia chiaro, il fatto che solo 103 (12%) degli 831 membri ebrei della Camera medica di Varsavia-Białystok sopravvissero alla guerra offre informazioni sulla portata delle vite perse.

Sebbene la ghettizzazione seguita dal trasporto nei campi fosse la tipica sequenza di oppressione nazista contro gli ebrei in Polonia, la persecuzione antiebraica seguiva modelli e linee temporali diverse in tutta l'Europa occupata e allineata dai nazisti. Nonostante decenni di ricerca, c'è ancora, con alcune eccezioni, una carenza di borse di studio sulle esperienze, le reazioni e i destini dei professionisti medici ebrei durante e dopo l'Olocausto. Per l'Europa occidentale, centrale e meridionale, dove sono stati stabiliti pochi, se non nessuno, ghetti, diversi elementi comuni possono essere identificati nelle narrazioni degli operatori sanitari ebrei. Sono stati costretti a vivere sotto severe restrizioni personali e professionali (compresa la segregazione sociale e la rimozione dal lavoro nelle istituzioni pubbliche) mantenendo e fornendo servizi sanitari e dovendo affrontare sfide etiche di fronte all'escalation del pericolo. Questi servizi erano spesso supervisionati da organizzazioni comunitarie e consegnati negli ospedali ebraici che presero la guerra.

Nei Paesi Bassi, per esempio, almeno 534 medici ebrei furono espulsi dalle posizioni nel settore pubblico nel novembre 1940 e fu proibito di curare pazienti non ebrei nel maggio 1941. Alla fine il datore di lavoro di molti medici, il Consiglio ebraico, a partire dall'inizio del 1942, chiese ai suoi operatori sanitari di eseguire esami degli ebrei che dovevano essere inviati nei campi di lavoro. Dall'estate del 1942, la posta in gioco divenne ancora più alta, quando i medici ebrei furono costretti a esaminare gli ebrei olandesi selezionati per la deportazione nei campi di sterminio per valutare se erano adatti al trasporto. Alcuni medici hanno fatto quello che gli è stato chiesto; altri hanno rifiutato. Fornendo ai compagni ebrei falsi certificati medici o eseguendo trattamenti intrusivi per esentare le persone dal trasporto, alcuni hanno sabotato gli ordini di deportazione

individuali. Almeno cinque medici ebrei sono morti per suicidio di fronte a situazioni che non potevano moralmente accettare; sono tra i 211 medici ebrei olandesi che non sono sopravvissuti all'Olocausto.⁷ Tali numeri, tuttavia, non trasmettono la vera misura in cui gli operatori sanitari ebrei in tutta l'Europa occupata dai tedeschi sono stati vittime del nazismo e dell'Olocausto. Anche coloro che alla fine sono riusciti a sopravvivere hanno sofferto incommensurabilmente nei ghetti, nei campi e nelle foreste³³⁶ e in vari altri nascondigli dove fornivano assistenza medica.

Attività medica nei ghetti

Dopo l'invasione della Polonia, le forze di occupazione tedesche limitarono sempre più le grandi comunità di ebrei dell'Europa orientale ai loro quartieri spesso densamente popolati e poveri. Un vecchio termine, ghetto, è stato ripreso per descrivere queste aree.⁷ I ghetti variavano notevolmente per dimensioni, durata dell'esistenza e condizioni, ma tutti erano uniti dal fatto che gli ebrei erano costretti a vivere lì in isolamento dalle popolazioni non ebraiche. Complessivamente, più di 1000 di questi ghetti sono stati stabiliti in aree occupate dai tedeschi nell'Europa orientale. C'erano più di 400 ghetti in Polonia, dove circa 3,3 milioni di ebrei (10% della popolazione prebellica della Polonia) vivevano prima dell'Olocausto, e circa 500 nell'Unione Sovietica occupata. I ghetti furono anche stabiliti dalla Romania in Transnistria.⁷ Importanti ghetti al di fuori di queste regioni includevano quelli di Theresienstadt (Terezín, Repubblica Ceca) e Salonico (Salonicco, Grecia). Theresienstadt era un ghetto simile a un campo che esisteva fino alla fine della seconda guerra mondiale. Aveva caratteristiche uniche e una variegata popolazione di ebrei è stata deportata lì da altri paesi, tra cui molti intellettuali e professionisti. All'interno del ghetto, i servizi sanitari erano organizzati da un consiglio di anziani, che impiegava molti medici ebrei. I servizi sanitari divennero uno dei rami più importanti dell'amministrazione. I ghetti servivano a controllare, concentrarsi, indebolire e alla fine uccidere gli ebrei, e dal 1941 divennero aree di sosta per la deportazione degli ebrei

nei campi di sterminio. Più rigorosamente sigillato il ghetto e più grande è la popolazione ebraica, maggiore è la difficoltà di prendersi cura dei residenti in vista delle minacce mortali di fame e malattie.' ' Uno dei pretesti ufficiali per la ghettizzazione e l'isolamento degli ebrei era quello di proteggere la popolazione non ebraica e gli occupanti tedeschi, perché gli ebrei erano accusati di portare malattie infettive, in particolare il tifo. Questa associazione di ebrei con malattie contagiose divenne una profezia autoavverante: le condizioni in cui erano costretti a vivere - sovraffollamento, razioni di fame, esposizione agli elementi e l'assenza delle necessità per la sopravvivenza - facilitarono la diffusione di infezione.' La mortalità nei ghetti era estremamente alta, con centinaia di migliaia di persone che muoiono di fame e malattie.'

Sebbene i nazisti riconoscessero che i servizi medici erano necessari nei ghetti per evitare la diffusione del contagio al resto della popolazione, la creazione e la manutenzione delle infrastrutture sanitarie era generalmente lasciata ai medici ebrei all'interno dei ghetti. Questi medici hanno lavorato con i consigli ebraici - nominati dagli amministratori tedeschi per gestire gli affari interni del ghetto - per costruire nel miglior modo possibile un servizio sanitario nelle tetre condizioni del ghetto.' ' Nel ghetto di Varsavia, che era il più grande d'Europa, con una popolazione di oltre 400 000 persone, medici e leader del ghetto hanno creato strutture ospedaliere per adulti e bambini, laboratori chimici e batteriologici, farmacie e stazioni di pronto soccorso e sono riusciti a organizzare un'istruzione clandestina per circa 500 studenti di medicina³⁴⁶e 80 studenti infermieri. Anche la ricerca medica è continuata in diversi ghetti, con indagini su malattie che si sono sviluppate sotto l'estremo prevalente condizioni. Ad esempio, ci sono stati studi su anemia, poliomielite e meningite a Theresienstadt, su disturbi nutrizionali e della crescita a Łódź, ' ' e sul tifo a Lviv (pannello 8) e Varsavia.' Anche a Varsavia, il dottor Israel Milejkowski (pannello 9), direttore del dipartimento sanitario del ghetto, ha avviato una ricerca clandestina sugli effetti della fame nel ghetto. Lo studio è stato fatto nel 1942 in mezzo a una mortalità estremamente

elevata (ci sono stati 5000 morti nel luglio 1942, rispetto alla media mensile prebellica di circa 1000 tra gli ebrei di Varsavia). Circa 30 medici e scienziati hanno partecipato allo studio mentre sperimentavano anche la fame e l'oppressione come i loro pazienti, a notevole rischio personale (se il loro lavoro fosse stato scoperto dalle autorità tedesche, le conseguenze sarebbero state gravi). Il loro obiettivo era quello di documentare i crimini nazisti attraverso mezzi scientifici, contribuendo al contempo a un'area di ricerca che sarebbe stata impossibile da indagare in un normale contesto clinico o di laboratorio. Nel luglio 1942, un'ondata di deportazioni nel campo di sterminio di Treblinka fermò la ricerca. Nella sua introduzione allo studio, contrabbandato fuori dal ghetto, Milejkowski ha scritto che questa ricerca era "l'unica risposta agli assassini" e che il mondo intero sarebbe rimasto inorridito dai risultati documentati.

Pannello 8

Ludwik Fleck (1896–1961)

Il microbiologo medico e filosofo della scienza Ludwik Fleck è considerato un pioniere nella storia sociale della scienza e dell'epistemologia storica. In *Genesis and Development of a Scientific Fact* (1935), ha coniato i concetti di stile del pensiero e collettivo del pensiero. Il lavoro di Fleck ha ispirato l'idea di paradigmi scientifici e cambiamenti di paradigma come formulato nel classico di Thomas Kuhn *The Structure of Scientific Revolutions* (1962). Meno noto è il fatto che, durante la seconda guerra mondiale, Fleck fu costretto a lavorare come batteriologo nei campi di concentramento di Auschwitz e Buchenwald.

Fleck è nato a Lemberg nell'Impero austro-ungarico (oggi noto come Lviv, Ucraina) dove ha anche studiato medicina e ha conseguito il dottorato in scienze mediche. All'inizio della sua carriera scientifica, Fleck ha lavorato sotto Rudolf Weigl al Dipartimento di Biologia dell'Università di Lviv. Nel 1923, lasciò l'università e fu nominato direttore dei laboratori batteriologico-chimici dell'ospedale cittadino generale di Lviv e diresse anche il suo laboratorio batteriologico privato. Dopo aver trascorso un anno all'Istituto di Sieroterapia di Vienna nel 1927, divenne direttore del

laboratorio batteriologico del Social Sick Fund di Lviv, una posizione da cui fu licenziato nel 1935, probabilmente a causa dell'antisemitismo. Fino al 1939, continuò a lavorare nel suo laboratorio privato. Dopo l'invasione della Polonia e la conseguente occupazione di Lviv da parte dell'Unione Sovietica, Fleck tornò al Dipartimento di Batteriologia dell'università. Quando i tedeschi occuparono Lviv nel 1941, Fleck perse la sua posizione e fu deportato nel ghetto ebraico della città, dove lavorò nel laboratorio di microbiologia dell'ospedale del ghetto. Date le condizioni di carestia e sovraffollamento nel ghetto, il tifo epidemico era un problema di salute acuto. Con i colleghi, Fleck ha sviluppato una vaccinazione anti tifo dalle urine dei pazienti infetti. All'inizio del 1943, fu deportato nel campo di concentramento di Auschwitz, dove fu costretto a lavorare nell'Istituto di Igiene delle Waffen-SS, che fungeva da laboratorio del campo. Nel dicembre 1943, Fleck fu trasferito nel campo di concentramento di Buchenwald per sostenere gli sforzi tedeschi nello sviluppo di un vaccino anti tifo adatto alla produzione su larga scala. Potrebbe anche essere stato costretto a eseguire test sierici (reazioni di Weil-Felix) per studiare la risposta immunitaria dei prigionieri che avevano ricevuto versioni del nuovo vaccino e poi erano stati deliberatamente infettati dal tifo. Fleck sembra essere stato centrale nello sviluppo di un vaccino efficace nel laboratorio di Buchenwald. Insieme ad altri prigionieri, ha sabotato con successo la distribuzione al personale e ai soldati del campo tedesco dando loro una versione inefficace del vaccino, mentre somministrava la versione attiva ai suoi compagni prigionieri. Dopo la liberazione di Buchenwald nell'aprile 1945, Fleck tornò in Polonia, dove insegnò microbiologia all'Università Cattolica di Lublino e scrisse uno dei primi resoconti della sperimentazione medica costretta nel campo di Buchenwald. Nel 1948, ha testimoniato al processo IG Farben di Norimberga sulla ricerca medica non etica sui prigionieri di campo, compresa l'infezione deliberata da tifo. Fleck e sua moglie emigrarono in Israele nel 1957 a causa del crescente antisemitismo. È stato nominato direttore dell'Istituto di patologia sperimentale presso l'Istituto israeliano

per la ricerca biologica di Ness Ziona. Morì nel 1961.³⁶¹

Pannello 9

Due medici attivi nel ghetto di Varsavia

Dr Israel Milejkowski (1887-1943)

Prima della seconda guerra mondiale, Israel Milejkowski (figura 7) era presidente dell'Associazione medica ebraica in Polonia. Nel ghetto di Varsavia, ha diretto il dipartimento sanitario del Consiglio ebraico di Varsavia. Incaricato di mantenere i contatti con le autorità sanitarie tedesche che operavano nella Polonia occupata, Milejkowski si unì a vari atti di resistenza contro gli ordini degli occupanti tedeschi. Nonostante le condizioni disumanizzanti, e con il sostegno di alcuni degli 800 medici ebrei che vivevano nel ghetto, organizzò servizi medici per la popolazione del ghetto, una scuola di medicina sotterranea e un gruppo di ricerca clandestino che indagava sugli effetti fisiologici e psicologici della fame. Gli sforzi di Milejkowski e dei suoi colleghi furono pubblicati nel 1946 in una traduzione polacca del manoscritto yiddish come "La malattia della fame: ricerca clinica sulla fame nel ghetto di Varsavia nel 1942". Milejkowski, tuttavia, non ha vissuto per vedere la pubblicazione. Perì nel 1943, nel ghetto o in rotta verso il campo di sterminio di Treblinka.

Figura 7 Israele Milejkowski

Mostra la didascalia completa

Riprodotta con il permesso del Ghetto Fighters Archive (Lohamei HaGeta'ot, Israele).

Dr Anna Braude-Heller (1888-1943)

Uno dei 30 ricercatori reclutati per lo studio sulla fame di Milejkowski era Anna Braude-Heller (figura 8), che è stata direttrice del Bersohn and Bauman Children's Hospital e capo del comitato medico nel ghetto di Varsavia. Fin dalla giovane età, si è distinta come pensatrice indipendente e attivista per sostenere le studentesse provenienti da ambienti sociali poveri. Nel 1906, si iscrisse agli studi di scienze sociali in Svizzera, ma in seguito passò alla medicina. Dopo diversi anni alle università di Zurigo, Berlino e San Pietroburgo, tornò in Polonia nel 1913. Dedicata all'organizzazione di servizi medici per bambini abbandonati e madri

povere, ha fondato la Children's Friends Association e ha avviato disposizioni di assistenza locale per madri e bambini bisognosi. Ha anche organizzato la ristrutturazione del Bersohn and Bauman Children's Hospital, che ha diretto dal 1930 fino alla sua morte durante la rivolta del ghetto di Varsavia. Sua sorella, Yehudit Braude, in seguito scrisse: "Quando arrivarono chiamate urgenti dalla parte ariana per lasciare il ghetto, decise di rimanere in ospedale fino all'ultimo dei bambini" (inedito). Piuttosto che salvarsi la vita, ha dato la priorità a stare con i suoi pazienti nel bunker durante la rivolta.

Figura 8 Anna Braude-Heller

Mostra la didascalia completa

Riprodotta con il permesso di Yad Vashem (Gerusalemme, Israele).

La fornitura di cure mediche continuò finché esistevano i ghetti, ma la quantità e la portata dei servizi medici diminuirono quando le popolazioni del ghetto si riducevano a causa dell'escalation delle politiche genocidie tedesche, comprese le sparatorie di massa e le deportazioni nei campi di sterminio. Nel ghetto di Varsavia, i medici che non furono inviati a Treblinka nella massiccia ondata di deportazioni in estate, 1942 continuarono a curare i pazienti fino all'assedio e alla distruzione del ghetto, anche mentre si riparavano nei bunker durante la rivolta del ghetto di Varsavia in aprile e maggio 1943.³²³,

Le condizioni estreme in cui gli operatori sanitari dovevano lavorare presentavano quotidianamente dilemmi etici complessi e senza precedenti, alcuni dei quali sono stati raccontati in diari e testimonianze personali. Questi dilemmi includevano domande su come decidere se potevano o dovrebbero abbandonare i loro pazienti per salvarsi, se trattenere le cure per evitare di essere infettati dai pazienti, se dovrebbero mettere in pericolo i pazienti con il tifo segnalandoli alle autorità (la mancanza di allerta le autorità potrebbe comportare una severa punizione), e se aiutare le persone in situazioni senza speranza (ad esempio di fronte a Le incursioni negli ospedali nazisti, quando i pazienti sono stati selezionati per il trasporto nei campi di sterminio) per morire in modo indolore.

medici hanno affrontato situazioni strazianti, in cui hanno dovuto decidere, ad esempio, se uccidere i bambini piangenti in un bunker o in un nascondiglio per salvare tutti gli altri che si nascondevano con loro.' ' Altre decisioni difficili includevano quelle sull'assegnazione di risorse essenziali limitate³⁷⁵e chi risparmiare di fronte agli ordini diretti per scegliere quali persone sarebbero visute e quali sarebbero morte.' ' ' ' ' Alcuni dei dilemmi etici sono stati portati davanti ai rabbini e ad altri professionisti che hanno fornito guida.' ' ' Più spesso, tuttavia, gli operatori sanitari hanno affrontato da soli questo pesante fardello di responsabilità e "scelte senza scelta".Nel complesso, hanno fatto del loro meglio per prendersi cura dei loro pazienti nelle condizioni più difficili, e molti hanno scelto di non abbandonare i loro pazienti, anche quando hanno avuto l'opportunità di salvarsi.

Medicina nei campi di concentramento e di sterminio

L'assistenza medica in ogni campo di concentramento sotto gli auspici dell'Ispettorato del campo di concentramento era supervisionata da un medico capo della guarnigione che era responsabile del dipartimento medico e responsabile della salute dei prigionieri e del personale delle SS. I medici delle SS parteciparono a esperimenti medici, fabbricavano cause di morte in certificati di morte, sorvegliavano esecuzioni e prigionieri selezionati e uccisi.' ' Fino al 1942, il personale medico del campo era diretto a fornire solo cure mediche minime ai prigionieri: il loro obiettivo principale era prevenire la diffusione di malattie infettive.Con il peggioramento della situazione militare della Germania, tuttavia, il ripristino della salute dei prigionieri, almeno a un livello che consentiva loro di lavorare, era sempre più considerato essenziale per consentire lo sfruttamento continuo del loro lavoro per l'economia di guerra tedesca. Inestricabilmente legata a questo obiettivo era la selezione per l'omicidio di prigionieri malati la cui capacità di lavoro è stata giudicata esaurita dalle SS.

I medici delle SS e i cosiddetti medici (uomini delle SS assegnati alle

strutture mediche dei prigionieri, anche se la maggior parte di loro non aveva alcuna formazione medica) uccidevano spesso i prigionieri somministrando iniezioni endovenose o intracardiache di sostanze letali, come fenolo e benzene, o inviavano prigionieri nelle camere a gas in loco o in altri campi. Il personale medico delle SS ha perpetrato altri crimini contro i prigionieri, tra cui la cosiddetta ricerca razziale, le sterilizzazioni forzate e le castrazioni. Hanno anche partecipato all'Aktion 14f13 e hanno contribuito in modo sostanziale al ruolo fondamentale che Auschwitz ha svolto nella Soluzione Finale, come il luogo in cui sono stati uccisi circa 960 000 ebrei. Alla rampa degli arrivi, il personale medico, spesso indossando il loro camice bianco, decise quali deportati sarebbero stati inviati immediatamente a morire nelle camere a gas di Birkenau e a quali sarebbe stato permesso di rimanere in vita per un periodo come operai o soggetti sperimentali.

Sebbene in generale solo alcuni prigionieri fossero idonei per una qualche forma di assistenza medica (i quali pazienti erano ammissibili variavano notevolmente tra i campi e in momenti diversi), tutti i grandi campi di concentramento avevano strutture di trattamento. Queste strutture di trattamento variavano per tipo e dimensioni, che andavano dalle cliniche ambulatoriali costituite da una singola stanza agli ospedali ospitati in più caserme. Nel complesso, le condizioni sovraffollate, non igieniche e infestate dai pidocchi dei campi e le forniture mediche grossolanamente insufficienti hanno reso la guarigione quasi impossibile.

Ad Auschwitz, a causa delle selezioni di prigionieri malati a partire dalla metà del 1941, le infermerie e gli ospedali divennero trappole mortali per i pazienti che difficilmente si riprenderanno. Come risultato della combinazione di condizioni letali e selezioni, gli ospedali del campo sono diventati noti come sale d'attesa per la morte. I pazienti ebrei sono stati selezionati per la gassazione a tassi molto più alti rispetto ai prigionieri non ebrei e, dopo l'agosto 1943, le selezioni hanno preso di mira esclusivamente i pazienti ebrei. Queste selezioni sono diventate un meccanismo di omicidio all'interno della soluzione finale. L'istituzione di

un intero settore di edifici designati come campo ospedaliero di prigionieri, situato direttamente adiacente ai terreni del Crematorio III e del Crematorio IV di Auschwitz-Birkenau, mostra più chiaramente l'interazione tra lavoro forzato, pratiche mediche e sterminio. Inaugurato nel luglio 1943, quando la Germania aveva acutamente bisogno di aumentare la sua forza lavoro, questo ospedale alla fine deteneva una popolazione media di pazienti di 2000.³⁸⁸

Anche se i medici delle SS hanno supervisionato le infermerie e gli ospedali dei prigionieri, solo il personale medico dei prigionieri si è impegnato direttamente con i pazienti e, quando possibile, ha fornito cure mediche effettive. Inizialmente, le SS riempiono deliberatamente queste posizioni con prigionieri che non avevano alcuna formazione medica.

Quando i medici addestrati lavoravano nelle strutture in questa fase, i loro ruoli erano limitati alle posizioni più basse. Fino al 1942, solo i prigionieri non ebrei erano autorizzati ad entrare in queste strutture, sia come personale che come pazienti. Dalla metà del 1942 in poi, tuttavia, dopo la recessione delle fortune militari della Germania, le SS cercarono medici e studenti di medicina avanzata tra la popolazione prigioniera per lavorare nelle infermerie, dove detenevano il titolo di prigioniero-medico.³⁸⁹

I prigionieri-medici erano preziosi per le autorità del campo delle SS a causa delle loro conoscenze e abilità specifiche che potevano preservare la forza lavoro e limitare la diffusione delle malattie epidemiche. Avevano quindi meno probabilità di essere bersaglio di violenza e generalmente beneficiavano di un aumento delle razioni alimentari, e di conseguenza avevano maggiori possibilità di sopravvivenza rispetto ad altri prigionieri.³⁹⁰ Tuttavia, la vicinanza dei prigionieri-medici a malattie contagiose mortali spesso li metteva direttamente in pericolo. Inoltre, il loro lavoro ha avuto un notevole impatto emotivo: hanno assistito e a volte sono stati costretti a essere coinvolti nella selezione dei pazienti nelle infermerie del campo e negli ospedali per le camere a gas.³⁹¹ Di fronte alle selezioni imminenti, i prigionieri-medici hanno perseguito varie strategie per salvare la vita dei pazienti vulnerabili, tra cui nascondere⁴⁰¹o dimenticare i

pazienti, supplicare la vita dei pazienti con gli ufficiali medici delle SS, cambiare le diagnosi in disturbi meno gravi, falsificando le identità per far passare i pazienti come ammessi più di recente, scambiare campioni di pazienti che altrimenti sarebbero stati uccisi per avere una malattia specifica e reclutare pazienti come ospedale personale. In molti casi, tuttavia, la cooperazione forzata nelle selezioni era una necessità se i prigionieri-medici volevano mantenere le loro posizioni e usare le loro conoscenze per aiutare i compagni di detenuti. . . . Anche i prigionieri-medici eseguivano aborti, perché, se si scoprivano di essere incinte, le donne venivano immediatamente inviate nelle camere a gas (come lo erano le nuove madri con neonati). Questi interventi, intrapresi con un pesante fardello psicologico e morale, hanno salvato la vita di innumerevoli donne. . .

Assegnati alle loro posizioni dagli ufficiali medici delle SS, i prigionieri-medici dovevano mantenere la salute della forza lavoro almeno al minimo indispensabile per lo sfruttamento. A tal fine, hanno ricevuto risorse dall'amministrazione del campo, ma inevitabilmente in quantità insufficienti. Tuttavia, la loro conoscenza e formazione hanno permesso ai prigionieri-medici di innovare i trattamenti utilizzando forniture di base, come sfruttare la risposta immunitaria dei pazienti che si erano ripresi dalla difterite per inoculare i pazienti che hanno appena iniziato a mostrare prove di infezione, o capitalizzando l'effetto placebo. . . Sullo sfondo della disumanità dei campi, la gentilezza dei medici prigionieri è stata anche citata come avente un effetto salutare sui pazienti. .

In definitiva, ridurre al minimo il danno che i medici nazisti intendevano fare era spesso l'unico obiettivo che i prigionieri-medici potevano perseguire. Ad esempio, i prigionieri costretti ad assistere negli esperimenti dei medici delle SS hanno tentato di ridurre il danno quando possibile. La condotta di questi prigionieri-medici è meglio considerata all'interno del modello di spettro coercizione-resistenza, che stabilisce che, sebbene alcune delle azioni dei medici fossero il risultato di forze coercitive che le SS esercitavano sui detenuti, la resistenza contro gli

obiettivi mortali dei medici nazisti ha anche guidato il comportamento dei prigionieri-medici (pannello 10). Singoli prigionieri-medici impegnati in una serie di comportamenti, e il fattore decisivo, in circostanze in continua evoluzione, era in genere quante opportunità avevano di resistere agli ordini in un dato momento. Tuttavia, non tutti i prigionieri-medici hanno cercato di resistere attivamente alle politiche naziste, e in rari casi hanno collaborato, cogliendo opportunità per perfezionare le loro abilità mediche, ad esempio, o perseguendo i propri progetti di ricerca a scapito del benessere degli altri prigionieri.

Pannello 10

Massimiliano Samuele (1880-1943)

Il dottor Maximilian Samuel (figura 9) era un illustre ostetrico e ginecologo a Colonia, in Germania, dove era amato dalle sue pazienti. Un ardente nazionalista tedesco e destinatario della Croce di Ferro per il suo servizio come medico militare nella prima guerra mondiale, il medico ebreo fuggì in Belgio dopo la violenza antisemita del Pogrom di novembre del 1938. Il 31 agosto 1942, meno di un mese prima del suo 62° compleanno, Samuel, insieme a sua moglie Edvige e alla figlia adolescente Liese Lotte, furono arrestati nel tentativo di attraversare il confine con la Svizzera. Sono stati inviati al campo di transito di Drancy a Parigi e da lì ad Auschwitz. Samuel e sua figlia sopravvissero alla selezione e divennero detenuti; sua moglie fu inviata direttamente alla camera a gas. Dopo aver lavorato come prigioniero-medico a Buna-Monowitz, un sottocampo di Auschwitz, Samuel fu trasferito nel campo principale di Auschwitz per volere del capo medico della guarnigione di Auschwitz Eduard Wirths, che cercò di sfruttare la competenza ginecologica di Samuel. Poco dopo il suo arrivo il 18 maggio 1943, Samuel iniziò a lavorare nel blocco 10, dove diversi medici *della Schutzstaffel* (SS) sperimentarono sulle donne imprigionate lì. Partecipò agli esperimenti medici di Wirths e Horst Schumann (un altro medico delle SS), un ruolo per il quale fu poi chiamato collaboratore medico ebreo.

Figura 9 Massimiliano Samuele

Anche se non c'è dubbio che Samuel abbia seguito gli ordini di Wirths e Schumann, ci sono anche prove che Samuel ha tentato di ridurre al minimo i danni ai prigionieri quando gli è stato dato l'opportunità. Quando è stato lasciato solo durante gli interventi chirurgici che facevano parte degli esperimenti di Wirths sulla diagnosi precoce del cancro cervicale, ha tagliato meno tessuto cervicale di quello che gli era stato ordinato. Ha anche minimizzato il danno sostenendo di non poter eseguire l'intero numero di procedure che Wirths cercava su base giornaliera. Inoltre, Samuel sembrava aver tentato di preservare la fertilità durante gli esperimenti di sterilizzazione a raggi X di Schumann rimuovendo l'ovaio più danneggiato e lasciando indietro quello più sano, e diverse donne negli esperimenti di Schumann furono in grado di avere figli dopo la guerra. Dato che Schumann si rese conto che le operazioni di Samuele non erano state completate secondo i suoi ordini e che Wirths sospettava che Samuele non stesse svolgendo i suoi compiti come indicato, il sotterfugio del prigioniero-medico presumibilmente portò alla sua esecuzione. La sua storia mostra che il comportamento dei singoli medici poteva cambiare nel tempo: come prigioniero-medico, Samuel è stato costretto a eseguire interventi chirurgici in esperimenti medici nazisti, ma era anche un resistente che pagava con la sua vita.

Parte 2: Alle prese con il ruolo della medicina durante il nazismo dopo la seconda guerra mondiale

Reazioni post-liberazione precoci

Dopo la fine della seconda guerra mondiale, il mondo ha cercato di

cogliere le specifiche e la portata dell'insondabile morte e distruzione causate dalla guerra e dalle politiche di sterminio di massa della Germania nazista, che erano culminate nell'Olocausto. Sebbene ci fosse una dimensione biomedica nelle politiche genocida del regime in generale, i crimini medici in senso stretto includevano più di 300 000 sterilizzazioni forzate, più di 200 000 omicidi con il pretesto dell'eutanasia ed esperimenti forzati su decine di migliaia di persone, molte delle quali sono state uccise o rimaste con effetti negativi permanenti sulla salute.¹¹ La complicità della professione medica tedesca, più della metà dei cui membri non ebrei si erano uniti al partito nazista, è stato rivelato, ed è diventato evidente che i loro colleghi ebrei e politicamente dissidenti nella Germania nazista e nei territori sotto la sua il controllo era tra coloro che erano stati uccisi o costretti ad emigrare per evitare la prigionia e la morte, con solo pochi rimasti o di ritorno dopo la guerra.

I rapporti sui cosiddetti omicidi di eutanasia erano stati pubblicati negli Stati Uniti già nei primi mesi del 1941. Le testimonianze sull'omicidio di massa di ebrei da parte della Germania nazista erano apparse sui giornali in Palestina il 23 novembre 1942, con richieste di 3 giorni di lutto pubblico. Tra coloro che hanno lottato per elaborare la notizia di queste atrocità c'era l'Associazione medica ebraica nella terra di Israele. Il 17 dicembre 1942, gli alleati annunciarono la loro intenzione di perseguire gli autori di questi crimini, il loro unico riferimento pubblico all'omicidio di massa di ebrei durante la guerra.

Quando la guerra finì, cominciarono ad emergere sempre più dettagli, anche attraverso le testimonianze dei sopravvissuti che pubblicarono, in diversi paesi, i loro ricordi dei campi e dei ghetti. L'ampia portata dei crimini nazisti e la complicità delle élite scientifiche e mediche tedesche cominciarono ad emergere nel contesto delle indagini sui crimini di guerra e dei preparativi per i processi. Questi rapporti informavano anche le narrazioni che si svilupparono nella comunità medica ebraica in Palestina, che ricevette un numero crescente di sopravvissuti. Quando si prendevano cura di questo gruppo di pazienti, i medici identificarono una

nuova categoria di sofferenza umana che chiamavano, nelle prime pubblicazioni francesi, *pathologie des déportés*—la patologia dei deportati, che descriveva un insieme unico di risultati clinici in coloro che erano sopravvissuti alla persecuzione e all'incarcerazione nazista.'

Perseguimento di reati medici a Norimberga

Gli Alleati hanno preparato il terreno per il perseguimento giudiziario dei crimini di guerra alla Terza Conferenza di Mosca nell'autunno del 1943. Dopo la Conferenza di Londra nell'estate del 1945, le potenze occupanti - Stati Uniti, Regno Unito, Francia e Unione Sovietica - convocarono congiuntamente il Tribunale Militare Internazionale a Norimberga, in Germania, che durò dal 20 novembre 1945 al 1o ottobre 1946. Le accuse contro 24 figure di spicco della Germania nazista includevano crimini contro la pace, crimini di guerra e, per la prima volta nella storia, crimini contro l'umanità.' vittime e testimonianze dei medici nazisti non hanno lasciato dubbi, secondo lo storico medico Paul Weindling, che "la medicina era probabilmente una componente del genocidio nazista con coinvolgimento medico nelle camere a gas, guerra chimica, sterilizzazione, eutanasia, esperimenti umani e piani per sradicare "degenerati razziali".

Il Tribunale Militare Internazionale è stato ampiamente pubblicizzato e ha reso note le atrocità naziste in tutto il mondo. Ha gettato le basi per una serie di 12 processi successivi davanti a un tribunale militare degli Stati Uniti, che si sono tenuti anche a Norimberga. Sebbene le atrocità mediche (nei campi di concentramento) focessero anche parte del quarto di questi processi (che si è protratto dall'8 aprile 1947 al 3 novembre 1947), il primo di questi procedimenti successivi, il processo dei medici di Norimberga, era chiaramente il più importante per quanto riguarda gli autori di crimini medici. Il processo dei medici di Norimberga iniziò il 9 dicembre 1946, con 20 medici e tre amministratori accusati di crimini medici come imputati.' Rappresentavano diversi livelli e sfere di crimini medici nazisti, tra cui l'esercito, le SS, il settore civile e il mondo accademico, per dimostrare la

responsabilità di un intero sistema criminale che non si limitava ai singoli autori.' ' ' L'imputato principale era Karl Brandt, professore di chirurgia alla scuola di medicina dell'Università di Berlino, alto funzionario medico del governo nazista durante la guerra e il medico di accompagnamento personale di Hitler. Nella sua dichiarazione di apertura, capo Il consigliere Telford Taylor ha indicato l'enidigma al centro del procedimento: "Questo non è un semplice processo per omicidio. ...Questi imputati non hanno ucciso a sangue, né per arricchimento personale...Non sono uomini ignoranti. La maggior parte di loro sono medici addestrati e alcuni di loro sono illustri scienziati".generazioni da Taylor hanno affrontato la questione di come questi professionisti della salute altamente qualificati che presumibilmente si vedevano nella tradizione ippocratica dei guaritori avrebbero potuto diventare assassini.

Gli imputati hanno affrontato quattro accuse principali: cospirazione per commettere crimini di guerra e crimini contro l'umanità, crimini di guerra, crimini contro l'umanità e appartenenza a un'organizzazione criminale (le SS). Crimini specifici includevano esperimenti medici sui prigionieri dei campi di concentramento, l'omicidio di ebrei per una collezione anatomico-antropologica, l'uccisione di cittadini polacchi con tubercolosi e gli omicidi di eutanasia. Nonostante le molte persone uccise con il pretesto dell'eutanasia, questi programmi hanno svolto un ruolo relativamente marginale nel processo, anche perché gli omicidi riguardavano principalmente cittadini tedeschi, complicando la questione della giurisdizione per un tribunale militare statunitense.' ' ' Gli imputati sono stati accusati di aver ordinato, supervisionato o coordinato queste attività criminali e di parteciparvi direttamente. I giudici statunitensi hanno pronunciato il loro verdetto il 19 agosto e il 20 agosto 1947: sette imputati sono stati assolti, nove hanno ricevuto pene detentive e Karl Brandt e altri sei sono stati condannati a morte.'

Nel complesso, il processo dei medici di Norimberga era di portata limitata e non teneva conto dell'intera portata delle atrocità mediche durante l'era nazista. C'era una forte attenzione su alcuni specifici esperimenti umani,

ma atti come le sterilizzazioni forzate sono stati minimizzati⁴⁴⁸, forse non sorprende, dato che la sterilizzazione forzata era legale in altri paesi all'epoca, anche in molti stati degli Stati Uniti.⁴⁴⁹ Il fatto che molti eugenetici tedeschi fossero rimasti, anche durante il periodo nazista, in grande stima tra i loro colleghi internazionali, alcuni dei quali condividevano le loro idee sulla sterilizzazione e altre pratiche eugeniche, potrebbe anche aver giocato un ruolo.⁴⁵⁰ Anche molti esperimenti medici disumani con migliaia di vittime sono stati lasciati da parte, in parte perché la piena portata delle atrocità non erano ancora note all'epoca.⁴⁵¹ Oltre al processo dei medici di Norimberga, ci sono stati vari altri procedimenti penali che riguardavano crimini medici nazisti. Alcuni di questi processi erano tenuti dagli Alleati nelle loro zone di occupazione,⁴⁵² e altri erano di competenza della magistratura delle nazioni in cui erano stati commessi tali crimini. Oltre alla Germania occidentale⁴⁵³ e alla Germania dell'Est, Polonia, Austria, e Francia⁴⁵⁴ hanno tenuto tali prove, a volte decenni dopo la seconda guerra mondiale (pannello 11). Nonostante questi sforzi, molti crimini medici, tra cui la maggior parte degli omicidi di pazienti, non sono mai stati indagati, pochi autori medici sono stati condannati e molti dei perpetratori sia nella Germania orientale che in quella occidentale hanno continuato la loro carriera nella pratica clinica o nel mondo accademico nonostante l'impegno ufficiale per la denazificazione.⁴⁵⁵ Anche eminenti scienziati medici che avevano usato i corpi delle vittime della persecuzione nazista nella loro ricerca hanno per lo più eluso l'accusa, tra cui, ad esempio, il neuropatologo Julius Hallervorden (pannello 12).⁴⁵⁶ Le ragioni del basso numero di persecuzioni sono molteplici. Alcuni dei più famigerati autori di crimini medici erano morti o in fuga (ad esempio, Josef Mengele). Inoltre, le priorità politiche si sono spostate durante la guerra fredda verso il consolidamento dei due blocchi in cui si confrontavano a ovest e a est (comprese le rispettive parti della Germania divisa), e gli Stati Uniti hanno iniziato a esplorare le opzioni per utilizzare le conoscenze scientifiche acquisite nella Germania nazista. Allo stesso tempo, questo spostamento di attenzione ha

permesso alla professione medica tedesca di perseguire il suo desiderio di andare avanti dal passato. Inoltre, alcune pratiche mediche nefaste sono state riconosciute solo molto più tardi come ricerca umana forzata. L'attuazione della denazificazione della società tedesca in generale, e del sistema sanitario in particolare, era incoerente dal iniziare. L'obiettivo di rimuovere gli ex membri del partito nazista e altre persone politicamente compromesse dalle loro posizioni era in conflitto con la necessità di mantenere il sistema sanitario funzionante in un paese che sta affrontando un crollo diffuso. In effetti, le sospensioni dei medici dalle posizioni cliniche e dalla pratica privata erano spesso di breve durata, e nel 1946, la maggior parte dei medici tedeschi e austriaci che erano stati coinvolti nel nazismo erano tornati nei loro lavori e nelle loro pratiche.' . . .

Pannello 11

Grandi processi per reati medici (a parte Norimberga)

Processi di omicidi di pazienti

La maggior parte dei processi per i cosiddetti omicidi di eutanasia ha avuto luogo subito dopo la guerra mondiale. Il primo si è tenuto davanti a un tribunale militare statunitense a Wiesbaden, nella Germania occidentale, nell'ottobre 1945, e riguardava gli eventi del centro di uccisione di Hadamar. Il tribunale ha condannato a morte l'amministratore capo della struttura e due infermieri maschi. Altri quattro imputati hanno ricevuto lunghe pene detentive. Questo verdetto ha stabilito un precedente: è stata la prima volta che gli Stati Uniti hanno usato il concetto di crimini di guerra in un caso contro i civili.'

Dal 1946, gli Alleati delegarono l'accusa degli omicidi di pazienti che erano stati effettuati come parte dell'Aktion T4 ai tribunali tedeschi, perché i sei centri di uccisione T4 erano stati situati sul territorio tedesco (anche nell'Austria annessa) e la maggior parte delle vittime erano cittadini tedeschi non ebrei. Nella Germania occidentale, i processi T4 si sono svolti a Francoforte nel 1947 e a Tubinga nel 1949. Molti degli imputati hanno ricevuto pene detentive a lungo termine e due sono stati condannati a morte. Dopo l'emanazione della Costituzione della

Repubblica federale di Germania nel 1949, tutte le condanne a morte sono state commutate in ergastolo e, nel mutevole contesto politico dell'inizio della guerra fredda, le pene detentive sono state gradualmente ridotte. Nel 1954, l'ultimo degli autori condannati fu rilasciato dalla prigione. Il processo per omicidio di pazienti del 1947 a Dresda nella zona di occupazione sovietica si concluse con pene detentive a lungo termine per la maggior parte degli imputati. Quattro persone sono state condannate a morte, tra cui Paul Nitsche, ex direttore medico di T4. Sebbene le figure di spicco di *Aktion T4* abbiano ricevuto condanne a morte, gli imputati accusati di aver ucciso pazienti per overdose intenzionale nei manicomi hanno ricevuto verdetti più miti. Austria, l'azione penale di questi omicidi medici e di altri crimini medici è cambiata durante gli anni del dopoguerra. Le sentenze tendevano ad essere severe subito dopo la guerra, con cinque condanne a morte emesse nel 1946 dai tribunali austriaci (anche se solo due persone furono effettivamente giustiziate). Dopo il 1948, le condanne divennero rare e le condanne precedenti furono spesso commutate in successive ondate di amnistia. Nei decenni successivi, le atrocità mediche commesse durante il periodo nazista furono quasi mai menzionate, una situazione che iniziò solo lentamente a cambiare dagli anni '80 in poi. Un altro processo relativo agli omicidi di pazienti nazisti non ha avuto luogo fino al 2000.

Prove del personale del campo

La maggior parte dei procedimenti legali contro l'ex personale del campo si sono svolti nel campo di concentramento di Dachau. Il primo processo, di 40 membri dello staff di Dachau, è durato da ottobre a dicembre 1945 e ha portato a 36 condanne a morte, tra cui cinque condanne a morte per i medici. 28 imputati, tra cui uno dei medici, sono stati giustiziati il 28 maggio 1946.⁴⁶⁵ Da marzo a maggio 1946, il secondo della serie di processi di Dachau ha riguardato il personale del campo di concentramento di Mauthausen. Tra i 61 imputati, otto avevano un background medico e hanno ricevuto condanne a morte per la loro partecipazione all'omicidio di prigionieri e agli esperimenti umani. Sette di

questi autori di crimini medici erano tra le 60 persone giustiziate nel maggio 1947. L'unico imputato al processo di Dachau legato al centro omicida di Hartheim T4 era Vinzenz Nohel, che aveva lavorato al crematorio. È stato anche condannato a morte.

Dei tre alleati occidentali, solo la Francia ha perseguito qualsiasi crimine di guerra medica nazista dopo il 1949. In un processo del 1952 al personale del campo a Natzweiler-Struthof, l'unico campo di concentramento amministrato dalla Germania sul territorio francese, un tribunale militare di Metz condannò i medici Otto Bickenbach e Eugen Haagen a lavori forzati a vita. Nel 1955, solo 3 anni dopo, entrambi furono rilasciati e tornati in Germania, dove continuarono a praticare la medicina.

Nel 1947, il Tribunale Nazionale Supremo della Polonia tenne il processo alla guarnigione di Auschwitz a Cracovia. Due imputati erano medici addestrati: l'anatomista Johann Paul Kremer e il batteriologo Hans Münch. Kremer è stato condannato a morte; Münch è stato l'unico imputato ad essere assolto. Per ragioni sconosciute, la condanna di Kremer fu commutata in ergastolo, ma nel 1958 fu rilasciato e restituito alla Germania occidentale. Nei più noti processi Auschwitz di Francoforte, che si tennero dal 1963 al 1965, la maggior parte degli accusati, tra cui quattro medici, ricevette pene detentive di lunga durata.'

Pannello 12

Esemplari cerebrali di vittime naziste agli Istituti Max Planck

Il Kaiser Wilhelm Institute of Psychiatry (Monaco, Germania) e il Kaiser Wilhelm Institute for Brain Research (Berlin-Buch, Germania) erano organizzazioni di ricerca leader nei loro campi molto prima della seconda guerra mondiale. Durante la guerra, gli scienziati di entrambi gli istituti hanno utilizzato le ampie opportunità offerte dai cosiddetti omicidi di eutanasia e da altri crimini per raccogliere tessuto cerebrale per la ricerca neuropatologica. Julius Hallervorden (1882-1965), capo del dipartimento di neuropotologia dell'Istituto per la ricerca sul cervello, è andato al punto di rimuovere personalmente il cervello delle vittime immediatamente dopo essere state gasate al centro di uccisione T4 nel Brandeburgo. I bambini

sembrano essere stati selezionati per l'uccisione a Brandeburgo specificamente per scopi scientifici.

Dopo la guerra, la maggior parte degli scienziati coinvolti, tra cui Hallervorden, continuò la loro carriera in gran parte senza ostacoli. Gli esemplari cerebrali sono rimasti nelle collezioni degli istituti e hanno continuato ad essere utilizzati per studi scientifici e pubblicazioni. La loro origine e il destino delle vittime sono stati in gran parte ignorati dagli scienziati e dalla società tedesca in generale. Il silenzio fu rotto solo sporadicamente, come quando Hallervorden si vantò delle sue attività di raccolta a Leo Alexander, che stava indagando sui crimini di guerra in preparazione di quello che sarebbe diventato il processo dei medici di Norimberga.

Negli anni '80, il giornalista e studioso della Germania occidentale Götz Aly ha avvisato il pubblico della provenienza di molte delle diapositive cerebrali allora tenute presso il Max Planck Institute for Brain Research (Francoforte, Germania), il successore del Kaiser Wilhelm Institute for Brain Research. Reagendo alle pressioni pubbliche, la Max Planck Society (successore della Kaiser Wilhelm Society) organizzò una frettolosa sepoltura di esemplari a Monaco nel 1990, che lasciò molte domande senza risposta.

Nel 2016, la riscoperta dei tessuti umani delle vittime naziste nell'archivio della Max Planck Society a Berlino ha portato a un rinnovato sforzo per affrontare questo capitolo della storia. Un ampio progetto di ricerca è stato incaricato di identificare tutte le vittime di crimini nazisti i cui resti sono stati utilizzati per la ricerca all'interno degli istituti Kaiser Wilhelm e Max Planck, e di analizzare le politiche passate dell'organizzazione su questo tema.'''

Tuttavia, i processi ben pubblicizzati degli autori medici hanno provocato intensi dibattiti sugli standard etici della professione medica e hanno contribuito, direttamente e indirettamente, alla formulazione di codici e dichiarazioni internazionali sull'etica medica.''''' Durante i preparativi per il processo dei medici di Norimberga, l'assenza di qualsiasi consenso

regolamentare la ricerca medica in una riunione a Parigi nel 1946. Tuttavia, quando gli Stati Uniti hanno deciso di tenere il processo dei medici di Norimberga come il primo dei 12 processi successivi, il progetto della commissione scientifica internazionale era discutibile e il compito di creare linee guida è stato effettivamente trasmesso. La successiva testimonianza al processo dei medici di Norimberga includeva la discussione di "esperimenti medici consentiti" da parte di testimoni esperti e il verdetto finale stabiliva dieci criteri correlati. Il primo e più elaborato di questi criteri era il requisito del "consenso volontario" basato su "conoscenza e comprensione sufficienti dell'argomento". Questo criterio è stato integrato da un'ulteriore disposizione che enfatizzava l'autonomia dei partecipanti sperimentali e dei partecipanti diritto di ritirarsi dall'esperimento in qualsiasi momento.

Ci sono voluti circa 15 anni perché i dieci criteri del verdetto del processo diventassero noti come Codice di Norimberga. La portata e la profondità dell'influenza dei crimini medici nazisti e del processo dei medici di Norimberga sulla successiva formulazione di standard etici per la ricerca e la pratica medica, e sulla bioetica più in generale, sono ancora dibattute. Da un lato, l'influenza del Codice di Norimberga è innegabile. La presenza di osservatori internazionali e media al processo dei medici di Norimberga ha assicurato che i nuovi principi sull'etica della ricerca umana fossero ampiamente dibattuti e pubblicizzati sulla stampa medica. I criteri sono serviti come riferimento in varie circostanze, e sono stati invocati dall'Accademia francese di medicina durante il processo Natzweiler-Struthof nel 1952⁴⁹⁰ e dall'esercito statunitense durante la guerra fredda. Altri documenti sull'etica della ricerca, ad esempio la Dichiarazione di Gerusalemme del 1952⁴⁹³ e la Dichiarazione di Helsinki del 1964 dell'Associazione Medica Mondiale - sono stati chiaramente scritti in dialogo con i criteri di Norimberga, ma non vi facevano direttamente riferimento. L'American Medical Association e l'industria farmaceutica hanno sostenuto con successo di indebolire il principio del consenso informato di Norimberga prima dell'inclusione nella

Dichiarazione di Helsinki. D'altra parte, la ricerca non etica (compresa la sperimentazione senza consenso) è rimasta diffusa in molte nazioni molto tempo dopo la pubblicazione del Codice di Norimberga e, per ragioni ancora dibattute, il Codice di Norimberga non è mai stato formalmente adottato come standard normativo o legale in nessun paese.' '

In termini di etica della pratica medica, diversi eventi chiave hanno avuto luogo dopo la seconda guerra mondiale. Ad esempio, l'Associazione Medica Mondiale è stata istituita nel 1946-47 e una delle sue prime azioni è stata quella di creare una nuova versione del giuramento di Ippocrate, nota come Dichiarazione di Ginevra (1948), che ha fatto direttamente eco ai sentimenti espressi alla riunione del comitato scientifico internazionale a Parigi nel 1946. Questo giuramento moderno e laico ha sottolineato che razza, religione, nazionalità, posizione politica e posizione sociale non dovrebbero influenzare il trattamento dei pazienti da parte dei medici e ha affermato che la salute del singolo paziente dovrebbe sempre essere l'obiettivo finale dei medici. Queste disposizioni fondamentali dovrebbero essere lette come un esplicito rifiuto dell'etica medica nazista, anche se la Dichiarazione di Ginevra non fa menzione dei crimini medici nazisti.'

L'Associazione Medica Mondiale ha continuato a promulgare, nel 1949, il Codice Internazionale di Etica Medica, che stabilisce principi etici simili e doveri professionali dei medici nell'istruzione, nella pratica e, in una revisione successiva, nella società. Nella sua iterazione del 2022, il Codice Internazionale di Etica Medica affronta l'autonomia del paziente, il benessere del medico e l'equità e la giustizia nell'assistenza sanitaria, ed esamina questioni tra cui la telemedicina, la sostenibilità ambientale, la pubblicità e i social media, con l'obiettivo di "fornire un linguaggio etico comune per la professione medica e rafforzare l'identità professionale". Tuttavia, il contesto in cui il Codice Internazionale di Etica Medica è stato scritto nel 1949 suggerisce una competizione per chi dovrebbe essere incaricato di definire e stabilire standard etici internazionali piuttosto che qualsiasi necessità percepita di rifiutare nuovamente l'etica medica nazista. Infatti, a quel tempo, l'Associazione

Medica Mondiale stava reagendo a vari tentativi concorrenti di stabilire codici e regolamenti etici internazionali, e all'organizzazione del Primo Congresso Internazionale di Etica Medica da parte dell'associazione medica francese (1955).',',',

Infine, il campo più ampio della bioetica è emerso anche durante i decenni dopo la seconda guerra mondiale, e ci sono varie narrazioni delle sue origini.' Queste narrazioni suggeriscono che la bioetica è nata in risposta ai progressi scientifici e alle nuove tecnologie costose, come il trapianto di organi, la dialisi renale e le unità di terapia intensiva, o che il campo riflette la versione accademica degli sconvolgimenti sociali e la perdita di fiducia nelle figure e nelle istituzioni autoritarie che si sono verificate alla fine degli anni '60 e nei primi anni '70, o che si è sviluppata in reazione agli informatori scientifici, comprese le rivelazioni pubbliche dello "Studio di non etico del servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti Sifilide non trattata nel maschio nero", fatto a Tuskegee (Alabama, USA). Queste narrazioni non si escludono a vicenda, ovviamente, e si può sostenere fortemente che le origini della bioetica moderna possono anche essere ricondotte alle atrocità mediche del nazismo e dell'Olocausto.'',',', L'intensa attenzione della bioetica contemporanea sull'autonomia individuale e sui diritti umani può essere vista, almeno in parte, come un ripudio dell'esplicito rifiuto dei medici nazisti dell'autonomia individuale e dei diritti umani come valori nell'assistenza sanitaria.

Effetti sulla salute della persecuzione nazista

Le molteplici forme di persecuzione durante il regime nazista hanno portato a una vasta gamma di effetti sulla salute fisica e mentale, sia conseguenze immediate che disturbi duraturi, a volte per tutta la vita. Molte di queste malattie non erano mai state studiate in precedenza, spingendo sforzi di ricerca, alcuni dei quali continuano ancora oggi. Tuttavia, le prime indagini sugli effetti sulla salute della persecuzione nazista erano già iniziate nei ghetti e nei campi sotto il dominio nazista. Probabilmente l'esempio più noto di tale ricerca di base che cercava di

documentare scientificamente la sofferenza delle vittime è stata la serie di studi precedentemente discussa sulla fame nel ghetto di Varsavia, che ha fornito la prima ricerca approfondita sulla fame estrema nella letteratura medica e rimane un simbolo della resilienza dei ricercatori coinvolti, essi stessi prigionieri di fatto (pochi sono sopravvissuti per vedere la pubblicazione dei loro risultati nel 1946).¹ Tuttavia, sono state sollevate questioni etiche, dato che gli esperimenti hanno coinvolto pazienti gravemente esausti dalla fame e, almeno in alcuni casi, non disposti a partecipare.²

Dopo la Liberazione, è diventato rapidamente chiaro che i sopravvissuti alla persecuzione nazista avevano gravi conseguenze per la salute, che variavano a seconda del tipo di danno subito e dell'accesso postbellico dei sopravvissuti al trattamento e al supporto per garantire la loro salute e il loro salute e benessere. Le complicazioni sanitarie immediate che sono state documentate includevano traumi fisici e psicologici legati alla guerra, deportazione, umiliazione, incarcerazione in ghetti o campi di concentramento, esposizione costante alla violenza, minaccia di morte, fame, malattie infettive e condizioni meteorologiche estreme e ferite da incidenti, percosse, torture e sparatorie.³ È stata descritta anche una specifica sindrome del campo di concentramento. Professionisti della salute che erano anche i sopravvissuti hanno discusso le opzioni di trattamento in contesti professionali e con le organizzazioni dei sopravvissuti. Nel 1954, i partecipanti a una conferenza medica dei sopravvissuti a Copenaghen chiesero esplicitamente una legislazione per sostenere i loro bisogni. Successivamente, gli effetti a lungo termine della persecuzione furono ampiamente studiati. Tra i risultati degni di nota pubblicati negli ultimi 5 anni c'erano dati che suggerivano che l'esperienza dell'Olocausto era un fattore di rischio significativo nella morbilità e mortalità per cancro a esordio tardivo tra i sopravvissuti a lungo termine (nonostante la ridotta mortalità per tutte le cause rispetto alla popolazione generale) e nella cardiopatia ischemica tra i sopravvissuti maschi. Sebbene l'associazione tra l'essere un sopravvissuto alla

persecuzione nazista e l'aumento del rischio di suicidio rimanga controversa, una maggiore prevalenza di disturbo da stress post-traumatico e depressione è stata registrata nei sopravvissuti. Questa scoperta è importante perché subito dopo la seconda guerra mondiale, la questione se un trauma come la reclusione nei campi di concentramento potrebbe portare a effetti psicologici a lungo termine è stato controverso e la connessione è stata chiaramente riconosciuta solo nel 1964.⁵¹⁹ Una condizione denominata crescita post-traumatica è stata anche descritta sulla base di uno studio⁵²¹ che ha dimostrato che alcuni sopravvissuti avevano una maggiore resilienza e capacità di prosperare nonostante i precedenti traumi. Quello studio non ha mostrato alcuna differenza nelle misure di salute generale dei sopravvissuti rispetto alla popolazione generale, ma ha ridotto significativamente la percezione soggettiva della salute. È importante sottolineare che il trauma dei sopravvissuti può influenzare la salute dei loro figli e nipoti, in un processo che è stato descritto come trasmissione intergenerazionale del trauma dell'Olocausto, con spiegazioni incentrate anche sull'epigenetica. Insieme, tutti questi risultati modellano il trattamento dell'invecchiamento della popolazione dei sopravvissuti: le cure devono essere informate dalla storia specifica della sofferenza di questi pazienti e delle loro famiglie. Le conoscenze acquisite da questi studi possono essere applicate anche nel trattamento di altre popolazioni traumatizzate.

Le valutazioni della salute dei sopravvissuti sono state utilizzate come argomenti nelle prime richieste di risarcimento nel 1949.⁵²⁴ precedenti leggi statali nelle zone di occupazione occidentali sono state adottate nella legge federale nella Germania occidentale più di un decennio dopo la fine della seconda guerra mondiale con la legge federale del 1956 sul risarcimento delle vittime della persecuzione nazionalsocialista. Applicato retroattivamente dall'ottobre 1953, l'atto riguardava le persone che furono perseguitate per motivi politici, razziali, religiosi o ideologici durante l'era nazista, ma ha lasciato fuori altri gruppi vittime, in particolare quelli sottoposti a sterilizzazione forzata¹³³ e le famiglie di persone uccise

nell'ambito dei cosiddetti programmi di eutanasia. La Germania non ha riconosciuto la legge sulla sterilizzazione del 1933 come incostituzionale fino al 2007 e il risarcimento per le vittime sopravvissute delle sterilizzazioni forzate è stato introdotto solo nel 2011.⁵²⁶ Le famiglie delle persone uccise nei programmi di omicidio dei pazienti non hanno mai ricevuto alcun risarcimento.

Conoscenze mediche acquisite in contesti non etici

Dopo la seconda guerra mondiale, la più ampia comunità medica iniziò a minimizzare la rilevanza del lavoro scientifico dell'istituzione di ricerca tedesca e austriaca durante il periodo nazista sostenendo che si trattava di pseudoscienza, una tendenza che persiste ancora. Questa minimizzazione è stata in parte motivata dal desiderio della comunità di prendere le distanze e dalla sua ricerca dagli autori di reati medici. Tuttavia, una notevole quantità della ricerca medica condotta nella Germania nazista, comprese alcune delle ricerche umane non consensuali, si basava su razionalità scientifiche mediche contemporanee, come evidenziato dalla pubblicazione dei risultati di questa ricerca su riviste internazionali. Alcuni di questi risultati sono stati letti e applicati in tutto il mondo per molti decenni e da allora sono stati integrati nelle conoscenze mediche generali. . . . Ad esempio, tra i dati che Leo Alexander, capo consulente medico al processo dei medici di Norimberga, ha raccolto per le forze alleate in preparazione alle prove di Norimberga c'erano quelli degli esperimenti di altitudine mortale e ipotermia a Dachau, che sono stati condivisi con l'industria aeronautica statunitense. Molti degli scienziati coinvolti in questa ricerca, tra cui Siegfried Ruff e Hubertus Strughold, sono stati reclutati immediatamente dopo la guerra dall'US Army Air Force per lavorare presso il Centro Aeromedico degli Stati Uniti di Heidelberg. Strughold ha avuto una carriera di alto profilo nel programma spaziale degli Stati Uniti ed è stato elogiato come il padre della medicina spaziale. I dati degli esperimenti di Dachau sono stati utilizzati anche se la validità e l'etica di farlo sono state intensamente

contestate. Di recente nel 1988, gli scienziati dell'Agenzia per la protezione ambientale degli Stati Uniti hanno proposto l'uso dei risultati degli esperimenti sul fosgene di Otto Bickenbach sui prigionieri nel campo di concentramento di Natzweiler-Struthof per guidare nuovi esperimenti sugli animali relativi alle normative sull'inquinamento del fosgene, un piano che è stato abbandonato solo dopo le proteste di un gruppo di loro colleghi all'interno dell'Agenzia.

I risultati della ricerca nazista sono stati utilizzati, con o senza discussione di preoccupazioni etiche, per molti anni. Un esempio istruttivo è l'atlante di anatomia di Pernkopf (pannello 13): i ridisegni delle immagini di Pernkopf - alcune delle quali erano basate sui corpi delle vittime naziste - sono stati copiati per molte altre pubblicazioni e atlanti di anatomia come *Sobotta*, spesso senza riferimento all'originale. Così, la storia dell'atlante di Pernkopf è diventata un caso di studio importante per chirurghi, anatomisti, illustratori medici, bibliotecari e altri nelle discussioni sulle conoscenze mediche ottenute da origini non etiche, la storia delle illustrazioni anatomiche e le eredità storiche dell'abuso medico. Altre eredità della medicina e della ricerca nel periodo nazista includono gli omonimi derivati dai nomi degli autori di crimini medici (pannello 14) e collezioni scientifiche di resti umani che potrebbero includere i resti delle vittime naziste (e le pubblicazioni scientifiche che tali collezioni hanno reso possibili). Queste eredità hanno implicazioni dirette per la pratica clinica e scientifica contemporanea, che discuteremo in ulteriori sezioni di questa Commissione.

Pannello 13

L'atlante di Pernkopf

L'anatomista austriaco Eduard Pernkopf (1888-1955), decano della Facoltà di Medicina di Vienna e direttore dell'Istituto di Anatomia di Vienna, ha usato l'accesso illimitato ai corpi delle vittime naziste giustiziate come base per la sua "Anatomia topografica", nota come l'atlante di Pernkopf, che aveva iniziato nei primi anni '30. È molto probabile che un numero considerevole delle immagini dell'atlante create

durante gli anni della guerra rappresenti le vittime del regime nazista. All'istituto di Pernkopf furono assegnati i corpi di più di 1377 persone giustiziate nel sistema carcerario di Vienna, dai militari o dalla polizia segreta tra il 1938 e il 1945. La maggior parte di queste persone sono state condannate per motivi politici, come le attività di resistenza contro il regime nazista. Sette di loro sono stati identificati come ebrei. Gli illustratori medici hanno documentato le loro simpatie naziste integrando simboli nazisti come le svastiche nelle loro firme (figura 10).

Figura 10 Immagini dall'Atlante di Pernkopf con simboli nazisti

Mostra la didascalia completa

(A) Un'immagine di esempio della prima edizione dell'Atlante di Pernkopf pubblicata nel 1937. Le altre tre immagini sono close-up della stessa illustrazione: nella prima edizione pubblicata (B), il disegno originale (C), e una versione di prova per la terza edizione, 1989 (D). In (B) una svastica può essere vista nella firma dell'illustratore, Erich Lepier (che ha iniziato a includere il simbolo nella sua firma prima dell'annessione dell'Austria alla Germania nazista), ma la svastica è stata ritoccata da (C) e (D).

Nonostante le sue origini, l'atlante di Pernkopf ha guadagnato grande popolarità tra anatomisti, chirurghi e illustratori medici. Dopo la pubblicazione della prima edizione statunitense nel 1963-64, sorsero domande sul background politico dell'opera. Catalizzate dalle indagini di studiosi statunitensi, le indagini sulle voci sulle connessioni naziste di Pernkopf e che le vittime dei nazisti fossero raffigurate nell'atlante sono state avviate per la prima volta negli anni '80. Un dibattito pubblico sull'etica dell'uso dell'atlante di Pernkopf è seguito a metà degli anni '90, che ha portato a un rapporto del 1998 commissionato dall'Università di Vienna. L'atlante è stato tolto dal mercato dal suo editore, Urban & Schwarzenberg, ma le persone, specialmente i chirurghi, hanno continuato a usarlo.

I dibattiti sull'etica dell'uso delle immagini di Pernkopf, specialmente in alcune situazioni chirurgiche, sono riemersi nel 2016. Il risultato di questa discussione fu il Protocollo di Vienna, un responsum (cioè un'opinione basata sulla legge ebraica formale [*Halacha*]) scritta da Joseph Polak, sopravvissuto all'Olocausto e rabbino. Polak ha concluso che la maggior parte delle autorità religiose ebraiche avrebbe permesso l'uso delle

immagini di Pernkopf allo scopo di salvare una vita, che è una priorità secondo il principio di *piku'ach nefesh* (שפ × חוקפ). Tuttavia, questo uso è legato alla condizione assoluta che sia reso noto a tutti esattamente cosa sono questi disegni. In questo modo, ai morti viene concessa almeno una parte della dignità a cui hanno diritto". , , ,

Pannello 14

Eponimi, o cosa c'è in un nome?

Prende il nome dai collaboratori nazisti

- •

Sindrome di Asperger: questa condizione di neurosviluppo prende il nome dal pediatra Hans Asperger (1906-80), che, sebbene descritto come un "coraggioso difensore dei suoi pazienti contro l'"eutanasia" nazista", aveva inviato alcuni dei suoi giovani pazienti in un centro di uccisione a Vienna, in Austria, che faceva parte del cosiddetto programma di eutanasia infantile. Il nome sindrome di Asperger è caduto in disgrazia, e invece la condizione è ora considerata parte del disturbo dello spettro autistico.

- •

Granulomatosi di Wegener: una malattia rara che causa l'infiammazione dei vasi sanguigni nel naso, dei seni paranasali, della gola, dei polmoni e dei reni, la granulomatosi di Wegener prende il nome da Friedrich Wegener (1907-1990), un patologo tedesco che fu uno dei primi membri del partito nazista e della *Sturmabteilung* (SA). Wegener prestò servizio nell'ufficio sanitario dell'autorità municipale civile nella Łódź occupata (allora Litzmannstadt), in Polonia, durante la guerra. La granulomatosi di Wegener è ora conosciuta come granulomatosi con poliangite.

- •

Malattia di Reiter: questa poliartrite infiammatoria prende il nome da Hans Reiter (1881-1969), un funzionario nazista attivo e presidente dell'Ufficio sanitario del Reich. Ha organizzato esperimenti medici sui prigionieri dei campi di concentramento a Buchenwald. La malattia di

Reiter è ora comunemente indicata come artrite reattiva.

Prende il nome da vittime naziste

L'establishment medico tedesco dopo il 1945

La professione medica e bioscientifica della Germania orientale, della Germania occidentale e dell'Austria, comprese le sue associazioni professionali, ha impiegato molto tempo per valutare criticamente le sue azioni durante l'era nazista. Ci sono stati decenni di silenzio e insabbiamenti delle azioni dei professionisti della salute in tutte le discipline e istituzioni, e quando l'argomento è stato toccato c'è stata la negazione del coinvolgimento e il rifiuto della responsabilità. Infine, nel 1997, Hubert Markl, presidente della Max Planck Society, ha istituito un programma di ricerca innovativo per ricostruire il ruolo della Kaiser Wilhelm Society (il predecessore della Max Planck Society) durante il socialismo nazionale, compresa la sua complicità negli esperimenti umani non consensuali. Nel 2001, Markl si è scusato (pannello 15). Tuttavia, questi eventi altamente pubblicizzati sono stati piuttosto controversi, anche tra i sopravvissuti. Sono seguiti simili atti di scuse da parte di varie associazioni mediche, ma sono stati criticati da politologi e filosofi come rituali politici ambivalenti, se non vuoti. Queste controversie sollevano domande sul fatto che le indagini e le scuse possano mai essere sufficienti o incontrate il perdono (panel 15), o se c'è qualcosa di più che potrebbe o dovrebbe essere fatto per garantire il ricordo dei crimini medici e delle loro vittime.

Pannello 15

Jona Laks

Jona Laks (figura 11) è nato Tauba Fuchs a Łódź, in Polonia, nel 1930. Jona e sua sorella gemella Miriam avevano 9 anni quando l'esercito tedesco invase la Polonia. I gemelli furono tenuti per la prima volta nel ghetto di Lodz con i loro sette fratelli e i loro genitori, Loba e Mordechai Fuchs, che furono assassinati nel 1942 nel campo di sterminio di

Chelmno. Jona, Miriam e una sorella maggiore, Chana, furono deportati ad Auschwitz nell'agosto 1944. Jona e Miriam furono selezionati per gli esperimenti gemelli di Josef Mengele e quindi evitarono la morte immediata nelle camere a gas. Essendo sopravvissuti agli esperimenti di Mengele e a una marcia della morte, i gemelli furono liberati vicino a Lipsia l'8 maggio 1945. Jona emigrò in Palestina nel 1948, si unì all'esercito israeliano e in seguito lavorò come estetista e giornalista. Nel 1957, sposò Joshua Laks. Oggi vive a Tel Aviv.

Figura 11 Jona Laks, sopravvissuta degli esperimenti di Mengele, nel 2001

Mostra la didascalia completa

Questa foto è stata scattata al simposio della Max Planck Society sulle scienze biomediche e la sperimentazione umana presso gli istituti Kaiser Wilhelm durante la seconda guerra mondiale, in cui Laks ha tenuto un discorso. Riprodotto con il permesso della Max Planck Society (Berlino, Germania).

Jona è stato un membro fondatore dell'Organizzazione dei Gemelli Mengele. Nel giugno 2001, lei e altri sette sopravvissuti alla sperimentazione medica criminale nei campi di concentramento nazisti sono stati invitati a un simposio della Max Planck Society sulla storia della sperimentazione umana degli Istituti Kaiser Wilhelm (come la società era stata precedentemente conosciuta) e i legami con Auschwitz. Hubert Markl, allora presidente della Max Planck Society, ha offerto una scusa - o, più precisamente, un riconoscimento della colpa della società combinata con un impegno per una profonda rivalutazione storica - ai sopravvissuti presenti e a tutte le altre vittime dei crimini medici nazisti.

Il simposio si è tenuto in un momento in cui il rituale di emettere scuse pubbliche per torti storici era diventato un evento sempre più comune a livello internazionale. Eva Mozes Kor (1934-2019), un'altra gemella Mengele sopravvissuta, che viveva negli Stati Uniti, era stata una delle voci più esplicite che chiedevano scuse e alla fine aveva spinto la Max Planck Society ad agire. Anche se i gemelli Mengele che erano venuti da Israele apprezzavano l'offerta della Max Planck Society di scusarsi, non si sentivano autorizzati a offrire perdono. Nel suo discorso ai rappresentanti della società, Jona ha chiesto un impegno più ampio con il passato e le sue vittime, un impegno che andrebbe oltre le scuse e la ricostruzione

storica: «“ Sono un emissario nel senso elementare della parola, un emissario di quelle delle vittime di Mengele che sono ancora vive... Se perdono in nome dei morti, andrò oltre i limiti della missione che ho preso su di me... Per quanto ripeterò quanto a quelli delle vittime di Mengele che sono ancora vivi... non ho ricevuto il permesso da loro di perdonare a loro nome. Né io come individuo ho il diritto di perdonare. Quindi, non ho la procura di nessuno da perdonare, ma per ricordare che il perdono cancella la memoria... E qui, signore e signori, veniamo a una cosa crudele ed esclusiva: la sincerità delle vittime. Siamo le vittime. Siete gli attuali capi della Max Planck Society. Vuoi chiarire i crimini nazisti. Noi...chiediamo non solo a noi stessi di ricordare, ma anche a te. In altre parole, ti chiediamo di ricordare ciò che vuoi chiarire e poi forse dimenticare. Lo ricorderemo in ogni caso. Ti dimenticherai in ogni caso?” , , »

Sebbene la disciplina della psichiatria e le sue associazioni professionali fossero più pesantemente coinvolte nei crimini medici, è stato solo nel 2010 che Frank Schneider, allora presidente dell'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica, ha riconosciuto la responsabilità della sua organizzazione e si è scusato con le vittime e i loro parenti. Ulteriori misure includevano la revoca delle appartenenze onorarie di ex consulenti esperti T4 e il finanziamento di indagini storiche dettagliate sul ruolo dell'associazione nella Germania nazista²¹⁸e le sue azioni nel dopoguerra.

Negli ultimi decenni, diverse altre società professionali mediche e istituti di ricerca, così come la Fondazione tedesca per la ricerca, hanno compiuto sforzi per affrontare il loro passato documentando le loro storie nella Germania nazista, rilasciando dichiarazioni di responsabilità e offrendo scuse pubbliche. In particolare, dopo la pressione concertata degli storici della medicina e di alcuni medici, l'Assemblea medica tedesca (l'assemblea generale annuale dell'Associazione medica tedesca) ha emesso una scusa nota come Dichiarazione di Norimberga del 2012, che ha esplicitamente riconosciuto la responsabilità per i crimini medici nazisti

e si è impegnata a onorare le vittime e i sopravvissuti e a sostenere ulteriori ricerche storiche. Questa dichiarazione ha suscitato reazioni positive ma anche critiche, e se questi impegni siano stati rispettati è stato messo in discussione. Inoltre, l'Associazione Medica Mondiale deve ancora rilasciare una dichiarazione o scusarsi per il suo persistente sostegno a Hans-Joachim Sewering (un ex presidente dell'Associazione Medica Tedesca) per diventare il suo presidente nel 1992, anche dopo che le indagini hanno rivelato non solo che Sewering era un ex uomo delle SS, ma che aveva mandato a morte la quattordicenne Babette Fröwis.¹ Solo dopo intense critiche pubbliche la candidatura di Sewering è stata finalmente annullata.

Dal silenzio alla commemorazione: riconoscimento delle vittime

Sebbene una cultura di commemorazione attiva e commemorazione dell'Olocausto e di altri crimini nazisti sia emersa in molti paesi subito dopo la seconda guerra mondiale, lo stesso non si è verificato per quanto riguarda i crimini medici e le loro vittime. Dopo una fase iniziale di controllo pubblico durante i processi del dopoguerra, molti nella comunità medica tedesca hanno scelto di tacere. Le cose hanno iniziato a cambiare negli anni '80, ma la maggior parte degli studi iniziali e delle attività di storia pubblica si sono concentrate sui colpevoli. Le vittime e le loro storie di sofferenza sono diventate al centro di sforzi di ricerca dettagliati solo in seguito, aprendo la strada a commemorazioni che documentano la loro distruzione fisica e cercano di invertire la cancellazione dei nomi, delle identità e delle storie di vita delle vittime.

In Germania, i tentativi isolati di attirare l'attenzione del pubblico sulle vittime degli omicidi di pazienti sono iniziati negli anni '80, a partire da un monumento in uno spazio pubblico di Berlino. Anche se questo primo sforzo ha guadagnato poca trazione, altri sono seguiti. Nel 2014, la crescente consapevolezza dei ruoli dei professionisti medici negli omicidi di eutanasia, nuove ricerche e una crescente attenzione all'identificazione

delle singole vittime⁵⁶¹, hanno portato all'installazione di un memoriale centrale e sito informativo nell'ex sede della sede del T4 a Berlino. Le persone con disabilità partecipano attivamente alle attività ufficiali di commemorazione. Gli obiettivi di questi sforzi di commemorazione, alcuni dei quali coinvolgono approcci innovativi come la [collaborazione con le arti dello spettacolo](#), sono amplificare le voci delle vittime e sostenere la bonifica della storia delle vittime da parte dei rappresentanti del gruppo interessato.

Per decenni, i nomi delle persone assassinate nei cosiddetti programmi di eutanasia sono stati tenuti segreti a causa delle regole sulla riservatezza medica e sulla privacy dei pazienti, e l'identificazione pubblica dei nomi delle vittime è stata ostacolata dalle leggi d'archivio in vari paesi. Tali politiche archivistiche spesso sembrano essere radicate in pregiudizi di lunga data contro le persone con disabilità intellettive o mentali e hanno ulteriormente aumentato lo stigma e le pratiche di esclusione. Tuttavia, gli storici hanno persistito e, in una certa misura, sono riusciti negli sforzi per identificare i nomi completi delle vittime. A Vienna, ad esempio, i nomi dei bambini uccisi nell'ospedale Am Spiegelgrund segnano le tombe in cui sono stati sepolti i cervelli dei bambini, ottenuti attraverso autopsie e utilizzati dai ricercatori per anni dopo la seconda guerra mondiale (pannello 16). Intorno al 2010, lo storico medico Paul Weindling ha lanciato un progetto internazionale volto a documentare tutte le vittime degli esperimenti medici nazisti. Weindling e il suo team di ricerca hanno creato una banca dati dei loro risultati, che è stata ospitata da Leopoldina, l'Accademia nazionale tedesca delle scienze, dal 2015.⁵⁶⁸ Dal 2017, un progetto di ricerca finanziato dalla Max Planck Society ha studiato la storia delle collezioni di tessuti delle vittime della persecuzione nazista per la ricerca cerebrale da parte dell'Istituto Kaiser Wilhelm per la ricerca cerebrale di Berlino e dell'Istituto Kaiser Wilhelm per la psichiatria di Monaco di Baviera e dei suoi vari successori.

Pannello 16

Cervelli delle vittime del programma di omicidio di minori a Vienna

Dal 1940 al 1945, l'istituzione Am Spiegelgrund di Vienna fu una delle più importanti di una rete di istituzioni in cui i bambini venivano uccisi nell'ambito del cosiddetto programma di eutanasia infantile. Ben 789 bambini con ritardi nello sviluppo e varie condizioni neurologiche sono stati uccisi in clinica, la maggior parte dei quali avvelenati con barbiturici. Durante il soggiorno dei bambini nella struttura, i medici hanno raccolto dati clinici completi da loro attraverso l'osservazione e da esami invasivi e dolorosi come le pneumoencefalografie. Dopo la loro morte, sono state fatte le autopsie e il cervello dei bambini e altre parti del corpo sono stati rimossi e conservati per ricerche future.

Nei primi anni '50, Heinrich Gross (1905-2005), uno dei medici coinvolti negli omicidi, prese il controllo della collezione di cervelli (figura 12) dopo che i tentativi di consegnarlo alla giustizia erano falliti. La collezione di cervelli è diventata la base materiale per la sua notevole carriera in neuropatologia. Nei decenni successivi, Gross ha pubblicato dozzine di articoli scientifici sul cervello dei bambini Spiegelgrund, alcuni dei quali con i principali colleghi del settore.

Figura 12 Raccolta di cervelli di bambini vittime del programma di omicidio di pazienti a Spiegelgrund, Vienna
Mostra la didascalia completa

Questa immagine è stata scattata nel 2002, in un seminterrato dell'Ospedale Psichiatrico Otto Wagner (Vienna, Austria). Credito fotografico: Media Wien.

A metà degli anni '70, Gross usò la sua influenza come esperto di corte più importante dell'Austria in psichiatria forense per mettere a tacere il sopravvissuto a Spiegelgrund Friedrich Zawrel dichiarandolo un pericoloso criminale, il che ha portato alla prigionia di Zawrel per anni. Anche se Gross ha affrontato accuse pubbliche per il suo passato nazista dalla fine degli anni '70, il sistema giudiziario austriaco non lo ha messo sotto processo per omicidio fino al 2000, quando Gross è riuscito a eludere l'accusa chiedendo inidoneità a essere processato.

I resti umani delle vittime dello Spiegelgrund, tra cui centinaia di esemplari bagnati e blocchi di paraffina e migliaia di vetrini microscopici, sono stati sepolti nel 2002 in una tomba onoraria al cimitero centrale di Vienna.' '

La commemorazione delle atrocità mediche dei nazisti è unita a uno

sforzo mondiale per trovare e pubblicizzare il maggior numero possibile di nomi e voci delle vittime, per rendere visibile la loro sofferenza, il loro destino e la loro dignità. Istituzioni come Yad Vashem, il World Holocaust Remembrance Centre (Gerusalemme, Israele) e lo United States Holocaust Memorial Museum (Washington, DC, USA) raccolgono e presentano informazioni specifiche sulle vittime dell'Olocausto, comprese quelle dei crimini medici nazisti, nelle loro mostre permanenti e itineranti. Molte persone in tutto il mondo osservano i giorni di commemorazione dell'Olocausto, che offrono l'opportunità di commemorare queste vittime e le loro vite.

Parte 3: Implicazioni chiave per la medicina contemporanea e l'educazione medica

La storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto è avvincente, anche se spesso sembra sfidare la comprensione. I professionisti della salute nella Germania nazista si sono comportati in modo così eclatante che si è allettante posizzarli come mostri, così fundamentalmente diversi dai professionisti di oggi⁵⁷¹ che non si possono imparare lezioni dai loro comportamenti e credenze. Come mostra questa Commissione, tuttavia, ci sono buone ragioni per considerare piuttosto i collaboratori medici del regime nazista come persone con specifiche credenze professionali, che, vivendo in un sistema politico distinto ed estremo, perseguivano obiettivi personali e di carriera e condividevano caratteristiche psicologiche con il resto dell'umanità. Cercare di capire questi collaboratori medici in questo contesto, informati da un'analisi storica dettagliata, può fornire intuizioni utili sia per il presente che per il futuro della medicina. Il nostro uso di questo approccio non significa in alcun modo che pensiamo che i singoli autori debbano essere assolti dalla responsabilità. Piuttosto, queste

intuizioni ci permettono di riconoscere i potenziali pericoli che sono ancora rilevanti per i professionisti medici e le loro interazioni nella società di oggi. Inoltre, la consapevolezza della storia del coinvolgimento medico nel nazismo può anche aiutare ad evitare interpretazioni false o semplicistiche^{573e} e facilitare il riconoscimento di temi e modelli comuni che collegano questa complessa storia con il presente e il futuro. Il lavoro di questa Commissione si basa sull'idea che un'esplorazione di questa storia sia di fondamentale importanza proprio perché il coinvolgimento degli operatori sanitari nel nazismo e nell'Olocausto ha implicazioni rilevanti per oggi. Imparare dalla storia non segue una logica deterministica, e non affermiamo che le nostre siano le uniche conclusioni ragionevoli che potrebbero essere tratte da questo passato. Piuttosto, ciò che stiamo presentando in questa parte sono i risultati di considerazioni normative sulle questioni mediche fondamentali con particolare attenzione ai diritti umani individuali, informati dalle prove storiche disponibili di un periodo che rappresenta la negazione assoluta di questi valori e di tutto ciò che i professionisti della salute dovrebbero rappresentare. Quindi, nella parte 4, consideriamo esempi concreti di come la conoscenza della storia della medicina durante il nazismo possa informare la riflessione e il dibattito sui problemi contemporanei della medicina.

Potenziali pericoli inerenti alla medicina moderna

L'intuizione centrale dalla storia della medicina durante il nazismo e l'Olocausto è che le atrocità commesse dai professionisti della salute rappresentano, in larga misura, l'esito di un'agenzia morale corrotta di fronte a potenziali pericoli inerenti alla medicina moderna e scientifica come è emersa nel XIX secolo.

Ci sono volute le condizioni politiche specifiche della Germania nazista per trasformare questi potenziali pericoli nella manifestazione particolarmente radicale che documentiamo in questa Commissione. Le caratteristiche del tipo di medicina su cui ci concentriamo qui si sono

sviluppate a metà del 1800, quando la medicina è diventata sia più scientifica che più organizzata intorno alle istituzioni, che, a loro volta, erano orientate verso la produzione e l'attuazione della conoscenza scientifica. Con la cosiddetta rivoluzione del laboratorio, l'attenzione dei medici si è spostata dal paziente come persona malata al corpo malfunzionante del paziente e ai processi biologici, che dovevano essere valutati in laboratorio. L'uso di modelli animali di malattie umane come metodo privilegiato di ricerca medica ha incarnato questo sviluppo, ma questa enfasi ha trascurato le dimensioni psicologiche e sociali dei processi patologici e dei potenziali interventi. Allo stesso tempo, l'assistenza sanitaria e la ricerca sono diventate sempre più organizzate da istituzioni complesse, con un alto grado di divisione del lavoro. Sebbene questi sviluppi e le loro ipotesi sottostanti abbiano permesso un rapido progresso nella produzione di conoscenze biomediche e interventi terapeutici e preventivi altamente efficaci per una vasta gamma di condizioni mediche, hanno anche portato i medici ad avere meno conoscenza personale dei singoli pazienti, e sono stati associati a prospettive sempre più frammentate e riduzioniste sui pazienti e sulla loro sofferenza.

Se non vengono adottate misure preventive per contrastare la potenziale disumanizzazione dei pazienti che è inerente a questo tipo di medicina, esiste un rischio sempre presente di ingiustizie mediche o - in alcune circostanze - violazioni mediche dei diritti fondamentali dei pazienti. Questi pericoli sono legati a fattori tra cui le opportunità di abusare del potere medico, la tendenza a oggettivare i pazienti e i partecipanti alla ricerca, i dilemmi sulla lealtà divisa e le tentazioni di abbandonare i valori di base per ragioni ideologiche e opportunistiche.

La storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto mostra che gli operatori sanitari, compresi quelli in posizioni associate a grande status, ricchezza e influenza, possono essere vulnerabili sia a una propensione professionale a dare priorità agli interessi collettivi percepiti di una comunità o di una popolazione che a dare priorità al progresso della

scienza rispetto al benessere dei singoli pazienti o partecipanti alla ricerca. In tali casi, gli operatori sanitari rischiano di diventare agenti politici o ideologici la cui responsabilità istituzionale o agenzia morale individuale è distorta. È importante sottolineare che, sebbene la storia della medicina durante il regime nazista fornisca esempi di come questi potenziali pericoli possono svolgersi, mostra anche come tale deterioramento in comportamenti non etici possa essere evitato.

Fragilità dei valori fondamentali ed etica dell'assistenza sanitaria

La storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto mostra che i valori fondamentali e l'etica dell'assistenza sanitaria sono fragili e devono essere costantemente protetti, rafforzati e rivalutati criticamente. Questo punto chiave deriva dal doloroso riconoscimento che l'etica medica e la professionalità non sono state respinte sotto il regime nazista come fondamentalmente incompatibili con gli obiettivi del nazismo. Piuttosto, sono stati radicalmente trasformati in lockstep con sviluppi più ampi nella Germania nazista, e trasformati in strumenti di una dittatura brutale e della sua agenda eugenetica e razzista. Le norme e i valori si sono spostati al punto che gli operatori sanitari potevano convincersi che era eticamente giustificato dare priorità ai presunti interessi del *Volk* - concepiti come l'organismo nazionale e definiti in termini biologici e razzisti - soprattutto, anche gli aspetti più fondamentali dell'umanità. Nel contesto degli omicidi dell'eutanasia, ad esempio, la distorsione delle norme etiche è andata al punto di definire l'omicidio dei più vulnerabili non solo accettabile, ma come imperativo.

Comprendere questo passato può aiutare a spiegare le priorità dell'etica del professionista sanitario di oggi. Nell'affrontare l'etica medica nazista - ampiamente definita come la priorità del benessere del *Volk* sulla vita degli individui - e i conseguenti crimini medici commessi, molti professionisti della salute e legali sono emersi dalla seconda guerra mondiale con una rinnovata attenzione ai loro ruoli di sostenitori dei diritti

umani dei singoli pazienti. Questi individui hanno formulato nuove linee guida per la ricerca e la pratica e hanno persino proposto obblighi professionali specifici (basati su concetti di diritti umani universali) per rilevare, affrontare e prevenire i crimini di guerra medici.' Tuttavia, molti altri professionisti della salute hanno scelto di ignorare questa storia e le sue implicazioni. Molti ex operatori sanitari nazisti hanno continuato la loro carriera e hanno persino ricoperto posizioni di leadership dopo la guerra in Germania, Austria e a livello internazionale. Inoltre, esperimenti medici umani non etici e massicce violazioni dei diritti riproduttivi e di altri diritti relativi alla salute hanno continuato a colpire le popolazioni vulnerabili in molti paesi.'

Studiare la corruzione dell'etica medica tedesca durante il periodo nazista offre una possibilità unica di esplorare gli obiettivi e i limiti dell'etica professionale. Tale studio fornisce l'importante intuizione che l'etica dell'assistenza sanitaria non è universale, stabile e intrinseca alla teoria e alla pratica professionale. Piuttosto, l'etica è incline a cambiare nel tempo a seconda di fattori culturali, sociali, economici e politici, e in particolare quando viene messa sotto pressione. Pertanto, devono essere costantemente valutati criticamente e riaffermati per garantire che rimangano allineati con i valori fondamentali specifici della medicina, in particolare un impegno a salvaguardare la salute dei singoli pazienti. L'obiettivo dovrebbe essere quello di proteggere l'etica sanitaria dal diventare potenzialmente escludente e disumana. In questo modo, i valori fondamentali nell'assistenza sanitaria possono servire come forza sociale di bilanciamento e potenzialmente prevenire il fallimento morale della società, a condizione che gli operatori sanitari svolgano correttamente i loro ruoli.' '

L'importanza della resistenza e della resilienza

Coraggio, resistenza e resilienza sono necessari per prevenire e contrastare potenziali abusi di fiducia, potere e autorità nell'assistenza sanitaria. Guadagnare la fiducia dei pazienti e del pubblico e garantire che

L'autorità medica e il potere non vengano abusati, richiede una consapevolezza costante, l'auto-riflessione individuale e la costruzione di sistemi di responsabilità reciproca. Le dinamiche di potere esisteranno sempre nell'assistenza sanitaria in vista della potenziale vulnerabilità delle persone malate, e l'arroganza è un rischio costante, soprattutto perché la medicina diventa sempre più efficace. Di conseguenza, costruire sia la resilienza morale che l'umiltà tra gli operatori sanitari e promuovere le abilità e la pratica nella difesa, nell'attivismo, nella parola e nella difesa contro gli abusi di potere sono di fondamentale importanza. Le forme estreme di cattiva condotta e abuso di potere possono essere studiate e analizzate nel contesto ben documentato del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto. Allo stesso tempo, questa storia fornisce anche notevoli esempi di resilienza dei medici e di altri professionisti della salute di fronte alle sfide e resistenza alle tentazioni, alla pressione e alla coercizione.

La necessità di dare priorità ai diritti umani

Il perseguimento delle conoscenze scientifiche in medicina dovrebbe avvenire all'interno di un quadro che dia priorità ai diritti umani degli individui. Proteggere e rispettare i diritti umani sono obblighi primari per i professionisti della salute, compresi quelli che lavorano per migliorare la conoscenza scientifica in medicina. Ci saranno sempre interpretazioni diverse del significato preciso di diritti specifici e conflitti tra diversi principi che potrebbero richiedere la mediazione (l'esplorazione dettagliata di queste questioni va oltre lo scopo di questa Commissione). Tuttavia, tutte queste interpretazioni sono incentrate sui valori fondamentali della dignità umana, dell'autonomia e dell'uguaglianza. La ricerca sugli esseri umani è intrinsecamente associata a potenziali conflitti tra la produzione di nuove conoscenze e la protezione di "soggetti" di ricerca potenzialmente vulnerabili. L'era nazista presenta un caso estremo in cui il benessere delle persone costrette a partecipare alla ricerca è stato completamente ignorato. I pazienti e i prigionieri nella Germania nazista

sono stati costretti a esperimenti dolorosi, dannosi e spesso mortali: sono stati sottoposti a ricerche nel vero senso della parola. La terminologia è importante qui: una persona che volontariamente e liberamente acconsente ad essere sperimentata è più appropriatamente chiamata partecipante alla ricerca, non un soggetto di ricerca. In condizioni di consenso informato e "il libero potere di scelta" del partecipante alla ricerca, la ricerca della conoscenza attraverso la ricerca sull'uomo può essere giustificata. Come formulato per la prima volta in un contesto internazionale nel Codice di Norimberga, la ricerca umana a beneficio dell'umanità dovrebbe essere fatta solo nel quadro del rispetto per i partecipanti, con la prima priorità data al rispetto dei diritti umani di dignità, autonomia e uguaglianza per ogni singolo essere umano. Questa importanza della necessità per gli operatori sanitari di dare priorità ai diritti umani si riflette nella maggiore enfasi sull'inclusione dell'argomento come standard fondamentale dei valori professionali nell'istruzione in molti paesi negli ultimi anni.⁶⁰⁰ Sono stati proposti interventi educativi specificamente legati ai diritti umani e devono essere ulteriormente implementati. Possono affrontare ambiti problematici nell'assistenza sanitaria e nell'istruzione, ad esempio, l'effetto dell'antisemitismo sugli operatori sanitari e sui pazienti, o più in generale il divario tra i diritti umani e la realtà di come i diritti dei pazienti potrebbero essere violati. Nel complesso, è necessario più lavoro per sviluppare e diffondere una comprensione dei diritti umani relativi alla salute e all'assistenza sanitaria, anche nel settore della salute pubblica, con particolare attenzione alle responsabilità dei medici e degli operatori sanitari relativi ai diritti umani.

Responsabilità nella lotta contro l'antisemitismo, il razzismo e altre discriminazioni

Un'ultima implicazione chiave della storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto è che gli operatori sanitari hanno particolari responsabilità di combattere l'antisemitismo, il razzismo e tutte le altre

forme di discriminazione in campo medico e oltre. La pratica fallace di attribuire diversi valori a individui e gruppi di persone in base a caratteristiche fisiche, culturali, religiose o psicologiche e di definire queste caratteristiche a priori come di natura biologica, ha prodotto conseguenze disastrose nell'era nazista con il sostegno della scienza medica e dei suoi rappresentanti. Non sorprende che tali pratiche discriminatorie in varie forme siano anche una caratteristica centrale in altri casi di atrocità storiche e violenza di massa, come quelle perpetrate nei contesti del colonialismo e della schiavitù. Fino ad oggi, tali false credenze continuano ad alimentare l'antisemitismo, il razzismo anti-nero, la discriminazione contro i rom, i sinti e i nomadi (antigypsyism), il sessismo e il pregiudizio e l'ostilità contro altre minoranze etniche, sessuali e di genere (comprese le comunità migranti) e aiutano a giustificare e normalizzare le violazioni dei diritti umani. Emergendo dalla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto, tuttavia, è l'intuizione che gli operatori sanitari hanno ruoli particolari nella lotta contro le fallacie antisemite e altre fallacie razziste e nel prevenire e contrastare le violazioni dei diritti umani, inclusi, nei casi più estremi, crimini contro l'umanità, crimini di guerra e genocidio. Vale a dire, i professionisti della salute hanno una distinta credibilità per sfidare le false affermazioni scientifiche fatte da antisemiti, razzisti, sessisti e altri bigotti, e sono in posizioni chiave per prevenire, rilevare, documentare o porre rimedio a determinate violazioni dei diritti umani, come la tortura e il maltrattamento in contesti di detenzione. In considerazione di queste abilità e opportunità specifiche, gli operatori sanitari possono e devono agire contro il bigottismo individuale e sistemico, non solo nell'assistenza sanitaria, ma anche in contesti educativi e di ricerca. I curricula devono affrontare i pregiudizi specifici in ogni società contro individui e gruppi classificati come essenzialmente diversi o di altro tipo, come tali pregiudizi potrebbero influenzare il lavoro di qualsiasi professionista sanitario e come tali percezioni possono essere cambiate attraverso la riflessione sulle prove storiche della medicina nella Germania nazista. Questo invito

all'azione si estende alla sfera politica, perché è particolarmente necessario sostenere la fornitura di cure adeguate alle popolazioni vulnerabili, come gli immigrati, altri gruppi storicamente emarginati e quelli nelle regioni colpite dalla guerra o dal conflitto.

L'antisemitismo ha una lunga storia nella maggior parte del mondo, e rimane prevalente e onnipresente, con recenti escalation in molti paesi.⁶⁰ L'antisemitismo si presenta in molte forme e raggiunge tutti i livelli della società. È vissuto da molti studenti di medicina ebrei e docenti, nei campus universitari, e nelle strutture sanitarie.⁶¹ Germania e Austria non sono stati gli unici paesi a escludere gli studenti ebrei dalle università: approcci simili sono stati impiegati nelle professioni sanitarie in altre nazioni europee, in Nord America e altrove, anche dopo il 1945.⁶¹³ L'antisemitismo abbraccia gli spettri politici e religiosi ed emerge in relazione a ampiamente questioni disparate, dalle crisi economiche globali alla guerra della Russia contro l'Ucraina e alla pandemia di COVID-19.⁶¹⁵ Un aspetto distinto dell'antisemitismo è la preponderanza delle credenze e delle idee di cospirazione paranoiche che attribuiscono un'influenza globale perniciosa e pervasiva agli ebrei. Di conseguenza, le crisi sociali portano spesso alla resurrezione di antichi ma persistenti miti antisemiti. La scarsa conoscenza della storia e la negazione intenzionale dei fatti storici del nazismo e dell'Olocausto possono produrre accuse bizzarre e dannose. Ad esempio, durante la pandemia di COVID-19, importanti medici e scienziati ebrei e non ebrei che hanno promosso campagne di vaccinazione sono stati presi di mira con attacchi antisemiti e che distorcono l'Olocausto che hanno paragonato questi leader della salute globale agli sperimentatori medici nazisti.⁶¹⁹

Gli operatori sanitari con conoscenza della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto comprendono l'infondamento scientifico e il pericoloso potenziale dell'antisemitismo, il che significa che possono svolgere ruoli importanti nel parlare contro le falsità e l'odio antisemiti. Allo stesso modo, i leader istituzionali che capiscono questa storia hanno responsabilità cruciali da adempiere in questo contesto, come

esemplificato dalle dichiarazioni dei redattori di *Nature* nel 2018,⁶²⁰ l'editore capo di *The Lancet* nel 2019,^{1e} e il presidente dell'Università di Harvard nel 2021.⁶²¹

Gli effetti negativi del razzismo nell'assistenza sanitaria sono ora ampiamente riconosciuti (panel 17). Negli Stati Uniti e in alcuni altri paesi, questi effetti tendono ad essere affrontati attraverso l'istituzione di iniziative di diversità, equità e inclusione. Tali iniziative mirano a contrastare qualsiasi discriminazione sulla base di razza, genere, orientamento sessuale, età e capacità, ma spesso trascurano l'interazione tra antisemitismo e razzismo, non solo quella vissuta da studenti e operatori sanitari, ma anche i suoi effetti sui pazienti. Nel documento del 2023 "La strategia nazionale degli Stati Uniti per contrastare l'antisemitismo", il presidente degli Stati Uniti Joe Biden ha chiesto l'inclusione dell'antisemitismo nei curricula di diversità, equità e inclusione. Tuttavia, per includere più efficacemente l'antisemitismo negli sforzi per combattere la discriminazione, sono necessarie ulteriori ricerche per capire perché l'antisemitismo a volte sembra essere escluso dalle analisi degli squilibri di potere che portano a varie forme di discriminazione nella società (ad esempio, alcune delle borse di studio sull'intersezionalità). Il razzismo nell'assistenza sanitaria non colpisce solo le minoranze etniche: influisce sul benessere di tutti gli studenti, insegnanti e pazienti. È ovvio che lo stesso vale anche per gli effetti dell'antisemitismo.

Pannello 17

La lotta contemporanea contro l'antisemitismo e il razzismo in medicina

La pandemia di COVID-19 ha reso evidenti le tragiche conseguenze delle disparità sanitarie di lunga data e del razzismo sistemico in molte società, comprese le disparità razziali nell'accesso all'assistenza sanitaria e i decessi correlati al COVID-19 nei paesi ad alto reddito del Nord America e in Europa. Queste rivelazioni hanno spronato le istituzioni degli operatori sanitari a iniziare ad affrontare questi torti più attivamente a

diversi livelli. Il numero e l'ampiezza delle attività nel perseguimento di un futuro antirazzista stanno finalmente aumentando. Ad esempio, le politiche e i requisiti di diversità, equità e inclusione sono stati sempre più formulati e attuati e attuati. Si stanno formando [gruppi professionali di persone di persone di colore](#), nuove ricerche stanno esplorando gli effetti medici del razzismo, la formazione clinica e la pratica stanno cambiando, associazioni professionali hanno iniziato a esaminare le loro implicazioni passate nel razzismo scientifico, e le eredità del colonialismo, come le eclatanti disparità sanitarie che svantaggiano le popolazioni indigene, vengono finalmente riconosciute. Allo stesso tempo, ci sono critiche sul fatto che una percezione prevalente della razza principalmente in termini di il colore della pelle ha avuto la tendenza a rendere "il illeggibile l'antisemitismo che ha portato all'Olocausto negli Stati Uniti". Ci sono numerose connessioni dirette tra antisemitismo, razzismo e politiche razziali nella Germania nazista e negli Stati Uniti all'inizio del XX secolo, comprese le leggi e le politiche statunitensi sull'eugenetica e l'esclusione razziale che sono servite da esempi per eventuali politiche di razza e eugenetica nazista. Professionisti medici che apprendono questa storia e queste connessioni riconosceranno che l'antisemitismo e altre forme di razzismo sono spesso intrecciati. Pertanto è importante includere l'antisemitismo nelle discussioni e nell'apprendimento della diversità, dell'equità e dell'inclusione, non da ultimo per combattere l'antisemitismo nei campus accademici.

La Germania nazista non è stato il primo regime antisemita e razzista. Le storie del colonialismo, dell'apartheid, della schiavitù e delle guerre abbondano, con le potenze dominanti che usano varie motivazioni per discriminare le minoranze etichettate come inferiori. Tutte queste storie sono ripugnanti e violente. Tuttavia, ci sono importanti differenze. Mai prima d'ora nella storia una politica statale esplicita aveva preso di mira un intero popolo - uomini, donne e bambini, vecchi e giovani, sani e infermi - per l'annientamento ovunque potessero rintracciarli, e ha giustificato questa politica in parte usando la biologia e la scienza medica. Nella

Germania nazista, le credenze e gli stereotipi antisemiti sono stati ritratti come fondati sulla scienza biologica, consentendo all'antisemitismo e al razzismo pervasivi di lunga data all'interno di gran parte della comunità medica tedesca di diventare fattori trainanti nella definizione delle politiche sanitarie. I professionisti della salute avevano l'esperienza, gli strumenti, la volontà e spesso anche la voglia di prendere l'iniziativa nel sostenere le politiche naziste relative alla cosiddetta purificazione razziale. Un aspetto importante di questo passato per la medicina contemporanea è che, nonostante la comprensione della razza come un costrutto sociale piuttosto che un fatto biologico immutabile, il razzismo medico esiste ancora. Il razzismo medico si esprime non solo nel bigottismo e nella crudeltà aperta degli individui contro le minoranze ed etniche, ma anche in sottili microaggressioni e stereotipi detenuti da persone che non si considererebbero razziste. Inoltre, il razzismo sistemico rimane incorporato nelle istituzioni e nelle politiche mediche. Tuttavia, ci sono ancora poche prove dell'efficacia di qualsiasi intervento specifico nell'affrontare le complessità di questo problema. Le società di tutto il mondo continuano a cimentarsi con l'antisemitismo come forma persistente e specifica di razzismo e intolleranza religiosa. Imparare a conoscere il coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto può fornire approfondimenti sulle dimensioni intersezionali della discriminazione medica e su come i pregiudizi possono amplificarsi a vicenda con risultati omicidi. Questa storia può far luce sugli incidenti contemporanei di illeciti medici e sulla discriminazione nei confronti degli operatori sanitari e dei pazienti. La riflessione su queste connessioni può aiutare a promuovere il coraggio morale per parlare di fronte all'antisemitismo e a qualsiasi altra forma di razzismo all'interno di contesti clinici e accademici, nelle scuole di medicina e nell'editoria accademica.

Parte 4: Implicazioni specifiche per

L'assistenza sanitaria contemporanea

Il coinvolgimento degli operatori sanitari in atrocità sotto il regime nazista ha avuto una sostanziale influenza sulla moderna etica sanitaria. Le origini di molte importanti linee guida etiche professionali sono legate a questa storia e, dopo decenni di silenzio diffuso sull'argomento, ' ' molti dei dibattiti bioetici di oggi sono esplicitamente o implicitamente informati da esso.' ' Le implicazioni della storia della medicina sotto il regime nazista per i dibattiti contemporanei riguardanti diversi settori dell'assistenza sanitaria, della salute pubblica e oltre sono di vasta portata. In questa sezione, ne esploriamo alcune in modo più dettagliato. Questi esempi non sono esaustivi, ma mostrano come la conoscenza della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto sia essenziale per le discussioni contemporanee nella medicina e nella società.

Eugenetica

Le teorie scientifiche eugenetiche sono state utilizzate per creare, giustificare e aumentare le disuguaglianze tra individui e gruppi. Anche se c'erano eminenti eugenetici che credevano che la razza fosse irrilevante per la cosiddetta idoneità genetica, l'eugenetica e il razzismo erano strettamente connessi nella pratica, come evidenziato dall'uso tedesco dell'igiene razziale come sinonimo di eugenetica. Le gerarchie di valori razziali combinate con le teorie eugenetiche sono servite - non solo in Germania - come giustificazione per stigmatizzare, disumanizzare, discriminare e sterilizzare forzatamente le persone considerate razzialmente o geneticamente inferiori e quindi percepite come una minaccia per la salute e la prosperità della comunità o della nazione. È importante sottolineare che l'eugenetica pretendeva di offrire spiegazioni scientifiche per presunti mali sociali e possibili soluzioni a questi problemi. Il razzismo scientifico - cioè la convinzione che la biologia e la genetica spieghino tutte o quasi tutte le differenze nel successo educativo, nel

progresso economico e in altri marcatori di status tra gruppi definiti dal punto di vista razziale - era chiaramente collegato alle teorie eugenetiche e informa ancora la retorica della politica di di estrema destra in molti paesi. Le politiche di riproduzione controllata dallo stato sono ancora applicate a vari gradi in tutto il mondo, compresa la sterilizzazione forzata come misura eugenetica negativa.¹¹ Inoltre, è sorto un dibattito incentrato su una "nuova" o "neoeugenetica" in relazione alle scelte riproduttive abilitate dalla tecnologia nel 21° secolo (panel 18).

Pannello 18

Eugenetica nel XXI secolo

L'eugenetica continua a influenzare i dibattiti nell'etica medica e della salute pubblica, in cui viene spesso indicata come nuova eugenetica o neo-eugenetica. Questi termini sono usati per distinguere i dibattiti contemporanei con sfumature eugenetiche da quelli del passato e sono applicati a una serie di interventi, dalle nuove tecnologie molecolari per la modificazione genica alle scelte riproduttive assistite. Concettualmente, la differenza primaria tra la neo-eugenetica e l'eugenetica del passato è l'attenzione sulla salute individuale e sulla scelta senza un intervento governativo esplicito nel primo rispetto all'enfasi sugli interessi del collettivo imposto tramite un intervento governativo palese o addirittura sulla coercizione nel secondo.

Le preoccupazioni per la neo-eugenetica includono l'argomento secondo cui l'uso di tecnologie riproduttive assistite, l'impianto selettivo di embrioni e gli aborti in questo contesto potrebbero costituire il primo passo verso la selezione delle nascite costretta dallo stato. Altre apprensioni non derivano dalla paura del evidente coinvolgimento dello stato, ma dalle preoccupazioni per le conseguenze della stigmatizzazione sociale che seguono le scelte individuali.^{11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000.}

personali.⁶⁵⁴ Tuttavia, enfatizzare la sola scelta individuale non potrebbe evitare implicazioni eugenetiche per una comunità, come una diminuzione del numero di bambini nati con condizioni che richiedono cure e risorse specializzate, specialmente se non vengono fornite risorse sociali per la loro cura.

Nel discutere la neoeugenetica, i riferimenti alla storia del coinvolgimento medico nel nazismo possono essere sia utili che potenzialmente distraenti, perché le pratiche moderne incentrate sul paziente non hanno quasi nulla in comune con le caratteristiche chiave che hanno reso l'eugenetica nazista chiaramente non etica (cioè, coercizione, violazione delle libertà riproduttive, controllo statale, antisemitismo esplicito, razzismo e denigrazione esplicita della disabilità). Queste differenze tra il passato e il presente sono importanti da riconoscere, anche se la storia dell'eugenetica e del nazionalsocialismo è riconosciuta come innegabilmente correlata ai dibattiti contemporanei, comprese le indagini etiche sui finanziamenti statali e del settore privato per le tecnologie riproduttive, i test prenatali e l'aborto in questo contesto, e il ruolo delle analisi costi-benefici nel decidere quando fare lo screening prenatale. La tensione tra il diritto fondamentale all'aborto come parte dell'autodeterminazione e le preoccupazioni per la selezione eugenicamente motivata della vita umana basata sullo screening prenatale rende questa una delle questioni etiche più controverse. La conoscenza di questa storia di eugenetica può stimolare il lavoro proattivo degli operatori sanitari per contrastare il pensiero eugenetico e il razzismo scientifico. Il riconoscimento della portata della credenza internazionale un tempo diffusa nell'eugenetica, anche da parte di molte figure di spicco della medicina e della scienza, dovrebbe servire da promemoria che le teorie scientifiche sono potenzialmente fallibili, così come le prescrizioni politiche da esse derivate. In risposta a questo capitolo della storia, è emerso un movimento anti-eugenetica interdisciplinare tra storici, scienziati e operatori sanitari, con l'obiettivo dichiarato di "lavorare per un futuro in cui ogni persona sia ugualmente

apprezzata, con solidi impegni per la giustizia sociale e i diritti umani che permetteranno a tutti di prosperare".

La teoria e la pratica eugenetica nella Germania nazista includevano la discriminazione (e in definitiva campagne di omicidio di massa) contro persone con malattie psichiatriche o disabilità fisiche, mentali, cognitive e dello sviluppo. Nonostante l'elevato numero di persone con disabilità a livello globale, lo stigma persiste. Le persone con disabilità sono sproporzionatamente più povere delle persone senza disabilità e hanno storicamente sperimentato molte forme di esclusione sociale, comprese quelle perpetrate dagli operatori sanitari. Per contrastare le conseguenze negative della tendenza a medicalizzare le diverse esperienze umane, sulla base delle lezioni della storia, della diversità, dell'equità e delle iniziative di inclusione dovrebbero includere anche le persone con disabilità. Tali iniziative mirano a porre fine a tutte le forme di stigma e discriminazione e potrebbero aiutare ad attirare l'attenzione su pregiudizi impliciti, microaggressioni e ostilità palese contro le persone con disabilità.

Eutanasia

Nel campo dell'etica medica, gli omicidi di pazienti nazisti sono spesso menzionati nei dibattiti sulle cure di fine vita. Troppo spesso, questo discorso confonde questi omicidi nazisti con la pratica contemporanea dell'eutanasia. Durante il periodo nazista, quando gli operatori sanitari uccidevano attivamente pazienti ritenuti indegni di vivere, il termine eutanasia era cinicamente usato per fornire copertura per l'omicidio di massa. Contemporaneamente, l'eutanasia è spesso intesa come la fornitura di assistenza da parte di operatori sanitari ai pazienti che cercano di accelerare la loro morte, anche se il termine eutanasia involontaria è anche usato per descrivere la fine della vita di neonati con gravi condizioni congenite o di pazienti in uno stato di coma persistente, persone che non possono chiedere esplicitamente tale cessazione. Le leggi, le pratiche e la terminologia dell'eutanasia contemporanee sono in

movimento e differiscono da paese a paese. I Paesi Bassi sono diventati il primo paese a legalizzare ufficialmente l'eutanasia nel 2001, seguiti dal Belgio e da altri.

L'omicidio sanzionato dallo stato di pazienti sotto il regime nazista differisce in modi importanti dalle persone che cercano consulenza medica e assistenza per aiutare a porre fine alla loro vita in situazioni in cui non vedono altra opzione. Tuttavia, i fattori economici e sociali continuano a svolgere un ruolo nelle decisioni di fine vita oggi. Un motivo che collega gli omicidi di pazienti del periodo nazista con l'eutanasia contemporanea è l'ipotesi che gli individui interessati abbiano perso la qualità o il valore della vita. Tali giudizi, ovviamente, dipendono fortemente da valutazioni mediche, sociali e culturali mutevoli delle malattie umane, della sofferenza e della disabilità. Quindi, nonostante le differenze chiave, studiare la storia dei dibattiti sull'eutanasia nella Germania nazista e prima può aiutare a chiarire le complessità attuali.

I dibattiti sulla giustificazione e la legittimità di uccidere coloro le cui vite erano presumibilmente "indegne di vivere" erano iniziati alla fine del XIX secolo, ma prosperavano nelle condizioni economiche instabili della Germania degli anni '20. Gli argomenti fatti includevano l'autonomia del paziente (cioè il presunto desiderio di individui con determinate condizioni di morire), il presunto onere psicologico ed economico che questi pazienti rappresentavano per le loro famiglie e la società più in generale e una professata - anche se spesso discutibile - compassione per l'individuo in questione. Questa storia può servire come sfondo per l'esame critico delle molteplici sfaccettature dei dibattiti contemporanei sull'eutanasia, incluso il ruolo apparente della compassione tra gli operatori sanitari in queste decisioni e la misura in cui le persone che chiedono aiuto medico nella morte hanno un vero libero arbitrio, dato il potenziale sottostante fattori economici e altri fattori sociali. Allo stesso modo, tuttavia, altri potrebbero chiedersi se lo stato debba negare alle persone mentalmente competenti il diritto di accedere all'assistenza medica nella morte se dovessero cercarla, soprattutto perché il controllo statale sulle singole decisioni

sanitarie era un segno distintivo della medicina sotto il regime nazista. Queste complessità smentiscono l'ipotesi semplicistica che qualsiasi forma di eutanasia equivale a un passo verso le pratiche in stile nazista. In contesti educativi, ci sono molte possibilità di avviare queste conversazioni impegnative quando si impara a conoscere gli omicidi di pazienti nell'era nazista. Tali discussioni includono l'esplorazione di come e perché gli operatori sanitari nazisti hanno usato il termine eutanasia per descrivere programmi segreti di omicidio di pazienti e si estendono al ruolo della psichiatria e dei suoi professionisti nel trattare con le popolazioni vulnerabili durante e dopo la seconda guerra mondiale (pannello 19).

Pannello 19

Psichiatria, omicidi di pazienti nazisti e popolazioni vulnerabili

Sebbene l'antisemitismo fosse una delle principali forze trainanti dell'omicidio di pazienti ebrei in strutture psichiatriche durante la seconda guerra mondiale, i cosiddetti omicidi di eutanasia erano in larga misura motivati dall'idea di una comunità nazionale sana e prospera, un obiettivo che conteneva importanti elementi economici. I pazienti psichiatrici (che all'epoca includevano persone con disabilità di vario tipo) erano stigmatizzati nella Germania nazista, e fino ad oggi rimangono tra i gruppi più vulnerabili della società. La storia delle uccisioni di massa mediche nella Germania nazista mostra il rischio specifico per i pazienti più vulnerabili quando il supporto non è più fornito dai sistemi sociali e sanitari o dai professionisti incaricati di prendersi cura di loro. È essenziale, anche nelle società con sistemi di supporto sociale completi, garantire attivamente che gli operatori sanitari servano come difensori di pazienti con malattie o disabilità psichiatriche, specialmente in casi estremi come la pandemia di COVID-19 o la guerra russa in Ucraina, in cui tali pazienti sono particolarmente vulnerabili.

Ulteriori implicazioni da questa storia emergono dallo studio dei singoli professionisti medici e delle loro azioni. I principali psichiatri nella Germania nazista hanno perseguito l'obiettivo di trasformare le loro

istituzioni psichiatriche a lungo termine - che ospitavano persone considerate incurabili e inadatte al lavoro - in strutture di guarigione moderne e attive promuovendo e partecipando in modo insimibilmente all'omicidio di pazienti cronici. In tal modo, gli psichiatri speravano di migliorare lo stato della loro disciplina all'interno della medicina e nella società e di sottolineare il ruolo della psichiatria nella ricerca attiva e nella guarigione.' Le azioni di questi medici mostrano chiaramente il potenziale distruttivo di perseguire l'avanzamento professionale e lo status come obiettivi primari.

Ulteriori implicazioni possono essere tratte dal fatto che molti psichiatri coinvolti negli omicidi di pazienti nella Germania nazista hanno continuato a praticare dopo il 1945. L'incapacità di affrontare la cattiva condotta grave del passato e la tolleranza o l'accettazione implicita di queste atrocità da parte degli operatori sanitari in psichiatria e in altre discipline mediche è un'ulteriore indicazione che gli omicidi di pazienti nella Germania nazista non sono stati dettati esclusivamente da politici al di fuori della professione medica, ma piuttosto sono stati sostenuti dall'interno del campo medico.' Sebbene questi psichiatri non siano più impegnati nell'omicidio di pazienti, i loro valori e atteggiamenti professionali riflettevano spesso il loro passato nazista.' Questa storia offre quindi potenti opportunità per riflettere sulle sfide legate all'autoregolamentazione professionale nelle professioni sanitarie. Gli studenti possono esplorare perché è sorto questo profondo fallimento dell'autoregolamentazione e forse confrontarlo con altri esempi di professionisti che chiudono i ranghi per proteggersi a vicenda dall'essere ritenuti responsabili e considerare come impedire che tali comportamenti si ripetano.

Capacità degli operatori sanitari di danneggiare i pazienti

I medici e altri professionisti della salute nella Germania nazista hanno causato grandi danni a molti dei loro pazienti. Qualsiasi tentativo di

spiegare questo comportamento dovrebbe incorporare un'analisi dettagliata delle interazioni tra attori e istituzioni mediche e politiche. In effetti, le scelte individuali sono state influenzate non solo dalle specifiche circostanze politiche del regime nazista, ma anche da fattori strutturali, sociologici e culturali non unici di quest'epoca. Gli approcci analitici dovrebbero considerare i fattori psicologici, sociali, politici, economici e professionali che producono collettivamente lo spettro dei potenziali risultati in medicina, dalla guarigione al danno. I primi tentativi di spiegare i crimini medici nazisti si sono spesso concentrati sulla psicologia dei singoli autori in ambienti specifici che erano favorevoli alla violenza. L'esperimento di shock elettrico Milgram negli anni '60 e l'esperimento Zimbardo (cioè l'esperimento della prigione di Stanford) negli anni '70, ad esempio, sono stati presentati come prova che la maggior parte delle persone può diventare autori di violenza in circostanze specifiche (pannello 20). Anche se sono stati criticati per la loro etica e i loro metodi, i risultati di base di questi esperimenti fanno un forte caso che la maggior parte degli esseri umani ha la capacità di commettere atrocità. All'interno del dominio della medicina, i fattori predisponenti rilevanti includono i ruoli di gerarchia, obbedienza, conformità e ciò che è stato concettualizzato come sequenza impegnata.

Pannello 20

Gli esperimenti Milgram e Zimbardo

Gli studiosi hanno progettato e implementato esperimenti volti a chiarire la propensione umana a infliggere danni agli altri nei contesti di gerarchia e obbedienza in un'indagine sui comportamenti degli autori dell'Olocausto.

I più importanti di questi esperimenti sono stati supervisionati da Stanley Milgram (Yale University, New Haven, CT, USA) e Philip Zimbardo (Stanford University, Stanford, CA, USA). Nel cosiddetto esperimento Milgram nel 1961-62, ai partecipanti è stato detto di somministrare quelle che credevano essere scosse elettriche di crescente intensità agli attori che fingevano di soffrire a causa di questi shock. Nell'esperimento di Zimbardo, noto come Stanford Prison Experiment, i partecipanti furono

divisi all'inizio in gruppi di guardie e prigionieri, e le guardie mostravano comportamenti sempre più violenti nei confronti dei prigionieri. Questi esperimenti sono stati ampiamente citati e diffusi per dimostrare apparentemente che la maggior parte degli esseri umani ha la capacità di diventare autori di danni in circostanze specifiche,⁶⁸¹ e sono stati replicati in varie forme, con risultati generalmente simili.⁶⁸² Ad esempio, in un esperimento⁶⁸³ in cui agli infermieri è stato ordinato dai medici di somministrare un'overdose di droga, la maggior parte degli infermieri ha rispettato l'ordine almeno a volte. Gli studiosi infermieristici hanno attribuito questo comportamento alla diffusione della responsabilità, con l'infermiera che attribuisce la responsabilità al medico, e sollecitano la consapevolezza di questo pericolo come misura preventiva nell'assistenza infermieristica.

Il merito scientifico e l'etica degli studi Milgram e Zimbardo sono stati pesantemente esaminati e rimangono controversi.⁶⁸⁴ Le conclusioni secondo cui l'obbedienza alla gerarchia e una propensione umana di base all'abuso di potere spiegano i comportamenti registrati negli studi sono stati anche messi in discussione e sono state suggerite interpretazioni alternative, ad esempio, che i partecipanti non erano tanto motivati da un'obbedienza indiscussa, ma piuttosto dalla volontà di continuare un esperimento per sostenere i suoi obiettivi scientifici accoppiato con il voler conformarsi alle aspettative (la cosiddetta sequenza impegnata).⁶⁸⁵ In vista della frequente discussione degli studi Milgram e Zimbardo nel contesto del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto, gli educatori dovrebbero essere consapevoli della complessa e irrisolta controversia intorno a questi studi.

Un approccio psicoanalitico stratificato per comprendere i crimini medici nazisti è stato proposto dagli psichiatri Robert Lifton³⁹⁷ e Michael Grodin, che postulano fattori che facilitano le atrocità su tre diversi livelli. In primo luogo, discutono la psicologia dei singoli autori, con meccanismi che includono la disumanizzazione dei pazienti, l'intorpidimento dell'empatia e le illusioni di onnipotenza. In particolare, alcuni di questi

processi possono sorgere come risultato dei meccanismi necessari nella pratica medica. Il distanziamento necessario per osservare e poi trattare in modo neutrale i pazienti, per esempio, potrebbe anche portare alla disumanizzazione in altri contesti (panel 21). In secondo luogo, Lifton e Grodin considerano la psicologia dei gruppi di autori e suggeriscono che meccanismi come l'obbedienza tradizionale all'autorità, la diffusione della responsabilità, la pressione dei pari e un senso condiviso di superiorità unica hanno svolto un ruolo importante. Il terzo livello si riferisce ai contesti economici e sociali specifici della Germania tra le due guerre che hanno facilitato le atrocità.

Pannello 21

Disumanizzazione in medicina

La disumanizzazione medica non è iniziata con i nazisti, né è finita con la loro caduta. Tuttavia, riflettere sul comportamento dei medici nella Germania nazista può aumentare la vigilanza professionale sul potenziale pervasivo di disumanizzazione nell'assistenza sanitaria e aumentare la consapevolezza dei pericoli associati alla perdita di compassione ed empatia. La disumanizzazione può iniziare con il processo di stabilire la distanza professionale, che è necessaria per i medici per interrogare, osservare e trattare oggettivamente i pazienti. Tuttavia, questa distanza può potenzialmente trasformarsi in disumanizzazione quando non è bilanciata con la coltivazione dell'empatia per i pazienti, specialmente in situazioni stressanti.

La disumanizzazione esplicita e intenzionale era comunemente usata dal regime nazista, che spesso ritraeva persone con disabilità, ebrei e altri gruppi come parassiti, parassiti o agenti patogeni. I professionisti della salute nazisti hanno approvato e agito su questo tipo di disumanizzazione su larga scala. Hanno infuso teorie antisemite e razziste dell'inferiorità genetica nelle pratiche sanitarie quotidiane e hanno trattato alcuni gruppi di pazienti come se rappresentassero un pericolo reale per la comunità. disumanizzazione medica ha permesso agli operatori sanitari nazisti di sterilizzare con la forza le persone con disabilità e presunti difetti

genetici, di eseguire esperimenti crudeli e spesso mortali e di uccidere i pazienti nei cosiddetti programmi di eutanasia, con l'antisemitismo che giustificava la particolare disumanizzazione dei pazienti ebrei.

La disumanizzazione in medicina può ancora minare o negare i diritti umani e la dignità delle persone emarginate e il loro valore intrinseco, che è indipendente da razza, sesso, genere, classe, status o capacità. Il concetto di dignità umana, sebbene contestato, è incluso nella Dichiarazione universale dei diritti umani delle Nazioni Unite ed è stato adottato dopo la seconda guerra mondiale in risposta esplicita alle violazioni dei diritti umani nazisti. È stato anche abbracciato da organismi internazionali come il Consiglio d'Europa e funge da ancoraggio per quadri e convenzioni bioetiche internazionali. Nel 2008, il Consiglio per la bioetica del presidente degli Stati Uniti ha definito la dignità umana il "nucleo essenziale inviolabile della nostra umanità". In una comunità globale ideale diversificata, la dignità umana è collegata al concetto di diritti umani fondamentali, che funge da importante base etica per la politica sanitaria al di là della religione, della cultura o della filosofia.

La riflessione e l'impegno con la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto possono informare i dibattiti bioetici⁶⁹⁵ relativi alle questioni di disumanizzazione e dignità umana. La negazione del diritto all'autonomia personale e corporea è la caratteristica fondamentale degli atti di disumanizzazione, e gli esempi sono vari come le realtà vissute e i sistemi di credenze in tutto il mondo. È importante sottolineare che la consapevolezza della pratica di disumanizzazione da parte degli operatori sanitari nella Germania nazista e i conseguenti risultati mortali possono rafforzare la consapevolezza tra gli operatori sanitari sull'erosione dell'empatia, della compassione e della condotta morale, che può portare alla disumanizzazione. In questo senso, "il reimpegno con gli orrori dell'Olocausto può integrare e motivare una bioetica critica del mondo reale, che risponde ai fallimenti personali e istituzionali del nostro tempo e che fornisce una guida pratica in condizioni non ideali".

Fondamentalmente, questa storia mostra anche che, nonostante tutti i

fattori menzionati, gli operatori sanitari dell'era nazista avevano l'agenzia. Una serie di comportamenti è rimasta a loro disposizione, e mentre alcuni operatori sanitari hanno assunto ruoli di primo piano nell'omicidio di massa, altri hanno tranquillamente rifiutato di raccomandare i pazienti per la sterilizzazione forzata o peggio, o hanno perseguito una resistenza attiva contro il regime. In questo senso, come osserva lo storico Dan Michman, "La medicina funge da prisma attraverso il quale possiamo ottenere una visione più profonda della natura dell'antisemitismo nazista e dei diversi percorsi morali che sono stati scelti dai praticanti della stessa professione".

Anche se si spera che una costellazione simile di eventi non si verifichi mai più, l'assistenza medica continua a coinvolgere atti aggressivi al servizio della guarigione. Come dovrebbe essere monitorato e regolato il gradiente di potenza della relazione medico-paziente? Come dovrebbero essere gestite le tentazioni in medicina, siano esse di natura finanziaria, accademica o politica? Quali sono i potenziali ruoli dei professionisti nel resistere ai movimenti politici autoritari che si basano sul malcontento socioeconomico popolare?

Per quanto riguarda la psicologia, questa storia suggerisce che potrebbe essere utile promuovere la pratica riflessiva nell'educazione medica e nel lavoro clinico, considerare i differenziali di potere nelle relazioni professionali e avere discussioni aperte su quando e come potrebbe diventare necessario per i professionisti della salute come individui e collettivamente agire contro l'autorità e resistere al potere.

Professionisti della salute in piedi al potere

Per quanto la storia dei guaritori che diventano assassini nella Germania nazista ha implicazioni contemporanee, così fanno le narrazioni di professionisti della salute che si sono rifiutati di cedere al regime nazista, soprattutto per il bene dei loro pazienti. Un'analisi approfondita dei fattori e delle condizioni che hanno permesso ad alcuni professionisti della salute di resistere all'oppressione nazista dovrebbe considerare fattori

psicologici, sociali e politici, in combinazione con una comprensione della medicina come è stata praticata in questo specifico contesto storico. Anche se ci sono casi di studio aneddotici di resistenti nella Germania nazista, sono stati fatti pochi studi sistematici sulla psicologia di queste persone, soprattutto rispetto al numero sostanziale di studi psicologici degli autori nazisti. Tuttavia, la resistenza è stata uno dei modi in cui molti professionisti della salute ebrei e alcuni non ebrei hanno affrontato le avversità, nonostante spesso avessero pochissimo spazio di manovra. Questi individui hanno mostrato coraggio morale ed esplorare i contesti in cui il loro coraggio morale si è manifestato può fornire preziose intuizioni. Ci sono resoconti di quella che è stata definita resistenza medica ebraica, casi in cui medici, infermieri e altri operatori sanitari nei ghetti e nei campi hanno lavorato per preservare la dignità della vita umana nonostante le condizioni impossibili, a volte rischiando la loro vita e quella dei loro cari nel processo. Alcuni hanno lavorato da soli; altri, come i gruppi responsabili dello studio della fame nel ghetto di Varsavia e le scuole mediche e infermieristiche clandestine, sono stati organizzati collettivamente. Questi praticanti ebrei, supportati da pochi colleghi non ebrei, hanno sostenuto una pratica incentrata sul paziente per i loro compagni prigionieri in linea con quella che era stata perseguita all'interno dei sistemi sanitari pubblici ebraici durante gli anni tra le due guerre (ad esempio, in Polonia), in un momento in cui nessun'altra struttura sanitaria avrebbe tenuto conto delle regole dietetiche ebraiche e di altri requisiti religiosi. I professionisti della salute ebrei confinati nei ghetti e nei campi, e alcuni prigionieri dei campi non ebrei che erano anche professionisti della salute, spesso affrontarono scelte incredibilmente difficili o sono stati costretti a comportarsi in modo contraddittorio con le loro convinzioni personali e professionali. In queste situazioni, alcuni di loro cercavano una guida religiosa ed etica dai rabbini e da altri leader della comunità, che a volte aiutavano a fare queste scelte. C'erano anche, anche se meno, professionisti della salute non ebrei che si sono opposti alle autorità naziste (panel 22). Resistenza manifestata in

varie forme. L'esempio più noto sono gli studenti di medicina del gruppo di resistenza White Rose, la cui opposizione è stata motivata dalle atrocità a cui hanno assistito sul fronte orientale. Inoltre, alcuni professionisti della salute si sono rifiutati di segnalare i loro pazienti al programma T4,218' e altri hanno ospitato e trattato pazienti perseguitati.

Pannello 22

Due giusti tra le nazioni

Edward Loth era un improbabile soccorritore di ebrei. Formatosi come anatomista e antropologo, è stato un sostenitore dell'eugenetica e ha pubblicato studi in antropologia razziale. Ha prestato servizio nell'esercito polacco durante la prima guerra mondiale e ha fondato un dipartimento di ortopedia presso l'Università di Varsavia (Varsavia, Polonia). Come professore di anatomia nel periodo tra le due guerre, ha sostenuto una quota di ammissione restrittiva per gli studenti ebrei alla scuola di medicina e ha chiesto che gli studenti ebrei trovassero corpi della propria comunità religiosa per la loro educazione anatomica. Tuttavia, sebbene noto come antisemita, non tollerò alcuna violenza contro gli studenti ebrei. Sotto l'occupazione nazista, prestò servizio nell'esercito nazionale polacco e insegnò e sostenne la scuola di medicina clandestina dell'Università di Varsavia nel ghetto di Varsavia. Ha anche fornito riparo e cure mediche a molti dei perseguitati, rischiando così la propria vita. Quando il suo studente, Ludwik Sztabholz, fuggì dal ghetto di Varsavia nel 1943, Loth lo protesse dal rilevamento da parte dei nazisti. Quando Sztabholz chiese a Loth del suo apparente cambiamento di comportamento nei confronti degli ebrei, Loth spiegò che considerava la persecuzione degli ebrei da parte dei nazisti come un crimine e che avrebbe combattuto contro questo con tutte le sue forze. Loth fu ucciso in un bombardamento tedesco durante la rivolta di Varsavia nel 1944. Nel 1996, sulla base della testimonianza di Sztabholz, Loth è stato riconosciuto da Yad Vashem (il World Holocaust Remembrance Center, Gerusalemme, Israele) come un Giusto tra le nazioni, un titolo usato per onorare i non ebrei, che, durante l'Olocausto, hanno cercato di

salvare il popolo ebraico, anche a costo della propria vita.' ' '

Albrecht Tietze (1901–68)

Albrecht Tietze era figlio di un noto chirurgo a Breslau in Germania (oggi Breslavia, Polonia), e lavorava come internista in un ospedale di Berlino. Fu uno dei pochissimi medici tedeschi che protestò contro il licenziamento dei suoi colleghi ebrei nel 1933. Durante la seconda guerra mondiale, usò la sua posizione in ospedale per ospitare i membri della resistenza tedesca che erano sotto la sua cura. Fornì loro false diagnosi e le tenne nei suoi reparti il più a lungo possibile per proteggerli dalla reclusione.

Tietze è stato riconosciuto come Giusto tra le Nazioni nel 1970.⁷⁰³

Gli operatori sanitari contemporanei potrebbero raramente o mai affrontare situazioni altrettanto difficili, ma date le guerre, la radicalizzazione politica, le pandemie e i disastri naturali a livello globale, molti incontreranno circostanze che sfidano le loro coscienze e i loro principi etici. Molti operatori sanitari sentiranno anche la pressione, da parte dello stato, di un datore di lavoro, di un superiore o di altri, per compromettere la sicurezza e il benessere dei loro pazienti.

Un'importante implicazione della storia della resistenza medica durante il periodo nazista è che gli operatori sanitari devono promuovere la capacità di mettere in discussione l'autorità di qualsiasi istituzione o regime che mette in pericolo la salute pubblica, la salute di particolari gruppi, la salute dei singoli pazienti o la loro capacità di prendersi cura dei pazienti.

Quando sorgono tali pericoli acuti, gli operatori sanitari potrebbero dover utilizzare il loro ambito d'azione per la resistenza (ad esempio, parlando a nome di un paziente), per garantire che la salute del paziente non sia compromessa e che la propria integrità e il proprio benessere non siano danneggiati. In alcune situazioni disastrose, potrebbe essere necessaria la disobbedienza civile dei professionisti medici. Questa posizione di coraggio, riflessione critica, mettere in discussione delle autorità e volontà di opporsi alle autorità devono far parte dell'educazione medica, e la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto possono catalizzare tali discussioni.

Ricerca sugli esseri umani

Durante il regime nazista, medici e scienziati medici hanno schierato varie giustificazioni per la loro ricerca coercitiva e brutale sugli esseri umani. Queste giustificazioni includevano che c'erano pressanti problemi medici che dovevano essere affrontati, la validità scientifica della ricerca, il fatto che le vittime sarebbero morte comunque, i benefici da ottenere per molti a causa della sofferenza di pochi, il dovere scientifico di sfruttare l'accesso a esseri umani abbondanti che non potevano rifiutarsi di partecipare alla ricerca e la necessità di aiutare i soldati tedeschi e vincere la guerra. Indipendentemente dal fatto che pensassero che le persone che hanno sperimentato con la forza fossero criminali o razzialmente inferiori, gli sperimentatori semplicemente non si preoccupavano dell'umanità delle loro vittime. Hanno separato il ruolo del ricercatore dal ruolo di un medico che si prende cura dei pazienti. Hanno affermato che nella ricerca, "la purezza del metodo... era il [unico] prerequisito per il rispetto delle norme etiche" (tradotto da SH). Quindi, hanno visto la disponibilità delle vittime e dei loro corpi, sia vivi che morti, come un'opportunità di ricerca, senza alcuna preoccupazione per il benessere o la dignità umana. Nello schema del loro ragionamento scientifico, l'estrema crudeltà dei loro metodi e l'insopportabile sofferenza delle loro vittime sono state ritenute irrilevanti. Le implicazioni di questa storia hanno plasmato l'etica della ricerca moderna⁴⁸⁰ e la bioetica, che sono incentrate sul diritto dei partecipanti al consenso informato volontario e al rispetto dell'autonomia personale. Tuttavia, come discusso in precedenza, gli standard inizialmente forti orientati al consenso informato nel Codice di Norimberga sono stati in gran parte ignorati e successivamente diluiti in documenti di orientamento internazionali come la Dichiarazione di Helsinki sotto pressione dalla professione medica e anche dall'industria farmaceutica. Anche se è improbabile che la maggior parte dei ricercatori oggi commetta violazioni estreme dell'etica della ricerca come quelle perpetrate dai medici nella Germania nazista, tentazioni e incentivi a trarre

vantaggio dalla ricerca vulnerabile i partecipanti rimangono comuni. Alcuni professionisti medici continuano ad essere coinvolti nella cura dei prigionieri e dei detenuti in tempo di guerra, il che può portare a conflitti di lealtà estremi. La conoscenza e la riflessione sulla storia delle razionalizzazioni utilizzate nell'era nazista potrebbero rivelarsi utili nelle analisi di come argomenti simili vengono usati o abusati contemporaneamente.

Un altro dibattito contemporaneo per il quale la storia della ricerca umana nazista ha ramificazioni riguarda il concetto di cosiddetto consenso ampio o generale per l'archiviazione, la manutenzione e l'uso di ricerca secondaria di informazioni personali o bioesemplari identificabili nei repository di dati sanitari e nelle biobanche. Tali archivi, serbatoi di informazioni approfondite, spesso chiedono ai partecipanti di fornire dati ed esemplari da utilizzare in perpetuo da parte di un numero illimitato di scienziati per ricerche non specificate. Il concetto di consenso ampio offre flessibilità per i ricercatori, il che non era possibile con i precedenti modelli di consenso informato. Il concetto di ampio consenso è spesso giustificato facendo riferimento ai potenziali benefici della ricerca che facilita, alla nozione etica di reciprocità (che sostiene che le persone che beneficiano di avanzamenti medici hanno qualche obbligo di contribuire anche a tali progressi) e al basso rischio di danno alla persona che fa la donazione. Poiché nella maggior parte dei casi non vengono fornite informazioni specifiche sugli usi futuri dei campioni, l'ampio consenso non può essere completamente autonomo, il che indebolisce quindi i requisiti del consenso informato. La conoscenza delle pratiche di ricerca nel contesto nazista e la consapevolezza delle implicazioni del potenziale uso improprio dei dati sanitari e dei campioni biologici per scopi non intenzionali, nonché i relativi incentivi e tentazioni, possono informare i dibattiti sulla necessità e la natura dei regolamenti sulle questioni correlate.

Nonostante le commissioni di revisione istituzionali, che sono destinate a funzionare come agenzie di controllo etico, la ricerca non etica nelle

popolazioni vulnerabili è ancora fatta, spesso in contesti neocoloniali, dove la ricerca vietata in paesi con forti agenzie di controllo etico viene trasferita a quelli con quelle con quelle deboli. Sono necessari nuovi approcci per scoprire e prevenire tale sperimentazione. La piena attuazione delle linee guida deve essere monitorata, dalla prima approvazione di uno studio da parte di una commissione etica e per tutto il corso della ricerca fino alla pubblicazione dei risultati. I ricercatori dovrebbero essere consapevoli dei potenziali pericoli della cattiva condotta etica in qualsiasi sperimentazione con i partecipanti umani e dovrebbero essere informati dalla conoscenza degli abusi passati in questo contesto. Infine, continueranno a sorgere nuove questioni etiche della ricerca, come quelle poste dall'intelligenza artificiale generativa, e la conoscenza di questa storia continuerà a fornire un contesto importante per i dibattiti futuri.

Lealtà in competizione

La versione 2022 del World Medical Association International Code of Medical Ethics afferma che il "dovere primario del medico è quello di promuovere la salute e il benessere dei singoli pazienti fornendo cure competenti, tempestive e compassionevoli in conformità con la buona pratica medica e la professionalità". Tuttavia, ci sono situazioni in cui questa guida generale non può risolvere un dilemma, ad esempio, quando un professionista della salute ha obblighi concorrenti con diversi pazienti o obblighi verso parti diverse dai singoli pazienti, compresa la comunità più ampia, o un datore di lavoro o lo stato. Potrebbero anche esserci situazioni in cui l'assistenza completa del paziente è in conflitto con i doveri di un professionista della salute nei confronti della propria famiglia o del proprio benessere. Tali casi possono essere complessi e sono disponibili risorse utili per aiutarli a gestirli. . . . L'educazione su come gestire tali lealtà concorrenti può essere notevolmente supportata esaminando l'esempio estremo dei professionisti della salute nella Germania nazista, che sono arrivati a credere che il servizio al *Vol*k tedesco e allo stato (piuttosto che

ai loro pazienti) fosse la loro responsabilità primaria.

I classici dilemmi di lealtà in competizione sono nella medicina militare, quando possono sorgere conflitti tra doveri verso particolari pazienti, ordini di ufficiali comandanti e il dovere di aderire alle regole militari, ai regolamenti e alle esigenze operative. Un medico militare potrebbe essere spinto da ufficiali superiori per dare la priorità alla cura delle vittime della loro unità rispetto alle vittime nemiche e civili, per esempio. Il conflitto potrebbe anche derivare da una richiesta di esprimere un giudizio clinico sull'idoneità di un soldato, specialmente quando quel soldato potrebbe esagerare un reclamo medico per evitare di tornare in servizio o ridurre al minimo un problema per accelerare il loro ritorno al dovere. Le atrocità mediche più estreme perpetrate dai medici nella Germania nazista includevano il coinvolgimento diretto di professionisti della salute militare nella tortura e nell'omicidio sanzionato dallo stato. La tortura e la pena capitale sono ancora eseguite da o con il sostegno di professionisti della salute sotto ordini statali (pannello 23).

Pannello 23

Professionisti della salute e tortura

La tortura è praticata in molti paesi ed è stata persino descritta come un male necessario durante la cosiddetta guerra al terrorismo. Quando a medici e psicologi è stato chiesto di aiutare a migliorare i programmi di interrogatori dell'esercito statunitense, hanno raccolto dati sull'efficacia di varie tecniche di interrogatorio, compresi i metodi che equivalgono alla tortura. I dibattiti sono sorti non solo sull'etica di tale ricerca, ma anche sul fatto che gli operatori sanitari coinvolti avessero una relazione medico-paziente con i detenuti sottoposti a tortura e se, se tale relazione fosse assente, gli operatori sanitari potessero partecipare eticamente a tali interrogatori.

La tortura di solito avviene nelle prigioni e nei centri di detenzione, e quindi gli operatori sanitari che lavorano in questi contesti hanno maggiori probabilità di incontrarla e di dover scegliere se partecipare o resistere. Le razionalizzazioni per partecipare alla tortura includono la fiducia

nell'efficacia della tortura come metodo di interrogatorio, la lealtà sul posto di lavoro e la coercizione. Le credenze religiose, ideologiche e nazionaliste sono spesso citate come ulteriori fattori e, in alcuni casi, il sadismo potrebbe svolgere un ruolo. Indipendentemente dalla giustificazione, il coinvolgimento degli operatori sanitari nella tortura, in qualsiasi forma e in qualsiasi misura, è una violazione dell'etica professionale. Numerosi standard nazionali e internazionali sui diritti umani affermano espressamente che la partecipazione alla tortura è una violazione dell'etica medica, comprese quelle dell'Associazione Medica Mondiale, che è stata istituita durante i processi di Norimberga e successivamente ha codificato la sua opposizione alla tortura nella Dichiarazione di Tokyo (1975). La Dichiarazione di Tokyo esorta i medici "anche sotto minaccia" a usare le loro abilità solo per la guarigione e il conforto. Da allora molte organizzazioni di professionisti della salute hanno preso una posizione chiara contro la tortura e hanno adottato questa dichiarazione.

Gli operatori sanitari in contesti militari e di detenzione sono spesso in una posizione unica per prevenire o intervenire per fermare la tortura. Poiché le vittime della tortura hanno spesso bisogno di cure mediche all'interno o all'esterno del loro luogo di detenzione, gli operatori sanitari sono spesso i primi a rilevare i segni e i sintomi fisici e mentali della tortura, soprattutto se sono addestrati in modo appropriato. Tuttavia, questi singoli professionisti della salute non possono resistere alla pressione di collaborare alla tortura: la comunità degli operatori sanitari deve essere pronta a fornire aiuto e supporto nel sostenere l'etica professionale. Imparare e riflettere su lealtà mediche in competizione nell'era nazista potrebbe quindi sembrare di particolare valore per i professionisti della salute militare, ma sono ugualmente rilevanti nel settore civile. Qualsiasi clinico potrebbe essere sotto pressione per agire come agente dello stato, e medici impiegati, sia che lavorino per lo stato che per entità private - spesso ricevono istruzioni su come gestire le decisioni cliniche, come quali farmaci dare la priorità e quali rinvii fornire. I medici autonomi, nel

frattempo, potrebbero essere tentati di fornire servizi marginali o inutili o addebitare tasse gonfiate per aumentare i profitti, o da altri conflitti di interesse economici.

Tuttavia, la riflessione su questo aspetto specifico della storia della medicina nell'era nazista è associata a potenziali insidie. Ad esempio, nei dibattiti del dopoguerra negli Stati Uniti sulla cosiddetta medicina socializzata o assistenza sanitaria universale, sono state fatte affermazioni inappropriate secondo cui i nazisti hanno implementato un sistema socializzato di assistenza sanitaria, un'affermazione che continua ad essere fatta⁷⁴⁵ e riflette una palese mancanza di conoscenza storica o un uso cinico di un'analogia nazista per fuorviare le persone. L'argomento si basa spesso sulla travisazione del "socialismo nazionale" nel nome ufficiale del partito nazista come prova di una sorta di equivalenza tra un'ideologia fascista di estrema destra (nazismo) e la sinistra politica moderna. In effetti, i socialisti e i comunisti sono stati tra le prime persone arrestate e imprigionate dal nascente regime nazista. Le politiche sanitarie naziste si basavano sulla discriminazione, l'esclusione e la persecuzione per motivi razziali e di altro tipo, rivolgendosi solo ai cosiddetti ariani e alle persone abili, cioè, era l'opposto dell'universale. Il riferimento alla Germania nazista nei dibattiti sui sistemi sanitari richiede una precisa conoscenza storica e un'attenta argomentazione.

Altri importanti esempi di operatori sanitari che agiscono come agenti dello stato includono l'etichettatura psichiatrica e l'internamento di dissidenti politici nell'ex URSS, professionisti della salute che applicano l'ex politica cinese del figlio unico, chirurghi che eseguono amputazioni punitive in alcuni paesi islamici che attuano un rigoroso codice penale all'interno della legge della Sharia, iniezioni letali somministrate dai medici per giustiziare i prigionieri negli Stati Uniti, e gli operatori sanitari che partecipano all'alimentazione forzata dei prigionieri in sciopero della fame. Ognuno di questi esempi può essere esaminato in relazione all'importante ruolo degli operatori sanitari nella protezione dei diritti umani e altre lezioni apprese dalla storia della medicina in epoca nazista.

Eredità durature della medicina nella Germania nazista

Ci sono eredità tangibili e intangibili della collaborazione medica nella Germania nazista, con continuità e conseguenze che vanno ben oltre la fine della seconda guerra mondiale fino ad oggi. Gli operatori sanitari hanno continuato la loro carriera dopo la guerra, di solito dopo una breve pausa durante la quale hanno subito il cosiddetto processo di denazificazione. Lo stesso vale per il mondo accademico, nell'istruzione, nella ricerca e nella cura dei pazienti. La maggior parte di queste persone non ha mai ammesso alcun illecito durante il periodo nazista e ha continuato il loro lavoro scientifico in tutte le discipline mediche e campi scientifici. Le loro pubblicazioni in tempo di guerra e del dopoguerra divennero parte del canone della conoscenza medica⁵⁸⁶, una continuità di cui la professione medica deve essere a conoscenza. Tutte le conoscenze mediche hanno una storia e gli operatori sanitari devono riflettere sulle origini di ciò che sanno. Le domande da porre includono: come è stata acquisita questa conoscenza? Chi è stato coinvolto? Chi ha sofferto? Chi ha tratto profitto? Quali sono le condizioni che consentono di produrre conoscenze mediche in modi eticamente accettabili? Qual è l'etica dell'uso della conoscenza acquisita in modo non etico? Le risposte dipendono in parte dai contesti specifici in cui le informazioni sono state acquisite e da come le informazioni debbono essere utilizzate.' ' '

Oltre alla circolazione di informazioni ottenute in modo non etico, i resti fisici delle vittime naziste continuano ad essere scoperti, inavvertitamente o durante indagini sistematiche di collezioni scientifiche.' Le raccomandazioni del 2017 su come affrontare i resti umani dell'era nazista, note come Protocollo di Vienna⁷⁵³, sono formulate in modo tale da essere applicabili al di là dell'ambiente dell'Olocausto nel contesto di altre violazioni dei diritti umani e crimini contro l'umanità. Il Protocollo di Vienna fornisce anche raccomandazioni per le collezioni istituzionali, vale a dire prestare attenzione ai desideri delle comunità di discendenza e ai loro costumi tradizionali nella gestione dei resti umani, simili alle

raccomandazioni rilasciate dalle associazioni museali, ad esempio in Germania. Ci sono ancora collezioni anatomiche e istologiche legacy in Germania e nei territori precedentemente occupati e annessi che devono essere ricercati per resti umani delle vittime naziste. La storia di queste collezioni è, tuttavia, intricatamente intrecciata con quella di collezioni più antiche provenienti da contesti coloniali in Europa e in tutto il mondo, molte delle quali stanno finalmente sottoposte a un esame più attento, con input essenziale da parte delle comunità discendenti e un'enfasi su questioni etiche relative alla gestione dei resti umani. In futuro, la creazione di collezioni eticamente valide di resti umani deve essere basata per quanto possibile sul consenso informato ottenuto direttamente dall'individuo interessato o da delegati legittimi.

Un'altra eredità sono gli eponimi medici che onorano i perpetratori nazisti e quelli che onorano le vittime della persecuzione nazista (panel 14). Le discussioni si sono incentrate sul fatto che i nomi di queste condizioni debbano essere cambiati, sostituiti o abbandonati. Mentre c'è accordo sul fatto che gli omonimi che si riferiscono a coloro che sono stati perseguitati dal regime nazista "dovrebbero essere ricordati e persino rafforzati", molti credono che l'uso di termini nominati per i perpetratori debba essere abbandonato. Altri hanno sostenuto che abbandonare l'uso omonimo dei nomi degli autori nazisti equivarrebbe a una cancellazione o negazione dei crimini medici nazisti e potrebbe diminuire il ricordo delle origini di tale conoscenza. Cambiare i nomi di queste condizioni potrebbe anche comportare la perdita di un'opportunità per insegnare la storia della medicina. Tutti questi argomenti devono essere considerati nel contesto più ampio delle richieste di decolonizzazione del curriculum medico, compresa la sostituzione degli eponimi storici con nomi basati su una precisa terminologia medica.

Questo problema ha generato un dibattito sul fatto che sia "tempo di vedere il significato degli eponimi sotto una luce completamente diversa". Sebbene gli eponimi siano stati descritti come "uno dei modi migliori per essere riconosciuti", questo approccio agiografico non riflette

più "i valori etici della medicina moderna e della vita in una società basata sull'uguaglianza. Piuttosto, gli eponimi dovrebbero essere riconosciuti come semplici marcatori storici, inerenti al loro tempo e intricatamente collegati al loro quadro storico". In questa rifamitura, gli eponimi diventano momenti di insegnamento e opportunità per il fondamento della medicina moderna nella sua storia, sia positiva che negativa. Un'area di ampio accordo è che qualsiasi discussione sugli autori eponimi di danno deve essere accompagnata dal pieno riconoscimento delle loro vittime.'

La commemorazione e la commemorazione delle vittime e dei sopravvissuti ai crimini medici servono allo scopo educativo e formativo di incorporare la memoria delle atrocità naziste nell'identità di ogni professionista della salute come avvertimento per sostenere i diritti umani. Sono espressioni di rispetto per le vittime, la loro sofferenza e il loro destino e cercano di ancorare l'etica professionale in "una comunità di memoria". Le comunità mediche di tutto il mondo hanno legami con tragici capitoli della storia e la sofferenza e il dolore di molte persone hanno aperto la strada alle moderne normative bioetiche. Ogni comunità di professionisti della salute dovrebbe ricercare e riconoscere il suo passato e riconoscere la sua responsabilità. Questo lavoro è in corso.

Gli esempi di implicazioni contemporanee del coinvolgimento della medicina nel nazismo e nell'Olocausto discussi in questa sezione forniscono uno sguardo sulla ricchezza di intuizioni che possono essere acquisite per la medicina contemporanea da una riflessione ponderata su questo passato complesso e terrificante. Due principi dovrebbero guidare la creazione della consapevolezza storica in questo settore: dovrebbe essere prestata molta attenzione alle prove storiche (incluso il riconoscimento che nuove prove storiche potrebbero portare a nuove interpretazioni) e le teorie e le pratiche contemporanee nella medicina clinica e nella scienza medica dovrebbero essere esaminate criticamente per consentire il riconoscimento di modelli ricorrenti pertinenti. Anche il chiaro riconoscimento e la discussione delle differenze tra allora e ora sono importanti, e le analogie naziste eccessivamente semplificate che

potrebbero soffocare ulteriormente la riflessione dovrebbero essere evitate.' Sulla base di questi principi, l'insegnamento della medicina, del nazismo e dell'Olocausto deve diventare una componente standard di tutti i curricula sanitari.

Parte 5: Quadro concettuale per l'insegnamento della medicina, del nazismo e dell'Olocausto

La storia dei crimini medici durante il nazismo e l'Olocausto, nonostante la sua rilevanza per l'emergere di codici etici medici dopo la seconda guerra mondiale, è raramente inclusa nei curricula di scienze della salute e i precedenti appelli internazionali per integrare l'argomento nelle agende educative⁷⁶⁵ finora non sono riusciti a incontrare una risposta più ampia. Questa Commissione è stata incaricata di valutare qualsiasi curriculum esistente e di proporre approcci educativi adeguati per conoscere la medicina, il nazismo e l'Olocausto, per "promuovere la condotta etica, la formazione di identità compassionevole e lo sviluppo morale".

In questa sezione, esploriamo le sfide concettuali e pratiche nell'incorporare questa storia nei curricula delle scienze della salute. Esaminiamo la continua rilevanza di questo contenuto per l'assistenza sanitaria e presentiamo un nuovo paradigma concettuale, la formazione di identificazione professionale informata sulla storia. Quindi, nella parte 6, forniamo una tabella di marcia per l'educazione alle scienze della salute sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto che esplora dove collocare l'argomento all'interno dei curricula, nonché approcci pedagogici, modalità di valutazione e sviluppo della facoltà. È importante sottolineare che, utilizzando i termini scienze della salute e professionisti della salute, la nostra intenzione è quella di rivolgerci a tutti coloro che sono coinvolti nella fornitura di assistenza sanitaria: medici, infermieri, ostetriche,

assistenti medici, ricercatori di scienze della salute, assistenti sociali e psicologi dei servizi sanitari, fisioterapisti, terapisti occupazionali, paramedici e altro personale medico di emergenza e personale amministrativo, tra gli altri. Poiché i ruoli dei medici nel nazismo e nell'Olocausto sono stati documentati più ampiamente di quelli di qualsiasi altra professione sanitaria, sono usati come esempio da cui si possono trarre implicazioni più ampie in assenza di prove specifiche per altri campi. Riteniamo che le nostre analisi e le nostre conclusioni siano rilevanti per la formazione di tutti gli operatori sanitari.

La bioetica è informata dal coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto e dalle varie implicazioni etiche, politiche e pratiche associate, una delle quali da sola giustificerebbe l'apprendimento di questa storia. I professionisti della salute e gli scienziati medici, i medici, gli storici, gli etici e gli educatori medici che lavorano in questo campo hanno sperimentato personalmente il potere trasformativo di impegnarsi e riflettere su questa storia e sulle implicazioni contemporanee. Sulla base di questa esperienza e della ricerca emergente, proponiamo che l'apprendimento e la riflessione su questa storia supporti la formazione di professionisti moralmente coraggiosi e resilienti^{1, , , ,} attrezzati per affrontare le sfide etiche attuali e future^{1, , , , , ,} e di una comunità professionale con la capacità di modellare e sostenere il coraggio morale e la resilienza collettiva.

Nel contesto della borsa di studio per l'educazione medica, il coraggio morale è inteso come una "volontà di difendere e agire in base alle proprie convinzioni etiche". Sebbene non direttamente analogo al coraggio morale richiesto per affrontare il nazismo, gli studenti oggi sono ancora chiamati a mostrare coraggio morale, dall'affrontare casi di molestie sessuali o discriminazione basati su genere, razza, etnia, affiliazione religiosa o orientamento sessuale all'affrontare pandemie attuali o future, guerre, crescente autoritarismo e molte altre crisi con conseguenze dirompenti per la salute e la società. Il coraggio è anche necessario quando si si alza all'interno della gerarchia medica per garantire la sicurezza del paziente.' ,

‘ ‘ tirocinanti professionisti della salute potrebbero sperimentare disagio morale o addirittura lesioni morali se spinti a "commettere o assistere a un atto che viola il loro sistema di credenze morali", che può verificarsi in tempi di incertezza, quando emergono conflitti nei valori o quando viene richiesto di risolvere problemi e prendere decisioni sotto pressione (ad esempio, triage o assegnazione di risorse in condizioni di scarsità). ‘ ‘
Imparare la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto provoca inevitabilmente la riflessione sulle sfide contemporanee che richiedono coraggio morale agli individui e gruppi professionali e su come sostenere l'agenzia morale individuale e di gruppo⁷⁷² come un modo per mitigare l'angoscia e il danno morale.’

L'assistenza sanitaria è stata descritta come un'impresa morale⁷⁷⁴ che ha effetti profondi su tutti gli aspetti dell'essere degli studenti e dei professionisti, eppure è stato riportato un declino del ragionamento morale nell'educazione della scuola di medicina.’ ‘ In questo contesto, l'apprendimento della storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto può avviare o sostenere un focus educativo sull'empatia, la compassione, il ragionamento morale e nella giustizia nel dare assistenza, che include l'assunzione di una forte posizione contro l'antisemitismo, il razzismo e altre forme di discriminazione. I risultati di una revisione di scoping sulla resistenza del medico all'ingiustizia e al danno hanno sottolineato la necessità di insegnare in questo dominio, con gli autori che concludono che, "In un momento in cui i medici stanno affrontando un numero sempre crescente di sfide pratiche, etiche e morali, gli atti professionali di resistenza sono di fondamentale importanza all'interno della professione".

I professionisti medici tirocinanti devono anche navigare nel cosiddetto curriculum implicito o nascosto. A volte indicato come cultura medica, questo termine descrive le lezioni non scritte e non ufficiali su valori e comportamenti attesi e inaspettati, accettabili e inaccettabili, che studenti e professionisti imparano attraverso l'osservazione durante la loro formazione e pratica, anche se queste lezioni non sono intenzionalmente

insegnate. La riflessione sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto porterà spesso a discussioni sulla ricerca sulla conformità sociale, dibattiti sulla misura in cui i comportamenti individuali sono modellati dalla personalità, dal carattere o dalle circostanze contestuali, e discussioni su come influenzare e sostenere norme morali individuali e di gruppo in condizioni stressanti. Questa storia offre opportunità uniche per esplorare sia il potere nascosto della cultura su individui e gruppi, sia come i cambiamenti in quella cultura possono essere effettuati.¹ Infine, i professionisti medici tirocinanti potrebbero avere difficoltà a resistere o parlare, ad esempio di fronte a un errore a cui sono testimoni, quando non sono d'accordo con la decisione clinica di un superiore o di fronte all'antisemitismo o al razzismo nell'assistenza sanitaria. Le barriere alla parola possono essere culturali, gerarchiche, basate su tradizioni di obbedienza e conformità o causate dalla paura della punizione. Sono state suggerite pedagogie volte a superare queste barriere, anche se la loro efficacia rimane poco chiara. Una strategia che è stata suggerita è l'inclusione curricolare di contenuti su diversi tipi di resistenza, come truth-telling, whistleblowing, advocacy, activism, disobbedienza civile, e altre forme di azione individuale e comunitaria. Tali curricula hanno lo scopo di modellare i professionisti della salute che possono diventare "agenti della democrazia". I moduli educativi sui metodi di difesa e resistenza possono essere arricchiti con casi di studio della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto.

Formazione dell'identità professionale informata sulla storia

L'idea che la formazione dell'identità professionale dovrebbe essere fondata su una comprensione della storia delle professioni sanitarie si basa sulla borsa di studio nei settori della professionalità, della formazione dell'identità professionale e dell'"apprendimento informativo, formativo e trasformativo". Chiamiamo questo concetto formazione dell'identità professionale informata sulla storia. Anche se la formazione dell'identità

valori e pregiudizi" per facilitare "trovare significato nel proprio lavoro" e, soprattutto, tale riflessione dovrebbe dare origine a una solida identità professionale.

La formazione dell'identità professionale informata dalla storia comporta una riflessione sulla storia delle professioni sanitarie come mezzo per costruire un'agenzia morale⁸⁰ tra i professionisti della salute, migliorando così la loro capacità di servire come amministratori di valori professionali condivisi. Più specificamente, imparando e riflettendo sui fallimenti etici passati all'interno della propria professione, si possono interiorizzare le norme professionali come parte di un processo di riflessione critica su quali dovrebbero essere i valori e le priorità professionali. Frequentare l'agenzia morale durante la formazione dell'identità professionale sfida gli studenti a non accettare indiscutibilmente le strutture e la cultura professionali (o le modifiche proposte ad esse), ma piuttosto a esaminarle criticamente, esplorare le loro origini, valutare l'allineamento tra i propri valori personali e quelli della professione ed esaminare entrambi per le aree di debolezza.'

Sebbene riconosciamo i limiti delle analogie, all'interno del concetto di identità professionale informata dalla storia, la conoscenza della storia informa la cultura moderna e l'etica dell'assistenza sanitaria in modo simile a come la conoscenza delle scienze di base informa la pratica moderna della medicina. Si potrebbe essere un clinico accettabilmente buono senza una conoscenza dettagliata della fisiologia e della biochimica sottostante di ogni condizione, ma diventare un agente di cambiamento per l'approccio clinico a una condizione specifica - migliorare, piuttosto che semplicemente replicare, la pratica attuale - la conoscenza delle scienze di base è essenziale. Allo stesso modo, si può adottare e praticare secondo l'etica professionale senza capire come queste etiche sono nate e come sono state alterate in passato (ad esempio, nella Germania nazista), ma per servire come agente di cambiamento e un efficace amministratore dell'etica professionale, difendendo l'etica quando necessario o sfidandola quando appropriato, la

conoscenza storica è cruciale. Inoltre, simile a come una storia dettagliata del paziente è essenziale per il ragionamento e la cura clinica, la conoscenza della storia della professione medica è essenziale per la pratica etica, come affermano lo storico medico David Jones e colleghi: "La storia offre intuizioni essenziali sulle cause della malattia... la natura dell'efficacia... e la contingenza della conoscenza e della pratica medica [compresi i dilemmi etici] in mezzo ai contesti sociali, economici e politici della medicina. Queste sono tutte cose che i medici devono sapere per essere diagnostici e caregiver efficaci, proprio come devono imparare l'anatomia".

Per integrare un'attenzione alla professionalità e alla formazione dell'identità professionale negli ultimi due decenni, gli educatori medici hanno concettualizzato diversi livelli di apprendimento. La Commissione *Lancet* 2010 sull'educazione medica⁷⁹² aveva l'obiettivo di rinnovare l'educazione medica "per rafforzare i sistemi sanitari in un mondo interdipendente" e ha definito "apprendimento trasformativo" come "il più alto dei tre livelli successivi, passando dall'informativa alla formativa alla trasformazione". L'apprendimento informativo è l'acquisizione di conoscenze e competenze allo scopo di produrre esperti, l'apprendimento formativo è la socializzazione degli studenti attorno a valori condivisi allo scopo di produrre professionisti e l'apprendimento trasformativo è lo sviluppo di attributi di leadership professionale con lo scopo di produrre "agenti di cambiamento illuminati". L'apprendimento formativo corrisponde al concetto di formazione dell'identità professionale. La formazione di identificazione professionale informata dalla storia, tuttavia, può anche sostenere l'apprendimento trasformativo nell'assistenza sanitaria: l'apprendimento della storia può avere un ruolo cruciale nell'aiutare gli studenti a comprendere il presente e plasmare un futuro migliore per l'assistenza sanitaria. Nel 2022, gli autori della *Lancet* Commission on Medical Education hanno rivisitato il loro lavoro e hanno notato che gli effetti della pandemia di COVID-19 (cioè le sfide sociali e personali, nonché i cambiamenti tecnologici) hanno contribuito a

convalidare il quadro iniziale dell'apprendimento informativo, formativo e trasformativo e hanno mostrato la notevole accettazione e attuazione di questo quadro.

Una seconda possibile analogia per la formazione dell'identificazione professionale informata sulla storia deriva dalle lezioni del movimento per la sicurezza del paziente. Negli ultimi 25 anni, c'è stato un crescente accordo sul fatto che è improbabile che gli errori vengano rimediati senza un riconoscimento esplicito e aperto che gli errori si verificano e che le loro cause devono essere studiate, compresi i fattori sistemici sottostanti. Analogamente, ci sono evidenti rischi associati alla socializzazione degli individui in un gruppo professionale senza fornire opportunità per un attento esame dei meccanismi che hanno portato alla corruzione morale in questa professione e nei suoi membri in passato, compresa l'esplorazione aperta di dinamiche potenzialmente persistenti che in precedenza gli operatori sanitari consideravano le eclatanti illeciti come professionalmente accettabili. Il riconoscimento che i gruppi professionali (più in particolare, nella Germania nazista) hanno, in passato e in condizioni specifiche, cambiato radicalmente le norme e le credenze etiche e sono diventati autori di crimini medici senza precedenti, e il riconoscimento che qualcosa di simile potrebbe accadere di nuovo, sono strategie promettenti per sviluppare future generazioni di professionisti formati per avere una preziosa combinazione di umiltà, agenzia morale e assertività.

In quale parte del curriculum si può imparare questa storia?

Chiediamo che la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto sia un dominio obbligatorio e specifico dell'insegnamento nell'educazione alle scienze della salute, comprese le opportunità di riflessione sulle implicazioni contemporanee di questa storia. Riconosciamo che il curriculum è già affollato, ma si dovrebbe fare spazio per questo argomento, e ci sono diverse opzioni per quando tali contenuti potrebbero

sull'assistenza sanitaria e il rapporto tra il governo e la professione medica.' , , , , 806, In particolare, l'apprendimento di questa storia provoca in modo affidabile una riflessione critica sui ruoli della scienza, della medicina e dell'educazione medica nella lotta contro l'antisemitismo e il razzismo, incluso il razzismo sistemico.' , , , , Insegnamento e promuovere la riflessione su questa storia dovrebbe quindi anche essere integrata in iniziative di diversità, equità e inclusione nell'educazione e nella pratica delle scienze della salute.' Per i programmi di formazione che attirano l'attenzione esplicita sul curriculum nascosto, la storia del coinvolgimento medico nell'era nazista può facilitare le discussioni sulle dinamiche sottostanti nell'assistenza sanitaria che potrebbero aumentare la suscettibilità degli operatori sanitari a indurirsi alle sofferenze dei pazienti, ad abusare del potere professionale, a chiudere un occhio sull'antisemitismo e sul razzismo, o a diventare stanti, sostenitori o autori di trasgressioni etiche.'

La storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto può anche essere affrontata attraverso corsi dedicati in storia, filosofia, arti, pensiero critico e scienze umane della salute.' Le arti e le scienze umane possono avere ruoli speciali nell'educazione su questa dolorosa storia, coinvolgendo l'uso di materiale d'archivio originale, media e narrazioni storiche, musica e arti visive e di altro tipo. Le scienze umane della salute possono trasmettere le implicazioni, le sfumature e gli effetti emotivi di questa storia in un modo che va oltre la sintesi delle informazioni in un grafico o in un grafico. Inoltre, lo studio della medicina, del nazismo e dell'Olocausto potrebbe aiutare gli studenti a raggiungere diversi risultati di apprendimento comuni nell'educazione umanistica sanitaria, tra cui la prospettiva, l'intuizione personale, la riflessione critica, l'ermeneutica e la responsabilità sociale. L'argomento promuove la riflessione critica sulle disuguaglianze, la mentalità civica e la difesa del cambiamento trasformativo nella medicina e nella società.

In sintesi, sebbene un corso dedicato all'apprendimento e alla riflessione sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto sarebbe l'ideale,

l'integrazione in bioetica, professionalità o altri corsi è anche appropriata, e ci sono varie altre opportunità nei curricula di scienze della salute per questa storia per stimolare l'apprendimento trasformativo aumentando la consapevolezza morale, la sensibilità alle sfumature e al contesto e l'umiltà professionale.⁸⁰⁷

Parte 6: Una tabella di marcia per insegnare la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto

Nella nostra esperienza, condividere la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto di solito richiede un'attenzione rapida tra gli studenti e ha un effetto profondo che è spesso formativo e persino trasformativo. I requisiti di base per l'insegnamento in questo campo sono soddisfatti quando un insegnante è disposto a familiarizzare con questa storia e impiega un approccio di insegnamento autentico con dedizione e impegno. Per aiutare gli educatori in questo compito, questa Commissione ha rigorosamente esaminato e reso operativi i concetti di educazione medica all'avanguardia per l'insegnamento efficace della storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto.

I passaggi per integrare questa storia nell'educazione degli operatori sanitari includono scelte di contenuti, pedagogie e modalità di valutazione. Per facilitare questi passaggi, in questa Commissione offriamo un metodo per la progettazione di curricula, supportato da un primer sull'educazione medica (appendice pp 4–12), case history incorporate in una narrazione del background storico (appendice pp 13–21), un elenco di programmi (appendice pp 22–32) e un glossario e una traduzione di termini e abbreviazioni tedeschi (appendice p 33). In particolare, il numero, la qualità e la varietà di risorse educative basate su Internet sulla storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto sono

aumentati considerevolmente dalla prima concettualizzazione di questa Commissione alla fine del 2020, in parte a causa dell'enorme aumento delle piattaforme di apprendimento basate sul web motivate dalla pandemia di COVID-19.819

Costruire moduli educativi

Gli educatori sono incoraggiati a intraprendere l'istruzione in questo campo dotato delle conoscenze storiche di base delineate da questa Commissione, integrate da materiali aggiuntivi a seconda della portata dell'insegnamento, nonché del tempo e delle risorse da assegnare al nuovo contenuto curricolare. Un approccio pedagogico che si è dimostrato particolarmente efficace è il centraggio di vari metodi di riflessione. Sono stati riportati risultati positivi soprattutto per l'uso di esercizi di scrittura riflessiva per sostenere la formazione dell'identità professionale e la condotta etica.800,

Un processo per costruire un nuovo modulo educativo sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto è delineato nella figura 13. A seconda del campo di competenza o dell'interesse dell'istruttore, le prove storiche pertinenti dovrebbero essere presentate insieme alle potenziali implicazioni per la medicina attuale, all'interno di un modulo adattato per il livello degli studenti (da quello di base a quello intermedio all'avanzato), il tempo curricolare disponibile e l'effetto previsto (da informativo a formativo a trasformativo).

Figura 13 Roadmap per l'insegnamento della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto

Esempi di risultati di apprendimento di base, stratificati per profondità del contenuto (dal principiante all'avanzato) e livelli di apprendimento (dall'informativa alla trasformazione) sono delineati nel pannello 24, e un elenco più dettagliato dei risultati dell'apprendimento è nell'appendice (p 6).

Pannello 24

Risultati di apprendimento di base per un curriculum su medicina,

nazismo e Olocausto

Risultati di apprendimento di base o informativi

Dopo aver seguito questo corso, gli studenti dovrebbero essere in grado di:

- •
Spiegare brevemente cos'era l'Olocausto, compresi chi erano gli autori e le vittime, e cosa sono il nazismo, il genocidio, il razzismo e l'antisemitismo
- •
Elenca i fatti fondamentali sul coinvolgimento degli operatori sanitari nel regime nazista, compresi i programmi di sterilizzazione eugenetica e omicidio dei pazienti, l'esclusione antisemita e la persecuzione degli operatori sanitari ebrei, la ricerca umana coercitiva e non consensuale e le connessioni tra questi programmi e il genocidio nazista dell'ebraismo europeo e l'omicidio di massa di Sinti e Rom e altri gruppi perseguitati
- •
Descrivere e riflettere sulle azioni e le esperienze degli operatori sanitari ebrei e non ebrei che hanno resistito durante questo periodo, specialmente nei ghetti e nei campi
- •
Descrivere, spiegare e riflettere sui fallimenti etici e sulle trasgressioni degli operatori sanitari e dell'establishment medico-scientifico durante il nazismo e l'Olocausto e come questi fallimenti avrebbero potuto influenzare la bioetica dopo la seconda guerra mondiale
- •
Applicare le intuizioni della storia della medicina durante il nazismo e l'Olocausto alle questioni contemporanee nell'assistenza sanitaria

Risultati di apprendimento intermedi o formativi

Risultati di apprendimento avanzati o trasformativi

Sviluppo del curriculum

Sono disponibili risorse standard per guidare lo sviluppo del curriculum generale, quindi qui evidenziamo alcuni suggerimenti pratici e strategici per lo sviluppo del curriculum con rilevanza specifica per la storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto. Il quadro ampiamente accettato di Kern per lo sviluppo di curricula di educazione medica comprende una sequenza in sei fasi: identificazione dei problemi e valutazione dei bisogni generali, valutazione dei bisogni mirati, definizione di obiettivi e obiettivi, elaborazione di strategie educative, attuazione del curriculum e valutazione e feedback. È applicato in Panel 25, Panel 26 con due esempi da questo dominio, e presentato in modo più dettagliato nell'appendice (p 8). Gli esempi rappresentano un corso semestrale, un'allocazione di tempo consigliata, e una sessione introduttiva di base che può servire come intervento per sensibilizzare i partecipanti alle implicazioni dell'argomento.

Pannello 25

Esempio di un corso di un semestre completo sulla storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto

Risultati dell'apprendimento

Pannello 26

Una presentazione di esempio sull'eredità della medicina durante l'Olocausto e la sua rilevanza contemporanea

Riconoscendo l'importanza della storia per comprendere le circostanze contemporanee e affrontare le sfide future, i leader dell'American Association of Medical Colleges hanno cercato un webinar di educazione medica sulla storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto⁸¹⁴ che si terrà nell'International Holocaust Remembrance Day per un pubblico internazionale di studenti e operatori sanitari. La prima iterazione di questo webinar di 75 minuti, che è stato scritto e consegnato dagli autori della Commissione HSW e SH, è stata consegnata il 27 gennaio 2022. Sono stati forniti anche materiali per sessioni di riflessione critica opzionali

post-webinar, tra cui suggerimenti di scrittura da arte o casi di studio, per facilitare l'apprendimento riflessivo. L'obiettivo della sessione era fornire informazioni fondamentali sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto e sulle implicazioni contemporanee per gli operatori sanitari di tutto il mondo.

Obiettivi di apprendimento

Con il crescente numero di attacchi antisemiti e razzisti nell'assistenza sanitaria e nell'educazione medica durante la pandemia di COVID-19, come delineato sopra, l'attenzione all'ubiquità di questi pregiudizi è cresciuta, spingendo a chiedere di promuovere la consapevolezza e introdurre interventi di cambiamento. Esempi di tali cambiamenti includono la creazione di uffici per la diversità, l'equità e l'inclusione in molte scuole di medicina e l'integrazione delle competenze di diversità, equità e inclusione nell'educazione medica, anche attraverso nuovi sforzi educativi come seminari sulla discriminazione religiosa nell'assistenza sanitaria (Lefkowitz A, Kuper A, Najeeb U, Università di Toronto, comunicazione personale).

Pedagogie

In generale, le lezioni sono l'approccio pedagogico più comune utilizzato nell'insegnamento della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto. Film, letture, podcast e video possono anche trasmettere efficacemente i fatti storici e presentare opportunità di apprendimento riflessivo. La maggior parte dei curricula esistenti per l'insegnamento della medicina, del nazismo e dell'Olocausto non valutano esplicitamente l'apprendimento formativo e trasformativo, ma le intuizioni pedagogiche possono essere derivate da proxy pertinenti, in particolare dall'etica professionale e dall'insegnamento delle scienze umane della salute. A questo proposito, l'insegnamento e l'apprendimento esperienziale e interattivo, e l'inclusione di opportunità di riflessione, sono pedagogie che possono migliorare le lezioni e sono supportate dalla letteratura e dalle nostre esperienze personali.

Gli approcci pedagogici dipendono dal livello di apprendimento previsto. A livello informativo, l'obiettivo didattico è quello di coinvolgere gli studenti e garantire la conservazione delle informazioni. Alcuni approcci pedagogici efficaci promettenti⁷⁹³ includono l'interattività, apprendimento basato su casi e basato sul team, e la cosiddetta classe capovolta, nonché istruzione supportata e online dalla tecnologia (appendice p 6). Per l'apprendimento formativo e trasformativo, diverse pedagogie sono adatte a sostenere la formazione dell'identità professionale informata sulla storia, inclusa la riflessione, mentoring, discussioni basate su casi in piccoli gruppi, modalità di elaborazione delle emozioni (ad esempio, gruppi Balint), creazione di portafogli per esperienze di apprendimento e riflessioni, analisi degli incidenti critici con debriefing di eventi clinici effettivi che evocano dilemmi etici e disagio morale, studiando le interviste e testimonianze dei sopravvissuti, uso di film di attualità ed elaborazione condivisa, e dedicate visite a siti dell'Olocausto come campi di concentramento, musei e mostre. Le visite ai musei possono essere un'aggiunta preziosa ad altre forme di apprendimento e le visite a siti storici come i campi di concentramento possono facilitare sostanzialmente l'apprendimento trasformativo, come valutato dalla scrittura riflessiva. Oltre a fungere da strumento di valutazione, la scrittura riflessiva dopo una sessione educativa può servire a consolidare l'apprendimento e il processo di riflessione stesso può diventare un'esperienza di apprendimento trasformativa.

Valutazione

Molti domini dell'apprendimento delle scienze della salute che sono considerati indispensabili per le professioni sanitarie - tra cui l'anatomia, la fisiologia e la patologia - sono definiti sul livello informativo del contenuto e dell'apprendimento e non sono ancora stati solidamente collegati a guadagni documentati nell'apprendimento formativo o trasformativo, anche se i loro curricula impliciti consentirebbero tale connessione. Inoltre, molti curricula che aspirano specificamente alla formazione

dell'identità professionale e all'apprendimento trasformativo non hanno ancora documentato i loro risultati ai livelli di formazione e trasformazione. Sebbene le persone che insegnano la storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto siano convinte degli effetti trasformativi per molti studenti, la misurazione oggettiva di questi effetti rimane ugualmente sfuggente. Una strategia di valutazione ideale in questo campo dovrebbe includere valutazioni delle conoscenze prima e dopo che il curriculum è stato consegnato, valutazione della soddisfazione dello studente e autovalutazione degli obiettivi di apprendimento informativi, che possono anche essere somministrati prima e dopo il corso per il confronto. . . . La valutazione dell'apprendimento informativo è semplice, ma la valutazione dell'apprendimento formativo e trasformativo è più impegnativa. . . . Alcuni strumenti per la valutazione dell'apprendimento etico o la formazione dell'identità professionale (appendice p 10) non sono adatti all'istruzione nella storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto, perché hanno scarse proprietà psicometriche o non sono sufficientemente specifiche per l'educazione degli operatori sanitari. . . . Tuttavia, diversi strumenti potrebbero valere la pena di essere adattati per consentire la misurazione dell'apprendimento formativo e trasformativo in questo dominio, tra cui il Defining Issues Test 2.860 lo strumento Professional Identity Essay, e il Reflection Evaluation for Learners' Enhanced Competencies Tool (appendice p 10).

Destinatari

Una considerazione importante per ogni intervento educativo è il pubblico previsto, che potrebbe essere un pubblico generale misto, un gruppo specifico di professionisti della salute (ad esempio, medici, infermieri, psicologi, dentisti⁸⁶⁵), un gruppo di specialità (ad esempio, psichiatri, urologi, radiologi, anatomisti⁸⁶⁹), o un gruppo di studenti di un paese o regione specifico. Per aumentare la rilevanza e l'impegno del pubblico, i contenuti dovrebbero essere personalizzati, con particolare attenzione

alle caratteristiche del gruppo di apprendimento. Ad esempio, sarebbe utile attirare l'attenzione sulla storia del gruppo professionale o della specialità pertinente all'interno della storia generale della medicina, del nazismo e dell'Olocausto. In alcuni paesi, tuttavia, dovrebbero essere incorporati riferimenti storici locali che fanno eco a componenti della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto. Tali echi potrebbero essere trovati in casi nazionali o regionali di, ad esempio, sterilizzazione forzata, sperimentazione umana non etica o maltrattamenti medici delle minoranze. Esempi di programmi su misura includono un seminario della scuola di medicina con riflessioni post-seminario incentrate su questioni di equità e inclusione, un corso ibrido per una scuola infermieristica incentrato sull'assistenza infermieristica nella Germania nazista, un curriculum odontoiatrico che includeva il furto di oro dentale nei campi di concentramento nazisti, e un viaggio di studio in siti correlati all'Olocausto in Polonia per il personale medico dell'esercito israeliano che mirava a esplorare la questione della lealtà in competizione nella medicina militare. Un'attenzione speciale potrebbe essere richiesta quando il pubblico atteso ha poca esposizione precedente alla storia del nazismo e dell'Olocausto. Gli educatori in tali contesti potrebbero cercare connessioni tra questa storia e le esperienze del loro pubblico, a livello personale, collettivo o nazionale.

Sviluppo della facoltà

Lo sviluppo della facoltà si riferisce "a tutte le attività che i professionisti della salute perseguono per migliorare le loro conoscenze, abilità e comportamenti come insegnanti ed educatori, leader e manager, ricercatori e studiosi, sia in contesti individuali che di gruppo". Sebbene ci siano molti programmi per l'insegnamento dell'Olocausto, ci sono pochissimi corsi regolarmente disponibili sul coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto. Tuttavia, l'implementazione su larga scala dell'istruzione in questo settore dipenderà dal miglioramento delle competenze degli attuali insegnanti e dall'invito di coloro che sono

interessati a diventare futuri educatori in questo settore. Lo sviluppo della facoltà è quindi particolarmente importante per gli obiettivi di questa Commissione.' ,

Gli approcci tradizionali allo sviluppo della facoltà nell'educazione medica consistono nell'apprendimento dall'esperienza, nel peer coaching e nel tutoraggio e nei workshop o nei seminari. L'apprendimento individuale dall'esperienza è spesso associato all'apprendimento con e dai coetanei e migliorato attraverso l'integrazione in una comunità di apprendimento di interessi e preoccupazioni condivisi. Potenziali pedagogie e formati di sviluppo della facoltà includono programmi longitudinali intensivi, apprendimento online, medicina narrativa o approcci di scrittura riflessiva e un'enfasi sull'apprendimento trasformativo della facoltà che potrebbe tradursi in una facoltà che promuove l'apprendimento trasformativo degli studenti.' In linea con la raccomandazione della Commissione di applicare le migliori pratiche nell'educazione medica all'istruzione nella storia della medicina, nel nazismo e nell'Olocausto, le migliori pratiche per lo sviluppo della facoltà includono l'uso di un quadro di competenze, l'incorporazione del ruolo modellazione, mentoring e pratica riflessiva, l'adozione di strategie di educazione interprofessionale, e l'uso di valutazioni formative e sommative.

Il futuro dell'insegnamento sul coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto

Per concludere questa esplorazione delle migliori pratiche basate sull'evidenza nell'educazione alle professioni sanitarie e la loro applicazione nell'insegnamento della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto, proponiamo una serie di raccomandazioni per guidare il lavoro futuro sull'istruzione (panel 27). Nell'ambito dei nostri sforzi nell'educazione alle professioni sanitarie, abbiamo una responsabilità morale nei confronti del pubblico di promuovere e coltivare lo sviluppo di professionisti della salute riflessivi e moralmente resilienti. La Commissione ritiene che la formazione di identità professionale informata

sulla storia sia una componente integrante dell'adempimento di tale responsabilità.

Pannello 27

Raccomandazioni per l'educazione sulla storia della medicina, il nazismo e l'Olocausto

• •

Adottare il paradigma della formazione dell'identità professionale informata dalla storia come quadro educativo per i professionisti della salute, in cui la storia è riconosciuta come conoscenza essenziale per comprendere l'etica contemporanea dei professionisti della salute.

• •

Usa la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto per enfatizzare le opportunità e le responsabilità uniche degli operatori sanitari nell'eliminazione dell'antisemitismo e del razzismo e nella protezione delle popolazioni vulnerabili contro la stigmatizzazione e la discriminazione.

• •

Avviare e sostenere la riflessione sui valori fondamentali della medicina con riferimento alle scelte storiche fatte da singoli professionisti della salute, gruppi di professionisti della salute e istituzioni scientifiche mediche durante il nazismo e l'Olocausto.

• •

Identificare modelli di comportamento potenzialmente simili, ad esempio, nei sistemi gerarchici di pratica e istituzioni mediche, o, in senso più ampio, in altri sistemi autoritari passati e presenti in tutto il mondo.

• •

Dare priorità ai corsi stand-alone e completamente sviluppati per conoscere questa storia e mirare a integrarli, se del caso, nei curricula esistenti, non solo come add-on, ma come catalizzatore essenziale per l'apprendimento formativo e trasformativo.

• •

Usa la conoscenza di questa storia per sostenere le persone che vivono situazioni che possono generare disagio morale e le persone che cercano esempi e fonti di coraggio morale e resilienza.

- •

Utilizzare le pedagogie efficaci raccomandate per la progettazione curricolare e i metodi di insegnamento, compresa l'istruzione a distanza ibrida, quando si cerca di avviare e migliorare l'insegnamento sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto.

- •

Creare opportunità di apprendimento esperienziale, comprese le visite a siti storici o musei quando possibile, e casi di studio storici che rappresentano i cosiddetti approcci real-life per apprendere ed esplorare l'etica professionale.

- •

Usa esercizi riflessivi per consolidare l'apprendimento informativo e formativo e per creare opportunità di apprendimento trasformativo.

- •

Promuovere collaborazioni rafforzate tra storici, bioetici, educatori di scienze della salute e altri studiosi pertinenti per sviluppare, implementare e valutare programmi educativi innovativi sulla storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto.

- •

Sostenere ritenere sia i singoli professionisti della salute che le organizzazioni professionali responsabili della riflessione critica sui valori fondamentali della professione.

Conclusione

Il regno del terrore dei nazisti, che culminò nell'Olocausto, influì profondamente la storia dell'Europa e del mondo. Tra gli aspetti più sconcertanti del nazionalsocialismo e dell'Olocausto ci sono i molti

elementi di questa storia che risuonano con altri tempi e luoghi, incluso il ruolo essenziale della medicina in alcune delle politiche più disumane del regime. Di conseguenza, la bioetica contemporanea si è sviluppata in larga misura in risposta e all'ombra della rivelazione dei crimini medici commessi sotto il regime nazista.

Come discutiamo in questa Commissione, ci sono molte buone ragioni per cui gli operatori sanitari dovrebbero conoscere questa storia. Per uno, la medicina deve ancora fare i conti con alcune delle eredità dirette del regime nazista, come i risultati scientifici basati su esperimenti disumani o studi sui resti umani delle vittime naziste, e gli eponimi che onorano gli scienziati con connessioni naziste. Oltre a ciò, studiare la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto può aiutare le persone a comprendere questioni complesse nell'etica biomedica moderna, comprese le interazioni contemporanee tra gli operatori sanitari e lo stato; l'importanza dell'istruzione nell'etica professionale; l'equità sanitaria e l'assistenza per gli individui e le popolazioni vulnerabili; la responsabilità degli operatori sanitari di sostenere i diritti dei pazienti, combattere l'antisemitismo, il razzismo e altre forme di discriminazione e promuovere la salute e la sicurezza pubbliche; e i determinanti politici, sociali e morali della salute, dell'assistenza sanitaria e delle scienze mediche. Il ragionamento bioetico informato sulla storia continuerà ad essere necessario nell'educazione sanitaria nel contesto dei rapidi progressi tecnologici, compresa l'intelligenza artificiale generativa.

Lo studio di questa storia può anche aumentare la consapevolezza del potere sostanziale dei professionisti medici nella società e del potenziale intrinseco di abuso di questo potere, con lezioni che sono applicabili anche in circostanze molto meno estreme. Le professioni mediche erano attori centrali e attivi nella Germania nazista, la cui collaborazione e complicità non possono essere spiegate solo con la coercizione o la conformità. I loro atteggiamenti professionali, gli orientamenti politici e ideologici e le agende e i metodi scientifici, così come l'antisemitismo e il razzismo diffusi comuni in tutte le loro fila, erano precondizioni cruciali per

i crimini medici commessi durante il nazismo. Allo stesso tempo, la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto include anche esempi di resilienza e resistenza, soprattutto nella resistenza medica ebraica nei ghetti e nei campi di concentramento, e nelle azioni degli operatori sanitari che hanno aiutato gli ebrei e altre popolazioni prese di mira dalle politiche naziste, spesso a grave rischio per se stessi e le loro famiglie. I resoconti di questi individui possono ispirare e guidare gli studenti quando affrontano sfide etiche nella pratica e nella politica, specialmente durante i periodi di crisi, come le guerre o le epidemie.

Pertanto, chiediamo l'introduzione dell'insegnamento sulla storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto in tutti i contesti di educazione sanitaria. Questa Commissione può servire come risorsa iniziale: raccoglie fatti chiave che riteniamo debbano essere noti a tutti, insieme ai nostri pensieri sulle implicazioni per gli operatori sanitari, gli educatori e i ricercatori. In effetti, crediamo che conoscere questa storia e i suoi echi contemporanei consentirà e incoraggerà gli studenti a esplorare e analizzare altre storie di abusi e crimini medici e a impegnarsi con queste eredità. Il nostro lavoro potrebbe servire come modello per la ricerca, la documentazione e l'educazione future su altre storie di collusione medica nella discriminazione sistemica disumana e nella violenza. Allo stesso modo, questa Commissione crea un precedente per documentare, comprendere e apprendere da casi storici di resistenza medica e resilienza. Crediamo fermamente che l'educazione medica sia arricchita lavorando con il concetto proposto di formazione dell'identità professionale informata sulla storia.

In medicina, molto dipende dalla capacità degli operatori sanitari di riconoscere i modelli. In effetti, uno degli obiettivi principali dell'educazione alle scienze della salute è insegnare agli studenti a notare tali schemi. Lo vediamo come una metafora appropriata di ciò che questa Commissione mira a realizzare, perché "la storia ci permette di vedere i modelli e formulare giudizi".

Questo rapporto è rivolto a una vasta gamma di discipline. I lettori

principali indirizzati includono attori all'interno della formazione nelle scienze della salute: educatori, medici, scienziati, ricercatori, amministratori e studenti. Forniamo anche informazioni contestuali che speriamo siano utili per storici, psicologi e altri. Speriamo che questa Commissione trovi molti lettori in tutto il mondo, specialisti e non specialisti. Di particolare importanza, speriamo che il nostro lavoro sia di interesse per i responsabili politici e i leader in posizioni per modellare l'educazione sanitaria e l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

Fondamentalmente, la formazione dell'identità professionale informata dalla storia è rilevante sia a livello di singoli professionisti, educatori e ricercatori sia per il modo in cui le generazioni attuali e future di leader e responsabili politici concepiscono e costruiscono i ruoli sociali e le responsabilità della professione medica nel suo complesso.

Dopo tutto, la storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto rappresenta non solo un esempio di singoli professionisti medici fuori strada, ma anche un esempio terrificante, ma istruttivo, della discesa di istituzioni e organizzazioni professionali leader a livello mondiale nelle peggiori profondità dell'atrocità medica. Questi aspetti istituzionali rendono questo sforzo educativo estremamente tempestivo e rilevante nell'affrontare la "crisi della civiltà" di oggi.

Tutti i membri della Commissione hanno contribuito alla concettualizzazione, alle indagini, ai metodi e alla scrittura del rapporto. I co-presidenti (inizialmente SPR, SH e VR, con VR succeduti da HC nel settembre 2021) hanno invitato i membri a unirsi alla Commissione, raccolto fondi, convocato riunioni, fornito direzione e coordinato tutte le comunicazioni e i processi di scrittura e modifica. La maggior parte della modifica della relazione è stata fatta dai co-presidenti e da TC, SJS, KU, HSW e MKW. Tutti i membri hanno letto e approvato la versione finale.

Dichiarazione di interessi

Pdf by:
<https://www.pro-memoria.info>

TC ha ricevuto onorari e supporto di viaggio solo da istituzioni accademiche per conferenze, presentazioni ed eventi educativi sulla

medicina, il nazismo e l'Olocausto. HC ha ricevuto finanziamenti di viaggio per una riunione della Commissione *Lancet* a Gerusalemme (2022) e una sovvenzione dalla Max Planck Society per un progetto sulla storia della ricerca sul cervello utilizzando il cervello delle vittime naziste. MF ha ricevuto finanziamenti dall'Associazione medica israeliana per i principali tour di seminari sulla medicina e l'Olocausto. SH ha ricevuto royalties da Berghahn Books per *The Anatomy of Murder*, onorari da istituzioni educative per conferenze su medicina e anatomia nella Germania nazista ed è un membro non retribuito dell'Harvard Human Remains Research Review Committee e dell'American Association for Anatomy Task Force on Legacy Collections. EL ha ricevuto royalties da Classiques Garnier per il suo libro *L'Homme, cet inconnu d'Alexis Carrel, 1935*, serve come membro non retribuito della Commissione nazionale israeliana secondo la legge Patient at end-of-life (2005) e ha ricevuto un rimborso di viaggio per aver partecipato a un simposio al Cedars Sinai Center for Medicine, Holocaust and Genocide Studies (Los Angeles, CA, USA) e alla riunione della *Lancet* Commission a Vienna (2023). MO ha ricevuto onorari occasionali da istituzioni educative per conferenze su medicina, nazismo e Olocausto presso istituti scolastici, nonché rimborsi di viaggio per le riunioni della Commissione *Lancet* a Gerusalemme (2022) e Vienna (2023). AO dichiara il rimborso del viaggio per aver partecipato alla riunione della Commissione *Lancet* a Vienna (2023). VR ha ricevuto una sovvenzione per un progetto finanziato dalla Max Planck Society sull'uso di parti del corpo delle vittime naziste nella ricerca sul cervello. MR ha ricevuto un contratto dal distretto dell'Alta Baviera per la ricerca e un progetto di libro sulle vittime dell'eutanasia nazionalsocialista a partire dall'ottobre 2023; ha ricevuto il rimborso del viaggio per le presentazioni sulla psichiatria nella Germania nazista presso le istituzioni educative; e funge da membro non retribuito nei comitati consultivi per i siti commemorativi del Brandeburgo, il sito commemorativo di Hadamar, il sito commemorativo dell'Irsee, l'ospedale psichiatrico Klingenstein, l'Istituto Bernhard Nocht, la Società tedesca di pediatria e medicina dell'adolescenza,

L'Associazione tedesca di psichiatria, psicoterapia e psicosomatica e il Ministero della scienza dell'Assia. CS ha ricevuto un onorario dalla Max Planck Society (contratto di lavoro) per la partecipazione alla riunione della Commissione *Lancet* a Vienna (2023). SJS ha ricevuto il rimborso del viaggio dal Cedars-Sinai Center for Medicine, Holocaust and Genocide Studies per aver partecipato alla riunione della Commissione *Lancet* a Vienna (2023) e ha ricevuto onorari dalle istituzioni educative per presentazioni sulla medicina, il nazismo e l'Olocausto. AT ha ricevuto royalties dalla Cambridge University Press per il libro *Social Mendelism: Genetics and the Politics of Race in Germany, 1900-1948*, e un onorario dall'Università di Leeds (Leeds, Regno Unito) per una conferenza intitolata "Mendeling Jews: a history of racial genetics". HSW ha ricevuto onorari dalle istituzioni educative per presentazioni sull'eredità della medicina durante l'Olocausto e la formazione dell'identità professionale. MKW ha ricevuto una sovvenzione dalla Macy Foundation per l'attuazione della prima borsa di studio per la formazione degli insegnanti di questa Commissione; ha ricevuto onorari da istituzioni educative per conferenze sulla medicina e sull'Olocausto, che dona al fondo della sua istituzione per sostenere i programmi relativi a questa storia; funge da copresidente della Truth, Reconciliation, Health and Transformation Task Force dell'American Medical Association (per la quale riceve un onorario annuale che dona alla sua università); ed è un membro non retribuito del Fellows Council per l'Hastings Center e dell'Advisory Council for Physicians for Human Rights. Tutti gli altri autori non dichiarano interessi concorrenti.

Il lavoro della Commissione e le riunioni della Commissione sono stati generosamente sostenuti dall'Associazione medica israeliana, dalla Fondazione Azrieli, dalla Fondation pour la Mémoire de la Shoah, dall'Avraham Herman Research Institute of Contemporary Jewry, dall'Associazione medica di Vienna, dalla Max Planck Society, dall'Associazione tedesca per la medicina interna, dall'Associazione tedesca per la psichiatria e dall'Associazione tedesca per la pediatria. Questa Commissione deve la sua esistenza a William E Seidelman, che

per primo si è avvicinato a *The Lancet* con l'idea di guidare questo sforzo per includere la storia del coinvolgimento medico nel nazismo e nell'Olocausto in tutti i curricula dei professionisti della salute. Il costante supporto e l'instancabile lavoro della nostra redattrice Miriam Sabin è esemplare. Inoltre, siamo molto grati a Mark Avram Clarfield, Karl Skorecki, Dan Michman, Franziska Eckert, Rosa Ríos Cortés, Yvonne Steinert, Silke Schicktanz e Hagai Boas, colleghi che hanno condiviso la loro esperienza con la Commissione, e Arthur Kleinman, che ha lavorato come consulente informale. Il nostro buon amico e collega Michael Grodin aveva accettato di servire come consulente per la Commissione, ma purtroppo è morto prima di vedere la sua pubblicazione. Il lavoro di tutta la vita di Michael come studioso ed educatore nel campo della medicina e dell'Olocausto, della legge sulla salute, sulla bioetica e sui diritti umani si riflette in questo rapporto. Questo rapporto è stato sostanzialmente migliorato attraverso le conversazioni con il consiglio consultivo internazionale degli studenti della Commissione, guidato da Shani Levany (Israele) e che include anche Muhammad Athallah Arsyaf (Indonesia), Cristina Bejarano Roma (Spagna), Shubham Gupta (India), Chinyere Jennifer Igwe (Germania), Yimeng Jin (Cina, Giappone), Clemens Jobst (Austria), Abigail Leibowitz (USA), Georgia Livieri (Cipro, Grecia), Emma Nalianya (Kenya), Mercedes Prodromou (Austria), Catherine Read (USA), Rounak Verma (India, Regno Unito), Max Stone (Canada) e Dali Majed (USA). Sono un gruppo eterogeneo di studenti delle professioni sanitarie nei campi dell'assistenza infermieristica, delle neuroscienze, della bioetica, della salute pubblica, dell'amministrazione sanitaria e della medicina che sono stati scelti sulla base di domande che spiegano il loro interesse e i loro pensieri sull'argomento, supportati da una raccomandazione di mentore. Gli studenti si sono incontrati su base mensile per discutere di questioni relative alla Commissione e ai loro sforzi sul campo e hanno partecipato a riunioni virtuali e di persona della Commissione. Tutti questi consulenti studenteschi stanno lavorando a progetti personali per incorporare il lavoro della Commissione nelle loro

comunità accademiche. Qui, combinano non solo le conoscenze storiche e i metodi educativi che hanno imparato, ma anche le loro intuizioni dal lavoro con un gruppo così eterogeneo di compagni di studio e commissari. Riconosciamo in particolare Rounak Verma e Clemens Jobst per aver creato il database di riferimento.

Riferimenti

Pdf by:
<https://www.pro-memoria.info>

1. 1.

Horton R

Offline: Medicina e l'Olocausto: è ora di insegnare.

Lancet. 2019; 394: 105

2. 2.

Horton R

Offline: educazione all'Olocausto, un imperativo medico.

Lancet. 2020; 396:1619

3. 3.

Roelcke V

Hildebrandt S

Reis S

Annuncio della Commissione *Lancet* sulla medicina e l'Olocausto: prove storiche, implicazioni per oggi, insegnamento per domani.

Lancet. 2021; 397: 862-864

4. 4. Diner D Zivilisationsbruch: Denken nach Auschwitz. Fischer

Taschenbuch, Francoforte 1988

5. 5.

Museo commemorativo dell'Olocausto

6. 6.

Michman D

Perché la Shoah è chiamata "la Shoah" o "l'Olocausto"? Sulla storia della terminologia per la campagna antiebraica nazista.

J Holocaust Res. 2021; 35: 233-256

7. 7.
Benzenhöfer U
Die Zahl der Verfahren und der Sterilisationen nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.
Kontur-Verlag, Münster2015
8. 8.
Bock G
Zwangsterilisation im Nationalsozialismus: Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Untersuchungen zur Rassenpolitik und Frauenpolitik.
Westdeutscher Verlag, Opladen1986
9. 9.
Tytarenko D
"Euthanasie" in der Ukraine während der deutschen Okkupation: Opfergruppen, Akteure und Umstände der Vernichtung.
in: Osterloh J Schulte J Steinbacher S "Euthanasie"—Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords. Wallstein, Göttingen2022: 245-267
10. 10.
Hohendorf G
Mitten in Germania. Die Vernichtung "lebensunwerten Lebens" im Deutschen Reich.
in: Osterloh J Schulte JE Steinbacher S "Euthanasie"—Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords. Wallstein Verlag, Göttingen2022: 47-70
11. 11.
Faulstich H
Die Zahl der "Euthanasie"-Opfer.
in: Frewer A Eickhoff C "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik.Campus, Frankfurt2000: 218-234
12. 12.

Legge A

Il trasferimento della tecnologia e del personale di uccisione T4 nei campi di sterminio di "Operazione Reinhardt".

in: Ley A Cuerda-Galindo E Ciesielska M Assistenza medica e crimini nella Polonia occupata tedesca 1939-1935. Nuove scoperte, interpretazioni e ricordi. Metropol, Berlino2022: 118-130

13. 13.

Weindling P

Zur Dimension der "Euthanasie"—Verbrechen im deutsch besetzten Europa. Ein Überblick in Zahlen und ein Plädoyer für das Ende der Anonymisierung der Opfer.

in: Osterloh J Schulte JE Steinbacher S "Euthanasie"—Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords. Wallstein, Göttingen2022: 325-365

14. 14.

Schmuhl H-W

"Eutanasia" und Krankenmord.

in: Jütte R Eckart WU Schmuhl H-W Süss W Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung. Wallstein, Göttingen2011: 214-255

15. 15.

Hohendorf G

Eutanasia nella Germania nazista: eutanasia infantile, Aktion T4 e uccisione decentralizzata.

in: Rubinfeld S Sulmasy DP Suicidio assistito dal medico ed eutanasia: prima, durante e dopo l'Olocausto. Lexington Books, Lanham, MD2020: 59-75

16. 16.

Lilienthal G

Jüdische Patienten als Opfer der NS-"Euthanasie"-Verbrechen.

17. 17.

Hohendorf G

Der Tod als Erlösung vom Leiden: Geschichte und Ethik der Sterbehilfe seit dem Ende des 19. Jahrhunderts.

Wallstein Verlag, Göttingen 2013

18. 18.

Faulstich H

Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie.

Lambertus, Friburgo 1998

19. 19.

Legge A

Krankenmord im Konzentrationslager: Die "Aktion 14f13".

in: Osterloh J Schulte JE "Euthanasia" e Olocausto. Kontinuitäten, Kausalitäten, Parallelitäten. Brill Schöningh, Paderborn 2021: 195–210

20. 20.

Weindling P

"Euthanasie" und Holocaust im NS-besetzten Europa. Ein Überblick in Zahlen und ein Plädoyer für das Ende der Anonymisierung der Opfer.

in: Osterloh J Schulte JE Steinbacher S "Euthanasie"—Verbrechen im besetzten Europa. Zur Dimension des nationalsozialistischen Massenmords. Wallstein Verlag, Göttingen 2022: 325–363

21. 21.

Friedlander H

Le origini del genocidio nazista. Dall'euthanasia alla soluzione finale.

University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC 1995

22. 22. Osterloh J Schulte JE "Euthanasie" und Holocaust Kontinuitäten, Kausalitäten, Parallelitäten. Brill Schöningh, Paderborn 2021

23. 23.

Schulte JE

Kein einfacher Nexus: die NS-Krankenmorde, die "Aktion Reinhardt" und Auschwitz.

in: Osterloh J Schulte JE "Euthanasia" e Olocausto. Kontinuitäten,

24. 24.

Weindling P

von Villiez A

Loewenau A

Farron N

Le vittime di esperimenti umani non etici e ricerche costrette sotto il nazionalsocialismo.

Sforzo. 2016; 40: 1-6

25. 25.

Weindling P

Vittime e sopravvissuti agli esperimenti umani nazisti: scienza e sofferenza nell'Olocausto.

Bloomsbury, Londra 2014

26. 26.

Nielsen MB

Contestualizzare la violenza coloniale: causalità, continuità e l'Olocausto.

Hist Compass. 2021; 19e12701

27. 27.

Weinreich M

I professori di Hitler: la parte della borsa di studio nei crimini della Germania contro il popolo ebraico.

Istituto scientifico yiddish, Londra 1946

28. 28.

Efron JM

La medicina e gli ebrei tedeschi: una storia.

Yale University Press, New Haven, CT 2001

29. 29.

Kater MH

University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC 1989

30. 30.

Wolff E

Mehr als nur materielle Interessen: die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914–1933.

in: Jütte R Geschichte der deutschen Ärzteschaft: Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19 und 20 Jahrhundert. Deutscher Ärzteverlag, Cologne 1997: 97-142

31. 31.

Timmermann C

Medicina costituzionale, neoromanticismo e politica dell'antimeccanismo nella Germania tra le due guerre.

Bull Hist Med. 2001; 75: 717-739

32. 32.

Thomsen PK

Ärzte auf dem Weg ins "Dritte Reich". Studien zur Arbeitsmarktsituation, zum Selbstverständnis und zur Standespolitik der Ärzteschaft gegenüber der staatlichen Sozialversicherung während der Weimarer Republik.

Matthiesen, Husum 1996

33. 33.

Geiger K

"Krise"—zwischen Schlüsselbegriff und Schlagwort. Zum Diskurs über eine "Krise der Medizin" in der Weimarer Republik.

Medizinhistorisches J. 2010; 45: 368-410

34. 34.

Kümmel WF

Antisemitismus und Medizin im 19/20 Jahrhundert.

in: Peiffer J Menschenverachtung und Opportunismus.

Attempo, Tübingen 1992: 44-68

35. 35.

Proctor RN

Igiene razziale: medicina sotto i nazisti.

Harvard University Press, Cambridge 1988

36. 36.
Rüther M
Ärztliches Standeswesen im Nationalsozialismus 1933–1945.
in: Jütte R Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Deutscher Ärzte-
Verlag, Colonia1997: 143-193
37. 37.
Kröner H-P
Die Emigration deutschsprachiger Mediziner 1933–1945: Versuch
einer Befunderhebung.
in: Koebner T Köpke W Krohn CD Vertreibung der Wissenschaften
und andere Themen. edition text+kritik, Munich1988: 83-97
38. 38.
Volkov SV
Soziale Ursachen des Erfolgs in der Wissenschaft. Juden im
Kaiserreich.
Historische Zeitschrift. 1987; 245: 315-342
39. 39.
von Villiez A
L'emigrazione di donne dottoresse dalla Germania sotto il
nazionalsocialismo.
Soc Hist Med. 2009; 22: 553-567
40. 40.
Grüttner M
Kinas S
Die Vertreibung von Wissenschaftlern aus den deutschen
Universitäten 1933–1945.
Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte. 2007; 55: 123-186
41. 41.
Leibfried S
Stationen der Abwehr. Berufsverbote für Ärzte im Deutschen Reich
1933–1938 und die Zerstörung des sozialen Asyls durch die
organisierten Ärzteschaften des Auslands.

Leo Baeck Institute Bull. 1982; 62: 3-39

42. 42.

Grossmann A

Nuove donne in esilio: donne dottoresse tedesche e l'emigrazione.

in: Quack S Tra dolore e forza: donne rifugiate del periodo nazista.

Cambridge University Press, Cambridge1995: 215-239

43. 43.

von Villiez A

Emigration jüdischer Ärzte im Nationalsozialismus.

in: Beddies T Doetz S Kopcke C Jüdische Ärztinnen und Ärzte im

Nationalsozialismus: Entrechtung, Vertreibung, Ermordung. De

Gruyter Oldenbourg, Berlino2014: 190-202

44. 44.

Kümmel WF

Die Ausschaltung rassistisch und politisch missliebiger Ärzte.

in: Kudlien F Ärzte im Nationalsozialismus. Kiepenheuer e Witsch,

Colonia1985: 56-81

45. 45.

Schwoch R

"Praktisch zum Verhungern verurteilt": "Krankenbehandler" zwischen 1938 und 1945.

in: Beddies T Doetz S Kopcke C Jüdische Ärztinnen und Ärzte im

Nationalsozialismus: Entrechtung, Vertreibung, Ermordung. De

Gruyter Oldenbourg, Berlino2014: 75-91

46. 46.

Ceco H

Weindling P

Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus.

Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, Wien2017

47. 47.

Reiter-Zatloukal I

La "purga" della professione medica di Vienna 1938-1945.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 304-307

48. 48.

Taschwer K

La facoltà di medicina dell'Università di Vienna prima e dopo l'"Anschluss" del 1938. Numeri e fatti che riflettono un drammatico declino.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 300-304

49. 49.

Weindling P

Medici ebrei a Vienna al tempo dell'Anschluss e i loro contributi all'assistenza sanitaria.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 307-310

50. 50.

Heimer E

Rupprecht P

51. 51.

Elkin R

La sopravvivenza dell'ospedale ebraico di Berlino 1938-1945.

Annuario dell'Istituto Leo Baeck. 1993; 38: 157-192

52. 52.

DB argento

Rifugio all'inferno: come l'ospedale ebraico di Berlino è sopravvissuto ai nazisti.

Houghton Mifflin Harcourt, Boston, MA2004

53. 53.

von Villiez A

Mit aller Macht verdrängt. Entrechtung und Verfolgung "nicht arischer" Ärzte in Hamburg 1933 bis 1945.

Dölling und Galitz, Monaco di Baviera2009

54. 54.

Raggam-Blesch M

Sopravvivenza di un peculiare residuo: la popolazione ebraica di

Vienna durante gli ultimi anni della guerra.

Dapim. 2015; 29: 197-221

55. 55. Gruner W Templer W La persecuzione degli ebrei a Berlino, 1933-1945: una cronologia delle misure da parte delle autorità nella capitale tedesca. Stiftung Topographie des Terrors, Berlino 2014
56. 56.
Hubenstorf M
Österreichische Ärzteemigration.
in: Stadler F Vertriebene Vernunft I. Emigration und Exil österreichischer Wissenschaft 1930/1940. Jugend und Volk, Vienna 1987: 359-415
57. 57.
Hubenstorf M
Ende einer Tradition und Fortsetzung als Provinz. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten Berlin und Wien 1925–1950.
in: Meinel C Voswinckel P Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik, Stuttgart 1994: 33-53
58. 58.
Ohnhäuser T
Verfolgung, Suizid und jüdische Ärzte. Annäherung an ein wenig erforschtes Thema.
in: Beddies T Doetz S Kopke C Jüdische Ärztinnen und Ärzte im Nationalsozialismus. De Gruyter Oldenbourg, Monaco 2014: 265-289
59. 59.
Goeschel C
Suicidio nella Germania nazista.
Oxford University Press, Oxford 2009
60. 60.
Tartakower A
Grossmann KR

Istituto degli affari ebraici del Congresso ebraico americano e del Congresso ebraico mondiale, New York, NY1944

61. 61.

Weindling P

Rifugiati medici austriaci in Gran Bretagna: dagli stranieri marginali ai professionisti affermati.

Wiener Klinische Wochenschrift. 1998; 110: 158-161

62. 62.

Weindling P

Medici come migranti: malattia e migrazione forzata di rifugiati medici dalla Germania 1933-1945.

in: Marschalck P Wiedl KH Migration und Krankheit. Rasch, Osnabrück2001: 55-64

63. 63.

Weindling P

Rifugiati medici in Gran Bretagna e nel mondo, 1930-1960: introduzione.

Soc Hist Med. 2009; 22: 451-459

64. 64.

Weindling P

Rifugiati medici e la modernizzazione della medicina britannica, 1930-1960.

Soc hist Med. 2009; 22: 489-511

65. 65.

Weindling P

Psichiatri alieni. La Gran Bretagna e i suoi rifugiati psichiatrici 1933-45.

in: Roelcke V Weindling P Westwood L Relazioni internazionali in psichiatria: Gran Bretagna, Germania e Stati Uniti alla seconda guerra mondiale. Rochester University Press, Rochester, NY2010: 53-70

66. 66.

Schweikardt C

La sorellanza nazionalsocialista: uno strumento della politica sanitaria nazionalsocialista.

Nurs Inq. 2009; 16: 103-110

67. 67.

Eshel G

Baader G

Kozer E

Il pogrom della Kristallnacht. La fine dello studio medico ebraico in Germania: chi sono stati gli ultimi studenti di medicina ebrei a Berlino?

Isr Med Assoc J. 2021; 23: 165-168

68. 68.

Confino A

Un mondo senza ebrei. L'immaginazione nazista dalla persecuzione al genocidio.

Yale University Press, New Haven, CT2014

69. 69.

Michman D

La dimensione ebraica dell'Olocausto in gravi difficoltà? Sfide attuali di interpretazione e portata.

in: Goda N Storie ebraiche dell'Olocausto. Nuovi approcci transnazionali. Berghahn, New York, NY2014: 17-38

70. 70.

Michman D

"L'Olocausto": siamo d'accordo su ciò di cui stiamo parlando?

in: Benninga N Stoll K Impegno personale e studio dell'Olocausto. Vallentine Mitchell, Londra2015: 105-114

71. 71.

Chapoutot J

La legge del sangue. Pensare e agire come un nazista.

Bellknap Press, Cambridge, MA2018

72. 72.

Aly G

"Endlösung". Völkerverschiebung und der Mord an den europäischen Juden.

S Fischer, Francoforte1995

73. 73. Aly G Heim S Blunden A G Architetti dell'annientamento: Auschwitz e la logica della distruzione. Princeton University Press, Princeton, NJ2002
74. 74. Aly G Cooper B Brown Una soluzione finale: la politica della popolazione nazista e l'omicidio degli ebrei europei. Arnold, New York, NY1999
75. 75.
Schmuhl H-W
Die biopolitische Entwicklungsdiktatur des Nationalsozialismus und der "Reichsgesundheitsführer" Dr Leonardo Conti.
in: Henke K Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord. Böhlau, Vienna2008: 110-117
76. 76.
Eckart WU
Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen.
Böhlau, Vienna2012
77. 77.
Bruns F
Medizinethik im Nationalsozialismus. Entwicklungen und Protagonisten in Berlin (1939-1945).
Franz Steiner Verlag, Stoccarda2009
78. 78.
Bruns F
Chelouche T
Lezioni sulla disumanità: insegnare l'etica medica nelle scuole di medicina tedesche sotto il nazismo.
Ann Intern Med. 2017; 166: 591-595
79. 79.

Ceco H

Dal welfare alla selezione: l'ufficio di sanità pubblica di Vienna e l'attuazione delle politiche di igiene razziale sotto il regime nazista. in: Turda M Weindling P Sangue e patria: eugenetica e nazionalismo razziale nell'Europa centrale e sud-orientale, 1900-1940. Central European University Press, Budapest2006: 317-333

80. 80.

Schmuhl H-W

Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasia: von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens"; 1890-1945. Vandenhoeck u Ruprecht, Göttingen1987

81. 81.

Weindling PJ

Epidemie e genocidio nell'Europa orientale, 1890-1945. Oxford University Press, Oxford2000

82. 82. Kühl S Schoffer L Per il miglioramento della razza: l'ascesa e la caduta del movimento internazionale per l'eugenetica e l'igiene razziale. Palgrave Macmillan, New York, NY2013

83. 83.

Levine P

Eugenetica: una brevissima introduzione. Oxford University Press, Oxford2017

84. 84.

Roelcke V

Eugenetica internazionale e tedesca dal 1880 circa fino al periodo successivo alla seconda guerra mondiale: competenza medica - ambizione politica - relazioni con l'eutanasia nel contesto nazista. in: Rubinfeld S Sulmasy DP Suicidio assistito dal medico ed eutanasia: prima, durante e dopo l'Olocausto. Lexington Books, Lanham, MD2020: 45-58

85. 85.

Ceco H

Eugenetica e igiene razziale in Austria post-WW I.
in: Klich-Kluczewska B Rebitschek I Puttkamer J Temendo per la
nazione. Biopolitica nell'Europa centrale e orientale nel XX secolo.
Routledge, New York, NY2022: 23-46

86. 86.

Galton F
Indagini sulla facoltà umana e sul suo sviluppo.
2° edn. J M Dent & Co, Londra1907

87. 87.

Galton F
Eugenetica: la sua definizione, portata e obiettivi.
Sono J Sociol. 1904; 10: 1-25

88. 88.

Ploetz A
Die Begriffe Rasse und Gesellschaft und einige damit
zusammenhängende Probleme.
*Verhandlungen des ersten Deutschen Soziologentags vom
19.-22.20.1910 in Frankfurt aM.* 1911; 1: 111-136

89. 89.

Turda M
La storia dell'eugenetica dell'Europa centro-orientale, 1900-1945:
fonti e commenti.
Bloomsbury, Londra2015

90. 90.

Okrent D
Il cancello custodito: bigottismo, eugenetica e la legge che ha tenuto
due generazioni di ebrei, italiani e altri immigrati fuori dall'America.
Scribner, New York, NY2019

91. 91.

Stepan N
L'ora dell'eugenetica. Razza, genere e nazione in America Latina.
Cornell University Press, Ithaca, NY1991

92. 92.
Servizi bibliotecari dell'Università di Londra
Registri del laboratorio di Galton. 1825-1998.
93. 93. Bashford A Levine P Il manuale di Oxford della storia
dell'eugenetica. Oxford University Press, Oxford2010
94. 94.
Kline W
Costruire una gara migliore. Genere, sessualità ed eugenetica
dall'inizio del secolo al baby boom.
University of California Press, Berkeley, CA2001
95. 95.
Nero E
Guerra contro i deboli: l'eugenetica e la campagna americana per
creare una razza maestra.
Quattro pareti otto finestre, New York, NY2003
96. 96.
Weindling P
Salute, razza e politica tedesca tra unificazione nazionale e nazismo,
1870-1945.
Cambridge University Press, 1993
97. 97.
Lepicard E
Eugenetica e cattolicesimo romano. Una lettera enciclica nel
contesto: casti connubii, 31 dicembre 1930.
Contesto scientifico. 1998; 11: 527-544
98. 98.
Lipphardt V
Biologie der Juden: Jüdische Wissenschaftler über "Rasse" und
Vererbung 1900-1935.
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen2008
99. 99.
Uzarczyk K

"Moses als Eugeniker"? La ricezione di idee eugenetiche nei circoli medici ebraici nella Polonia tra le due guerre.
in: Turda M Weindling P Sangue e patria: eugenetica e nazionalismo razziale nell'Europa centrale e sud-orientale, 1900-1940. CEU Press, Budapest2007: 283-297

100. 100.

Falk R

Il sionismo e la biologia degli ebrei.

Contesto scientifico. 1998; 11: 587-607

101. 101.

Muller H

Fuori dalla notte: la visione del futuro di un biologo.

Vanguard Press, New York, NY1935

102. 102.

Carol A

Charles Richet, un eugéniste parmi d'autres?.

in: Van Wijland J Charles Richet (1850-1935), l'exercice de la curiosité. Presses Universitaires de Rennes, Rennes2015: 91-104

103. 103.

Lepicard É

L'Homme, cet inconnu d'Alexis Carrel (1935). Anatomie d'un succès, analyse d'un échec.

Classiques Garnier, Parigi2019

104. 104.

Koch L

Il significato dell'eugenetica: riflessioni sul governo della conoscenza genetica nel passato e nel presente.

Contesto scientifico. 2004; 17: 315-331

105. 105.

Roelcke V

Preoccupazioni eugenetiche, pratiche scientifiche: relazioni internazionali nell'istituzione della genetica psichiatrica in Germania,

Gran Bretagna, Stati Uniti e Scandinavia, c 1910-60.

Hist Psichiatria. 2019; 30: 19-37

106. 106.

Teicher A

Mendelismo sociale: genetica e politica di razza in Germania, 1900-1945.

Cambridge University Press, Cambridge2020

107. 107.

Lombardo PA

Tre generazioni, niente imbecilli: eugenetica, la Corte Suprema e Buck v Bell.

Johns Hopkins University Press, Baltimora, MD2008

108. 108.

Baragar CA

Davidson GA

McAlister WJ

McCullough D

Sterilizzazione sessuale: quattro anni di esperienza in Alberta.

Sono J Psichiatria. 1935; 91: 897-923

109. 109.

Steinwallner B

Die Frage der Unfruchtbarmachung Erbkranker in Kanada und Australien.

Der Erbarzt. 1936; 9: 142-143

110. 110.

Kevles D

Eugenetica in Nord America.

in: Peel RA Saggi sulla storia dell'eugenetica. Galton Institute, Londra1998: 208-226

111. 111.

Dowbiggin I

Mantenere l'America sana di mente. Psichiatria ed eugenetica negli

Stati Uniti e in Canada, 1880-1940.
Cornell University Press, Ithaca, NY2003

112. 112.

Meier M

Zwangsterilisationen in der Schweiz: zum Stand der
Forschungsdebatte.

Traverse. 2004; 11: 130-146

113. 113.

Roll-Hansen N

Broberg G

Eugenetica e stato sociale: Norvegia, Svezia, Danimarca e Finlandia.

Michigan State University Press, East Lansing, MI2005

114. 114.

Kühl S

La connessione nazista: eugenetica, razzismo americano e
nazionalsocialismo tedesco.

Oxford University Press, Oxford1994

115. 115.

Ghirlanda AE

L'eugenetica nazista è stata creata negli Stati Uniti?

EMBO Rep. 2004; 5: 431-543

116. 116.

Bland L

Sala L

Eugenetica in Gran Bretagna.

in: Bashford A Levine P Il manuale di Oxford della storia

dell'eugenetica. Oxford University Press, Oxford2010: 212-227

117. 117.

Weindling P

L'eugenetica tedesca e il mondo in generale: oltre lo stato razziale.

in: Bashford A Levine P Il manuale di Oxford della storia

dell'eugenetica. Oxford University Press, Oxford2010: 315-331

118. 118.
Klauke E
"I tedeschi ci stanno battendo al nostro gioco": l'eugenetica americana e la legge tedesca sulla sterilizzazione del 1933.
Storia della scienza umana. 2016; 29: 25-43
119. 119. Baur E Fischer E Lenz F Eredità umana. Allen e Unwin, Londra1931
120. 120. Baur E Fischer E Lenz F Menschliche Erblchkeitslehre und Rassenhygiene. Band I: Menschliche Erblchkeitslehre. Band II: Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik). J F Lehmanns Verlag, Monaco1932
121. 121.
Conti L
Der Arzt im Kampf um das deutsche Volksschicksal. Rede des Reichsgesundheitsführers Dr Conti auf der Sitzung des NSD-Ärztelundes, Gau Berlin und der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 24 April 1942.
Ärztelblatt für die deutsche Ostmark. 1942; 5: 131-137
122. 122.
Fangerau H
Etablierung eines rassenhygienischen Standardwerkes 1921-1940. Der "Baur-Fischer-Lenz" im Spiegel der zeitgenössischen Rezensionsliteratur.
Lang, Francoforte2001
123. 123.
Weindling P
Salute, razza e politica tedesca tra unificazione nazionale e nazismo, 1870-1945.
Cambridge University Press, Cambridge1989
124. 124.
Bock G
Sterilizzazione nazista e politiche riproduttive.

in: Bachrach S Kuntz D *Medicina mortale: creare la razza principale*. Holocaust Memorial Museum, Washington, DC 2004: 61-87

125. 125.

Ostermann A

Die Eugenik im Dienste der Volkswohlfahrt.

Eugenik Erblehre Erbpflege. 1932; 2: 248-249

126. 126.

Legge A

Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945.

Campus Verlag, Francoforte 2003

127. 127.

Zimmermann M

Rassenutopie und Genozid. Die nationalsozialistische "Lösung der Zigeunerfrage".

Cristiani, Amburgo 2006

128. 128.

Roelcke V

Psichiatria durante il nazionalsocialismo: conoscenza storica e alcune implicazioni.

Neurol Psichiatria Cerebrale Res. 2016; 22: 34-39

129. 129.

Uzarczyk K

Podstawy ideologiczne higieny ras i realizacja na Śląsku w latach 1924–44.

Wydawnictwo Marszałek, Toruń 2002

130. 130.

Uzarczyk K

Guerra contro gli inadatti: sterilizzazione eugenetica nella Slesia tedesca 1934-1944. *Sine Ira et Studio*.

Int J Salute Mentale. 2007; 36: 87

131. 131. Ostrowska J Zaranko A "Mein Führer..." Le vittime della

sterilizzazione forzata in Bassa Slesia 1934-1944. Ośrodek Karta, Varsavia2019

132. 132. Röske T Rotzoll M Wilhelm Werner.
Sterelationszeichnungen.Wunderhorn, Heidelberg2014
133. 133.
Westermann S
Verschwiegenes Leid: der Umgang mit den NS-Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik Deutschland.
Böhlau Verlag, Colonia2010
134. 134.
Schmuhl H-W
L'Istituto Kaiser Wilhelm per l'antropologia, l'eredità umana e l'eugenetica, 1927-1945: attraversare i confini.
Springer, Dordrecht2008
135. 135.
Weindling P
I pericoli della supremazia bianca: la sterilizzazione nazista e le sue vittime adolescenti di razza mista.
Am J Sanità pubblica. 2022; 112: 248-254
136. 136.
Pommerin R
Sterilisierung der Rheinlandbastarde: das Schicksal einer farbigen deutschen Minderheit; 1918–1937.
Droste, Düsseldorf1979
137. 137.
Lusane C
Le vittime nere di Hitler: le esperienze storiche di neri europei, africani e afroamericani durante l'era nazista.
Routledge, New York, NY2003
138. 138.
Weinberger RJ
Esperimenti di fertilità ad Auschwitz–Birkenau: gli autori e le loro

vittime.

Südwestdeutscher Verlag für Hochschulschriften, Saarbrücken 2009

139. 139.

Lang H-J

Hoffmann & Campe, Amburgo 2011

140. 140.

Labisch A

Tennstedt F

Der Weg zum "Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens" vom 3 Juli 1934.

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf 1985

141. 141.

Vossen J

Gesundheitsämter im Nationalsozialismus: Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950.

Klartext, Essen 2001

142. 142. Gütt A Der öffentliche Gesundheitsdienst. Carl Heymann Verlag, Berlino 1939

143. 143.

Ceco H

Die Inventur des Volkskörpers. Die "erbbiologische Bestandsaufnahme" im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien.

in: Mayer T Hofer V Baader G Eugenik in Österreich: biopolitische Methoden und Strukturen von 1900–1945. Czernin,

Vienna 2007: 284–311

144. 144.

Ceco H

Crimini medici nazisti, eugenetica e i limiti del paradigma dello stato razziale.

in: Pendas DO Roseman M Wetzell RF Oltre lo stato razziale.

Ripensare la Germania nazista. Cambridge University

Press, Cambridge 2017: 213–238

145. 145.
Proctor RN
La guerra nazista al cancro.
Princeton University Press, Princeton, NJ2000
146. 146.
Lilienthal G
Wissenschaft und Fürsorge als Rassenpolitik. Die Eindeutschung
"fremd- völkischer" Kinder oder: der Historiker als Psychotherapeut.
in: Meinel C Voswinckel P Medizin, Naturwissenschaft, Technik und
Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten. Verlag für
Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik, Stuttgart1994:
236-245
147. 147.
Lilienthal G
Der "Lebensborn eV": ein Instrument nationalsozialistischer
Rassenpolitik.
Fischer, Francoforte1993
148. 148. Ericsson K Simonsen E Figli della seconda guerra mondiale:
l'eredità nascosta del nemico. Berg, Oxford2005
149. 149.
Simonsen E
All'aperto o nascosto? La costruzione dei bambini di guerra come
categoria sociale nella Norvegia e nella Germania del dopoguerra.
150. 150.
Thiolay B
Lebensborn—la fabrique des enfants parfaits: enquête sur ces
Français nés dans des maternités SS.
Flammarion, Parigi2012
151. 151.
Lilienthal G
Kinder als Beute der Rassenkriegs. Der Lebensborn eV und die
Eindeutschung von Kindern aus Polen, der Tschechoslowakei und

Jugoslawien.

Dachauer Hefte. 1993; 9: 181-196

152. 152.

Heinemann I

"Rasse, Siedlung, Deutsches Blut". Das Rasse- und Siedlungshauptamt der SS und die rassenpolitische Neuordnung Europas.

Wallstein Verlag, Göttingen 2003

153. 153.

Hrabar R

Tokarz Z

Wilczur J

Kinder im Krieg—Krieg gegen Kinder. Die Geschichte der polnischen Kinder 1939–1945.

Rowohlt, Reinbek 1981

154. 154.

Essner C

Die "Nürnberger Gesetze" oder die Verwaltung des Rassenwahns 1933–1945.

Schöningh, Paderborn 2002

155. 155.

Friedländer S

La Germania nazista e gli ebrei. Volume I: gli anni della persecuzione, 1933-1939.

HarperCollins, New York, NY 1997

156. 156.

Kaplan MA

Tra dignità e disperazione: la vita ebraica nella Germania nazista.

Oxford University Press, New York, NY 1998

157. 157.

Böhm H

Von der Selbstverwaltung zum Führerprinzip: die Universität

München in den ersten Jahren des Dritten Reiches (1933–1936).
Duncker e Humblot, Berlino1995

158. 158.

Remy SP

Il mito di Heidelberg: la nazificazione e la denazificazione di
un'università tedesca.

Harvard University Press, Cambridge, MA2002

159. 159.vom Bruch R Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Steiner,
Stoccarda 2005

160. 160. Eckart WU Sellin V Wolgast E Die Universität Heidelberg im
Nationalsozialismus. Springer, Berlino2006

161. 161.

Süß W

Der "Volkskörper" im Krieg. Gesundheitspolitik,
Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen
Deutschland 1939–1945.

Oldenbourg Verlag, Monaco di Baviera2003

162. 162.

Krischel M

Dentisti nel nazionalsocialismo: una professione frammentata.
in: Hildebrandt S Offerta M Grodin MA Riconoscere il passato nel
presente: medicina prima, durante e dopo l'Olocausto.Berghahn,
New York, NY2021: 190-203

163. 163.

Lisner W

Hüterinnen der Nation: Hebammen im Nationalsozialismus.

Campus Verlag, Francoforte2006

164. 164.

Lisner W

Hebammen und Hebammen-Schwestern im Nationalsozialismus:
zwischen Aufwertung, Profitieren und Indienstnahme.

in: Steppe H Krankenpflege im Nationalsozialismus. 10a edn.Mabuse,

Francoforte2013: 299-312

165. 165.

Benedict S

Shields L

Infermiere e ostetriche nella Germania nazista. I "Programmi di eutanasia".

Routledge, New York, NY2014

166. 166.

Maibaum T

Die Führerschule der deutschen Ärzteschaft Alt-Rehse.

(tesi di dottorato) Università di Amburgo, 2007

167. 167.

Steppa H

Infermieristica nella Germania nazista.

West J Nurs Res. 1992; 14: 744-753

168. 168.

Weisbrod-Frey H

Krankenpflegeausbildung im Dritten Reich.

Krankenpflege im Nationalsozialismus. 2013; 10: 93-115

169. 169.

van den Bussche H

Im Dienste der "Volksgemeinschaft". Studienreform im

Nationalsozialismus am Beispiel der ärztlichen Ausbildung.

Dietrich Reimer Verlag, Berlino1989

170. 170. Ramm R Cooper MW giurisprudenza medica e regole della

professione medica. Springer Nature, Cham2019

171. 171.

Bruns F

Etica e ideologia per i futuri medici: come i valori nazisti venivano insegnati nel curriculum medico tedesco 1939-1945.

in: Rubinfeld S Sulmasy DP Suicidio assistito dal medico ed

eutanasia: prima, durante e dopo l'Olocausto. Rowman & Littlefield,

Lanham, MD2020: 77-88

172. 172.

Dowbiggin I

Una fine misericordiosa. Il movimento dell'eutanasia nell'America moderna.

Oxford University Press, Oxford2003

173. 173.

Dowbiggin I

"Una preda di persone normali": C Killick Millard e il movimento per l'eutanasia in Gran Bretagna, 1930-55.

J Contemp Hist. 2001; 36: 59-85

174. 174.

Kemp ND

Rilascio misericordioso: la storia del movimento eutanasia britannico.

Manchester University Press, Manchester2002

175. 175.

Legatura K

Hoche A

Die Freigabe der Vernichtung unwerten Lebens.

Verlag Felix Meiner, Leipzig1920

176. 176.

Hohendorf G

Su un pendio scivoloso: il dibattito storico sull'eutanasia in Germania.

in: Rubinfeld S Sulmasy DP Il medico ha assistito il suicidio e

l'eutanasia prima, durante e dopo l'Olocausto. Lexington Books,

Lanham, MD2020: 29-44

177. 177.

Nasierowski T

Marcinkowski F

Lo sterminio delle persone con disabilità nella Polonia occupata.

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e

l'Olocausto. Metropol, Berlino2019: 135-149

178. 178.
Nasierowski T
Nell'abisso della morte: lo sterminio dei malati di mente in Polonia durante la seconda guerra mondiale.
Int J Salute Mentale. 2006; 35: 50-61
179. 179. Jaroszewski Z Ermordung der Geisteskranken in Polen 1939–1945. Wydawnictwo Naukowe PWN, Varsavia1993
180. 180.
Rieß V
Die Anfänge der Vernichtung "lebensunwerten Lebens" in den Reichsgauen Danzig-Westpreussen und Wartheland, 1939/40.
Peter Lang, Francoforte1995
181. 181.
Kulesza W
"Euthanasie" —Morde an polnischen Psychiatriepatient/innen während des Zweiten Weltkriegs.
in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart.Schöningh, Paderborn2010: 175-178
182. 182.
Topp S
Fuchs P
Hohendorf G
Richter P
Rotzoll M
Die Provinz Ostpreußen und die nationalsozialistische "Euthanasie": SS "Aktion Lange" und "Aktion T4".
Medizinhist J. 2008; 43: 20-55
183. 183.
Parzer R
Rotzoll M

Schulze D

Die besetzte Anstalt. Die Psychiatrie in Kocborowo/Konradstein (Polen/Westpreußen) und ihre Opfer im Zweiten Weltkrieg.

Psychiatrie Verlag, Colonia2020

184. 184.

Winkler U

Hohendorf G

"Nun ist Mogiljow frei von Verrückten". Die Ermordung der PsychiatriepatientInnen in Mogilew 1941/42.

in: Rauh P Quinkert B Winkler U Krieg und Psychiatrie 1914–1950.

Wallstein, Göttingen2010: 75-103

185. 185.

Hohendorf G

Zagłada chorych psychicznie na Wschodzie–przykład białoruskiego Mogilewa.

in: Nasierowski T Herczyńska G Myszka DM Zagłada chorych

psychicznie. Pamięć i historia Warszawa. Eneteia, Varsavia2012:127-143

186. 186.

Felder BM

Fame, omicidio di massa e sperimentazione. L'"eutanasia" nazista nei paesi baltici 1941-1944.

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e

l'Olocausto. Metropol, Berlino2019: 175-200

187. 187.

Kalling K

Ospedali psichiatrici estoni durante l'occupazione tedesca (1941-1944).

Int J Salute Mentale. 2007; 36: 89-98

188. 188.

Tuters K

Viksna A

Lo sterminio di pazienti psichiatrici in Lettonia durante la seconda guerra mondiale.

Int J Salute Mentale. 2006; 35: 72-74

189. 189.

Andriušis A

Dembinskas A

Eutanasia psichiatrica in Lituania durante l'occupazione nazista.

Int J Salute Mentale. 2006; 35: 80-89

190. 190.

Seeman MV

Il destino dei pazienti psichiatrici in Bielorussia durante l'occupazione tedesca.

Int J Salute Mentale. 2006; 35: 75-79

191. 191.

Doguzov V

Rusalovs'ka S

Il massacro di malati mentali in Ucraina, 194-1943.

Int J Salute Mentale. 2007; 36: 105-111

192. 192.

aan de Stegge C

Eccesso di mortalità e cause di morte nelle istituzioni psichiatriche olandesi 1940-1945.

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e l'Olocausto. Metropol, Berlino 2019: 97-124

193. 193.

Bailly-Salin P

I malati di mente sotto l'occupazione nazista in Francia.

Int J Salute Mentale. 2006; 35: 11-25

194. 194.

von Buelzingsloewen I

L'hécatombe des fous: la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation.

Edizioni Aubier, Parigi2007

195. 195.

von Buelzingsloewen I

Fame nei manicomi francesi durante l'occupazione tedesca. Realtà e interpretazioni errate.

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e l'Olocausto. Metropol, Berlino2019: 85-96

196. 196.

Douzenis A

I malati di mente in Grecia: fame durante l'inverno dell'occupazione nazista.

Int J Salute Mentale. 2006; 35: 42-46

197. 197.

Ceco H

Crimini di "eutanasia" nazisti nella seconda guerra mondiale in Austria.

Storia dell'Olocausto Mem. 2012; 5: 51-73

198. 198.

Simunek M

Novák M

La "Aktion T4" in Boemia e Moravia e il suo contesto.

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e l'Olocausto. Metropol, Berlino2019: 127-134

199. 199.

Topp S. Der "Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden". Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939–1945. In: Beddies T, Hübener K, eds. Kinder in der NS-Psychiatrie. Berlino: be.bra Wissenschaft, 2004: 17–54.

200. 200.

Kaelber L

Kindermord und "Kinderfachabteilungen" im Nationalsozialismus:
Gedenken und Forschung.

Lang, Berlino2011

201. 201.

Benzenhöfer U

Kindereuthanasie in der NS-Zeit unter besonderer Berücksichtigung
von Reichsausschussverfahren und Kinderfachabteilungen.

Klemm + Oelschläger, Ulm2020

202. 202.

Uzarczyk K

"Der Kinderfachabteilung vorzuschlagen": la selezione e
l'eliminazione dei bambini presso la clinica psichiatrica giovanile
Loben (1941-45).

in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento. Routledge,
Londra2017: 183-206

203. 203.

Dahl M

Dr Elisabeth Hecker (1895–1986): Verrige als Kinder- und
Jugendpsychiaterin einerseits—Beteiligung an der Ausmerzung
Behinderter andererseits.

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2003; 52: 98-
108

204. 204.

Klee E

Sichten und Vernichten—Psychiatrie im Dritten Reich.

205. 205.

Rotzoll M

Anita A

"Das einzige, womit man sie erreicht, ist Singen."

in: Jüdisches Museum Berlin Tödliche Medizin. Rassenwahn im
Nationalsozialismus. Wallstein, Göttingen2009: 84-87

206. 206.

Rotzoll M

Hohendorf G

Uccidere i malati in nome del progresso? Lo psichiatra di Heidelberg Carl Schneider come ricercatore del cervello e "idealista terapeutico". in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento. Rivalutare la ricerca medica e razziale nazista, 1933-1945. Routledge, Londra2017: 163-182

207. 207.

Burleigh M

Psichiatria, società tedesca e il programma di "eutanasia" nazista. *Soc Hist Med.* 1994; 7: 213-228

208. 208.

Museo commemorativo dell'Olocausto

Copia di una lettera originale firmata da Adolf Hitler che autorizza il programma T4 (Eutanasia). 1939 (2014).

209. 209.

Hoffmann U

Normale Leute? Kollektivbiografische Anmerkungen zu den Tätern der NS-"Euthanasie".

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T4" und ihre Opfer.Schöningh, Paderborn2010: 252-258

210. 210.

Neugebauer W

Ceco H

Die "Aktion T4" in Österreich.

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T4" und ihre Opfer.Schöningh, Paderborn2010: 111-117

211. 211.

Ziherl S Čebašek

-Travnik Z

Zupanič-Slavec Z

Lo sterminio dei pazienti psichiatrici nella Slovenia occupata nel 1941.

Int J Salute Mentale. 2007; 36: 99-104

212. 212.

Himmelreich B

L'“Eutanasia” nazista in Slovenia nel 1941.

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische “Euthanasie”—Aktion “T4” und ihre Opfer. Schöningh, Paderborn 2010: 184-188

213. 213.

Šimůnek M

Schulze D

Die nationalsozialistische “Euthanasie” im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren 1939–1945.

Istituto di Storia Contemporanea dell'Accademia delle Scienze, Praga 2008

214. 214.

Böhm B Šimůnek

M

Verlegt—Verstorben—Verschwiegen: tschechische und deutsche Psychatriepatienten in Böhmen als vergessene Opfer der NS-“Euthanasie”.

Pavel Mervart, Červený Kostelec 2016

215. 215.

Fuchs P, Rotzoll M, Richter P, Hinz-Wessels A, Hohendorf G.

Minderjährige als Opfer der Krankenmordaktion “T4”. In: Beddies T, Hübener K, eds. Kinder in der NS-Psychiatrie. Berlino: be.bra; 2004: 55-70.

216. 216.

Rauh P

Medizinische Selektionskriterien versus ökonomisch-utilitaristische

- Verwaltungsinteressen: Ergebnisse der Meldebogenauswertung.
in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die
nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T4" und ihre
Opfer. Schöningh, Paderborn 2010: 297-309
217. 217. Beyer C Fuchs P Hinz-Wessels A Tiergartenstrasse 4. Memoriale
e punto di informazione per le vittime degli omicidi di "eutanasia"
nazional-socialisti. Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden
Europas, Berlin 2016
218. 218.
Schmuhl H-W
Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im
Nationalsozialismus.
Springer, Berlino 2016
219. 219.
Schmuhl H-W
Psichiatria riformata e Massenmord.
in: Prinz M Zitelmann R Nationalsozialismus und
Modernisierung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft,
Darmstadt 1991: 239-266
220. 220.
Roelcke V
Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik
und "Euthanasie": zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen
Forschungsanstalt für Psychiatrie/Kaiser-Wilhelm-Institut.
in: Kaufmann D Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im
Nationalsozialismus: Bestandsaufnahme und Perspektiven der
Forschung. Wallstein, Göttingen 2000: 112-150
221. 221.
Roelcke V
"Täterschaft" und Täter in der Medizin zur Zeit des
Nationalsozialismus: Umriss einer Typologie unter Berücksichtigung
konkreter Handlungskontexte.

in: Rauh P Voggenreiter M Ude-Koeller S Leven K-H Medizintäter.
Ärzte und Ärztinnen im Spiegel der NS-Täterforschung.
Böhlau, Colonia 2022: 135-164

222. 222.

Beyer C

Gottfried Ewald und die "Aktion T4" a Gottinga.

Nervenarzt. 2013; 84: 1049-1055

223. 223.

Schneider C

Diener des Rechts und der Vernichtung: das Verfahren gegen die Teilnehmer der Konferenz von 1941 oder: die Justiz gegen Fritz Bauer.

Campus Verlag, Francoforte 2017

224. 224.

Stöckle T

Die Reaktionen der Angehörigen und der Bevölkerung auf die "Aktion T4".

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T" und ihre Opfer. Schöningh, Paderborn 2010: 118-124

225. 225.

Greco-Polelle B

Immagine di un ecclesiastico-resister: il vescovo von Galen, il progetto di eutanasia e i sermoni dell'estate 1941.

J Contemp Hist. 2001; 36: 41-57

226. 226.

Gedenkstätte Steinhof

12: opposizione e resistenza all'eutanasia nazista.

227. 227.

Robertson M

Ley A

Light E

Il primo nel buio: la persecuzione nazista dei disabili.

UTS ePress, Sydney2019

228. 228. Ley A Hinz-Wessels A L'"Istituzione di eutanasia" di Brandenburg an der Havel. Omicidio di malati e disabili durante il nazionalsocialismo. Metropol, Berlino2012
229. 229.
Hinz-Wessels A
Antisemitismus und Krankenmord. Zum Umgang mit jüdischen Anstaltspatienten im Nationalsozialismus.
Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte. 2013; 61: 65-92
230. 230.
Meusch M
in: Gerabek WE Haage BD Keil G Wegner W Enzyklopädie Medizingeschichte. DeGruyter, Berlino2005: 26-27
231. 231.
Klee E
edn rivisto. Fischer Taschenbuch, Francoforte1997
232. 232.
Gazdag G
Ungvari GS
Ceco H
Uccisioni di massa con il pretesto di ECT: il capitolo più oscuro della storia della psichiatria biologica.
Hist Psichiatria. 2017; 28: 482-488
233. 233.
Legge A
Crimini medici. Sperimentazione umana e "eutanasia".
in: Morsch G Ohm A Il centro amministrativo del terrore del campo di concentramento. L'ispettorato dei campi di concentramento 1934-1945. Metropol, Berlino2015: 197-230
234. 234.
Wachsmann N

KL: una storia del campo di concentramento nazista.

Little, Brown, New York, NY2015

235. 235.

Museo commemorativo dell'Olocausto

11 dicembre 1944—ultima gassificazione a Hartheim.

236. 236.

Hohendorf G

Die Selektion der Opfer zwischen rassenhygienischer "Ausmerze", ökonomischer Brauchbarkeit und medizinischem Erlösungsideal.

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T4" und ihre Opfer.Schöningh, Paderborn2010: 310-324

237. 237.

Rotzoll M

Wahnsinn und Kalkül: einige kollektivbiografische Charakteristika erwachsener Opfer der "Aktion T4".

in: Fuchs P Eckart WU Mundt C Rotzoll M Richter P Hohendorf G Die nationalsozialistische "Euthanasie"—Aktion "T 4" und ihre Opfer.Schöningh, Paderborn2010: 272-283

238. 238.

Schabow D

Die Israelitische Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemütskranke (Jacoby'sche Anstalt, 1869–1942) und die spätere Verwendung der Gebäude.

in: Rheinisches Eisenkunstguss-Museum Bendorf-Sayn Die Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Gemütskranke in Bendorf, Koblenz. Reuffel, Bendorf2008: 54-95

239. 239.

Uzarczyk K

"Schluss mit der Rassenschande!" Dalla separazione allo sterminio. Il destino dei malati di mente ebrei in Germania e Polonia occupata, 1939-42.

in: Hildebrandt S Offerta M Grodin M Riconoscere il passato nel presente: nuovi studi sulla medicina prima, durante e dopo l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2020: 257-275

240. 240.

Strous R

Sterminio degli ebrei malati di mente durante l'era nazista, il "doppiamente maledetto".

Isr J Psichiatria Relat Sci. 2008; 45: 247-256

241. 241.

Strous RD

Dr Imfried Eberl (1910-1948): omicidio di massa MD.

IMAJ. 2009; 11: 216-218

242. 242.

Grabher M

Irmfried Eberl: "Euthanasie"-Arzt und Kommandant von Treblinka.

Peter Lang, Francoforte2006

243. 243.

Berger S

L'omicidio era già la loro professione. Personale "Aktion T4" nei campi di sterminio "Aktion Reinhardt".

in: Bailer B Wetzel J Omicidio di massa di persone con disabilità e l'Olocausto. Metropol, Berlino2019: 203-210

244. 244.

Berger S

Experten der Vernichtung. Das T4-Reinhardt-Netzwerk in den Lagern Belzec, Sobibor und Treblinka.

Edizione Hamburger, Amburgo2013

245. 245.

Browning CR

Le origini della soluzione finale: l'evoluzione della politica ebraica nazista, settembre 1939-marzo 1942.

Università del Nebraska Press, Lincoln, NE2004

246. 246.
Montague P
Chelmno e l'Olocausto: la storia del primo campo di sterminio di Hitler.
University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC2012
247. 247.
Massin B
Mengele, die Zwillingsforschung und die "Auschwitz–Dahlem connection".
in: Sachse C Die Verbindung nach Auschwitz. Biowissenschaften und Menschenversuche an Kaiser-Wilhelm-Instituten. Dokumentation eines Symposiums. Wallstein Verlag, Göttingen2003: 201-254
248. 248.
Baule A
Rassenforschung und Biochemie. Ein Projekt—und die Frage nach dem Beitrag Butenandts.
in: Schieder W Trunk A Adolf Butenandt und die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft. Wissenschaft, Industrie und Politik im "Dritten Reich". Wallstein, Göttingen2004: 247-285
249. 249.
Weindling P
Sangue e ossa da Auschwitz: il collegamento Mengele.
in: Hildebrandt S Offerta M Grodin M Riconoscere il passato nel presente: nuovi studi sulla medicina, prima, durante e dopo l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2021: 222-240
250. 250.
Marwell DG
Mengele: smascherare l'"Angelo della Morte".
WW Norton, New York, NY2020
251. 251.
Massin B
Mengele et le sang d'Auschwitz.

in: Bonah C Danion-Grilliat A Schappacher N Olf-Nathan J Nazisme, science et médecine. Glifo, Parigi2015: 93-140

252. 252.

Roelcke V

La recherche médicale sur des êtres humains dans le contexte du National-Socialisme: contexte historique, taxonomie, normes méthodologiques et cadre éthico-juridique.

in: Bonah C Schmaltz F Weindling P La Faculté de Médecine de la Reichsuniversität Straßburg et l'Hôpital Civil sous L'Annexion de fait Nationale-Socialiste 1940-1945. Università di Strasburgo, Strasburgo2022: 203-211

253. 253.

Vollmann J

Winau R

Consenso informato nella sperimentazione umana prima del codice di Norimberga.

BMJ. 1996; 313: 1445-1449

254. 254.

Roelcke V

L'uso e l'abuso dell'etica della ricerca medica: le Richtlinien/linee guida tedesche per la ricerca su soggetti umani come strumento per la protezione dei soggetti di ricerca e della scienza medica, ca 1931-61/64.

in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento. Routledge, Londra2017: 33-56

255. 255.

Roelcke V

Consenso informato e vulnerabilità sociale nella ricerca su soggetti umani: le Richtlinien/guideline tedesche per la ricerca su soggetti umani, ca 1931-1961/64.

World Med J. 2017; 63: 27-30

256. 256.

Ceco H

Oltre Spiegelgrund e Berkatit: sperimentazione umana e ricerca coercita alla Scuola di Medicina di Vienna, dal 1939 al 1945.

in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento.

rivalutazione della ricerca medica e razziale nazista, 1933-1945.

Routledge, Londra 2017: 138-162

257. 257.

Loewenau A

Weindling PJ

Ricerca medica nazista nelle neuroscienze: procedure mediche, vittime e autori.

Può Bull Med Hist. 2016; 33: 418-446

258. 258.

Eckart WU

esperimento umano Verbrecherische.

in: Jütte R Eckart WU Schmuhl H-W Süß W Medizin und

Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der

Forschung. Wallstein Verlag, Göttingen 2011: 124-148

259. 259. Kaufmann D Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im

Nationalsozialismus: Bestandsaufnahme und Perspektiven der

Forschung. Wallstein, Göttingen 2000

260. 260.

Cenere MG

Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus (Rezension).

NTM. 2010; 18: 79-118

261. 261.

Werther T

Fleckfieberforschung im Deutschen Reich 1914–1945:

Untersuchungen zur Beziehung zwischen Wissenschaft, Industrie und Politik unter besonderer Berücksichtigung der IG Farben.

(Tesi di dottorato) Università di Marburgo, 2004

262. 262.

Toledo R

Les expériences médicales du professeur Eugen Haagen de la Reichsuniversität Strassburg: faites, contexte et procès d'un médecin National-Socialiste.

(tesi di dottorato) Università di Strasburgo, 2010

263. 263.

Neumann A

"Arztum ist immer Kämpfertum"—die Heeressanitätsinspektion und das Amt "Chef des Heeressanitätswesens" im Zweiten Weltkrieg (1939–1945).

Droste, Düsseldorf2005

264. 264.

Weiss SF

La simbiosi nazista: genetica umana e politica nel Terzo Reich. Università di Chicago Press, Chicago, IL2010

265. 265.

Uzarczyk K

"J'entendais ses cris ..." Paroles de survivants des experimentations d'Auschwitz.

in: Hadad L Dreyfus J-M Une médecine de mort. Du code de Nuremberg à l'éthique médicale contemporaine. Edizioni Vendémiaire, Parigi2014: 69-91

266. 266.

Hildebrandt S

Benedict S

Miller E

Gaffney M

Grodin MA

Capitoli "dimenticati" nella storia della sterilizzazione transcervicale: Carl Clauberg e Hans-Joachim Lindemann.

J Hist Med Allied Sci. 2017; 72: 272-301

267. 267.

Roelcke V

Esperimenti sulla sulfonamide sui prigionieri nei campi di concentramento nazisti: razionalità scientifica coerente combinata con il completo disprezzo per l'umanità.

in: Rubinfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo l'Olocausto. Springer, New York, NY2014: 51-66

268. 268.

Poltawska W

E ho paura dei miei sogni.

Hodder, Londra1964

269. 269.

Roth KH

Tödliche Höhen: die Unterdruckkammer-Experimente im Konzentrationslager Dachau und ihre Bedeutung für die luftfahrtmedizinische Forschung des Dritten Reichs.

in: Ebbinghaus A Dörner K Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozess und seine Folgen. Aufbau, Berlino2001: 110-151

270. 270.

Roth KH

Corpi volanti, stati di applicazione: ricerca medica dell'aviazione tedesca dal 1925 al 1975.

in: Eckart WU L'uomo, la medicina e lo stato: il corpo umano come oggetto della ricerca medica sponsorizzata dal governo nel XX secolo. Steiner, Stoccarda2006: 107-137

271. 271.

Aly G

Forschen an Opfern Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung und die "T4".

in: Aly G Aktion T4, 1939-1945. Die "Euthanasie"-Zentrale in der Tiergartenstraße 4. Edizione Hentrich, Berlino1987: 153-160

272. 272.

Schmuhl H-W

Hirnforschung und Krankenmord: das Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung 1937–1945.

Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte. 2002; 50: 559-609

273. 273.

Zeidman LA

Scienza del cervello sotto la svastica: violazioni etiche, resistenza e vittimizzazione dei neuroscienziati nell'Europa nazista.

Oxford University Press, Oxford2020

274. 274.

Peiffer J

Neuropathologische Forschung an "Eutanasia"-Opfern in zwei Kaiser-Wilhelm-Instituten.

in: Kaufmann D Geschichte der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus. Bestandsaufnahme und Perspektiven der Forschung. Wallstein, Göttingen2000: 151-173

275. 275.

Roelcke V

Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der "Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie" unter Ernst Rüdin: zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933.

Medizinhist J. 2002; 37: 21-55

276. 276.

Roelcke V

Finanziare le basi scientifiche delle politiche razziali: Ernst Rüdin e l'impatto delle risorse di carriera sulla genetica psichiatrica, ca 1910-1945.

in: Eckart WU Il corpo umano come oggetto della ricerca medica sponsorizzata dal governo nel XX secolo. Steiner Verlag, Stuttgart2006: 73-87

277. 277.

Letti T

Schmiedebach H-P

"Euthanasie"-Opfer und Versuchsobjekte: Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkriegs.

Medizinhist J. 2004; 39: 165-196

278. 278.

Hulverscheidt M

Esperimenti di malariologia tedesca, sostenuti dal DFG fino al 1945.
in: Eckart WU Uomo, medicina e lo stato. Il corpo umano come oggetto di ricerca sponsorizzata dal governo nel XX secolo. Steiner, Stoccarda 2006: 221-235

279. 279.

Roelcke V

Hohendorf G

Rotzoll M

Ricerca psichiatrica e "eutanasia". Il caso del dipartimento psichiatrico dell'Università di Heidelberg.

Hist Psychiatria. 1994; 5: 517-532

280. 280.

Rotzoll M

Roelcke V

Hohendorf G

Esperimenti mortali sui bambini: la "struttura di ricerca" di Carl Schneider presso il dipartimento psichiatrico dell'Università di Heidelberg (1943/44).

in: Beddies T Im Gedenken der Kinder. Die Kinderärzte und die Verbrechen an Kindern in der NS-Zeit. Springer, Berlino 2012: 35-42

281. 281.

Topp S

Peiffer J

Das MPI für Hirnforschung in Gießen: Institutskrise nach 1945, die Hypothek der NS-"Euthanasie" und das Schweigen der Fakultät.

in: Oehler-Klein S Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Franz Steiner,

Stoccarda2007: 539-607

282. 282.

Aly G

"Per prevenire ulteriori costruzioni infondate di Aly!".

in: Hildebrandt S Offerta M Grodin M Riconoscere il passato nel presente: medicina prima, durante e dopo l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2021: 298-326

283. 283.

Peiffer J

Hirnforschung im Zwielficht: Beispiele verführbarer Wissenschaft aus der Zeit des Nationalsozialismus.

Mathiessen, Husum1997

284. 284.

Ceco H

Forschen ohne Skrupel. Die wissenschaftliche Verwertung von Opfern der NS-Psychiatriemorde in Wien.

in: Gabriel E Neugebauer W Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien Teil II. Böhlau, Vienna2002: 143-163

285. 285.

Ceco H

Weindling P

Druml C

Dallo sfruttamento scientifico alla memoria individuale: atteggiamenti in evoluzione nei confronti della ricerca sui corpi delle vittime naziste.

Bioetica. 2021; 35: 508-517

286. 286.

Hildebrandt S

L'anatomia dell'omicidio: trasgressioni etiche e scienza anatomica durante il Terzo Reich.

Berghahn, New York, New York, NY2016

287. 287.

Toledo R

Anatomia nel Terzo Reich: l'istituto anatomico della Reichsuniversität Strassburg e le consegne di cadaveri.

Ann Anat. 2016; 205: 128-144

288. 288.

Speck D

Universitätskliniken und Zwangsarbeit: das Beispiel Freiburg.

in: Frewer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im

Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von "Ausländern" im

Gesundheitswesen. Campus, Francoforte 2004: 231-252

289. 289.

Ude-Koeller S

Knauer W

Viebahn C

Pratica anatomica all'Università di Gottinga fin dall'età

dell'Illuminismo e il destino delle vittime della prigione di Wolfenbüttel sotto il dominio nazista.

Ann Anat. 2012; 194: 304-313

290. 290.

Schönhagen B

Das Gräberfeld X auf dem Tübinger Stadtfriedhof. Die verdrängte Normalität nationalsozialistischer Vernichtungspolitik.

in: Peiffer J Menschenverachtung und Opportunismus: Zur Medizin im Dritten Reich. Attempto, Tubinga 1992: 69-92

291. 291.

Hildebrandt S

Le donne sulla lista di Stieve: vittime del nazionalsocialismo i cui corpi sono stati utilizzati per la ricerca anatomica.

Clin Anat. 2013; 26: 3-21

292. 292.

Richter G

Das Arbeitserziehungslager Breitenau (1940–1945). Ein Beitrag zum

nationalsozialistischen Lagersystem.

Verlag Winfried Junior, Kassel 2009

293. 293.

Hildebrandt S

Ricerca sui corpi degli eseguiti in anatomia tedesca: un metodo accettato che cambiò durante il Terzo Reich. Studio di riviste anatomiche dal 1924 al 1951.

Clin Anat. 2013; 26: 304-326

294. 294.

Winkelmann A

Noack T

La cella di Clara: un "Eponimo del Terza Reich"?

Eur Resp J. 2010; 36: 722-727

295. 295.

Schütz M

Schochow M

Waschke J

Marckmann G

Steger F

Anatomische Vitamin C-Forschung im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Max Claras Humanexperimente an der Anatomischen Anstalt München.

Medizinhist J. 2014; 49: 330-355

296. 296.

Hildebrandt S

Fasi di trasgressione: ricerca anatomica nel nazionalsocialismo.

in: Rubenfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo

l'Olocausto. Springer, Heidelberg 2014: 68-85

297. 297.

Strzelecka I

Crimini medici: esperimenti medici ad Auschwitz.

Centro internazionale per l'educazione su Auschwitz e l'Olocausto,

Oświęcim2011

298. 298.

Lang H-J

August Hirt e "straordinarie opportunità per la consegna dei cadaveri" agli istituti anatomici del nazionalsocialismo: un cambiamento omicidale di paradigma.

Ann Anat. 2013; 195: 373-380

299. 299.

Gruner W

Lavoro forzato ebraico sotto i nazisti: bisogni economici e obiettivi razziali.

Cambridge University Press, Cambridge2006

300. 300.

Wenzel M

Zwangsarbeitslager für Juden in den besetzten polnischen und sowjetischen Gebieten.

in: Benz W Distel B Der Ort des Terrors. vol 9. C H Beck, Monaco 2009: 125-154

301. 301.

Ziółkowska A

Zwangsarbeitslager für Juden im Reichsgau Wartheland.

in: Młynarczyk JA Böhler J Der Judenmord in den eingegliederten polnischen Gebieten, 1939-1945. Fibre Verlag, Osnabrück2010:188-193

302. 302.

Alberti M

Die Verfolgung und Vernichtung der Juden im Reichsgau Wartheland 1939-1945.

Harrassowitz, Wiesbaden2006

303. 303.

Rudorff A

Arbeit und Vernichtung reconsidered: die Lager der Organisation

Schmelt für polnische Jüdinnen und Juden aus dem annektierten Teil Oberschlesiens.

Sozial. Storia Online. 2012; 7: 10-39

304. 304.

Ziółkowska A

Trasporti di ritorno (Rücktransporte): l'eliminazione dei prigionieri inadatti al lavoro dai campi di lavoro forzato per ebrei nella provincia di Wielkopolska.

in: Pawlicka-Nowak Ł Il centro di sterminio per gli ebrei nel Chełmno-on-Ner alla luce dell'ultima ricerca: atti del simposio, 6-7 settembre 2004. Museo distrettuale di Konin, Konin 2004: 37-44

305. 305.

Wollenberg H-W

"... und der Alptraum wurde zum Alltag": autobiographischer Bericht eines jüdischen Arztes über NS-Zwangsarbeitslager in Schlesien (1942-1945).

Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1992

306. 306.

Kramer E

Le mie esperienze durante il periodo della persecuzione.

307. 307.

Siegel SJ

Lo spettro coercizione-resistenza: analizzare il comportamento prigioniero-funzionario nei campi nazisti.

J Genocidio Res. 2021; 23: 17-36

308. 308.

Lavoro forzato 1939-1945. Memoria e storia. Lavoro forzato nazista: informazioni di base.

309. 309.

Herbert U

Fremdarbeiter. Politik und Praxis des "Ausländereinsatzes" in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches.

Verlag, Bonn1999

310. 310.

Wagner J-C

Zwangsarbeit im Nationalsozialismus—ein Überblick.

in: Knigge V Lüttgenau R-G Wagner J-C Zwangsarbeit—die Deutschen, die Zwangsarbeiter und der Krieg. Druckhaus Gera, Weimar2010: 180-193

311. 311. Frewer A Bremberger B Siedbürger G Der "Ausländereinsatz" im Gesundheitswesen (1939–1945): historische und ethische Probleme der NS-Medizin. Franz Steiner, Stoccarda2009

312. 312. Spoerer M Pięs L M Praca przymusowa pod znakiem swastyki. Cudzoziemscy robotnicy, jeńcy wojenni i więźniowie w Niemczech i okupowanej Europie w latach 1939–1945. Muzeum II Wojny Światowej, Gdańsk2015

313. 313.

George U

Polnische und sowjetische Zwangsarbeitende als Opfer der NS-"Euthanasie"—Verbrechen am Beispiel Hadamar.

in: Frewer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von "Ausländern" im Gesundheitswesen. Campus, Francoforte2004: 389-406

314. 314.

Graefe F

Roelcke V

Zwangsarbeiter in der Medizin: Zivile "Fremdarbeiter" als Arbeitskräfte und Patienten am Universitätsklinikum Gießen im Zweiten Weltkrieg.

in: Oehler-Klein S Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Franz Steiner, Stoccarda 2007: 377-392

315. 315.

Schmidt U

Frewer A

Wolters C

Hilfskräfte, Hausschwangere, Untersuchungsobjekte. Der Umgang mit Zwangsarbeitenden in der Universitätsfrauenklinik Göttingen.

in: Frewer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von "Ausländern" im Gesundheitswesen. Campus, Francoforte2004: 341-362

316. 316.

Vergin U

Die nationalsozialistische Arbeitseinsatzverwaltung und ihre Funktionen beim Fremdarbeiter(innen)einsatz während des Zweiten Weltkriegs.

(tesi di dottorato) Università di Osnabrück, 2008

317. 317.

Ceco H

Zwangsarbeit, Medizin und "Rassenpolitik" in Wien: Ausländische Arbeitskräfte zwischen Ausbeutung und rassistischer Verfolgung.

in: Frewer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von "Ausländern im Gesundheitswesen". Campus, Francoforte2004: 253-280

318. 318.

Frobenius W

Abtreibungen bei "Ostarbeiterinnen" in Erlangen.

Hochschulmediziner als Helfershelfer des NS-Regimes.

in: Frewer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von "Ausländern im Gesundheitswesen". Campus, Francoforte2004: 283-307

319. 319.

Czarnowski G

Aborto involontario e ricerca coercitiva sulle lavoratrici forzate incinte nel nazionalsocialismo.

in: Rubenfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo

l'Olocausto. Springer, Heidelberg 2014: 99-108

320. 320.

Uccelli B

Säuglingslager—“ein Massenexperiment allergrößten Stiles”?

in: Freyer A Siedbürger G Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Einsatz und Behandlung von “Ausländern” im Gesundheitswesen. Campus, Francoforte 2004: 309-339

321. 321.

Schwarze G

Kinder, die nicht zählten: Ostarbeiterinnen und ihre Kinder im Zweiten Weltkrieg.

Klartext, Essen 1997

322. 322.

Aleksion N

Studenti ebrei e cadaveri cristiani nella Polonia tra le due guerre: giocare con il linguaggio della diffamazione del sangue.

Storia ebraica. 2012; 26: 327-342

323. 323. Ciesielska M Krzychylkiewicz A I medici del ghetto di Varsavia.

Academic Studies Press, Boston, MA 2022

324. 324.

Offerta M

Cappotti bianchi nel ghetto: medicina ebraica in Polonia durante l'Olocausto.

Yad Vashem, Gerusalemme 2020

325. 325.

Dworzecki MM

Eropa Lelo Yeladim: Tohnit Hanatzim Leheres Biyologi.

Yad Vashem, Gerusalemme 1958

326. 326.

Cohen N

Harefu'a Besheret Ha'idiologiya Baraih Hashlishi Vehelka

Bamediniyut Ha'anti Yehudit Bageta'ot Uvemahnot Harikuz.

(Tesi di dottorato.) L'Università Ebraica di Gerusalemme, 2003

327. 327.

Herzog R

Yad Vashem, Gerusalemme2019

328. 328.

Seberechts F

in: van Doorslaer R Debruyne E Seberechts F Wouters N Gewillig

België. De Overheid en Jodenvervolgning tijdens de Tweede

Wereldoorlog. Meulenhoff, Manteau e SOMA, Anversa2007: 513-543

329. 329.

Poznanski R

Être juif en France pendant la Seconde Guerre mondiale.

Hachette, Parigi1944

330. 330.

Nahum H

La médecine française et les juifs 1930–1945.

L'Harmattan, Parigi2006

331. 331.

Halioua B

Blouses blanches, étoiles jaunes: l'exclusion des médecins juifs en France sous l'Occupation.

Liana Levi, Parigi2000

332. 332.

Bock J

Il trattamento degli operatori sanitari ebrei ungheresi all'ombra dell'Olocausto.

Cambridge Scholars Publishing, Newcastle2019

333. 333.

Alkalay M

Bri'ut Hayehudim Beyugoslavia. Toh nit Vesikumei Hartza'ot.

Hahistadrut Harefu'it Beyisra'el, Sefer Hagongres, Gerusalemme1952

334. 334.

van den Ende H

Vergeet niet dat je arts bent. Joodse artsen in Nederland 1940–1945.
Boom, Amsterdam2015

335. 335.

van den Ende H

'Ricorda che sei un medico': medici ebrei nei Paesi Bassi 1940-1945.
Korot. 2015; 23: 149-172

336. 336.

Elisavetski S

I medici ebrei nel movimento partigiano sovietico in Ucraina.
in: Grodin M Resistenza medica ebraica nell'Olocausto. Berghahn,
New York, NY2014: 261-266

337. 337.

Bornstein S

Dr. Yehezkel Atlas, comandante partigiano.
in: Szner Z Sterminio e resistenza: documenti storici e materiale di
partenza. vol 1. Casa dei combattenti del ghetto, Kibbutz Lohamei
Haghettaot1958: 121-128

338. 338.

Michman D

L'emergere dei ghetti ebraici durante l'Olocausto.
Cambridge University Press, Cambridge2011

339. 339.

Michman D

I ghetti ebraici sotto i nazisti e i loro alleati: le ragioni alla base della
loro emergere.
in: Miron G Shulhani S L'enciclopedia Yad Vashem dei ghetti durante
l'Olocausto. Yad Vashem, Gerusalemme2009: XXI-XXXIX

340. 340.

Decano M

Introduzione dell'editore.

in: Dean M United States Holocaust Memorial Museum enciclopedia

di campi e ghetti, vol II: ghetti nell'Europa orientale occupata dai tedeschi. Indiana University Press, Bloomington, IN2019: XLIII

341. 341.

Hilberg R

La distruzione degli ebrei europei.

Holmes & Meier, New York, NY1985

342. 342.

Barone S

Ha'am Hayehudi Lifnei Hashoah Ve'ahareha.

343. 343.

Hájková A

L'ultimo ghetto. Una storia quotidiana di Theresienstadt.

Oxford University Press, Oxford2020

344. 344.

Browning CR

in: Dean M United States Holocaust Memorial Museum enciclopedia di campi e ghetti, vol II: ghetti nell'Europa orientale occupata dai tedeschi. Indiana University Press, Bloomington, IN2012: XXVII-XXXIX

345. 345.

Browning CR

Genocidio e salute pubblica: medici tedeschi ed ebrei polacchi, 1939-1941.

Studi sul genocidio dell'Olocausto. 1988; 3: 21-36

346. 346.

Roland CG

Coraggio sotto assedio: fame, malattia e morte nel ghetto di Varsavia.

Oxford University Press, Londra1992

347. 347.

Dobroszycki L

in: Dobroszycki L La cronaca del ghetto di Łódź, 1941-1944. Yale University Press, New Haven, CT1984: LI

348. 348.
Gutman I
Trunk I
Introduzione: la particolarità del ghetto di Łódź.
in: Shapiro RM Łódź ghetto: a history. Indiana University
Press, Bloomington, IN 1953: XXIX-LVII
349. 349.
Trunk I
Epidemie e mortalità nel ghetto di Varsavia, 1939-1942.
Yivo Annu Jew Soc Sci. 1953; 8: 82-122
350. 350.
Lensky M
Problemi di malattia nel ghetto di Varsavia.
Studi Yad Vashem. 1959; 3: 224
351. 351. Malattia da fame di Winick M Osnos M. Studi dei medici ebrei nel
ghetto di Varsavia. Wiley, New York, NY 1979
352. 352.
Berg N
L'Olocausto e gli storici della Germania Ovest.
Wisconsin University Press, Madison, WI 2015
353. 353.
Beinfeld S
Assistenza sanitaria nel ghetto di Vilna.
in: Grodin MA Resistenza medica ebraica nell'Olocausto. Berghahn,
New York, NY 2014: 106-140
354. 354.
Brauns J
Medicina nel ghetto di Kovno.
in: Grodin MA Resistenza medica ebraica nell'Olocausto. Berghahn,
New York, NY 2014: 155-163
355. 355.
Czerwinski M

Kaczmarek R

Glensk U

Ludwik Hirszfeld: un pioniere della trasfusione e dell'immunologia durante le guerre mondiali e oltre.

Vox Sanguinis. 2022; 117: 467-475

356. 356.

Blum A

La scuola infermieristica nel ghetto di Varsavia.

in: Grodin MA Resistenza medica ebraica nell'Olocausto. Berghahn, New York, NY 2014: 173-177

357. 357.

Nadav DS

Hebrew University Press, Gerusalemme 2009

358. 358.

Sandhaus Y

Medicina nel ghetto di Lodz: organizzazione ed essenza.

Dapim leheker tekufat hasho'ah. 1993; 10: 157-169

359. 359.

Urbach V

Urbach M

Morbilità e servizi sanitari nel ghetto di Lodz.

Korot. 1976; 7: 172-246

360. 360.

Urbach M

Urbach V

Servizi sanitari nel ghetto di Lodz.

Korot. 1978; 7: 461-488

361. 361. Cohen R Schnelle T Cognizione e fatto: materiali su Ludwik Fleck. Reidel, Dordrecht 1986

362. 362. Werner S Zittel C Ludwik Fleck: Denkstile und Tatsachen. Suhrkamp, Berlin 2011

363. 363.

Löwy I

Fleck l'esperto di salute pubblica: fatti medici, collettivi di pensiero e responsabilità dello scienziato.

Valori di Sci Technol Hum. 2016; 41: 509-533

364. 364.

Löwy I

Ludwik Fleck: su esperimenti medici sugli esseri umani.

Valori di Sci Technol Hum. 2016; 41: 534-546

365. 365.

Ludwik Fleck Zentrum

366. 366.

Penson J

Cechy kliniczne epidemii duru plamistego w latach 1940 i 1940/1941 w Warszawie. Badania nad przemianą azotową ze szczególnym uwzględnieniem nerek. Metoda wczesnego rozpoznawania.

Polski Tygodnik Lekarski. 1946; 52 (1478-487, 1538-542, 1553-569.): 1399-1404

367. 367.

Rutkowski B

Jakub Penson e i suoi studi sull'insufficienza renale acuta durante le epidemie di tifo nel ghetto di Varsavia.

J Nephrol. 2004; 17: 175-179

368. 368.

Offerta M

Dilemmi etici nel lavoro di medici e infermieri nel ghetto di Varsavia.

Polin. 2012; 25: 467-492

369. 369.

Chelouche T

Cura sotto assedio: i dilemmi etici dei medici ebrei nel ghetto di Varsavia.

in: Ley A Cuerda-Galindo E Ciesielska M Assistenza medica e crimini nella Polonia occupata dalla Germania, 1939-1944. Nuove scoperte,

interpretazioni e ricordi. Metropol, Berlino2022: 50-63

370. 370.

Gurfinkel-Glocer S

Goralo Shel Beit Haholim Tzhista.

in: Gruenbaum I Entziklopediya Shel Galuyot: Varsha, vol 6, parte 2.

Enciclopedia della diaspora ebraica, Gerusalemme1959: 588

371. 371.

Lensky MA

Un medico all'interno del ghetto di Varsavia.

Yad Vashem, New York, NY2009

372. 372.

Reicher E

Paese della cenere: un medico ebreo in Polonia, 1939-1945.

Bellevue Literary Press, New York, NY2013

373. 373.

Szwajger AB

Non ricordo altro: l'ospedale pediatrico di Varsavia e la resistenza ebraica.

Simon & Schuster, New York, NY1990

374. 374.

Peretz A

Non piangevano nei campi.

Massada, Tel Aviv1960 (in ebraico).

375. 375.

Wajnryb A

Memorie di un medico del ghetto di Vilnius.

Yalkut Moreshet. 1979; 27: 61-67

376. 376.

Rumkowski C

Annuncio n. 166 ("Lavoro al di fuori del ghetto"), 19 novembre 1940, ristampato in traduzione inglese.

in: Adelson A Lapidés R Lodz ghetto: all'interno di una comunità sotto

assedio. Viking, New York, NY1989: 96

377. 377.

Mostowicz A

Con una stella gialla e una croce rossa: un medico nel ghetto di Łódź.

Vallentine Mitchell, Londra2005

378. 378.

Cohen EA

L'abisso. Una confessione.

Norton, New York, NY1971

379. 379.

Balin M

Ricordiamo i malati, ricordiamo i medici! La "selezione" all'ospedale

Czyste, Varsavia.

Yad Vashem Arch. 1982; O.3: 441

380. 380.

Adler S

Nel ghetto di Varsavia, 1940-1943: un resoconto di un testimone.

Yad Vashem, Gerusalemme1982

381. 381.

Balin M. Testimonianza del dottor Marek Balin. Archivio Yad Vashem
441/0.3.

382. 382.

Rosenbaum IJ

L'Olocausto e la Halakhah.

Casa editrice Ktav, New York, NY1976

383. 383.

Levin I

Yedi'ot Aharonot, Tel Aviv2002 (in ebraico).

384. 384.

Farbstein E

Nascosto nel tuono. Banca dati Netivei Ha-Halakhah, Holocaust

responsa.

Mossad Harav Kook, Gerusalemme2007

385. 385.

Kelly JI

Miller EL

Rabbi Polak J

Kirschner R

Grodin MA

Risposta rabbinica durante l'Olocausto: il problema life-for-life.
in: Hildebrandt S Offer M Grodin MA Riconoscere il passato nel
presente: nuovi studi sulla medicina prima, durante e dopo
l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2020: 82-102

386. 386.

Langer L

Versioni di sopravvivenza: l'Olocausto e lo spirito umano.
SUNY Press, New York, NY1982

387. 387.

Ley A

Morsch G

Assistenza medica e criminalità: l'infermeria del campo di
concentramento di Sachsenhausen 1936-1945.
Metropol, Berlino2007

388. 388.

Laisk A

L'istituzione e l'organizzazione del campo.

in: Długoborski W Piper F Auschwitz 1940-1945: questioni centrali
nella storia del campo. Museo di Stato di Auschwitz-
Birkenau, Oświęcim2000

389. 389.

Biermanns N

Custodi dello sterminio: medici del campo delle SS e il loro ambito
d'azione.

Ann Intern Med. 2023; 176: 853-856

390. 390.

Legge A

Medizin im Konzentrationslager: Gezielte Vernachlässigung, medizinische Minimalversorgung, ärztliche Verbrechen.

Dauerausstellung in der Gedenkstätte Sachsenhausen.

Medizinhist J. 2006; 41: 99-108

391. 391.

Iwaszko T

I prigionieri: la loro vita e il loro lavoro.

in: Długoborski W Piper F Auschwitz 1940-1945: questioni centrali nella storia del campo. Museo di Stato di Auschwitz-

Birkenau, Oświęcim 2000

392. 392.

Museo commemorativo dell'Olocausto

Auschwitz: numero di vittime.

393. 393.

Museo commemorativo dell'Olocausto

Auschwitz: Auschwitz II (Auschwitz-Birkenau).

394. 394.

Kogon E

La teoria e la pratica dell'inferno: i campi di concentramento tedeschi e il sistema dietro di essi.

Octagon Books, New York, NY 1976

395. 395.

Zamecnik S

Comite International de Dachau, Lussemburgo 2002

396. 396. Langbein H Zohn H *Personen ad Auschwitz*. University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC 2004

397. 397.

Lifton RJ

I medici nazisti: l'omicidio medico e la psicologia del genocidio.

Libri di base, New York, NY1986

398. 398.

Allen MT

Il business del genocidio: le SS, il lavoro degli schiavi e i campi di concentramento.

University of North Carolina Press, Chapel Hill, NC2002

399. 399.

Legge A

Medici detenuti nei campi di concentramento: condizioni di vita, possibilità di azione e dilemmi.

in: Ley A Cuerda-Galindo E Ciesielska M Assistenza medica e crimini nella Polonia occupata dai tedeschi, 1939-1945. Nuove scoperte, interpretazioni e ricordi. Metropol, Berlino2022: 106-117

400. 400.

Halpin RW

Medici ebrei e l'Olocausto: l'anatomia della sopravvivenza ad Auschwitz.

Walter de Gruyter, Berlino2018

401. 401.

Micheels LJ

Dottore #117641: un libro di memorie dell'Olocausto.

Yale University Press, New Haven, CT1989

402. 402.

Rosensaft H

Yad Vashem, Gerusalemme2004

403. 403.

Nyiszli M

Auschwitz: il racconto di un testimone oculare medico.

edizione aggiornata. Arcade Publishing, New York, NY1993

404. 404.

Fejkiel W

Servizio sanitario nel campo di concentramento/campo principale di

Auschwitz I.

in: Comitato internazionale di Auschwitz Medicina nazista: medici, vittime e medicina ad Auschwitz. Parte II. Howard Fertig, New York, NY1986: 4-37

405. 405.

Hautval A

Médecine et crime contre l'humanité: Le refus d'un médecin, déporté à Auschwitz, de participer aux expériences médicales.

Le Félin, Parigi2006

406. 406.

Lingens-Reiner E

Gollancz, Londra1948

407. 407.

Perl G

Ero un dottore ad Auschwitz.

Lexington Books, Lanham, MD2019

408. 408.

Adelsberger L

Auschwitz: la storia di un medico.

Northeastern University Press, Boston, MA1995

409. 409.

Bloch GR

Associazioni non libere: uno psicoanalista ricorda l'Olocausto.

Red Hen Press, Los Angeles, CA1999

410. 410.

Vaisman S

Un medico ebreo ad Auschwitz: la testimonianza di Sima Vaisman.

Melville House, Hoboken, NJ2005

411. 411.

Fénelon F

Routier M

I musicisti di Auschwitz.

Michael Joseph, Londra1977

412. 412.

Ritvo RA

Plotkin DM

Sorelle nel dolore: voci di cura nell'Olocausto.

Texas A&M University Press, College Station, TX1998

413. 413.

Siegel SJ

Trattare un prigioniero-medico di Auschwitz: il caso del dottor Maximilian Samuel.

Studi sul genocidio dell'Olocausto. 2014; 28: 450-481

414. 414.

Uzarczyk K

Medici di Auschwitz sotto processo: i casi di Hans Münch, Johann Paul Kremer e Roman Zenkteller.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 202-206

415. 415.

Ceco H

Ungvari GS

Uzarczyk K

Weindling P

Gazdag G

Terapia elettroconvulsiva all'ombra delle camere a gas: innovazione medica e sperimentazione umana ad Auschwitz.

Bull Hist Med. 2020; 94: 244-266

416. 416.

Berenbaum M

Un mosaico di vittime. Non ebrei perseguitati e uccisi dai nazisti.

New York University Press, New York, NY1990

417. 417.

Kröner H-P

Die Emigration deutschsprachiger Mediziner im Nationalsozialismus.

Berichte zur Wissenschaftsgeschichte. 1989; 12: 1-44

418. 418.

Noack T

William L

Shirer e consapevolezza internazionale del programma di "eutanasia" nazista.

Studi sul genocidio dell'Olocausto. 2016; 30: 433-457

419. 419.

Zalashik R

Le atrocità mediche naziste e il discorso medico israeliano dagli anni '40 agli anni '90.

in: Roelcke V Topp S Lepicard E Silenzio, capri espiatori, auto-riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 195-210

420. 420.

Porat D

L'ebraismo palestinese e l'Agenzia ebraica: risposta pubblica all'Olocausto.

in: Marrus MR L'Olocausto nazista. Documenti storici sulla distruzione degli ebrei europei. Parte 8: Astanti dell'Olocausto. De Gruyter Saur, Berlino2011: 601-628

421. 421. Congresso ebraico mondiale Comitato antifascista ebraico Vaad Leumi Comitato americano di scrittori ebrei Artisti e scienziati libro nero: il crimine nazista contro il popolo ebraico. Duell, Sloan e Pearce, New York, NY1946

422. 422.

Detriti G

Cimetières sans tombeaux.

La Bibliothèque Française, Parigi1945

423. 423.

Richet C

Richet J

- Richet O
J Ferenczi & fils, Parigi1945
424. 424.
Waitz R
Ciepielowski M
Le typhus expérimental au camp de Buchenwald.
Presse Medicale. 1946; 23: 322-324
425. 425.
Adelsberger L
Osservazioni mediche nel campo di concentramento di Auschwitz.
Lancet. 1946; 247: 317-319
426. 426.
Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy
Zbrodnie niemieckie wobec umysłowo chorych w Polsce.
Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa1949
427. 427.
Arendt H
in: Arendt H Saggi sulla comprensione: 1930-1954. Harcourt Brace,
New York, NY1993: 197-205
428. 428.
Schmidt U
Giustizia a Norimberga: il processo di Leo Alexander e dei medici
nazisti.
Palgrave MacMillan, Houndmills2004
429. 429.
Weindling P
La medicina nazista e i processi di Norimberga. Dai crimini di guerra
medici al consenso informato.
Palgrave MacMillan, Houndmills2004
430. 430.
Weindling P
John W Thompson: psichiatra all'ombra dell'Olocausto.

Università di Rochester Press, Rochester, NY2013

431. 431.

Lepicard E

Il processo medico di Norimberga e la sua ricezione in Francia e Israele, 1947-1952: una prospettiva comparativa.

in: Roelcke V Topp S Lepicard E Silenzio, capri espiatori, auto-riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 47-86

432. 432.

Debray C

Zaracovitch M

Contribution à l'étude de la pathologie des déportés.

Sem Hop. 1946; 22: 863-870

433. 433.

Inbona J

Évolution des avitaminoses chez les déportés après leur libération.

Med Gen Fr. 1946; 6: 53

434. 434.

Minkowski E

Annales Médico-Psychologiques. 1946; 104: 80-88

435. 435.

Richet C

Gilbert-Dreyfus A

Uzan H

Fichez L

Les séquelles des états de misère physiologique.

Bulletin de L'Académie nationale de médecine. 1948; 132: 649-653

436. 436.

Richet C

Mans A

La pathologie de la déportation.

Plon, Parigi1956

437. 437. Ministère de Anciens Combattants et Victimes de la Guerre La pathologie des déportés. 1er congrès international de la pathologie des déportés (Paris, 1954). Union Nationale des Associations de Déportés, Internés de la Résistance et Familles de disparus, Paris1955
438. 438.
Dorland M
Cadaverland: inventare una patologia di catastrofe per la sopravvivenza dell'Olocausto. I limiti della conoscenza medica e della memoria storica in Francia.
Brandeis University Press, Waltham, MA2009
439. 439.
Weinke A
Beck, Monaco di Baviera2006
440. 440.
Vrdoljak AF
Diritti umani e genocidio: il lavoro di Lauterpacht e Lemkin nel diritto internazionale moderno.
EJIL. 2009; 20: 1163-1194
441. 441. Stiller A Priemel K Rivaluta i tribunali militari di Norimberga.
Berghahn, New York, NY2012
442. 442.
Beyer J
Friedrich J
Wollenberg J
Norymberskie procesy przed Amerykańskimi Trybunałami Wojskowymi jako polityczna lekcja powojennej historii Niemiec.
Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław1993
443. 443.
Mitscherlich A
Mielke F
Das Diktat der Menschenverachtung. Der Nürnberger Ärzteprozess

und seine Quellen.

Lambrecht & Schneider, Heidelberg1947

444. 444.

Mitscherlich A

Mielke F

Medici dell'infamia: la storia dei crimini medici nazisti.

Schuman, New York, NY1949

445. 445.

Bayle F

Croix gammée contre caducée. Les expériences humaines en
Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale.

Imprimerie Nationale, Neustadt1950

446. 446.

Sovrintendente dei documenti

Processi di criminali di guerra davanti ai tribunali militari di
Norimberga ai sensi della legge n. 10.

Ufficio di stampa del governo degli Stati Uniti, Washington, DC1950

447.

447. Dörner K Ebbinghaus A Linne K Il processo medico di
Norimberga 1946/47. Trascrizioni, materiale dell'accusa e della
difesa. Documenti correlati. Edizione Microfiche. Edizione inglese. A
cura della Stiftung für Sozialgeschichte des 20 Jahrhunderts in
collaborazione con Karlheinz Roth e Paul Weindling. Saur, Monaco di
Baviera1999

448. 448.

Marrus MR

Il processo dei medici di Norimberga nel contesto storico.

Bull Hist Med. 1999; 73: 106-123

449. 449.

Lepicard E

Trauma, memoria ed eutanasia al processo medico di Norimberga,
1946-1947.

in: Sarat A Davidovitch N Alberstein M Trauma e memoria. Leggere,

guarire e fare legge. Stanford University Press, Stanford, CA2008: 204-224

450. 450.

Ebbinghaus A

Der Weg zum Nürnberger Ärzteprozess.

in: Ebbinghaus A Dörner K Vernichten und heilen: der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen. Aufbau-Verlag, Berlino2001: 24

451. 451.

Benzenhöfer U

Nürnberger Ärzteprozeß. Die Auswahl der Angeklagten.

Deutsches Ärzteblatt. 1996; 93: 2929-2931

452. 452.

Schmidt U

Karl Brandt: il dottore nazista. Medicina e potere nel Terzo Reich.

Hambledon Continuum, Londra2007

453. 453.

Weindling P

"Nessun semplice processo per omicidio": il discorso sugli esperimenti umani al processo medico di Norimberga.

in: Roelcke V Maio G Etica del XX secolo della ricerca su soggetti umani: prospettive storiche su valori, pratiche e regolamenti. Steiner, Stoccarda2004: 167-180

454. 454.

Cohen A

Imbecilli. La Corte Suprema, l'eugenetica americana e la sterilizzazione di Carrie Buck.

Penguin Books, New York, NY2017

455. 455.

Meusch M

Die strafrechtliche Verfolgung der Hadamarer "Euthanasie"-Morde.

in: George U Lilienthal G Roelcke V Sandner P Vanja C Hadamar:

Heilstätte—Tötungsanstalt—Therapiezentrum. Jonas, Marburg2006:

305-326

456. 456.

de Mildt D

In nome del popolo: autori di genocidio nel riflesso della loro persecuzione del dopoguerra nella Germania Ovest. I casi processuali "eutanasia" e "Aktion Reinhard".

Nijhoff, L'Aia1996

457. 457.

de Mildt D

Tatkomplex: NS-Eutanasia. Die ost- und westdeutschen Strafurteile seit 1945.

Amsterdam University Press, Amsterdam2009

458. 458.

Cristo V

Täter von Grafeneck. Vier Ärzte als Angeklagte im Tübinger "Euthanasie"-Prozess 1949.

Steiner, Stoccarda2020

459. 459.

Markwardt H

Die juristische Verfolgung der NS-Krankenmorde in der Sowjetischen Besatzungszone [SBZ] und der DDR.

in: Böhm B Simunek M Verlegt—Verstorben—Verschwiegen.

Tschechische und deutsche Psychiatriepatienten in Böhmen als vergessene Opfer der NS "Euthanasie". Istituto di Storia

Contemporanea dell'Accademia delle Scienze, Praga2016: 275-298

460. 460.

Ceco H

Processi post-guerra contro gli autori di crimini medici nazisti: il caso austriaco.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 165-169

461. 461.

Bonah C

Schmaltz F

Da testimone a incriminato: Eugen Haagen e le sue udienze giudiziarie dal processo medico di Norimberga (1946-47) ai processi medici Struthof (1952-54).

in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento: rivalutare la ricerca medica e razziale nazista, 1933-1945. Routledge, Londra2017: 293-315

462. 462.

Bryant MS

Affrontare la "buona morte": l'eutanasia nazista sotto processo, 1945-1953.

Stampa universitaria del Colorado, Boulder, CO2005

463. 463.

Basak A

Spór o egzekucję prawa międzynarodowego. Proces personelu sanatoryjnego Hadamar przed sądem amerykańskim w Wiesbaden.

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław2001

464. 464.

Raim E

Prove di eutanasia della Germania occidentale e orientale dal 1945.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 191-195

465. 465.

Basak A

Załogi hitlerowskich obozów koncentracyjnych przed amerykańskim trybunałem w Dachau.

Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław2002

466. 466.

Wittmann R

Oltre la giustizia: il processo Auschwitz di Francoforte.

Harvard University Press, Cambridge, MA2005

467. 467.

Pendas DO

Il processo Auschwitz di Francoforte, 1963-1965: genocidio, storia e i limiti della legge.

Cambridge University Press, Cambridge 2006

468. 468.

Biddiscombe P

La denazificazione della Germania: una storia 1945-1950.

Tempus, Chalford 2006

469. 469.

Taylor F

Esorcizzare Hitler: l'occupazione e la denazificazione della Germania.

Bloomsbury, Londra 2011

470. 470.

Forsbach R

Friedrich Panse—etabliert in allen Systemen. Psychiater in der Weimarer Republik, im "Dritten Reich" und in der Bundesrepublik.

Der Nervenarzt. 2012; 83: 329-336

471. 471.

Weindling P

Hohendorf G

Hüntelmann AC

et al.

L'eredità problematica degli esemplari di vittime dell'era nazista: identificare le persone dietro gli esemplari presso gli Istituti Max Planck per la ricerca sul cervello e di psichiatria.

J Hist Neurosci. 2023; 32: 218-239

472. 472.

Jacobsen A

Operazione Paperclip: il programma di intelligence segreta che ha portato gli scienziati nazisti in America.

Little, Brown, New York, NY 2014

473. 473.

Roelcke V

Tra onore professionale e auto-riflessione: la riluttanza dell'associazione medica tedesca ad affrontare la negligenza medica durante l'era nazionalsocialista, circa 1985-2012.

in: Roelcke V Topp S Lepicard E Silenzio, capri espiatori, auto-riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 243-280

474. 474.

Ceco H

Zeidman LA

Walther Birkmayer: L'uomo dietro L-dopa e i suoi legami con il nazionalsocialismo.

J Hist Neurosci. 2014; 23: 160-191

475. 475.

Ceco H

Braune Westen, weiße Mäntel. Die Versuche einer Entnazifizierung der Medizin in Österreich.

in: Czech H Weindling P Österreichische Ärzte und Ärztinnen im Nationalsozialismus: zwischen Verfolgung, Verstrickung und Täterschaft. Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes, Vienna2017: 179-201

476. 476. Caplan AL Quando la medicina è impazzita: bioetica e l'Olocausto. Humana Press, Totowa1992

477. 477. Annas GJ Grodin M I medici nazisti e il Codice di Norimberga: i diritti umani nella sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford1992

478. 478. Bonah C Lepicard E Roelcke V La Médecine expérimentale au tribunal: implications éthiques de quelques procès médicaux du Xxe siècle européen. Éditions des Archives Contemporaines, Paris2003

479. 479.

Lederer SE

Ricerca senza frontiere: le origini della Dichiarazione di Helsinki.

in: Roelcke V Maio G Etica del XX secolo della ricerca su soggetti

umani: prospettive storiche su valori, pratiche e regolamenti. Steiner, Stoccarda2004: 199-215

480. Schmidt U Frewer A Sprumont D Ricerca etica: la Dichiarazione di Helsinki e il passato, il presente e il futuro della sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford2020

481. 481.

Fornaio R

In che modo gli studenti dovrebbero conoscere le implicazioni contemporanee dei ruoli degli operatori sanitari nell'Olocausto?

Etica AMA J. 2021; 23: 31-37

482. 482.

Weindling P

Le origini del consenso informato: la Commissione scientifica internazionale sui crimini di guerra medici e il codice di Norimberga.

Bull Hist Med. 2001; 75: 37-71

483. 483.

Katz J

Il principio del consenso del Codice di Norimberga: il suo significato allora e ora.

in: Annas GJ Grodin MA I medici nazisti e il Codice di Norimberga: i diritti umani nella sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford1992: 227-239

484. 484.

Weindling P

in: Weindling P Medicina nazista e i processi di Norimberga dai crimini di guerra medici al consenso informato. Palgrave

MacMillan, Houndmills2004: 270-293

485. 485.

Jones DS

Grady C

Lederer SE

"Etica e ricerca clinica": il 50° anniversario della bomba di Beecher.

N Engl J Med. 2016; 374: 2393-2398

486. 486.

Lepicard E

Procès de médecins et codification éthique. Une lecture comparée des Richtlinien de 1931 et du Code de Nuremberg de 1947.

J Int de Bioéthique. 2001; 12: 41-47

487. 487.

Biblioteca della Harvard Law School

Progetto Prove di Norimberga.

488. 488.

Weindling P

Dal "processo dei medici" di Norimberga al "Codice di Norimberga".

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 162-163

489. 489.

Perley S

Fluss SS

Bankowski Z

Simon F

Il Codice di Norimberga: una panoramica internazionale.

in: Annas G Grodin M I medici nazisti e il Codice di Norimberga: i diritti umani nella sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford 1992: 149-173

490. 490.

Oudard P

Le problème de l'expérimentation sur l'homme en biologie.

La Presse Médicale. 1953; 61: 55-56

491. 491.

Lederer SE

Moreno JD

Rivedere la storia dell'etica della ricerca della guerra fredda.

Kennedy Inst Ethics J. 1996; 6: 223-238

492. 492.

- Moreno JD
Bioetica e stato di sicurezza nazionale.
J Law Med Etica. 2004; 32: 198-208
493. 493.
Lepicard E
Crimini medici nazisti e Dichiarazione di Gerusalemme sull'etica medica, 1952.
Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 206-212
494. 494.
Bonah C
Schmaltz F
La ricezione del Codice di Norimberga e il suo impatto sull'etica medica in Francia: 1947-1954.
Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 199-202
495. 495.
Reverby SM
I fallimenti etici e lezioni di storia: gli studi di ricerca del servizio sanitario pubblico degli Stati Uniti a Tuskegee e in Guatemala.
Sanità pubblica Rev. 2012; 34: 1-18
496. 496.
Associazione Medica Mondiale
Codice etico internazionale.
497. 497.
Parsa-Parsi RW
Il codice internazionale di etica medica della World Medical Association.
JAMA. 2022; 328: 2018-2021
498. 498. Ordre National des Médecins Premier Congrès International de Morale Médicale, Paris Octobre 1955, 2 Tomes. Presses Universitaires, Paris1955
499. 499.
Weisz G

L'origine dell'etica medica in Francia: il Congresso Internazionale di Morale Médicale del 1955.

in: Weisz G Prospettive delle scienze sociali sull'etica medica.

Springer,Dordrecht1990: 145-162

500. 500.

Bonah C

Schmaltz F

Da Norimberga a Helsinki: la preparazione della Dichiarazione di Helsinki alla luce del perseguimento dei crimini di guerra medici nei processi medici di Struthof, 1952-54.

in: Schmidt U Frewer A Sprumont D Ricerca etica. La Dichiarazione di Helsinki e il passato, il presente e il futuro della sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford2020: 69-100

501. 501.

Schmidt U

In assenza di alternative: le origini e il successo della Dichiarazione di Helsinki, 1947-82.

in: Schmidt U Frewer A Sprumont D Ricerca etica. La Dichiarazione di Helsinki e il passato, il presente e il futuro della sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford2020: 101-130

502. 502.

Schicktanz S

Michl S

Stoff H

Bioetica e l'eredità argomentativa delle atrocità nella storia medica: riflessioni su una relazione complessa.

Bioetica. 2021; 35: 499-507

503. 503.

Fornaio R

Prima della bioetica: una storia dell'etica medica americana dal periodo coloniale alla rivoluzione della bioetica.

Oxford University Press, Oxford2013

504. 504.
Callahan D
Caplan A
Edgar H
et al.
Etica biomedica e l'ombra del nazismo. Una conferenza sul corretto uso dell'analogia nazista nel dibattito etico, 8 aprile 1976.
Hastings Cent Rep. 1976; 6: 1-19
505. 505.
Caplan A
La rilevanza dell'Olocausto per la bioetica di oggi.
in: Michalczyk J Etica medica e il Terzo Reich: questioni storiche e contemporanee. Sheed & Ward, Kansas City, MO1994: 3-12
506. 506.
Apfelbaum E
Choroba głodowa: badania kliniczne nad głodem wykonane w getcie warszawskim z roku 1942.
Comitato congiunto americano di distribuzione, Varsavia1946
507. 507.
Janczewska M
Ricerca sulla fame nel ghetto di Varsavia. Dilemmi etici.
Tappetino per stallone dell'Olocausto. 2010; 2: 439-450
508. 508.
Zegers RHC
Ciesielska M
Grzybowski A
Ricerca oftalmologica nel ghetto ebraico di Varsavia: malattia della fame e la storia di Szymon Fajgenblat, MD.
Acta Ophthalmologica. 2023; 101: 236-241
509. 509. David P Pelly S Prensi cura degli sopravvissuti all'Olocausto: un manuale pratico. Centro Baycrest per l'assistenza geriatrica, Toronto2003

510. 510.
Ohry A
Shasha SM
Morbilità tardiva tra i sopravvissuti all'Olocausto: mito o fatto?.
Harefuah. 2006; 145: 326-329
511. 511.
Celinscak M
Distanza dal mucchio di Belsen: forze alleate e liberazione di un campo di concentramento.
Università di Toronto Press, Toronto, ON2015
512. 512.
Jabłoński R
Rosińczuk J
Leszek J
Uchmanowicz I
Panaszek B
La natura progressiva della sindrome dei campi di concentramento negli ex prigionieri dei campi di concentramento nazisti, non solo la storia, ma l'importante questione della medicina contemporanea.
J Psychiatr Res. 2016; 75: 1-6
513. 513.
Röderberg
Risoluzione sulla convocazione di una conferenza medica internazionale.
in: Michel M Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen: Zusammenstellung der Referate und Ergebnisse der Internationalen Sozialmedizinischen Konferenz über die Pathologie der ehemaligen Deportierten und Internierten, 5-7 Juni 1954 in Kopenhagen. Röderberg, Francoforte1955: 15-16
514. 514.
Virgilio E
Camilli D

Gili G

et al.

L'Olocausto è un fattore di rischio significativo e indipendente per i tumori ad esordio tardivo: una revisione sistematica della letteratura e dei dati originali sui sopravvissuti ebrei israeliani, ebrei non israeliani e non ebrei non israeliani.

Antitumore Res. 2021; 41: 2745-2757

515. 515.

Kagansky N

Knobler H

Stein-Babich M

et al.

La sopravvivenza dell'Olocausto e il rischio a lungo termine di malattie cardiovascolari negli anziani.

Isr Med Assoc J. 2019; 21: 241-245

516. 516.

Müller H

Seifert F

Asemann R

Schütz P

Maler J-M

Sperling W

Riduzione indotta dalla persecuzione della capacità di guadagno delle vittime dell'Olocausto: influenza degli aspetti psichiatrici e somatici.

Psicopatologia. 2011; 44: 225-229

517. 517.

Robinson S

Rapaport J

Durst R

et al.

Gli effetti tardivi della persecuzione nazista tra gli anziani

sopravvissuti all'Olocausto.

Acta Psychiatrica Scandinavica. 1990; 82: 311-315

518. 518.

Nakash O

Liphshitz I

Keinan-Boker L

Levav I

L'effetto del cancro sul suicidio tra gli anziani sopravvissuti all'Olocausto.

Suicidio Minaccia di vita comportamento. 2013; 43: 290-295

519. 519.

von Baeyer W

Häfner H

Kisker KP

Psychiatrie der Verfolgten: psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extremlastungen.

Springer, Berlino1964

520. 520.

Ceco H

"Da quando era ad Auschwitz, la paziente sente di essere perseguitata". Sopravvissuti all'Olocausto e psichiatria austriaca dopo la seconda guerra mondiale.

in: Hildebrandt S Offerta M Grodin M Riconoscere il passato nel presente: nuovi studi sulla medicina prima, durante e dopo l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2020: 276-297

521. 521.

Greenblatt Kimron L

Marai I

Lorber A

Cohen M

Gli effetti a lungo termine del trauma early-life sulla salute

psicologica, fisica e fisiologica tra gli anziani: lo studio dei sopravvissuti all'Olocausto.

Invecchiamento della salute mentale. 2019; 23: 1340-1349

522. 522.

Johns AN

Brown LS

Cromer LD

Esaminare la trasmissione intergenerazionale del trauma dell'Olocausto in relazione all'identità ebraica, al tipo di comunicazione e al benessere mentale.

J Trauma Stress. 2022; 35: 1497-1507

523. 523.

Lehrner A

Yehuda R

Trauma attraverso le generazioni e percorsi di adattamento e resilienza.

Trauma psicologico. 2018; 10: 22-29

524. 524.

Pross C

Pagare per il passato. La lotta per le riparazioni per le vittime sopravvissute al terrore nazista.

Johns Hopkins University Press, Baltimora, MD1998

525. 525.

Arnold G

Hadžić S

Das Bundesentschädigungsgesetz (BEG).

526. 526. Hamm M Ausgegrenzt! Warum? Zwangssterilisierte und Geschädigte der NS-"Euthanasie" in der Bundesrepublik Deutschland. Metropol, Berlino2017

527. 527.

Surmann R

Riabilitazione e indennizzo per le vittime di sterilizzazione forzata e

"eutanasia". Le politiche della Germania occidentale di
"compensazione" ("Wiedergutmachung").

in: Roelcke V Topp S Lepicard E Silenzio, capri espiatori, auto-
riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la
bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 113-130

528. 528.

Lagnado L

Il passato dell'era nazista di uno scienziato infesta un prestigioso
premio spaziale.

Wall Street Journal. 1 dicembre 2012;

529. 529.

Berger RL

Scienza nazista: gli esperimenti di ipotermia di Dachau.

N Engl J Med. 1990; 322: 1435-1440

530. 530.

Pozos RS

Ricerca sull'ipotermia nazista: i dati dovrebbero essere usati?.

in: Beam TE Sparacino LR Etica medica militare. vol 2. Ufficio del
Surgeon General presso TMM Publications, Washington,
DC2003:437-461

531. 531.

Schmaltz F

Gli esperimenti umani di Otto Bickenbach con agenti di guerra
chimica e il campo di concentramento di Natzweiler.

in: Eckart WU Uomo, medicina e lo stato. Il corpo umano come
oggetto della ricerca medica sponsorizzata dal governo nel 20°
secolo. Franz Steiner Verlag, Stoccarda2006: 139-157

532. 532.

Ceco H

Druml C

Müller M

Voegler M

Beilmann A

Fowler N

L'Università Medica di Vienna e l'eredità dell'atlante anatomico di Pernkopf: la donazione di Elsevier dei disegni originali al Josephinum.
Ann Anat. 2021; 237: 1-8

533. 533. Akademischer Senat der Universität Wien Untersuchungen zur anatomischen Wissenschaft in Wien 1938–1945. Senatsprojekt der Universität Wien. Università di Vienna, Vienna1998

534. 534.

Polak J

Protocollo di Vienna per quando vengono scoperti resti umani ebrei o forse ebrei.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 239-243

535. 535.

Schnitz G

Commenti dell'editore: numero speciale *del Journal of Biocommunication* sulle eredità della medicina nell'Olocausto e nell'atlante di Pernkopf.

J Biocommun. 2021; 45: 1-9

536. 536.

Hildebrandt S

Paulsen F

Waschke J

Naturgetreue Darstellung als höchstes Gebot. Vorwort.

in: Paulsen F Waschke J Sobotta Atlas der Anatomie 25. Urban & Fischer, Elsevier München, Monaco2022

537. 537.

Hildebrandt S

Anatomia dalla Germania nazista ad oggi.

JAMA. 2023; 329: 207-208

538. 538.

Ceco H

Druml W

Weninger M

Müller M

Cosa si dovrebbe fare con le illustrazioni anatomiche di Pernkopf? Un commento dell'Università di Medicina di Vienna.

J Biocommun. 2021; 45: 141-147

539. 539.

Ceco H

Hans Asperger, Nazionalsocialismo e "igiene razziale" nella Vienna dell'era nazista.

Mol Autismo. 2018; 9: 29

540. 540.

Woywodt A

Matteson EL

La granulomatosi di Wegener, sondando il passato non detto dell'uomo dietro l'eponimo.

Reumatologia. 2006; 45: 1303-1306

541. 541.

Panush RS

Wallace DJ

Dorff REN

Engleman EP

Ritrattazione del suggerimento di usare il termine "sindrome di Reiter" sessantacinque anni dopo: l'eredità di Reiter, un criminale di guerra, non dovrebbe essere un onore eponimico ma piuttosto una condanna.

Artrite Rheum. 2007; 56: 693-694

542. 542.

Frey L

La sindrome del nerf auriculo-temporale.

Rev Neurol. 1923; 2: 97-104

543. 543.

Grzybowski A

Sak J

J Neurol. 2016; 263: 2358-2359

544. 544.

Simmer HH

Der Berliner Pathologe Ludwig Pick (1868-1944). Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaft (Heft 94).

Matthiessen, Husum2000

545. 545.

Strous RD

Edelman MC

Gli eponimi e l'era nazista: tempo di ricordare e tempo di cambiamento.

Isr Med Assoc J. 2007; 9: 207-214

546. 546.

Cohen MMJ

Deriva genetica. Panoramica della medicina tedesca, nazista e dell'Olocausto.

Am J Med Genet A. 2010; 152A: 687-707

547. 547.

Cohen MMJ

Am J Med Genet A. 2012; 158A: 266

548. 548.

Hildebrandt S

Offerta M

Grodin MA

Introduzione: riconoscere il passato nel presente.

in: Hildebrandt S Offerta M Grodin MA Riconoscere il passato nel presente: medicina prima, durante e dopo l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2021: 1-21

549. 549.

Società Max Planck

Scienza biomedica e sperimentazione umana presso gli Istituti Kaiser Wilhelm. Il collegamento con Auschwitz. Discorsi tenuti in occasione dell'apertura.

550. 550.

Sachse C

Scuse, responsabilità, memoria. Venire a patti con i crimini medici nazisti: l'esempio della Max Planck Society.

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2011; 261: 202-206

551. 551. Sachse C Die Verbindung nach Auschwitz: Biowissenschaften und Menschenversuche an Kaiser-Wilhelm-Instituten: Dokumentation eines Symposiums. Wallstein Verlag, Göttingen 2003

552. 552.

Schneider F

Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung. Springer, Berlino 2011

553. 553.

Dörre S

Zwischen NS-"Euthanasie" und Reformaufbruch: die psychiatrischen Fachgesellschaften im geteilten Deutschland.

Springer Nature, Berlino 2021

554. 554. Krischel M Schmidt M Groß D Medizinische Fachgesellschaften im Nationalsozialismus: Bestandsaufnahme und Perspektiven vergleichender Institutionsgeschichte. LIT Verlag, Münster 2016

555. 555.

Baader G

Bleker J

Bodenschatz KJ

Chalmers I

et al.

In ricordo delle vittime della medicina nazista. Norimberga, maggio 2012.

Isr Med Assoc J. 2012; 14: 529-530

556. 556.
Reis S
Riflessioni sulla dichiarazione di Norimberga dell'assemblea medica tedesca.
Isr Med Assoc J. 2012; 14: 532-534
557. 557.
Roelcke V
Hildebrandt S
Seidelman WE
L'esitante dell'Associazione medica tedesca nel trattare con il passato nazista.
Lancet. 2021; 398: 1564-1565
558. 558.
Hohendorf G
in: Roelcke V Topp S Lopicard E Silenzio, capri espiatori, auto-riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 131-146
559. 559.
Seidelman WE
Requiescat sine pace. Ricordi e riflessioni sull'Associazione Medica Mondiale, il caso del Prof Dr Hans Joachim Sewering e l'omicidio di Babette Fröwis.
in: Roelcke V Topp S Lopicard E Silenzio, capri espiatori, auto-riflessione: l'ombra dei crimini medici nazisti sulla medicina e la bioetica. V&R unipress, Göttingen2014: 281-300
560. 560.
Hohendorf G
Beyer C
Fuchs P
Hinz-Wessels A
Thiel J
Rotzoll M

Nowe miejsce pamięci i informacji o ofiarach nazistowskiej "eutanzji"-Tiergartenstrasse 4 w Berlinie.
in: Musielak M Głodowska KB Medycyna w cieniu nazizmu.Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im Karola Marcinkowskiego, Poznań2015: 321-328

561. 561.

Fuchs P

Rotzoll M

Müller U

Richter P

Hohendorf G

"Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst":
Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen
"Euthanasie".

Wallstein Verlag, Göttingen2007

562. 562.

Falkenstein S

Annas Spuren: Ein Opfer der NS-"Euthanasie".

Langen Mueller Herbig, Monaco di Baviera2012

563. 563.

Röske T

Rotzoll M

Documenti di una vittima. I disegni di "sterelazione" di Wilhelm
Werner.

Visione grezza. 2018; 99: 52-57

564. 564.

Ojrzyńska K. Prospettive di disabilità sul ricordare "vivere (in)degno di
vivere". Combattere l'eugenetica: prospettive storiche e dibattiti
culturali'; Varsavia; 26-28 aprile 2022.

565. 565.

Ceco H

Pratiche mediche abusive sulle vittime dell'"eutanasia" in Austria durante e dopo la seconda guerra mondiale.

in: Rubinfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo l'Olocausto. Springer Cham, New York, NY2014: 109-125

566. 566.

Ceco H

Der Spiegelgrund-Komplex: Kinderheilkunde, Heilpädagogik, Psychiatrie und Jugendfürsorge im Nationalsozialismus.

Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften. 2014; 25:194-219

567. 567.

Häupl W

Die ermordeten Kinder vom Spiegelgrund: Gedenkdokumentation für die Opfer der NS-Kindereuthanasie in Wien.

Böhlau, Vienna2006

568. 568.

Weindling P

"Cosa è stato fatto per i sopravvissuti?" Il membro della Leopoldina Paul Weindling sulla sua ricerca sulla medicina sotto il nazionalsocialismo.

569. 569.

Museo commemorativo dell'Olocausto

570. 570.

Wald HS

Hildebrandt S

Perché dobbiamo insegnare agli studenti di medicina il ruolo dei medici durante l'Olocausto.

571. 571.

Levine M

Pazza, cattiva e malvagia: psichiatria, psicoanalisi e male.

in: Mason T Psichiatria forense: influenze del male. Humana Press, Totowa, NJ2006: 295-312

572. 572.
Waller JE
Diventare malvagi: come la gente comune commette genocidio e uccisioni di massa.
Oxford University Press, Oxford2007
573. 573.
Boas H
Davidovitch N
Filc D
Zalashik R
Dalla bioetica alla biopolitica: "Giocare la carta nazista" nell'etica della salute pubblica, il caso di Israele.
Bioetica. 2021; 35: 540-548
574. 574.
Proctor R
Scienza nazista ed etica medica nazista: alcuni miti e idee sbagliate.
Perspect Biol Med. 2000; 43: 335-346
575. 575.
Roelcke V
Medicina durante il periodo nazista: fatti storici e alcune implicazioni per l'insegnamento dell'etica medica e della professionalità.
in: Rubenfeld S Medicina dopo l'Olocausto: dalla razza maestra al genoma umano e oltre. Palgrave MacMillan, New York, NY2010: 17-28
576. 576.
Bonah C
"La rabbia sperimentale": lo sviluppo dell'etica medica e la genesi dei fatti scientifici. Ludwik Fleck: una risposta alla crisi della medicina moderna nella Germania tra le due guerre?.
Soc Sci Med. 2002; 15: 187-202
577. 577. Cunningham A Williams P La rivoluzione di laboratorio in medicina. Cambridge University Press, Cambridge1992

578. 578.

Marks HM

Il progresso dell'esperimento: scienza e riforma terapeutica negli Stati Uniti, 1900-1990.

Cambridge University Press, Cambridge1997

579. 579.

Per no W

L'ascesa della scienza in medicina, 1850-1913.

in: Bynum W Hardy A Jacyna S La tradizione medica

occidentale. Cambridge University Press, Cambridge2006: 111-240

580. 580.

Gradmann C

Malattia di laboratorio: batteriologia medica di Robert Koch.

Johns Hopkins University Press, Baltimora, MD2009

581. 581.

Roelcke V. Il modello animale della malattia umana: un concetto fondamentale della ricerca medica: casi storici, fallimenti e alcune considerazioni epistemologiche. *Contesto Sci* (in stampa).

582. 582.

Starr P

La trasformazione sociale della medicina americana.

Libri di base, New York, NY1982

583. 583.

Tomes N

Rifare il paziente americano: come Madison Avenue e la medicina moderna hanno trasformato i pazienti in consumatori.

Università della Carolina del Nord Press, Chapel Hill, NC2006

584. 584.

Weisz G

Dividi e conquista: una storia comparativa della specializzazione medica.

Oxford University Press, Oxford2005

585. 585.
Peabody FW
JAMA. 1927; 88: 877-882
586. 586.
Caplan AL
Troppo difficile da affrontare.
J Am Acad Legge Psichiatrica. 2005; 33: 394-400
587. 587.
Michman D
WCG—medicina nell'Olocausto e oltre | Dan Michman.
588. 588.
Grodin MA
Pazo, cattivo o malvagio: come i medici guaritori si rivolgono alla tortura e all'omicidio.
in: Rubinfeld S *Medicina dopo l'Olocausto: dalla razza maestra al genoma umano e oltre*. Palgrave Macmillan, New York, NY2010: 51-55
589. 589. Kestenbaum J Mahoney C Meade A Fuller A *Salute pubblica, salute mentale e prevenzione delle atrocità di massa*. Routledge, New York, NY2021
590. 590.
Beecher HK
N Engl J Med. 1966; 274: 1354-1360
591. 591.
Horner J
Ritiro da Norimberga: possiamo prevenire la ricerca medica non etica?.
Salute pubblica. 1999; 113: 205-210
592. 592.
Moreno JD
Rischio indebito: esperimenti di stato segreto sugli esseri umani.

Routledge, New York, NY2001

593. 593.

Neuberger J

La medicina nazista e l'etica della ricerca umana.

Lancet. 2005; 366: 799-800

594. 594.

Schmidt U

Scienza segreta: un secolo di guerra dei veleni ed esperimenti umani.

Oxford University Press, Oxford2015

595. 595.

Freidson E

La professionalità rinasce: teoria, profezia e politica.

Università di Chicago Press, Chicago, IL1994

596. 596.

Wynia MK

Obblighi civici in medicina: la disobbedienza civile "professionale" strappa o ripara il tessuto di base della società?.

Etica AMA J. 2004; 6: 30-32

597. 597.

Baker R

Wynia MK

Il ruolo delle professioni in uno stato: gli effetti dell'esperienza nazista sulla professionalità sanitaria.

in: Gallin S Bedzow I Bioetica e l'Olocausto: uno studio completo su come l'Olocausto continua a plasmare l'etica della salute, della medicina e dei diritti umani. Springer, New York, NY2022: 281-297

598. 598.

Gerards J

Principi generali della Convenzione europea dei diritti dell'uomo.

Cambridge University Press, Cambridge2023

599. 599.

Associazione Medica Mondiale

- Il Codice di Norimberga (1947, ristampato).
BMJ. 1996; 3131484
600. 600.
Camargo K
Scienza, salute e diritti umani.
Glob Salute Pubblica. 2022; 17: 3109-3118
601. 601.
McKenzie KC
Mishori R
Ferdowsian H
Dodici consigli per incorporare lo studio dei diritti umani nell'educazione medica.
Insegna Med. 2020; 4: 871-879
602. 602.
Sekala S
Williams CR
Meier BM
Governance sanitaria globale attraverso il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite: sicurezza sanitaria *contro* diritti umani?.
Aust J Int Affair. 2022; 76: 27-34
603. 603.
Mann JM
Medicina e salute pubblica, etica e diritti umani.
Hastings Cent Rep. 1997; 27: 6-13
604. 604.
Consiglio d'Europa
Antigipsyism/discriminazione.
605. 605.
Ahola-Launonen J
Umanità e responsabilità sociale, solidarietà e diritti sociali.
Etica della salute di Camb Q. 2016; 25: 176-185
606. 606.

Lipstadt DE

Antisemitismo: qui e ora.

Schocken, New York, NY2019

607. 607.

La Casa Bianca

La strategia nazionale degli Stati Uniti per contrastare l'antisemitismo.

608. 608.

Kuper A

Riflessioni sull'affrontare l'antisemitismo in una facoltà di medicina canadese.

Può Med Ed J. 2022; 14: 158-170

609. 609.

Tussie C

Idealismo interreligioso alla Harvard Medical School: opinione.
Jerusalem Post, 1 giugno 2022

610. 610.

Wright G

Volodarsky S

Hecht S

Saxe L

Tendenze nelle esperienze dei giovani adulti ebrei e nelle percezioni dell'antisemitismo in America dal 2017 al 2019.

Contemp Jewry. 2021; 41: 461-481

611. 611.

Ebreo nel campus

Rapporto annuale sull'antisemitismo ebraico nel campus.

612. 612.

Liphshiz C

Tribunale svedese: medico licenziato ingiustamente dall'ospedale che si è lamentato di bullismo antisemita.

Tempi di Israele, 7 settembre 2022

613. 613.
Halperin EC
Il problema ebraico nell'educazione medica statunitense, 1920-1955.
J Hist Med Allied Sci. 2001; 56: 140-167
614. 614.
Solasz SJ
Zuckerman JD
Egol KA
La storia delle citazioni ebraiche discriminatorie nell'educazione medica e nella formazione ortopedica americana.
J Osseo Joint Surg Am. 2022; 105: 325-329
615. 615.
Il Centro per lo studio dell'Ebraismo europeo contemporaneo Lester e Sally Entin Facoltà di Lettere e Filosofia Università di Tel Aviv
Rapporto sull'antisemitismo mondiale 2022.
616. 616.
Topor L
Spiegazioni di antisemitismo nella sinistra postcoloniale britannica.
Rivista Contemp Antisemitismo. 2018; 1: 1-14
617. 617.
Lipstadt DE
Osservazioni allo United States Holocaust Memorial Museum.
618. 618.
Liphshiz C
Il giornale greco parona l'amministratore delegato ebreo di Pfizer al medico nazista Josef Mengele.
Tempi di Israele, 13 novembre 2020
619. 619.
Marwell DG
Il buon dottore e il cattivo medico: contestuali la calunnia Mengele di Lara Logan del dottor Fauci.

New York Daily News, 7 dicembre 2021

620. 620.

Natura

Sfida l'antisemitismo. Un'ondata di pregiudizi anti-ebraici sta ancora una volta travolgendo scuole e università. Non ci sono scuse per non richiamare questo comportamento vile.

Natura. 2018; 556: 407

621. 621.

Bakow L

622. 622.

Commissione europea

L'ascesa dell'antisemitismo online durante la pandemia. Uno studio dei contenuti francesi e tedeschi.

Unione europea, Lussemburgo2021

623. 623.

Villarosa L

Sotto la pelle: il pedaggio nascosto del razzismo sulle vite americane e sulla salute della nostra nazione.

Doubleday, New York, NY2022

624. 624.

Kendi IX

Come essere un antirazzista.

One World, New York, NY2019

625. 625.

Scherer L

Accademie Nazionali di Scienze, Ingegneria e MedicinaDivisione di Scienze Comportamentali e Sociali e IstruzioneBoard

on Behavioral, CognitiveSensory

Sciences

Affrontare la diversità, l'equità, l'inclusione e l'antirazzismo nelle organizzazioni STEMM del 21° secolo: atti di un workshop, in breve.

626. 626.

Chew M

Das P

Aujla M

Horton R

Avanzare l'equità razziale ed etnica nella scienza, nella medicina e nella salute: un invito a presentare documenti.

Lancet. 2021; 398: 1287-1289

627. 627.

Vyas DA

Eisenstein LG

Jones DS

Nascosto in bella vista, riconsiderando l'uso della correzione di razza negli algoritmi clinici.

N Engl J Med. 2020; 383: 874-882

628. 628.

Sumner DR

Hildebrandt S

Nesbitt A

et al.

Razzismo, razzismo strutturale e l'American Association for Anatomy: rapporto iniziale di una task force.

Anat Rec. 2022; 305: 772-787

629. 629.

Baker R

Wynia MK

Storie viventi di razzismo strutturale e medicina organizzata.

Etica AMA J. 2021; 23: 995-1003

630. 630.

Adams LV

Dorough DS

Accelerare la salute e il benessere degli indigeni: la commissione

Lancet sulla salute artica e settentrionale.

Lancet. 2022; 399: 613-614

631. 631.

Serwer A

L'idea americana di razza di Whoopi Goldberg.

L'Atlantico, 3 febbraio 2022

632. 632.

Whitman JQ

Il modello americano di Hitler: gli Stati Uniti e la realizzazione della legge razziale nazista.

Princeton University Press, Princeton, NJ2017

633. 633.

Università della CaliforniaDavis

Affrontare l'antisemitismo.

634. 634.

Erondu NA

Mofokeng T

Kavanagh MM

Matache M

Bosha SL

Verso politiche e strategie antirazziste per ridurre gli scarsi risultati di salute nelle comunità razzializzate: introduzione della Commissione O'Neill-*Lancet* sul razzismo, la discriminazione strutturale e la salute globale.

Lancet. 2023; 401: 1834-1836

635. 635.

Il Lancet

Avanzare l'equità razziale ed etnica nella salute.

Lancet. 2022; 400:2007

636. 636.

Stögner K

Antisemitismo e femminismo intersezionale: strane alleanze.

in: Lange A Mayerhofer K Porat D Schiffman LH Affrontare

l'antisemitismo nei media moderni, nel mondo legale e politico. vol 5.
De Gruyter, Berlino2021: 69-88

637. 637.

Adebowale V

Rao M

Razzismo in medicina: perché l'uguaglianza è importante per tutti.

BMJ. 2020; 368: m530

638. 638.

Stern AM

Avvertenze sulla disumanizzazione medicalizzata.

Etica AMA J. 2021; 23: 64-69

639. 639.

Ibrahim Z

Brown C

Crow B

Roumimper H

Kureshi S

La propagazione delle differenze razziali e razziali come biologiche nell'educazione preclinica.

Med Sci Educ. 2022; 32: 209-219

640. 640.

Williams D

Lawrence J

Davis B

Razzismo e salute: prove e ricerca necessaria.

Ann Rev Salute pubblica. 2019; 40: 105-125

641. 641.

Schütz M

Braswell H

Eticare la storia: rappresentazioni bioetiche della medicina nazista.

Bioetica. 2023; 37: 581-590

642. 642.

Fornaio R

La Dichiarazione di Helsinki e i fondamenti della bioetica globale.

in: Schmidt U Frewer A Sprumont D Ricerca etica: la Dichiarazione di Helsinki e il passato, il presente e il futuro della sperimentazione umana. Oxford University Press, Oxford2020: 47-68

643. 643.

Mannheimer V

Roelcke V

Medicina durante il periodo nazista e l'Olocausto: quali sono le implicazioni? Un'intervista con Volker Roelcke.

História, Ciências, Saúde. 2022; 29: 523-530

644. 644.

Saini A

Superiore: il ritorno della scienza della razza.

Beacon Press, Boston, MA2019

645. 645.

Patel P

Sterilizzazione forzata delle donne come discriminazione.

Sanità Pubblica Rev. 2017; 38: 1-12

646. 646.

Kluchin R

Come dovrebbe rispondere un medico alla scoperta che il suo paziente è stato sterilizzato con la forza?

Etica AMA J. 2021; 23: 18-25

647. 647.

Herzog D

Disapprendimento dell'eugenetica: sessualità, riproduzione e disabilità nell'Europa post-nazista.

Università del Wisconsin Press, Madison, WI2018

648. 648.

Immergiti L

Newson AJ

Screening dei portatori riproduttivi: rispondere alla critica eugenetica.

J Med Etica. 2022; 48: 1060-1067

649. 649.

Sear R

La demografia e l'ascesa, l'apparente calo e la rinascita dell'eugenetica.

Popul Stud. 2021; 75: 201-220

650. 650.

Freestone JM

Il darwinismo contemporaneo come visione del mondo.

Stud Hist Philos Sci. 2021; 90: 68-76

651. 651.

Russell C

Quali vite contano nella biomedicina riproduttiva?

Riprodu Biomed Soc Online. 2022; 14: 28-31

652. 652.

Adams MB

La scienza ben nata: eugenetica in Germania, Francia, Brasile e Russia.

Oxford University Press, Oxford1990

653. 653.

Zuckerman S

L'emergere della professione di "consulenza genetica" come controazione ai concetti e alle pratiche eugenetiche passate.

Bioetica. 2021; 35: 528-539

654. 654.

Cavaliere G

Guardando nell'ombra: l'argomento eugenetico nei dibattiti sulle tecnologie e le pratiche riproduttive.

Monash Bioeth Rev. 2018; 36: 1-22

655. 655.

Raposo V

Dall'eugenetica pubblica all'eugenetica privata: cosa riserva il futuro?.

JBRA Assist Reprod. 2022; 26: 666-674

656. 656.

Foth H

Evitare la "selezione"? Riferimenti alla storia negli attuali dibattiti politici tedeschi sui test prenatali non invasivi.

Bioetica. 2021; 35: 518-527

657. 657.

Habermas J

Il futuro della natura umana.

Wiley, Hoboken, NJ2014

658. 658.

Ipgrave B

Chavez-Garcia M

Darnovsky M

et al.

Da piccoli inizi: costruire un futuro anti-eugenetico.

Lancet. 2022; 399: 1934-1935

659. 659.

lezzoni LI

Rao SR

Ressalam J

et al.

Percezioni dei medici delle persone con disabilità e della loro assistenza sanitaria: lo studio riporta i risultati di un'indagine sulle percezioni dei medici sulle persone con disabilità.

Salute Aff. 2021; 40: 297-306

660. 660.

Singh S

Cotts KG

Maroof KA

Dhaliwal U

Singh N

Xie T

Disability-inclusive compassionate care: competenze di disabilità per un laureato in medicina indiano.

J Family Med Prim Care. 2020; 91719

661. 661.

Havercamp SM

Barnhart WR

Robinson AC

Smith CNW

Cosa dovremmo insegnare sulla disabilità? Consenso nazionale sulle competenze di disabilità per l'educazione sanitaria.

Disabil Health J. 2021; 14100989

662. 662.

Lerner B

Caplan AL

Eutanasia in Belgio e nei Paesi Bassi: su un pendio scivoloso?.

JAMA Intern Med. 2015; 175: 1640-1641

663. 663.

Schmuhl H-W

Nationalsozialismus als Argument im aktuellen Medizinethikdiskurs. Eine Zwischenbilanz.

in: Frewer A Eickhoff C "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Campus, Frankfurt2000: 385-407

664. 664.

Verhagen E

Sauer P

Il Protocollo di Groningen: eutanasia nei neonati gravemente malati.

N Engl J Med. 2005; 352: 959-962

665. 665.

Kon A

L'eutanasia neonatale è insopportabile: il Protocollo di Groningen dovrebbe essere abbandonato.

Theor Med Bioeth. 2007; 28: 453-463

666. 666.

Onwuteaka-Philipsen B D

Brinkman-Stoppelenburg A

Penning C

et al.

Tendenze nelle pratiche di fine vita prima e dopo l'emanazione della legge sull'eutanasia nei Paesi Bassi dal 1990 al 2010: una ripetuta indagine trasversale.

Lancet. 2012; 380: 908-915

667. 667.

van der Heide A

van Delden J

Onwuteaka-Philipsen B

Decisioni di fine vita nei Paesi Bassi in 25 anni.

N Engl J Med. 2017; 377: 492-494

668. 668.

Cohen-Almagor R

Ely E

Eutanasia e cure palliative in Belgio.

BMJ Support Palliat Care. 2018; 8: 307-313

669. 669.

Groenewoud A

Atsma F

Arvin M

Westert G

Boer T

Eutanasia nei Paesi Bassi: uno studio trasversale dei dati sulle rivendicazioni sulla variazione geografica.

BMJ Support Palliat Care. 2021; (pubblicato online il 14 gennaio)

<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002573>

670. 670.

Hohendorf G

Gli omicidi di pazienti nazionalsocialisti tra tabù e argomentazione: l'eutanasia nazista e l'attuale dibattito sull'uccisione della misericordia.

in: Bialas W Fritze L *Ideologia ed etica nazista.* Cambridge Scholars Publishing, Newcastle 2014: 275-306

671. 671.

Nosheen F

Ahmad US

Anjum S

Kouser R

L'epidemia di Covid-19, un fallimento del sistema di protezione sociale: una prospettiva politica di energia e ripresa economica.

Rev Econ Dev Stud. 2021; 7: 163-175

672. 672.

Shoib S

Zharkova A

Pal A

Jain N

Saleem SM

Kolesnyk P

Rifugiati e crisi di salute mentale in Ucraina.

Psichiatra asiatica J. 2022; 74103169

673. 673.

Cassell EJ

Consenso o obbedienza? Potere e autorità in medicina.

N Engl J Med. 2005; 352: 328-330

674. 674.

Navarro H

L'esperimento della prigione di Stanford.

675. 675.

Milgram S

Gudehus C

HarperCollins, New York, NY2009

676. 676.

Bregman R

L'umanità: una storia di speranza.

Bloomsbury, Londra2020

677. 677.

Miksaneck T

Diventare malvagi: come la gente comune commette genocidio e uccisioni di massa.

JAMA. 2008; 300: 737-738

678. 678.

von Lünen A

Solo seguendo gli ordini? Medicina dell'aviazione nella Germania nazista.

in: Hildebrandt S Offerta M Grodin M Riconoscere il passato nel presente: nuovi studi sulla medicina prima, durante e dopo

l'Olocausto. Berghahn, New York, NY2020: 204-221

679. 679.

Zimbardo PG

L'effetto Lucifero: come le persone buone diventano malvagie.

Random House, New York, NY2011

680. 680.

Gonzalez-Franco M

Slater M

Birney M

Swapp D

Haslam SA

Reicher SD

Preoccupazioni dei partecipanti per lo studente in una replica di realtà virtuale dello studio di obbedienza Milgram.

PLoS One. 2018; 13e0209704

681. 681.

Smeulers A

Milgram ha rivisitato: possiamo ancora usare gli esperimenti di "obbedienza all'autorità" di Milgram per spiegare le atrocità di massa dopo l'apertura degli archivi?

J Perpetrator Res. 2020; 3: 216-244

682. 682.

Zimbardo PG

Riflessioni sul 50° anniversario sull'esperimento della prigione di Stanford e sulla ricerca correlata.

683. 683.

Krackow A

Blass T

Quando gli infermieri obbediscono o sfidano gli ordini dei medici inappropriati: differenze di attribuzione.

J Soc Behav Pers. 1995; 10: 585

684. 684.

Christensen SS

Fuga dalla diffusione della responsabilità: una revisione e una guida per gli infermieri.

J Nurs Manag. 2019; 27: 264-270

685. 685.

Haslam SA

Reicher SD

Contestare la "natura" della conformità: ciò che gli studi di Milgram e Zimbardo mostrano davvero.

PLoS Biol. 2012; 10e1001426

686. 686.

Sibley R

Quando i guaritori diventano assassini: il medico come terrorista.

CMAJ. 2007; 177: 688

687. 687.

Charny I

Il contagio del genocidio: come commettiamo e affrontiamo

l'Olocausto e il genocidio.

Rowman & Littlefield, Lanham, MD2016

688. 688.

Haslam SA

Reicher SD

Una verità che non sempre pronuncia il suo nome: come le scoperte di Hollander e Turowetz confermano ed estendono l'analisi del seguacio impegnato del danno nel paradigma Milgram.

Br J Soc Psychol. 2018; 57: 292-300

689. 689.

Brannigan A

La svolta archivistica nella psicologia sociale classica: alcuni rapporti recenti.

Teoria Psicol. 2021; 31: 138-146

690. 690.

Haque OS

Waytz A

Disumanizzazione in medicina: cause, soluzioni e funzioni.

Perspect Psychol Sci. 2012; 7: 176-186

691. 691.

Steizinger J

Il significato della disumanizzazione: l'ideologia nazista e le sue conseguenze psicologiche.

Polit Relig Ideol. 2018; 19: 139-157

692. 692.

Riley S

Bos G

693. 693.
Il Consiglio del Presidente sulla Bioetica
Dignita' umana e bioetica: saggi commissionati dal consiglio del
Presidente sulla bioetica.
694. 694.
Inverno SF
Inverno SF
La dignità umana come principio guida nell'etica della salute
pubblica: un'analisi multi-case delle decisioni della politica sanitaria
tedesca del XXI secolo.
Int J Health Policy Manag. 2018; 7: 210
695. 695.
Wasserman JA
Navin MC
Medicina, Olocausto e dignità umana: lezioni dai diritti umani.
in: Gallin S Bedzow I Bioetica e l'Olocausto: uno studio completo su
come l'Olocausto continua a plasmare l'etica della salute, della
medicina e dei diritti umani. Springer, New York, NY2022: 281-297
696. 696.
Wynia MK
Latham SR
Kao AC
Berg JW
Emanuel LL
Professionalità medica nella società.
N Engl J Med. 1999; 341: 1612-1616
697. 697. Grodin MA Resistenza medica ebraica nell'Olocausto. Berghahn,
New York, NY2014
698. 698.
Rudnicki S
Biblioteka Midrasza, Varsavia2008
699. 699.

Hautval A

Médecine et crimes contre l'humanité: le refus d'un médecin, déporté à Auschwitz, de participer aux expériences médicales.

Le Félin, Parigi2006

700. 700.

Aleksion N

Cadaveri cristiani per cristiani! Sezionare l'antisemitismo dietro l'affare del cadavere della Seconda Repubblica di Polonia.

East Eur Politics Soc. 2011; 25: 393-409

701. 701.

Ciesielska M

Storia di salvataggio—Loth Edward.

702. 702.

Yad Vashem

Il database dei Giusti tra le Nazioni. Loth Edward.

703. 703.

Yad Vashem

704. 704.

Orth B

Gestapo im OP: Bericht der Krankenhausärztin Charlotte Pommer.

Lukas Verlag, Berlino2013

705. 705.

Pagina TL

Benedict S

La rosa bianca: resistere al nazionalsocialismo, con un'introduzione di Susan Benedict.

in: Rubinfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo

l'Olocausto. Springer, New York, NY2014: 157-163

706. 706.

Robertson M

Ley A

Light E

Il primo nel buio: la persecuzione nazista dei disabili.

UTS ePress, Broadway, NSW2019

707. 707.

Fernandes AK

I diritti e le responsabilità del medico di sostenere i valori bioetici nella società.

in: Gallin S Bedzow I Bioetica e l'Olocausto: uno studio completo su come l'Olocausto continua a plasmare l'etica della salute, della medicina e dei diritti umani. Springer, New York, NY2022: 247-259

708. 708.

Wynia MK

Disobbedienza civile professionale: responsabilità medico-società dopo Dobbs.

N Engl J Med. 2022; 387: 959-961

709. 709.

Rahman S

Myers R

Coraggio nella sanità: una virtù necessaria o un segnale di avvertimento?.

SAGE, Londra2018

710. 710.

Ellaway RH

Wyatt TR

Che ruolo dovrebbe svolgere la resistenza nella formazione degli operatori sanitari?

Acad Med. 2021; 96: 1524-1528

711. 711.

Baader G

Auf dem Weg zum Menschenversuch im Nationalsozialismus.

Historische Vorbedingungen und der Beitrag der Kaiser-Wilhelm-Institute.

in: Sachse C Die Verbindung nach Auschwitz. Biowissenschaften und

Menschenversuche an Kaiser-Wilhelm-Instituten. Dokumentation eines Symposiums. Wallstein Verlag, Göttingen 2003: 105-157

712. 712.

Roelcke V

Tiermodell und Menschenbild. Konfigurationen der epistemologischen und ethischen Mensch-Tier-Grenzziehung in der Humanmedizin zwischen 1880 und 1945.

in: Griesecke B Krause M Pethes N Sabisch K Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20 Jahrhundert. Suhrkamp, Francoforte 2009: 16-47

713. 713.

Reis SP

Wald HS

Imparare dal passato: la medicina e l'Olocausto.

Lancet. 2009; 374: 110-111

714. 714.

Weindling P

Dal "processo dei medici" di Norimberga al "Codice di Norimberga".

in: Gallin S Bedzow I Bioetica e l'Olocausto: uno studio completo su come l'Olocausto continua a plasmare l'etica della salute, della medicina e dei diritti umani. Springer, New York, NY 2022: 219-228

715. 715.

Raymond N

Allen S

Iacopino V

et al.

Esperimenti nella tortura: prove di ricerca e sperimentazione di soggetti umani nel programma di interrogatorio "manziato". Un libro bianco dei medici per i diritti umani, Cambridge MA.

Medici per i diritti umani, Cambridge, MA 2010

716. 716.

Grady C

Eckstein L
Berkman B
et al.

Ampio consenso per la ricerca con campioni biologici.

Sono J Bioeth. 2015; 15: 34-42

717. 717.

Smilian L

Ampio consenso: stiamo chiedendo abbastanza?

Etica Hum Res. 2022; 44: 22-31

718. 718.

Teixeira da Silva JA

Gestire il dumping etico e la ricerca neo-coloniale: dal laboratorio alla letteratura accademica.

J Bioeth Inq. 2022; 19: 433-443

719. 719.

Harper A

Pratt B

Combattere il neo-colonialismo nella ricerca sanitaria: cosa possono insegnarsi a vicenda l'etica della ricerca sanitaria aborigena e l'etica della ricerca sanitaria globale?

J Empir Res Hum Res Etica. 2022; 17: 431-454

720. 720.

Traghetta K

Mackintosh M

Ghassemi M

Considerando i dati distorti come artefatti informativi nell'assistenza sanitaria assistita dall'IA.

N Engl J Med. 2023; 389: 833-838

721. 721.

Bloche G

Lealtà clinica e gli scopi sociali della medicina.

JAMA. 1999; 281: 268-274

722. 722.
Medici per i diritti umani e Scuola di sanità pubblica e assistenza sanitaria primaria
Università di Città del Capo
Facoltà di Scienze della salute
Doppia lealtà e diritti umani nella pratica professionale sanitaria. Linee guida proposte e meccanismi istituzionali: un progetto dell'International Dual Loyalty Working Group.
723. 723.
Singh J
Medici americani e doppi obblighi di lealtà nella "guerra al terrore".
Etica BMC Med. 2003; 2003: 4
724. 724. US Institute of Medicine Board on Health Sciences Policy
Etica medica militare: questioni riguardanti la doppia lealtà: riassunto del workshop. National Academies Press, Washington, DC 2009
725. 725.
Wynia MK
In che modo il coinvolgimento dei medici nell'Olocausto dovrebbe informare le responsabilità contemporanee per proteggere la sicurezza pubblica?
Etica AMA J. 2021; 23: 6-11
726. 726.
Bricknell M
Miron M
Etica medica per la professione militare.
Revista Cientifica General Jose Maria Cordovo. 2021; 19: 851-866
727. 727.
Benatar SR
Upshur RE
Doppia lealtà dei medici nell'esercito e nella vita civile.
Am J Sanità pubblica. 2008; 98: 2161-2167
728. 728.

Miglia SH

I medici della tortura: i crimini contro i diritti umani e la strada verso la giustizia.

Georgetown University Press, Washington, DC2020

729. 729.

Bloche MG

Marchi JH

Medici e interrogatori a Guantanamo Bay.

N Engl J Med. 2005; 353: 6-8

730. 730.

Grodin M

Annas G

Medici e tortura: lezioni dai medici nazisti.

Int Rev Croce Rossa. 2007; 89: 635-654

731. 731.

Crosby SS

Benavidez G

Da Norimberga alla baia di Guantanamo: usi dei medici nella guerra al terrore.

Am J Sanità pubblica. 2018; 108: 36-41

732. 732.

Annas GD

Interrogatori, torture e salute mentale: concettualizzare l'eccezionalismo.

in: Dyer AR Kohrt BA Candilis PJ *Etica globale della salute mentale.* Springer, New York, NY2021: 269-287

733. 733.

Associazione Medica Mondiale

Dichiarazione dell'AMM di Tokyo: linee guida per i medici riguardanti la tortura e altri trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti in relazione alla detenzione e alla detenzione.

734. 734.

Sirkin S

Hampton K

Mishori R

Professionisti della salute, violazioni dei diritti umani al confine tra Stati Uniti e Messico e eredità dell'Olocausto.

Etica AMA J. 2021; 23: 38-45

735. 735.

McColl H

Bhui K

Jones E

Il ruolo dei medici nelle indagini, nella prevenzione e nel trattamento della tortura.

J Royal Soc Med. 2012; 105: 464-471

736. 736.

Cuerda-Galindo E

Lopez-Munoz F

Il ruolo dei medici nella tortura: dalla mezza età ad Abu Ghraib.

Int Polit. 2022; 59: 1065-1081

737. 737.

Eagan SM

Lederman Z

in: Gallin S Bedzow I Bioetica e l'Olocausto: uno studio completo su come l'Olocausto continua a plasmare l'etica della salute, della medicina e dei diritti umani. Springer, New York, NY2022: 93-107

738. 738.

Gifford R

Molleman E

Van Der Vaart T

Due lati di ogni moneta: valutare gli effetti dello spostamento dei medici sui contratti di lavoro.

Soc Sci Med. 2022; 292114564

739. 739.

Spevick J

Medici come agenti dello stato.

Etica AMA J. 2002; 4: 363-366

740. 740.

Schacht A

Potere in psichiatria. Gerarchie sovietiche tra pari e laici nel contesto dell'abuso politico della psichiatria.

Hist Psichiatria. 2022; 33: 21-33

741. 741.

Nie JB

Cheng Y

Zou X

et al.

Il circolo vizioso della sfiducia paziente-medico in Cina: prospettive degli operatori sanitari, conflitto di interessi istituzionali e costruzione della fiducia attraverso la professionalità medica.

Mondo di sviluppo Bioeth. 2018; 18: 26-36

742. 742.

Kuczewski MG

Blair A

In che modo la storia del coinvolgimento dei medici nell'Olocausto dovrebbe informare il modo in cui i medici si avvicinano ai datori di lavoro?

Etica AMA J. 2021; 23: 12-17

743. 743.

Il Lancet

Il mondo più ampio: una città del Medio Ovest.

Lancet. 1951; 257: 1175-1176

744. 744.

Sidel V

Le responsabilità sociali degli operatori sanitari: lezioni dal loro ruolo nella Germania nazista.

JAMA. 1996; 276: 1679-1681

745. 745.

Meltzer E

Come un repubblicano del Colorado ha plasmato ciò che gli studenti impareranno sull'Olocausto.

The Denver Post, 12 ottobre 2022

746. 746.

Das AK

L'etica dell'amputazione penale.

Etica indiana J Med. 2020; 5: 143-148

747. 747.

Bendtsen K

Sulla forzata dei prigionieri in sciopero della fame.

Forum HEC. 2019; 31: 29-48

748. 748.

Moe K

Dovrebbero essere citati i dati di ricerca nazista?

Hastings Cent Rep. 1984; 14: 5-7

749. 749.

Hildebrandt S

Seidelman WE

Da dove vengono? Un appello per la completa trasparenza per quanto riguarda l'origine dei tessuti umani nella ricerca.

ESMO Aperto. 2017; 2e000201

750. 750.

Associazione medica americana

Codice di etica medica AMA, parere 7.2.2. Rilascio di dati da esperimenti non etici.

751. 751.

Caplan AL

Come dovremmo considerare le informazioni raccolte negli esperimenti nazisti.

Etica AMA J. 2021; 23: E55-E58

752. 752.

Ceco H

Brenner E

Vittime naziste sul tavolo di dissezione: l'Istituto Anatomico di Innsbruck.

Ann Anat. 2019; 226: 84-95

753. 753.

Polak JA

Seidelman W

Elbaum L

Hildebrandt S

Il Protocollo di Vienna: raccomandazioni/linee guida per la gestione delle future scoperte di resti di vittime umane del terrore nazista "Protocollo di Vienna" per quando vengono scoperti resti umani ebrei o forse ebrei.

J Biocommun. 2021; 45: E1

754. 754.

Deutscher Museumsbund

Linee guida: cura dei resti umani nei musei e nelle collezioni.

755. 755.

Consiglio internazionale dei musei

Codice etico ICOM per i musei.

756. 756.

Ohry A

Dovremmo cancellare e cambiare gli omonimi medici che prendono il nome dai medici nazisti.

Harefuah. 2019; 158: 509-510

757. 757.

Seidelman WE

L'eponimo contaminato: trasgressione e memoria nella scienza medica.

Wiener Klinische Wochenschrift. 2018; 130: 159-253

758. 758.

Seidelman W

Un'indagine sulla morte spirituale del dottor Ippocrate.

Harefuah. 1991; 120: 677-682

759. 759.

Garba DL

Stankey MC

Jayaram A

Hedt-Gauthier BL

Come decolonizziamo la salute globale nell'educazione medica?.

Ann Glob Salute. 2021; 87: 29

760. 760.

Finn GM

Danquah A

Matthan J

Colonizzazione, cadaveri e colore: considerando la decolonizzazione dei curricula di anatomia.

Anat Rec. 2022; 305: 938-951

761. 761.

Fangerau H

Krischel M

Der Wert des Lebens und das Schweigen der Opfer: zum Umgang mit den Opfern nationalsozialistischer Verfolgung in der Medizinhistoriographie.

in: Westermann S Kühl R Ohnhäuser T NS-“Euthanasie” und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung–Gedenkformen–Betroffenenperspektiven. LIT, Bielefeld2011: 19-28

762. 762.

Margalit A

Harvard University Press, Cambridge, MA2004

763. 763.

- Caplan AL
Abusare dell'analogia nazista.
Scienza. 2005; 309: 535
764. 764.
Proctor R
Sul giocare la "carta nazista".
Controllo del tabacco. 2008; 17: 289-290
765. 765.
Fiducia per il Giorno della Memoria dell'Olocausto
La Dichiarazione di Stoccolma.
766. 766.
Reis SP
Wald HS
Weindling P
L'Olocausto, la medicina e il diventare un medico: il ruolo cruciale dell'educazione.
Isr J Politica sanitaria Res. 2019; 8: 55
767. 767.
Kruse JA
Wald HS
Eredità del ruolo della medicina e dell'assistenza infermieristica nell'Olocausto: un intervento educativo per sostenere la formazione dell'identità professionale degli studenti infermieristici e la condotta etica.
Nurs Educ Perspect. 2023; 44: 169-171
768. 768.
González-López E
Ríos-Cortés R
Opinioni degli studenti di medicina su alcune questioni bioetiche prima e dopo un corso di Olocausto e medicina.
Isr Med Assoc J. 2019; 21: 298
769. 769.

Reis SP

Wald HS

Contemplare la medicina durante il Terzo Reich: formazione dell'identità professionale per gli studenti di medicina.

Acad Med. 2015; 90: 770-773

770. 770.

Martinez W

Bell SK

Etchegaray JM

Lehmann LS

Misurare il coraggio morale per stagisti e residenti: sviluppo della scala e psicomетria iniziale.

Acad Med. 2016; 91: 1431-1438

771. 771.

Marrone A

Bonneville G

Glaze S

Tuttavia, hanno persistito: come le donne sperimentano la discriminazione di genere durante la formazione chirurgica post-laurea.

J Surg Educ. 2021; 78: 17-34

772. 772.

Bajaj K

Szabo RA

Liu H

Malhotra Y

Agenzia di costruzione: un approccio innovativo per aiutare gli educatori delle professioni sanitarie a promuovere il potere e il coraggio.

Insegna Med. 2021; 43: 912-913

773. 773.

Waldman RA

Waldman SD

Carter BS

Quando dico...angoscia morale come punto di insegnamento.

Med Educ. 2019; 53: 430-431

774. 774.

Ssebunnya GM

Una prospettiva trifocale sulla medicina come impresa morale: verso un'autentica filosofia della medicina.

J Med Philos. 2015; 40: 8-25

775. 775.

Caldicott C

Rivisitare il coraggio morale come obiettivo educativo.

Acad Med. 2023; 98: 873-875

776. 776.

Hren D

Marušić M

Marušić A

Regressione del ragionamento morale durante l'educazione medica: studio di progettazione combinato per valutare l'effetto degli anni di studio clinico.

PLoS One. 2011; 6e17406

777. 777.

Murrell VS

Il fallimento dell'educazione medica nello sviluppare il ragionamento morale negli studenti di medicina.

Int J Med Educ. 2014; 5: 219

778. 778.

Hegazi I

Wilson I

Educazione medica e segmentazione morale negli studenti di medicina.

Med Educ. 2013; 47: 1022-1028

779. 779.
Carufel-Wert DA
Younkin S
Foertsch J
et al.
LOCUS: immunizzare gli studenti di medicina contro la perdita di valori professionali.
Fam Med. 2007; 39: 320-325
780. 780.
Wyatt TR
Ma TL
Ellaway RH
Resistenza del medico all'ingiustizia: una revisione dell'ambito.
Soc Sci Med. 2023; 320115727
781. 781.
Hafferty FW
O'Donnell JF
Il curriculum nascosto nella formazione professionale sanitaria.
Dartmouth College Press, Chicago, IL2015
782. 782.
Bruns F
Etica medica e ricerca medica sugli esseri umani nel nazionalsocialismo.
in: Rubinfeld S Benedict S Ricerca di soggetti umani dopo l'Olocausto. Springer, New York, NY2014: 39-50
783. 783.
Kim S
Appelbaum NP
Baker N
et al.
Sicurezza del paziente rispetto alla gerarchia del potere: una revisione dell'ambito della formazione sulle competenze di speaking-

up degli operatori sanitari.

J Healthc Qual. 2020; 42: 249-263

784. 784.

Violato E

Witschen B

Violato E

King S

Uno studio comportamentale dell'obbedienza negli studenti professionisti della salute.

Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2021; 27: 293-321

785. 785.

Chen Y-C

Issenberg SB

Issenberg Z

Chen H-W

Kang Y-NWu

J-C

Fattori associati agli studenti di medicina che parlano di errori medici: uno studio trasversale.

Insegna Med. 2022; 44: 38-44

786. 786.

Jones A

Blake J

Adams M

Kelly D

Mannion R

Maben J

Interventi che promuovono il "parlare" dei dipendenti all'interno dei luoghi di lavoro sanitari: una revisione narrativa sistematica della letteratura internazionale.

Politica sanitaria. 2021; 125: 375-384

787. 787.

Martinez W
Lehmann LS
Thomas EJ
et al.

Parlando delle minacce tradizionali e legate alla sicurezza dei pazienti legate alla professionalità: un'indagine nazionale su stagisti e residenti.

BMJ Qual Saf. 2017; 26: 869-880

788. 788.

Salehi PP
Jacobs D
Suhail-Sindhu T
Judson BL
Azizzadeh B
Lee YH

Conseguenze della gerarchia medica su studenti di medicina, residenti e formazione medica in otorinolaringoiatria.

Otolaryngol Head Neck Surg. 2020; 163: 906-914

789. 789.

Ber R
Alroy G

Insegnare la professionalità con l'aiuto di film trigger.

Insegna Med. 2002; 24: 528-531

790. 790.

Nolan HA
Owen K

Dodici consigli per favorire il riconoscimento degli studenti sanitari e la segnalazione di comportamenti o preoccupazioni non professionali.

Med Teach. 2023; (pubblicato online il 7 giugno)

<https://doi.org/10.1080/0142159x.2023.2218541>

791. 791.

Bleakley A

Educazione medica, politica e giustizia sociale. La contraddizione
cura.

Routledge, Londra 2020

792. 792.

Frenk J

Chen L

Bhutta ZA

et al.

Professionisti della salute per un nuovo secolo: trasformare
l'istruzione per rafforzare i sistemi sanitari in un mondo
interdipendente.

Lancet. 2010; 376: 1923-1958

793. 793.

Frenk J

Chen L

Chandran L

et al.

Sfide e opportunità per educare gli operatori sanitari dopo la
pandemia di COVID-19.

Lancet. 2022; 400: 1539-1556

794. 794.

Associazione medica americana

Dichiarazione di responsabilità professionale AMA.

795. 795.

American Board of Internal Medicine Foundation American

College of Physicians Foundation Federazione

europea di medicina interna

Professionalità medica nel nuovo millennio: una carta dei medici.

Ann Intern Med. 2002; 136: 243-246

796. 796.

Irby DM

Cooke M

O'Brien BC

Chiede la riforma dell'educazione medica da parte della Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching: 1910 e 2010.

Acad Med. 2010; 85: 220-227

797. 797.

Fornaio D

Fiducia nell'assistenza sanitaria ai tempi del COVID-19.

JAMA. 2020; 324: 2373-2375

798. 798.

Cruess RL

Cruess SR

Boudreau JD

Snell L

Steinert Y

Riformulare l'educazione medica per sostenere la formazione dell'identità professionale.

Acad Med. 2014; 89: 1446-1451

799. 799.

Wald HS

Identità professionale (trans)formazione nell'educazione medica: riflessione, relazione, resilienza.

Acad Med. 2015; 90: 701-706

800. 800.

Wald HS

White J

Reis SP

Esquibel AY

Anthony D

Alle prese con la complessità: gli scritti riflessivi degli studenti di medicina sugli incontri impegnativi dei pazienti come finestra sulla formazione dell'identità professionale.

Insegna Med. 2019; 41: 152-160

801. 801.

Nothnagle M

Reis S

Goldman RE

Anandarajah G

Promuovere la formazione professionale in residenza: sviluppo e valutazione della serie di seminari "forum".

Insegnare Impara la medicina. 2014; 26: 230-238

802. 802.

Skalko J

Cherry MJ

Bioetica e agenzia morale: sull'autonomia e la responsabilità morale.

J Med Philos. 2016; 41: 435-443

803. 803.

Watling CJ

Sull'identità, l'agenzia e la cultura (sotto).

Med Educ. 2022; 56: 592-594

804. 804.

Jones DS

Greene JA

Duffin J

Harley Warner J

Fare il caso della storia nell'educazione medica.

J Hist Med Allied Sci. 2015; 70: 623-652

805. 805.

Carr SE

Harris A

Scott K

et al.

InspirE5: un quadro partecipativo e informato a livello internazionale per i curricula di scienze umane sanitarie nell'educazione alle

professioni sanitarie.

BMC Med Educ. 2022; 22: 490

806. 806.

Kelly M

Lynch J

Mainstone P

Verde A

Sturman N

"Cose che ci aspettiamo che facciamo e affrontiamo": usare le discipline umanistiche mediche per incoraggiare la riflessione sulla vulnerabilità e coltivare le abilità cliniche, la collegialità, la compassione e la cura di sé.

Perspect Med Educ. 2022; 11: 300-304

807. 807.

Moniz T

Golafshani M

Gaspar CM

et al.

Il modello prismatico: far progredire una teoria della pratica per le arti e le scienze umane nell'educazione medica.

Perspect Med Educ. 2021; 10: 207-214

808. 808.

Hildebrandt S

Il ruolo della storia e dell'etica dell'anatomia nell'educazione medica.

Anat Sci Educ. 2019; 12: 425-431

809. 809.

Wald HS, Mazzurco L. Uso dell'Olocausto e dell'educazione alla medicina come componente critica della diversità, dell'equità e del curriculum di inclusione/umiltà culturale nell'istruzione medica universitaria. Conferenza AMA ChangeMedEd; 29 settembre 2021.

810. 810.

Johnson C

Rasetter M

Olayiwola JN

Percorsi verso l'equità: uno studio pilota che implementa un curriculum di leadership dell'equità sanitaria nell'istruzione di residenza come antidoto al razzismo sistemico.

J Natl Med Assoc. 2022; 114: 141-146

811. 811.

Holdren S

Iwai Y

Lenze NR

Weil AB

Randolph AM

Un nuovo approccio di medicina narrativa alla formazione DEI per la facoltà di medicina.

Insegnare Impara la medicina. 2022; 35: 457-466

812. 812.

Medici contro il razzismo e l'antisemitismo

Medicina e l'Olocausto: è ora di insegnare.

813. 813.

Carter-Chand R

Sirkin S

Allora e ora: coraggio, complicità e compromesso.

814. 814.

Wald H

Hildebrandt S

Seminario virtuale AAMC: eredità della medicina durante l'Olocausto e la sua rilevanza contemporanea.

815. 815.

Scuola di Medicina William Beaumont dell'Università di Oakland

"Cambia la vita": gli studenti OUWB tornano dal viaggio di studio ad Auschwitz.

816. 816.
Reis S
Ramot M
Corso: medicina nell'Olocausto e oltre per gli operatori sanitari.
817. 817.
Chelouche T
Brahmer G
Benedict S
Casebook sulla bioetica e l'Olocausto.
818. 818.
Associazione medica americana Ed Hub
Cosa possono imparare i medici dalla cura e dalla ricerca nei ghetti e nei campi dell'Europa occupata dai nazisti?
819. 819.
Naciri A
Radid M
Kharbach A
Chemsi G
E-learning nell'educazione alle professioni sanitarie durante la pandemia di COVID-19: una revisione sistematica.
J Educ Eval Health Prof. 2021; 18: 27
820. 820.
Sandars J
Correia R
Dankbaar M
et al.
Dodici consigli per migrare rapidamente all'apprendimento online durante la pandemia di COVID-19.
MedEdPublish. 2020; 9: 82
821. 821.
Sandars J
L'uso della riflessione nell'educazione medica: guida AMEE n. 44.

Insegna Med. 2009; 31: 685-695

822. 822.

Wald HS

Reis SP

Oltre i margini: scrittura riflessiva e sviluppo della capacità riflessiva nell'educazione medica.

J Gen Intern Med. 2010; 25: 746-749

823. 823.

Mema B

Helmerts A

Anderson C

Min KS

Navne LE

Chi sono io? Narrazioni come finestra su momenti trasformativi in terapia intensiva.

PLoS One. 2021; 16e0259976

824. 824.

Riesen MS

Kiessling C

Tauschel D

Wald HS

"Dove si trova la mia responsabilità": riflettere sulla medicina durante l'Olocausto per sostenere la formazione dell'identità personale e professionale nell'educazione alle professioni sanitarie.

GMS J Med Educ. 2023; 40doc24

825. 825.

ML verde

Identificare, valutare e implementare i curricula di educazione medica: una guida per gli educatori medici.

Ann Intern Med. 2001; 135: 889-896

826. 826.

McKimm J

Jones PK

Dodici consigli per applicare i modelli di cambiamento alla progettazione, allo sviluppo e alla consegna del curriculum.

Insegna Med. 2018; 40: 520-526

827. 827.

Prideaux D

ABC dell'apprendimento e dell'insegnamento in medicina.

BMJ. 2003; 326: 268-270

828. 828. Kern DE Thomas PA Hughes MT Chen BY Sviluppo del curriculum per l'educazione medica: un approccio in sei fasi. Johns Hopkins University Press, Baltimora, MD2016

829. 829.

Chen BY

Kern DE

Kearns RM

Thomas PA

Hughes MT

Tackett S

Dai moduli ai MOOC: applicazione dell'approccio in sei fasi allo sviluppo del curriculum online per l'educazione medica.

Acad Med. 2019; 94: 678-685

830. 830.

Gonzalez-Lopez E

L'Olocausto. Una riflessione dalla medicina. Programma e risorse compilate 2020.

831. 831.

Schneiderhan J

Guetterman TC

Dobson ML

Sviluppo del curriculum: un primer su come fare.

Salute della comunità Fam Med. 2019; 7e000046

832. 832.

Associazione dei college medici americani

Competenze di diversità, equità e inclusione in tutto il continuum di apprendimento.

833. 833.

Nguyen KA

Borrego M

Finelli CJ

et al.

Strategie di istruttore per aiutare l'implementazione dell'apprendimento attivo: una revisione sistematica della letteratura.

Int J STEM Educ. 2021; 8: 1-18

834. 834.

Schmidt HG

Rotgans JI

Rajalingam P

Low-Beer N

Una base psicologica per l'apprendimento basato sul team: riconsolidamento della conoscenza.

Acad Med. 2019; 94: 1878-1883

835. 835.

Blair RA

Caton JB

Hamnvik OPR

Un'aula capovolta nella formazione medica universitaria.

Clin Teach. 2020; 17: 195-199

836. 836. Swanwick T Forrest K O'Brien BC Comprendere l'educazione medica: prove, teoria e pratica. Wiley-Blackwell, Hoboken, NJ 2019

837. 837.

Cutrer WB

Spickard III, WA

Triola MM

et al.

Sfruttare il potere dell'informazione nell'educazione medica.

Insegna Med. 2021; 43: 17-24

838. 838.

Centro per

l'Olocausto ebraico

e gli studi sulla pace

Il Centro lancia un nuovo scambio di corsi con il Western Galilee

College in Israele: sessione informativa virtuale per la prima lezione

del WGC su medicina, nazismo e Olocausto in S'22 che si terrà.

839. 839.

Università ebraica di Gerusalemme

Programma: medicina durante l'Olocausto e oltre.

840. 840.

Gligorov N

Sommer TM

Ballato ECT

Frank LE

Rhodes R

Colmare il divario tra conoscenza e abilità: integrare i pazienti

standardizzati nell'educazione bioetica.

Hastings Cent Rep. 2015; 45: 25-30

841. 841.

Zibold J

Gernert J

Reik L

Keidel L

Graupe T

Dimitriadis K

Adattamenti al mentoring e alla formazione dei mentori tra pari

presso la facoltà di medicina durante la pandemia di COVID-19.

GMS J Med Educ. 2021; 38doc8

842. 842.

Spronk B

Widdershoven G

Alma H

Il ruolo della visione del mondo nella deliberazione dei casi morali: visioni ed esperienze dei facilitatori di gruppo.

J Relig Health. 2021; 60: 3143-3160

843. 843.

Ayeni I

Patterson A

L'introduzione di gruppi Balint per i tirocinanti medici di base: un pilota.

BJPsych Aperto. 2021; 7: 123-124

844. 844.

Schrempf S

Herrigel L

Pohlmann J

Griewatz J

Lammerding-Köppel M

Tutti sono in grado di riflettere, o non lo sono? Valutare lo sviluppo della professionalità medica attraverso un programma di tutoraggio di portafoglio longitudinale dal punto di vista degli studenti.

GMS J Med Educ. 2022; 39doc12

845. 845.

Wykowski J

Merel S

Kritek P

Hicks K

Un curriculum just-in-time per insegnare il debriefing degli incidenti critici.

Am J Resp Crit Care Med. 2022; 205A1535

846. 846.

Marcus AS

Maor R

McGregor IM

et al.

Educazione all'Olocausto in transizione dalla testimonianza dal vivo alla testimonianza virtuale dei sopravvissuti: dilemmi pedagogici ed etici.

Studi sull'Olocausto. 2022; 28: 279-301

847. 847.

Felman S

Laub D

Testimonianza: crisi di testimonianza in letteratura, psicoanalisi e storia.

Routledge, New York, NY1992

848. 848.

Shankar PR

Cinemeducation: facilitare le sessioni educative per gli studenti di medicina usando il potere dei film.

Arch Med Health Sci. 2019; 7: 96

849. 849.

González-López E

Rios-Cortés R

Visitare siti legati all'Olocausto in Germania con studenti di medicina come aiuto per insegnare l'etica medica e i diritti umani.

Conatus. 2019; 4: 303-316

850. 850.

Davidovitch N

Ur-Leurer O

Soen D

Una prova di leadership: delegazioni dell'IDF in Polonia, uno strumento per promuovere una leadership orientata al comando.

in: Davidovitch N Soen D Shoa ed esperienza. Un viaggio nel tempo. Academic Studies Press, Brookline, MA2015: 26-49

851. 851.
Bachrach S
In nome della salute pubblica-igiene razziale nazista.
N Engl J Med. 2004; 351: 417-420
852. 852.
Eckert F
Weindling P
Ley A
Lang H-J
Lang S
Moser G
Affrontare la colpa e commemorare le vittime: radiologia tedesca e oncologia delle radiazioni durante il socialismo nazionale.
J Am Coll Radiol. 2018; 15: 669-673
853. 853.
Berner M
L'antropologia nazista e la presa di maschere per il viso. Maschere per il viso e la morte nella collezione antropologica del Museo di Storia Naturale, Vienna.
in: Weindling P Dalla clinica al campo di concentramento. Routledge, Londra 2017: 121-137
854. 854.
Gonzalez-Lopez E
Rios-Cortes R
Visitare siti legati all'Olocausto con studenti di medicina come aiuto nell'insegnamento dell'etica medica.
Isr Med Assoc J. 2016; 18: 257-260
855. 855.
Tavakol M
O'Brien D
Psicometria per medici: tutto ciò che un clinico deve sapere sulle valutazioni nell'educazione medica.

Int J Med Educ. 2022; 13: 100-106

856. 856.

Haas M

Leo M

Peterson D

LeFebvre R

Vavrek D

Risultati della sovvenzione UWS evidence-based practice R25: conoscenza, atteggiamenti, abilità e comportamenti.

J Fisiolo manipolativo. 2012; 35: 701

857. 857.

Ganot G

Medicina e Olocausto: conoscenze e atteggiamenti tra gli studenti di medicina in Israele.

(Tesi MD.) Technion – Istituto israeliano di tecnologia, 2002

858. 858.

Matthews J

Bialocerkowski A

Molineux M

Misure di identità professionale per gli studenti professionisti della salute: una revisione sistematica delle proprietà psicometriche.

BMC Med Educ. 2019; 19: 1-10

859. 859.

Mokkink LB

Terwee CB

Patrick DL

et al.

Manuale della lista di controllo COSMIN.

860. 860.

Riposo JR

Narvaez D

Thoma SJ

Bebeau MJ

DIT2: Elaborare e testare uno strumento rivisto di giudizio morale.

J Educ Psychol. 1999; 91: 644

861. 861.

Kalet A

Buckvar-Keltz L

Harnik V

et al.

Misurare la formazione dell'identità professionale all'inizio della scuola di medicina.

Insegna Med. 2017; 39: 255-261

862. 862.

Wald HS

Borkan JM

Taylor JS

Anthony D

Reis SP

Promuovere e valutare la capacità riflessiva nell'educazione medica: sviluppare la rubrica REFLECT per valutare la scrittura riflessiva.

Acad Med. 2012; 87: 41-50

863. 863.

McFarland-Icke BR

Infermieri nella Germania nazista. Scelta morale nella storia.

Princeton University Press, Princeton, NJ1999

864. 864.

Geuter U

La professionalizzazione della psicologia nella Germania nazista.

Cambridge University Press, Cambridge1992

865. 865.

Schwanke E

Krischel M

Gross D

Dentisti e nazionalsocialismo. Revisione sistematica della letteratura e domande di ricerca.

Medizinhist J. 2016; 51: 2-39

866. 866.

Bitterich LA

Rinnen C

Gross D

Dentisti nazisti davanti ai tribunali britannici: aspetti sul ruolo della professione odontoiatrica tedesca nel Terzo Reich.

Br Dent J. 2021; 231: 647-653

867. 867.

Dudley M

Gale F

Gli psichiatri come comunità morale? Psichiatria sotto i nazisti e la sua rilevanza contemporanea.

Aust N Z J Psichiatria. 2002; 36: 585-594

868. 868.

Krischel M

Urologi tedeschi sotto il nazionalsocialismo.

Mondo J Urol. 2014; 32: 1055-1060

869. 869.

Hildebrandt S

Libri, ossa e corpi: la rilevanza della storia dell'anatomia nella Germania nazista per l'educazione medica di oggi.

Anat Rec. 2022; 305: 886-901

870. 870.

Nalianya E

Hildebrandt S

Reis SP

Wald HS

Introduzione alla medicina durante l'Olocausto e la sua rilevanza contemporanea.

871. 871.
Università Ebraica di Gerusalemme
Infermieristica, medicina e l'Olocausto, un corso ibrido elettivo.
872. 872. Steinert Y Sviluppo della facoltà nelle professioni sanitarie: un focus sulla ricerca e la pratica. Springer, Dordrecht 2014
873. 873.
Steinert Y
Sviluppo della facoltà: dai rubini alla quercia.
Insegna Med. 2020; 42: 429-435
874. 874.
Lu W-H
Mylona E
Lane S
Wertheim WA
Baldelli P
Williams PC
Sviluppo della facoltà sulla professionalità e l'etica medica: la progettazione, lo sviluppo e l'implementazione di esercizi di insegnamento strutturato oggettivi (OSTE).
Insegna Med. 2014; 36: 876-882
875. 875.
Ong CCP
Foo YY
Chiu FY
Nestel D
"Cambierà il modo in cui ci alleniamo": valutazione qualitativa di un workshop di sviluppo della facoltà trasformativo.
Perspect Med Educ. 2021; 11: 86-92
876. 876.
Chang BS
Trasformazione della formazione medica universitaria nel 2023.
JAMA. 2023; (pubblicato online il 12 settembre)

<https://doi.org/10.1001/jama.2023.16943>

877. 877.

Snyder T

Sulla tirannia: venti lezioni del XX secolo.

Tim Duggan Books, New York, NY2017

878. 878.

Horton R

Offline: Nessun sarcasmo oscuro in classe.

Lancet. 2022; 4001666

Informazioni sull'articolo

Storia delle pubblicazioni

Publicato: 08 novembre 2023

Diritto d'autore

© 2023 Elsevier Ltd. Tutti i diritti riservati.

Figure

Figura 1Trionfo *della sterelazione*, Wilhelm Werner, anni '30

Figura 2Elisabeth Hecker, un medico attivo nel programma di omicidio di minori

Figura 3Anita Andres (1940-44), una vittima nazista all'ospedale universitario psichiatrico di Heidelberg

Figura 4Sonia Wechsler, una donna ebrea uccisa come parte del programma T4

Figura 5Irmfried Eberl (a destra), un medico attivo negli omicidi di massa T4, all'inizio del 1942

Figura 6Richard Baer (comandante di Auschwitz dal maggio 1944 al gennaio 1945), Josef Mengele (consepitore di esperimenti disumani ad

Auschwitz) e Rudolf Höss (comandante di Auschwitz dal maggio 1940 al novembre 1943)

Figura 7Israele Milejkowski

Figura 8Anna Braude-Heller

Figura 9Massimiliano Samuele

Figura 10Immagini dall'Atlante di Pernkopf con simboli nazisti

Figura 11Jona Laks, sopravvissuta degli esperimenti di Mengele, nel 2001

Figura 12Raccolta di cervelli di bambini vittime del programma di omicidio di pazienti a Spiegelgrund, Vienna

Figura 13Roadmap per l'insegnamento della storia della medicina, del nazismo e dell'Olocausto

Pdf by:
<https://www.pro-memoria.info>