

Indice

Introduzione.....	2
1. Inquadramento storico.....	5
1.1 Il progetto fascista e nazista.....	5
1.2 Le leggi antisemite.....	5
<i>1.2.1 Le leggi di Norimberga.....</i>	<i>5</i>
<i>1.2.2 Le leggi razziali.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2.3 La Conferenza di Wannsee.....</i>	<i>6</i>
1.3 I campi di	
concentramento.....	8
<i>1.3.1 Auschwitz.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3.2 Mauthausen.....</i>	<i>11</i>
<i>1.3.3 Untermenschen.....</i>	<i>11</i>
1.4 Il progetto Tiergartenstrasse 4	12
1.5 La vita all'interno del campo.....	17
2 Patologie correlate alla vita nel campo.....	23
2.1 Classificazione patologie.....	24
<i>2.1.1. Malattie apparato gastro-intestinale.....</i>	<i>24</i>
<i>2.1.2. Malattie da raffreddamento.....</i>	<i>25</i>
<i>2.1.3. Malattie infettive generali e cutanee.....</i>	<i>26</i>
<i>2.1.4. Malattie chirurgiche.....</i>	<i>30</i>
<i>2.1.5. Malattie del lavoro.....</i>	<i>31</i>
3 L'Ospedale del Campo.....	32
3.1 Strutture ambulatoriali.....	32
3.2 Il personale.....	34
3.3 Terapia farmacologica.....	35
3.4 La degenza in Ospedale.....	40
3.5 Le Camere a gas e i forni crematori.....	43
3.6 La sperimentazione scientifica.....	45
4 L'infermieristica durante il nazismo.....	48
Conclusioni	58

Introduzione

Parlando di guerra e campi di concentramento, è difficile pensare che all'interno dei cosiddetti Lager potesse esserci stata una forma di assistenza sanitaria nei confronti dei prigionieri, che possa esserci stata una struttura adibita alla cura.

L'obiettivo della mia tesi è quello di ricostruire ciò che accadeva all'interno dei campi di concentramento da un punto di vista sanitario, definire quali fossero le condizioni di vita dei deportati e quali patologie ne derivassero e verificare se effettivamente all'interno dei Lager vi fossero accortezze sanitarie.

Quando si parla della Shoah si perdono inoltre le coordinate razionali del pensiero, che rimane ferito nella propria sensibilità e umanità dalla malvagità di cui viene a conoscenza. È necessario cercare di comprendere il più possibile da un punto di vista storico e scientifico le cause e i moventi del fenomeno, sforzandosi di non subire unicamente il coinvolgimento emotivo.

Occorre introdurre cosa fossero i campi di concentramento e come questi con il passare del tempo siano diventati a tutti gli effetti campi di sterminio: questi sorsero sul territorio tedesco dopo poche settimane dalla presa del potere da parte di Hitler e la costruzione dell'universo concentrazionario seguì i successivi sviluppi della politica nazista di esclusione e persecuzione, che investì prima gli oppositori politici, poi i portatori di handicap, devianti e "asociali", e infine gli ebrei.

La razionalizzazione programmata dei campi di concentramento, sorti nella prima fase contro i presunti o reali oppositori antinazisti, prevedeva la creazione di tre grandi poli concentrazionari: Dachau nella Germania meridionale, Sachsenhausen a nord di Berlino, già attivo dal marzo 1933 come campo di lavoro per prigionieri politici e, a partire dall'estate del 1937 Buchenwald, in Turingia, vicino Weimar.

La rete dei campi, progressivamente estesa dal 1935 al 1939, comprendeva parimenti un'estensione della popolazione carceraria: criminali comuni, renitenti al lavoro, omosessuali, prostitute, zingari, Testimoni di Geova e, a seguire, appartenenti alla comunità ebraica.

L'obiettivo primario non fu più solo isolare e rendere inoffensiva ogni opposizione, ma ripulire la società dagli elementi ritenuti non conformi e non funzionali agli ideali di perfezione nazista.

Oltre alla difficoltà nell'accettare che tali episodi facciano parte della nostra Storia non esiste molta documentazione su questo tema e le testimonianze sono ormai rarefatte, dato il periodo di tempo trascorso dalla fine della guerra, dalla chiusura dei Lager: esiste però un documento ufficiale sul quale abbiamo basato la nostra analisi principale, il *Rapporto ufficiale* di Primo Levi e Leonardo De Benedetti scritto a seguito di una richiesta da parte del Comando russo del campo di Katowice nella primavera del 1945, che descrive l'assistenza sanitaria all'interno del campo di concentramento di Monowitz.

Primo Levi e Leonardo De Benedetti sono stati rispettivamente chimico e medico all'interno del Lager: grazie a loro e alle loro testimonianze oggi siamo in grado di ricostruire gli aspetti sanitari dei campi di concentramento.

Primo Levi definisce come sua "fortuna" il fatto di essere stato internato nel 1944 dopo che il Governo Tedesco, data la crescente scarsità di manodopera, aveva stabilito di prolungare la vita media dei prigionieri.

Questo documento è stato, quindi, il mio punto di partenza, nonostante alcune differenze con altri campi di cui faremo cenno, poiché le patologie identificate e descritte sono comuni a tutti i Lager, ciò che si differenzia da un campo all'altro è l'immediatezza con cui i prigionieri malati venivano diretti verso un destino fatale nonché l'uso della chirurgia al fine di sperimentare teorie scientifiche.

Insieme alla descrizione minuziosa degli eventi ho inserito le testimonianze dirette dei deportati. L'autenticità della testimonianza del sopravvissuto è garantita da questi non in quanto autori, bensì in quanto individui che sono stati presenti ai fatti e che li hanno vissuti sulla propria persona. L'esperienza del Lager è incisa nel corpo del superstite non soltanto col numero tatuato sul braccio ma anche come trauma. Ciò fa sì che la pena dell'esperienza del Lager si attualizzi in lui costantemente. Il corpo, quindi, non è solo il luogo che custodisce la memoria, ma è anche usato come motivo per trasmettere la memoria sotto forma di testimonianza letteraria.

I Lager nazisti erano stati concepiti in funzione di uno sterminio di massa.

Hannah Arendt ¹denominava la morte nei campi di sterminio come "fabbricazione di cadaveri", ma, prima dell'annullamento dei corpi, avveniva lo sterminio dell'individualità. Arendt vede i

¹ Hannah Arendt (Hannover, 14 ottobre 1906 – New York, 4 dicembre 1975) è stata una politologa, filosofa e storica tedesca naturalizzata statunitense in seguito al ritiro della cittadinanza tedesca nel 1937. Dopo aver lasciato la Germania nazista nel 1933, a causa delle persecuzioni dovute alle sue origini ebraiche, rimase apolide dal 1937 al 1951, anno in cui ottenne la cittadinanza statunitense.

campi nazisti come “esperimento del dominio totale”, nel quale si effettuava la disintegrazione della personalità, processo al quale apparteneva anche la distruzione dell’individualità. Per poter essere annientato completamente, il deportato era ridotto alla sua nuda corporeità.

Per questo, il corpo diventa un motivo centrale nelle testimonianze della Shoah. La disumanizzazione che ha avuto luogo nei Lager, la quale di norma finiva con lo sterminio, viene visualizzata attraverso il corpo.

Per affrontare questo progetto abbiamo posto come criterio principale la fedeltà ai documenti: solo in questo modo possiamo rispettare un criterio fondamentale, quello della verità e in questo modo fornire a chi legge e chi ascolta l’opportunità di stabilire il peso della memoria

Lavorò come giornalista e docente universitaria e pubblicò opere importanti di filosofia politica. Rifiutò sempre di essere categorizzata come filosofa, preferendo che la sua opera fosse descritta come teoria politica invece che come filosofia politica.

I lavori di Hannah Arendt riguardarono la natura del potere, la politica, l'autorità e il totalitarismo.

Nel suo resoconto del processo ad Eichmann per il *New Yorker* (che divenne poi il libro *La banalità del male – Eichmann a Gerusalemme*, 1963) Arendt ha sollevato la questione che il male possa non essere radicale: anzi è proprio l'assenza di radici, di memoria, del non ritornare sui propri pensieri e sulle proprie azioni mediante un dialogo con se stessi (dialogo che Arendt definisce *due in uno* e da cui secondo lei scaturisce e si giustifica l'azione morale) che personaggi spesso banali si trasformino in autentici agenti del male. È questa stessa banalità a rendere, com'è accaduto nella Germania nazista, un popolo acquiescente quando non complice con i più terribili misfatti della storia ed a far sentire l'individuo non responsabile dei propri crimini, senza il benché minimo senso critico.

1 Inquadramento storico

1.1 Il progetto fascista e nazista

Le ideologie fascista e nazista diedero vita tra gli anni Venti e Trenta del Novecento a sistemi politici a partito unico, in cui questo deteneva tutti i poteri dello stato e controllava completamente la società civile, attraverso un uso massiccio dei mezzi di repressione contro ogni forma di opposizione e una massiccia propaganda ideologica volta a creare consenso.

Fascismo e nazismo, pur con alcune significative differenze, negano ogni forma di separazione tra individuo, società civile e stato, affermando la centralità del partito e del capo e creando un legame fortissimo tra questo e le masse, che si devono riconoscere e immedesimare nel Duce, nel Führer, e in ciò trovano la propria espressione politica e umana più elevata.

Secondo questa utopia negativa, la violenza contro i diversi, per ideologia, fede, etnia, comportamenti sociali o handicap fisici, assume i caratteri dell'azione politica razionale, attuata con precisione chirurgica, volta a liberare il corpo della nazione da tutti coloro che ne sono ritenuti estranei, diversi e in quanto tali pericolosi.

Fascismo e nazismo, ossessionati dalla ricerca dell'uniformità, mirano ad un mondo purificato da ogni genere di imperfezione e differenza, siano queste comunisti, socialisti e ogni forma di oppositori politici, portatori di handicap, ebrei, slavi, zingari, omosessuali, prostitute, senzatetto e devianti in genere, testimoni di Geova, cattolici e protestanti che in nome della propria fede rifiutano il giuramento e la sottomissione al capo.

Il Lager sarà il simbolo estremo di queste forme di terrore ed esclusione.

1.2 Le leggi a tutela dell'antisemitismo

1.2.1 Le leggi di Norimberga

Due distinti provvedimenti legislativi furono varati nella Germania Nazista nel settembre del 1935, conosciuti come le Leggi di Norimberga: la Legge per la cittadinanza del Reich e la Legge per la protezione del sangue e dell'onore tedesco.

Le due leggi furono espressione delle teorie razziali su cui si basava l'ideologia Nazista e servirono a creare il contesto giuridico per la persecuzione sistematica degli Ebrei in Germania. Le Leggi di Norimberga furono annunciate da Adolf Hitler il 15 settembre 1935. Successivamente, il parlamento tedesco (Reichstag), interamente composto da rappresentanti Nazisti, approvò le leggi.

L'antisemitismo aveva un'importanza fondamentale nel Partito Nazista.

1.2.2 Le Leggi Razziali

Le leggi razziali fasciste furono un insieme di provvedimenti legislativi e amministrativi (leggi, ordinanze, circolari) applicati in Italia fra il 1938 e il primo quinquennio degli anni Quaranta, inizialmente dal regime fascista e poi dalla Repubblica Sociale Italiana.

Esse furono rivolte prevalentemente contro le persone di religione ebraica. Il loro contenuto fu annunciato per la prima volta il 18 settembre 1938 a Trieste da Benito Mussolini.

1.2.3 Conferenza di Wannsee: la soluzione finale

Il 20 gennaio 1942 si riunirono 15 ufficiali tedeschi presso una residenza sulle sponde del lago Wannsee con lo scopo di definire le caratteristiche della soluzione al problema ebraico.

Della Riunione di Wannsee, tenutasi nella massima riservatezza, venne steso un verbale redatto in sole trenta copie, delle quali ci è pervenuta una soltanto, la sedicesima. Questa, composta di quindici fogli ingialliti e con annotazioni autografe, era appartenuta a Martin Luther (1895-1945), sottosegretario del Ministero degli Esteri e uno degli alti funzionari presenti all'incontro. Una riunione di lavoro multidisciplinare, quella di Wannsee, che vide riuniti allo stesso tavolo, per programmare lo sterminio di milioni di esseri umani, diverse competenze e rappresentanti dei vari apparati della macchina bellica tedesca. La deportazione e lo sterminio di massa degli Ebrei dalle nazioni europee occupate era infatti un proposito difficile da realizzare, con enormi e complessi aspetti organizzativi.

Prevedeva dei buoni rapporti con le autorità dei governi collaborazionisti, un'organizzazione efficiente di trasporto ferroviario, enormi Lager nelle regioni polacche occupate nel 1939 dove radunare e procedere allo sfruttamento e alla eliminazione fisica di centinaia di migliaia di esseri umani.

Si sarebbe dovuto trattare di vere e proprie fabbriche della morte, capaci di annullare l'esistenza di migliaia di vite ogni giorno.

La Legge per la protezione del sangue e dell'onore tedesco del 15 settembre 1935, e altre normative e regolamenti successivi del Terzo Reich, fissavano con criteri di assoluta e maniacale precisione chi potesse fregiarsi della condizione di cittadino tedesco e ariano e chi invece, in quanto suddito senza diritti ed ebreo, ebreo magari anche solo per un quarto dei suoi ascendenti,

sarebbe stato allontanato dal contesto della popolazione ariana, privato dei diritti civili e destinato infine allo sterminio.

Venne così perseguito l'obiettivo di rendere libero da Ebrei (judenfrei) dapprima il territorio tedesco e in seguito le nazioni europee conquistate nei primi tre anni di guerra. I più importanti campi destinati all'eliminazione fisica degli ebrei furono quelli di Treblinka, Sobibor e Belzec, dove venne attuato il piano denominato Aktion Reinhard, in onore dello stesso Reinhard Heydrich. Questi era morto nel giugno del 1942 a Praga, ucciso in un attentato ad opera di un commando di patrioti cecoslovacchi e fu deciso pertanto di chiamare con il suo nome il progetto di sterminio che oggi denominiamo Shoah.

Vennero, quindi, presi provvedimenti legali e tecnici: dal punto di vista legale la pulizia etnica degli ebrei dallo spazio vitale doveva avvenire seguendo la legge, così Heydrich propose una revisione delle leggi di Norimberga al fine di revocare le esenzioni previste che permettevano a molti ebrei di rimanere tra i tedeschi.

Dal punto di vista tecnico, necessario fu trovare un metodo sistematico e veloce per l'uccisione di massa e si introdusse quindi l'utilizzo del gas all'interno dei campi di concentramento.

Nell'estate del 1941, Heinrich Luitpold Himmler (1900-1945) Reichsführer delle Schutzstaffel dal 1929, comandante della polizia dal 1936 e delle forze di sicurezza del Terzo Reich dal 1939, visitò un campo nell'Alta Slesia polacca (Auschwitz), per trasformarlo in un grande centro di sterminio: qui sarebbe stato possibile eliminare fino a sessantamila ebrei al giorno, attraverso delle speciali camere a gas camuffate da docce o camere di disinfestazione. Inoltre, con la costruzione di appositi forni crematori, si potevano occultare i cadaveri, cremandoli.

Lo sterminio degli ebrei, così come pianificato dalla conferenza del Wannsee, iniziò nel marzo 1942 in Polonia, nel campo di Chelmno; successivamente toccò a tutti gli altri campi dislocati nell'Europa occupata.

La terribile pianificazione dello sterminio, elaborata a Wannsee, costò la vita a circa sei milioni di ebrei.

Del cosiddetto "*Protocollo di Wannsee*", è sopravvissuta una sola trascrizione che fu scoperta da agenti segreti americani nascosta al ministero degli Esteri tedesco, nel 1947. Si trattava della copia di Martin Luther.

1.3 I campi di concentramento

Nell'opinione comune, i campi di concentramento nazisti occupano un posto particolare: come è avvenuto per altri fenomeni che hanno dato il segno a un'epoca, se n'è persa una conoscenza precisa, mentre la parola che li designa è entrata nel linguaggio corrente in un'accezione dilatata e fortemente emotiva.

Si dice Lager parlando di un ospedale psichiatrico, di un carcere, di un istituto per anziani, per handicappati, con un uso che può apparire inflazionante, soprattutto a chi ne ha avuto esperienza diretta.

Può succedere così che in alcune ricerche il Lager compaia in una nota a fondo pagina, affiancata al carcere, al manicomio, al convento, a ogni altra forma storica di imprigionamento della vita.

Nel Lager si vede "solo" un luogo di segregazione e di pena che, per quanto fuori misura, può essere assimilata ad altri; e l'esistenza di aspetti effettivamente comuni, come la regolamentazione dei tempi e degli spazi, la gerarchia interna, il sistema di privilegio e di punizione, contribuiscono a sostenere l'analogia.

Non si tratta naturalmente di stabilire un primato dell'oppressione, né di sospetto, né la denuncia contro altre violenze.

È possibile però dimenticare che tra istituzioni delegate ad amministrare la vita, per quanto in forma mutilata ed umiliata, e luoghi creati per amministrare la morte esiste una differenza grande: dalle prime si può essere dimessi o liberati, ai Lager si sopravvive e già la sopravvivenza stessa è un'eccezione.

I numeri – è stato detto – hanno la loro importanza, forse la quantità può far perdere il senso della sofferenza individuale, c'è chi testimonia che i campi nazisti non sarebbero potuti esistere se non come prodotto di una lunga incubazione, come espressione condivisa e strumento programmato dell'intreccio tra ideologia razzista, stato totalitario, moderna società di massa. Tra Lager e ordine della Germania hitleriana c'è assoluta coerenza.

La diversità che nasce da questo rapporto non si fonda sulla misurazione del dolore, ma su natura e ruolo di un'istituzione concepita, fin dalla sua nascita, in termini di dominio di un'élite razziale, di sfruttamento dell'individuo, di omicidio di massa: strumento immediato e insieme punto di partenza di un nuovo ordine del mondo.

Può darsi che nemmeno lo sterminio nazista debba considerarsi unico nella storia dell'umanità, anche se sono ineguagliate la sua progettazione minuziosa e le sue modalità tecnologiche e burocratiche; certo sono uniche le circostanze che hanno prodotto il Lager, in quanto è unico che

condizioni e pratiche presenti separatamente in altri contesti di violenza siano state assunte come insieme simultaneo e programmato.

Dentro il campo, l'itinerario incontra le regole ossessive e le regole feroci della routine quotidiana, il lavoro coatto come distruzione della persona, arbitrio e dominio combinati per spezzare ogni autonomia, la morte come destino di tutti. Fuori dal campo, questo ordine si prolunga in una società che finge di ignorare, tollera, collabora, ricava guadagno.

Nel futuro si proietta come struttura permanente di schiavitù.

È la situazione estrema, in cui i valori di un tempo diventano inutili e dannosi, un mondo rovesciato dove si perde ogni possibilità di prevedere quello che sta per succedere; dove può succedere letteralmente tutto. Nella fase di precipitazione finale di cui gli italiani fanno esperienza, se ne può vedere la versione esasperata, ma quello nazista è fin dai suoi inizi un ordine senza diritto.

L'atmosfera che si crea all'interno del campo è di totale precarietà, di caos e solitudine, di una vita massificata e disperata.²

Nel marzo del 1933 Himmler promuove la creazione del primo Lager, Dachau, una sorta di prototipo di campo di concentramento ufficiale del Terzo Reich, modello da estendere ai futuri campi; è inizialmente un campo di rieducazione nel quale vengono rinchiusi i militanti comunisti, gli oppositori politici, gli asociali (Per *Asozialen*, si intendevano e si intendono anche i "vagabondi, senza fissa dimora") e i criminali comuni arrestati in base al Decreto per la protezione del popolo e dello stato tedesco emanato dal Presidente del Reich il 28 febbraio del 1933 come misura di "risanamento pubblico".

L'espansione del sistema concentrazionario al di fuori del territorio tedesco, con il dilagare della guerra comportò il popolamento dei campi non più di soli tedeschi: tra l'inverno del 1939 e l'inverno del 1941-42, i campi si popolarono di deportati in massa dalla Polonia, dall'Europa invasa, ad essi vanno ad aggiungersi i prigionieri sovietici.

A seguito della conferenza di Wannsee vennero apprestate strutture nuove o campi di concentramento preesistenti vennero trasformati in altrettanti Vernichtungslager (propriamente

² Bravo A., Jalla D., *La vita offesa. Storia e memoria dei Lager nazisti nei racconti di duecento sopravvissuti*, Milano, Franco Angeli, 7ª edizione 2004 (D'ora in avanti citato come Bravo-Jalla), <http://www.deportati.it/> ; <http://www.deportati.it/Lager/auschwitz/auschwitz/> ; Protocollo del Wannsee, 20 gennaio 1942 (English version by The Avalon Project at Yale Law School) <https://avalon.law.yale.edu/imt/wannsee.asp> http://www.shoah-nakba.it/campi_concentramento_sterminio.asp <http://www.storiaxisecolo.it/deportazione/deportazioneebrei9.htm>

campi di annientamento): a questa tipologia appartengono i campi sul territorio polacco di Auschwitz (già campo di concentramento e di lavoro), Majdanek (campo di lavoro e di sterminio), Sobibor, Treblinka, Belzec e Chelmno (già dal dicembre 1941). Qui i deportati ebrei accedevano alla morte nelle camere a gas, in seguito alla selezione compiuta immediatamente dopo l'arrivo.

A Mauthausen la camera a gas verrà installata nel maggio 1942 ed utilizzerà lo Zyklon B, un potente pesticida già sperimentato con successo in Polonia. In molti campi furono installate camere a gas, come a Mauthausen, a Sachsenhausen a Neuengamme e a Ravensbrück, in taluni periodi la gassazione avveniva attraverso camion mobili opportunamente sigillati oppure ancora lo sterminio era conseguito attraverso apposite punture di benzolo somministrate ai deportati.

Alla luce di questo massivo sfruttamento, che configurava uno stato dei deportati molto prossimo alla schiavitù, la rete concentrazionaria subisce una enorme espansione.

Dai campi principali si irradiano migliaia di altri luoghi concentrazionari: ad esempio, furono 50 i campi esterni di Auschwitz: Primo Levi parla dell'impianto industriale, la Buna di Monowitz, al quale venne assegnato per la sua competenza di chimico.

1.3.1. Auschwitz

Costituito il 20 maggio 1940 nelle vicinanze di Cracovia (Polonia), il campo venne concepito sin dall'inizio come campo di concentramento e di sterminio, dotato di camere a gas e forni crematori.

Accanto ad Auschwitz sorsero successivamente i campi di Birkenau o Auschwitz II e Monowitz o Auschwitz III.

La manodopera veniva sfruttata in favore di grandi industrie tedesche, come la IG Farben e le Officine Chimiche Buna-Werke; i deportati dovevano essere sostituiti continuamente da nuovi arrivi poiché la denutrizione, il clima e la fatica li decimavano in pochi mesi.

I convogli provenienti dai paesi occupati venivano aperti sulle rampe del Lager e sui trasposti veniva attuata la prima selezione: uomini e donne non più atti al lavoro, bambini e donne con bambini piccoli venivano avviati subito alle camere a gas, dove dalle finte docce invece dell'acqua usciva lo Zyklon B, potente veleno prodotto dalla IG Farben.

Per chi non veniva ucciso all'arrivo, il lavoro massacrante, la sottoalimentazione, il clima rigido, le malattie e le punizioni continue riducevano la sopravvivenza media dai 3 ai 6 mesi.

Progettato per sfruttare la manodopera e procedere allo sterminio soprattutto degli ebrei, ad Auschwitz venivano fatti anche esperimenti pseudoscientifici sui deportati, ridotti a cavie

umane, su cui venivano iniettati virus e vaccini, procurati aborti, trapiantati organi e studiata la sopravvivenza in condizioni atmosferiche disumane.

Solo in questo Lager le vittime furono oltre 1.300.000,

1.3.2 Mauthausen

Costruito il 1° agosto 1938 vicino a Linz (Austria). Il Kommando destinato a costruire il campo era composto da deportati provenienti da Dachau. Nel 1939, finiti i lavori per la costruzione del campo, si iniziò lo sfruttamento della cava di pietra alla quale si accedeva attraverso la famigerata “scala della morte”.

Data l’alta mortalità nel maggio del 1940, entrò in funzione il forno crematorio e nel 1941 la camera a gas.

Fu inoltre luogo di passaggio per tutte le vittime selezionate per il Progetto eutanasia T4 che veniva praticata nell’istituto psichiatrico di Hartheim.

1.3.3 Untermenschen

I destinati alla morte immediata, di solito la fila di sinistra, venivano portati direttamente alle camere a gas con un corteo di camion guidati da una macchina con le insegne della croce rossa, su cui prendeva posto il medico di turno, che spesso indossava un immacolato camice bianco. Si trattava di un’accurata messinscena per tenere tranquille le persone, stanche per il lungo viaggio nei carri bestiame, prima che fossero uccise con il gas ed i loro corpi eliminati nei forni crematori che lavoravano a ciclo continuo.

Il dottor Eduard Wirths (1909-1945), ginecologo e maggiore medico delle SS, comandante dei medici del campo di Auschwitz-Birkenau, aveva dato direttive precise che la selezione delle persone fosse effettuata esclusivamente dai medici.

Questo fatto costituiva la manifestazione più evidente del presupposto ideologico che stava alla base dei campi di sterminio: gli Ebrei erano per il Nazismo una vera e propria malattia, un morbo che infettava da secoli l’umanità e il popolo tedesco.

Compito del medico SS era dunque quello di estirpare questo male dal tessuto sociale tedesco ed europeo, allo stesso modo con cui si eliminavano dei germi da una ferita infetta o si detergeva una piaga purulenta.

Questa visione aberrante della medicina, che è totalmente in contrasto con i più elementari valori di qualsiasi etica che possa definirsi umana, era il punto di arrivo di un lungo percorso ideologico e operativo nato con le idee dell’eugenetica, proseguito con le sterilizzazioni di massa e giunto

infine all'anticamera dei Lager con l'istituzione del Programma T4 per l'eutanasia dei malati di mente e degli inabili al lavoro.

Nei Lager nazisti si assistette al più completo sovvertimento dei valori morali della medicina. In modo razionale e criminale, la medicina per la vita venne trasformata in una medicina per la morte, esercitata nei confronti di coloro che venivano reputati *Untermenschen* (Uomini di dignità inferiore o sotto-uomini), un insieme composito di cui facevano parte gli Ebrei e anche altri gruppi etnici, come gli Zingari, che furono uccisi anch'essi a centinaia di migliaia. Anche altri esseri umani, la cui sola colpa era quella di essere dei "diversi", come gli omosessuali in genere, furono destinati allo sterminio. Per gli ufficiali medici delle SS, il servizio nei Lager era equiparato ad un vero e proprio servizio al fronte, come coloro che combattevano in prima linea, un compito indispensabile per la nazione, cui la loro professionalità di medici nazisti doveva portare il proprio contributo.

“Una volta solo ho parlato con un SS, perché gli SS non parlavano con noi, parlavano sempre tramite i capi, i criminali, perché noi eravamo Untermenschen, sottouomini. Per loro sarebbe stato come uno che si mettesse a parlare con un topo: “ quello è pazzo”. E lo stesso loro con noi... ”

A Travaglia in Bravo-Jalla, p.155

1.4 Il progetto Tiergartenstrasse 4

Il primo passo verso l'attuazione del piano di eutanasia in Germania si ebbe nel 1933, con l'emanazione della *“Legge sulla prevenzione della nascita di persone affette da malattie ereditarie”*. Questa legge stabiliva la sterilizzazione forzata di persone affette da una serie di malattie ereditarie - o supposte tali - tra le quali schizofrenia, epilessia, cecità, sordità, corea di Huntington e ritardo mentale.

Inoltre la legge prevedeva la sterilizzazione degli alcolisti cronici. Una prima stima, effettuata dal Ministero dell'Interno sulla base dei dati forniti dagli istituti medici, calcolava in circa 410.000 il numero dei malati da sterilizzare; lo stesso Ministero, però, prevedeva un congruo aumento del numero rispetto alla stima iniziale nel prosieguo del «programma».

Subito dopo il varo del programma di sterilizzazione coatta, Hitler espresse il proprio favore all'uccisione dei malati inguaribili, delle «vite indegne di vita».

Nel periodo 1933-1939 il regime preparò l'opinione pubblica attraverso un oculato e mirato programma propagandistico. Le organizzazioni naziste prepararono opuscoli, poster e film in cui si mostrava il costo di mantenimento degli istituti medici preposti alla cura dei malati inguaribili e si affermava che il denaro risparmiato poteva essere speso con più profitto per il "progresso" del popolo tedesco «sano».³

Come abbiamo illustrato, l'ideologia nazista appoggiava buona parte delle proprie teorie su una base pseudo-scientifica, su di una forma di darwinismo sociale estremo. L'uomo tedesco e nazista poteva e doveva intervenire in modo diretto sulla natura, assumendo il controllo della vita e della morte e manipolando la nascita e l'esistenza degli individui per il bene della razza ariana, destinata a dominare il mondo.

Per il Nazionalsocialismo, infatti, il destinatario e il custode dei valori più forti di una nazione era il popolo stesso, connotato dal suo originale e inimitabile Blut, il sangue originario.

Il modello di vita sociale cui conformarsi era la Volksgemeinschaft, la Comunità del popolo, tenuta insieme per prima cosa dall'omogeneità di razza e dal cameratismo militare e paramilitare, quasi si trattasse di una nuova Sparta su di una scala molto più grande, destinata a dominare e asservire il mondo. La stabilità e la purezza di questo popolo ariano doveva essere raggiunta eliminando la componente ebraica, spesso ulteriormente "degradata" dall'adesione al marxismo degli ebrei.

Karl Marx (1818-1883) era di origini ebraiche e suo nonno Mordechai Halevi Marx era stato rabbino di Trier (Treviri), la città natale di Marx.

Anche il Boden, il Suolo della patria, costituiva parte integrante dell'identità e delle caratteristiche del popolo. Un popolo che aveva bisogno di spazio, di nuovi territori vitali o Lebensraum, per essere pienamente indipendente e prosperare. Le grandi pianure dell'Est europeo ricche di grano e di risorse naturali apparivano come il luogo di conquista ideale per il popolo tedesco. Questo era stato nel passato il credo dei Cavalieri Teutonici, che un tempo avevano cercato di imporre la loro supremazia sull'etnia slava partendo dalle fortezze inespugnabili edificate dall'Ordine nella Prussia Orientale, per compiere crociate sanguinose e terrorizzare le popolazioni dell'Est. Dopo la colonizzazione delle pianure Bieloruse e Ucraine, gli Slavi sopravvissuti alla guerra, popoli di condizione inferiore secondo la folle, ma lucida e a suo modo coerente ideologia nazista, sarebbero stati impiegati come schiavi nella coltivazione della terra in favore dei vincitori ariani. Per gli ebrei invece e per tutte gli altri esseri umani

³ <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html> di F. Perozziello

ritenuti etnicamente e socialmente degeneri, come zingari, omosessuali ecc., non ci sarebbe stato scampo.

La loro eliminazione fisica avrebbe rivestito le caratteristiche di una vera e propria operazione chirurgica, una terapia medica destinata ad eliminare un male, un'infezione che minava la salute del corpo sociale ariano e germanico, chiamato a più elevati destini e al dominio del Mondo.

Nel modello sociale nazista lo Stato diventava quindi l'entità suprema su cui era modellato il popolo che lo costituiva. Un popolo che doveva fedeltà e obbedienza assoluta ai suoi capi, interpreti di una missione per realizzare la quale veniva indicata chiaramente la strada. La propaganda e l'indottrinamento costante delle masse erano la parte attiva del costituirsi dell'adesione popolare a tale progetto aberrante. Ogni cittadino dello stato tedesco doveva avere la sensazione di stare adempiendo a un ben preciso impegno, doveva sentire il suo ruolo come facente parte di uno schema più ampio di cose e di intenti, il cui semplice farvi parte costituiva una ricompensa sufficiente e gratificante. Le procedure del vivere sociale e le modalità stesse con cui venne organizzato e programmato lo sterminio erano estremamente burocratizzate e spesso parcellizzate nei compiti e negli ingranaggi del sistema per tacitare il più possibile ripensamenti e coscienze.

Questo tipo di organizzazione permetteva un'estrema spersonalizzazione del sistema e un'attenuazione delle responsabilità del singolo, il quale veniva ad essere inserito in una catena di comando che copriva dubbi e rimorsi attraverso il velo dell'obbedienza a ideali di fedeltà al proprio popolo e alla stirpe di appartenenza. Si trattava di un modello che abbiamo visto ancora recentemente in opera e purtroppo con successo nelle guerre che si sono succedute alla disgregazione della ex-Jugoslavia, in cui forse non per caso uno dei capi dei terribili massacri etnici in Bosnia Erzegovina, come quello di Srebrenica del 1995, era un medico: lo psichiatra serbo-bosniaco Radovan Karadžić.

Il Programma nazista di eutanasia, nato sotto un'egida di "scientificità" e di volontarismo, si estese poi anche agli adulti e prese il nome convenzionale di Aktion T4, che, sotto responsabilità medica, prevedeva in Germania la soppressione di persone affette da malattie genetiche inguaribili e da portatori di handicap mentali (ma non fisici, se non per casi gravi), cioè delle cosiddette "vite indegne di essere vissute".

Si stima che l'attuazione del programma T4 abbia portato all'uccisione di un totale di persone compreso tra le 60.000 e le 100.000. Per quanto riguarda la sola terza fase dell'Aktion T4, i medici incaricati di portare avanti l'operazione decisero di uccidere il 20% dei pazienti presenti negli istituti di cura, per un totale di circa 70.000 vittime. A ogni modo, l'uccisione di tali

individui proseguì anche oltre la fine ufficiale dell'operazione, ovvero il 1° settembre 1941, portando il totale delle vittime a una cifra ancor più elevata.

T4 è l'abbreviazione di "Tiergartenstrasse 4", via e numero civico di Berlino al cui indirizzo era situato il quartier generale della *Gemeinnützige Stiftung für Heil- und Anstaltspflege*, l'ente pubblico per la salute e l'assistenza sociale, che aveva sede nelle vicinanze dello Zoo di Berlino e adiacente al grande Giardino Zoologico (*Tiergarten*).

La denominazione Aktion T4 non compare nei documenti del tempo, ma i nazisti usavano il nome in codice EU-Aktion o E-Aktion (E ed EU significavano eutanasia).

Venne creata la Direzione Sanitaria del Reich subordinata al Ministero degli Interni e guidata da Leonardo Conti (1900-1945), un medico di origini svizzere generale delle SS, capo dell'Associazione dei Medici Nazisti, *Reichsgesundheitsführer* (Capo della sanità del Reich) e segretario di stato alla sanità presso il Ministero dell'Interno.

Il 18 agosto 1939 Conti emanò un provvedimento segreto noto con la sigla IV-B 3088/39-1079 Mi, secondo il quale i medici dei "Centri di consulenza" dovevano essere obbligatoriamente informati dagli ospedali e dalle levatrici della nascita di bambini deformati o affetti da gravi malattie fisiche o psichiche. Una volta informati, i medici convocavano i genitori, illustravano loro i grandi progressi della medicina tedesca e li convincevano ad autorizzare il ricovero dei loro figli nei "centri specializzati" per la cura delle malattie.

Veniva sottolineata la possibilità di decessi visto il carattere sperimentale delle cure, ma si invitavano i genitori ad autorizzare il ricovero anche in presenza di speranze di guarigione ridotte.

Ottenuto il consenso i bambini venivano ricoverati in cinque centri: Brandenburg, Steinhof, Eglfing, Kalmenhof e Eichberg. Qui giunti i bambini venivano uccisi con una iniezione di scopolamina o lasciati progressivamente morire di fame.

Il programma comprendeva una selezione su scala nazionale in cui i medici dei vari luoghi di cura, manicomi o cronici per lo più, dovevano segnalare alle autorità centrali le caratteristiche di autosufficienza o meno e la gravità delle malattie presentate dai loro assistiti. Vennero quindi predisposte alcune "Case di cura", dei centri di raccolta in cui i degenti andavano incontro a una valutazione medica collegiale, con la compilazione di moduli appositamente predisposti, che attestassero un'inabilità al lavoro e alla vita sociale. Si procedeva infine alla loro uccisione, attraverso la somministrazione di farmaci letali, per lo più barbiturici. In seguito, per velocizzare il processo e renderlo più impersonale, eliminando il più possibile il contatto umano tra la vittima e il suo carnefice, venne usato un gas velenoso come il monossido di carbonio.

I cadaveri venivano cremati nel finto nosocomio dove era avvenuta la soppressione e i familiari ricevevano falsi certificati medici, in cui li si informava della morte del loro congiunto, verificatasi per cause naturali.

Con questo sistema vennero uccisi migliaia di bambini e di adulti, forse circa 70.000 individui, anche se questo numero è probabilmente sottostimato e la sua reale entità resterà sconosciuta. Una delle caratteristiche principali di questa aberrante procedura era costituita dalla sua estrema burocratizzazione, da un elenco minuzioso di operazioni e valutazioni pseudo sanitarie da compiere con il coinvolgimento di numerose figure di tecnici, periti ed esperti, il che permetteva una spersonalizzazione della responsabilità, con un minore coinvolgimento emotivo degli operatori.

Le stesse strutture destinate alle uccisioni erano denominate eufemisticamente Case di cura e assistenza della Comunità di Lavoro del Reich, il che fornisce anche un altro elemento di informazione sul progetto: chi non poteva essere produttivo, nel senso reale del termine, doveva essere eliminato.

Si richiedeva infatti ai medici di compilare questionari che fornissero un'idea precisa della capacità lavorativa dei pazienti e che permettessero, in modo apparentemente distaccato e imparziale, quasi fosse una modalità scientifica, di stabilire chi avesse il diritto di continuare a vivere e chi invece andasse eliminato perché considerato di peso per la Società.

Un'altra peculiarità del programma T4, come era stato previsto dalla direttiva emanata da Viktor Brack (1904-1948), che con il grado di SS Standartenführer (colonnello) era un ufficiale di collegamento tra la Cancelleria privata di Hitler (KdF) a Berlino e il Comando delle SS, consisteva nel fatto che «la siringa potesse essere usata solo dal medico».

Questa disposizione affermava che la morte dovesse essere inflitta solo dai medici e che questa modalità aveva valore anche per la compilazione dei falsi certificati di morte. Brack, che aveva iniziato la propria carriera come autista di Heinrich Himmler (1900-1945), il fondatore e capo o Reichsführer del corpo delle SS, era figlio di un medico e fu l'ideatore organizzativo di buona parte del programma di sterminio e di sterilizzazione di massa attraverso le radiazioni ionizzanti delle donne ebraiche internate nei campi di concentramento. Sostenne la necessità dello sfruttamento fino alla consumazione degli internati nei Lager, adibendoli a lavori utili alla macchina bellica tedesca prima della loro uccisione.

Responsabile medico del progetto di eutanasia dei malati di mente fu invece il neurologo e psichiatra Werner Heyde (1902-1964), dell'Università di Würzburg, che sopravvisse alla guerra ed esercitò in seguito la sua professione per anni, come consulente e sotto falso nome, nella Germania del Nord.

Vi erano sei strutture di gestione del processo di eliminazione per eutanasia. Spesso si trattava di ospedali psichiatrici convertiti. L'esperienza accumulata nel progetto criminale dell'eutanasia di stato fu la base per il successivo passo, quello dello sterminio di massa degli Ebrei nei Lager appositamente costruiti.

A dare inizio al processo di eutanasia fu un ordine scritto di Adolf Hitler datato 1° settembre 1939 su carta intestata della Cancelleria. Il testo recitava:

“Il Reichsleiter Bouhler e il dottor Brandt sono incaricati, sotto la propria responsabilità, di estendere le competenze di alcuni medici da loro nominati, autorizzandoli a concedere la morte per grazia ai malati considerati incurabili secondo l'umano giudizio, previa valutazione critica del loro stato di malattia”.

Nella tarda estate del 1941, Himmler, che si occupava della gestione dei Lager, ordinò che i prigionieri affetti da malattie di mente dei campi di concentramento fossero sottoposti a controlli medici, con lo scopo di eliminare tutti quelli non in grado di lavorare. La commissione medica di esperti proveniva direttamente dalle fila della Aktion T4: doveva recarsi nei campi di concentramento per visitare malati di mente, psicopatici e detenuti ebrei di tutti i campi di concentramento controllati dalle SS, i “selezionati” dovevano essere inviati nelle cliniche di eliminazione e gasati.

1.5 La vita nel campo

Vivere in un Lager non è solo adattamento all'oppressione. In tutte le organizzazioni chiuse, esiste una vita sotterranea fatta di pratiche, atti simbolici, rapporti tra gruppi e individui, in cui si usa la conoscenza dell'ambiente per tentare di contrastarne la pressione senza arrivare a un rifiuto aperto.

Può sembrare incredibile che qualcosa di analogo sia stato possibile anche nei campi nazisti, che si sia mantenuta la capacità di prendere iniziative e afferrare occasioni, di calcolare rischi e vantaggi che in una difficile combinazione di adattamento e autonomia tanti abbiano portato avanti la continua fatica necessaria a mantenersi in vita, e non solo in senso biologico.

Ma tra questi solo una piccolissima minoranza sono tornati e nessuno di loro indica la ragione ultima della propria salvezza in particolare doti o iniziative; nessuno si riconosce in quelle interpretazioni che fanno dei sopravvissuti individui straordinari, tanto straordinari da essersi “meritata” la vita: come se i sei milioni che sono morti l'avessero meritata meno.

Il punto è che la sopravvivenza non si può assolutamente vedere in termini di strategie di comportamento. Tutto quello che i prigionieri facevano, o evitavano di fare, ha un significato importante per capire quali e quante risorse sia stato necessario mobilitare per rompere lo stereotipo di una massa passiva e inerte.

Ma dove l'imprevedibilità è totale e il confine tra vivere e morire tanto precario, conta piuttosto il caso. Non è affatto ovvio dire che per essere in grado di sopravvivere bisogna prima di tutto scampare alla morte, non essere uccisi dalle SS o dai capi, neanche la più favorevole coincidenza di fortuna e iniziativa basta, se non interviene il fatto, questo sì decisivo, della liberazione. Se si guarda al campo d'azione dei prigionieri, l'unica possibilità altrettanto risolutiva sarebbe la fuga, come liberazione anticipata; ma finché la macchina statale e militare del nazismo non è intaccata a fondo, quello che si anticipa fuggendo è certamente la morte.

Questa dipendenza da eventi esterni può essere difficile da accettare, perché dà la misura di quanto abbiano pesato in negativo l'incredulità del resto del mondo, le prese di posizione mancate, il ritardo con cui si muovono stati, diplomazie, eserciti. Sarebbe più consolante dimenticare la solitudine degli ebrei, e di tutti i prigionieri, e insieme convincerci che a proteggere l'individuo bastano iniziative e volontà private, ma è precisamente il modo di non capire.

Altra cosa è parlare di risorse utili e di condizioni favorevoli alla sopravvivenza: conta quel che si è e quel che si ha da contrapporre al Lager come la resistenza fisica, carattere, convinzioni politiche e religiose, capacità di rapporti umani, conoscenze intellettuali o materiali, abilità specifiche.

Conta però anche arrivare in estate o in inverno, lavorare al chiuso o all'aperto, avere un capo piuttosto che un altro, trovarsi soli o incontrare degli amici. Conta soprattutto superare lo smarrimento iniziale, particolarmente forte per gli italiani, e imparare a muoversi tra le regole del campo e gli spiragli aperti dalla vita sotterranea dei prigionieri, che ha le sue sedi, i suoi sistemi di alleanze, protezione, scambio, resistenze.

Sarebbe impossibile fare un elenco delle tante variabili e delle loro combinazioni, non avrebbe alcun senso farne una gerarchia: il discorso su come si sopravvive implica aspetti così individualizzati dell'esperienza che il ventaglio di situazioni e interpretazioni è ricchissimo.

C'è solo un elemento comune a tutti ed è naturalmente il caso, non come svalutazione dei dati soggettivi, ma come consapevolezza della loro parzialità e provvisorietà: il "mi sono salvato così" di molti racconti è sempre riferito a una circostanza particolare, o a un comportamento di cui si vuole sottolineare il significato.

Per il resto c'è una grande variabilità dei giudizi. Spesso la memoria assolutizza un episodio, ne fa la base per una filosofia della vita nel Lager e per l'immagine che la persona offre di se stessa. Obbedire non significa annullarsi nella legge del campo, può essere una determinazione forte della volontà. Rischiare, buttarsi, non è quella scelta di immediatezza cui il termine allude; è il carattere che assume nel Lager qualsiasi iniziativa, anche la più ragionata. Così come il "farsi furbi" è la forma che l'intelligenza si dà per fronteggiare una condizione di assoluta debolezza. Allo stesso modo resistere si dimostra qualcosa di molto più elastico, difficile e complicato di quel che significa in altre situazioni, per esempio nella esperienza partigiana: è tutto quello che serve a proteggere, insieme alla vita, piccoli frammenti di identità, a mantenere un minimo di distanza psichica rispetto al mondo in cui si è immersi.

Dallo sguardo dritto in faccia alla kapò SS, all'uso dell'ironia e della fantasia, al ricordo come continuità di se stessi, alle voci sull'avanzata degli alleati accolte per mettere un limite al tempo infinito del Lager, queste sono tutte piccole espressioni di libertà che ci insegnano come in qualsiasi atteggiamento di qualsiasi persona si possa esprimere un contenuto di libertà. In fondo il fatto stesso di mantenersi in vita quando il destino è la morte è una forma di resistenza: chi non muore nel tempo stabilito è già un cattivo prigioniero.

Il concetto può apparire dilatato e questo non ci pare un male, qui l'importante è mostrare la base forte che sta nella determinazione necessaria per non lasciarsi accecare né dalla potenza degli altri né dalla propria impotenza.

Sopravvivere è il caso, è essere liberati, è anche l'intreccio di adattamento, disperazione, volontà di salvarsi.⁴

Dentro il campo la vita incontra regole ossessive: come abbiamo visto si vuole spezzare ogni autonomia.

Il campo di Monowitz sorgeva ad 8 Km da Auschwitz da cui era dipendente amministrativamente: venne costruito nel 1942 allo scopo di fornire mano d'opera per la costruzione del complesso industriale "Buna-Werke", dipendente dalla I.G. Farbenindustrie.

La capacità di contenimento era stata progettata per 7000-8000 persone, ma secondo i dati forniti dall'ANED vi sono state internate circa 12000 persone.

La vera degradazione dell'esistenza umana il deportato la sperimentava al momento dell'arrivo nel Lager vero e proprio: i prigionieri venivano condotti al padiglione delle disinfezioni dove tutti dovevano obbligatoriamente spogliarsi ed essere sottoposti a depilazione di barba, capelli e

⁴ Bravo A., Jalla D., *op. cit.*

ogni pelo; successivamente introdotti nelle docce e chiusi fino al mattino seguente, in piedi, nudi e con le estremità immerse nell'acqua fredda.

In *Se questo è un uomo* Levi racconta⁵: *“Quando abbiamo finito, ciascuno è rimasto nel suo angolo, e non abbiamo osato levare gli occhi l'uno sull'altro. Non c'è ove specchiarsi, ma il nostro aspetto ci sta dinanzi, riflesso in cento visi lividi, in cento pupazzi miserabili e sordidi. Eccoci trasformati nei fantasmi”*.

Poche ore dopo l'arrivo, la “metamorfosi”, la trasformazione in ricoverato senza individualità si compieva anche nei nuovi arrivati. Nell'evitare di guardarsi l'un l'altro c'era però ancora intrinseco un sentimento di pudore che mostrava come la privazione dell'individualità all'inizio fosse solo una manifestazione esteriore. Era un comportamento ancora proprio dell'individuo come uomo senziente. Levi dimostra però che il deportato per poter sopravvivere doveva arrendersi rapidamente alle leggi del Lager. Dopo pochi giorni il comportamento dei detenuti era simile più a quello degli animali che a quello degli uomini.

Al mattino, veniva data loro la possibilità di fare una doccia calda previa disinfezione con una soluzione al lisolo e solo dopo venivano diretti verso le baracche, completamente spogli di qualsiasi indumento o asciugamano.

Gli indumenti a disposizione dei prigionieri per l'inverno erano costituiti da una giacca, un paio di pantaloni, un berretto, un cappotto di panno, una camicia, un solo paio di mutande ricavato dal “thaled”- il manto sacro degli ebrei- un paio di calzini, un pullover e un paio di scarpe dalla suola in legno; per l'estate, solo una camicia e un paio di pantaloni di tela, ogni indumento era rigorosamente a rigoni.

Questo per il primo periodo all'interno del campo: dall'autunno del '44 non venne più restituito il cambio invernale e i prigionieri affrontarono l'inverno con solo camicie e pantaloni di tela.

Non era possibile avere ricambi: chiunque li possedesse sarebbe stato punito, il cambio era previsto ogni 60 giorni e i capi puliti con solo vapore.

Particolare attenzione è da dare alle scarpe, che erano confezionate con suola di legno e tela, erano assolutamente inadatte a marce lunghe e sulla neve.

Il vitto all'interno del campo era insufficiente sia per quantità sia per qualità: era servito la mattina prima che i prigionieri si dirigessero a lavoro, a mezzogiorno e la sera dopo il rientro.

Al mattino venivano distribuiti 350g di pane quattro volte a settimana, 700g tre volte a settimana; il pane oltre che da farina era prevalentemente costituito da segatura di legno. Sempre al mattino,

⁵ Levi P., *Se questo è un uomo*, Trento, Store Einaudi Tascabili, II° edizione, 2014

venivano distribuiti 25g di margarina con 20g di salame oppure un cucchiaino di marmellata o di ricotta. Si aggiungeva mezzo litro di surrogato al caffè non zuccherato.

A mezzogiorno veniva distribuito 1 litro di minestra con patate o rape, senza alcun condimento. La sera i prigionieri ricevevano un altro litro di zuppa, un po' più consistente, comunque priva di grassi, insieme a mezzo litro di surrogato al caffè, sempre amaro.

L'acqua a disposizione dei prigionieri era non potabile.

La maggior parte degli internati non era provvista di piatto e cucchiaio, spesso tre o più persone si scambiavano il recipiente e le posate senza aver possibilità di lavarle. Questo rappresentava una delle maggior probabilità di trasmissione di malattie infettive.

Rimanendo in contesto di malattie trasmissibili, anche i giacigli, suddivisi in castelli, erano responsabili dei numerosi contagi: le baracche avrebbero dovuto ospitare normalmente da 150 a 170 persone, ma ne erano stipate sempre non meno di 200, spesso anche 250, per cui quasi in ogni letto dovevano dormire due persone.

I giacigli erano forniti di una specie di saccone, riempito di paglia di legno e di due coperte, che non venivano mai cambiate e non subivano alcuna disinfezione, per cui erano in pessimo stato di conservazione: lacerate, sporche, spesso infette.

Nelle impalcature dei castelli, nelle travi di sostegno, nelle tavole dei giacigli proliferavano le cimici e le pulci: le disinfezioni delle camerate con vapori di acido azotidrico erano praticate ogni tre o quattro mesi, ma non erano sufficienti alla distruzione di quegli ospiti, che continuavano a vegetare e a moltiplicarsi.

L'unica profilassi era condotta contro i pidocchi allo scopo di prevenire l'insorgenza di una epidemia di tifo petecchiale: ogni sera, di ritorno dal lavoro e con maggior rigore il pomeriggio del sabato.

Gli internati del campo avevano l'obbligo di lavarsi tre volte a settimana: avevano a disposizione 50 g di sapone al mese composto per lo più da sabbia e senza alcuna sostanza grassa, che dopo pochi lavaggi si disintegrava.

Non si avevano a disposizione asciugamani: dopo le docce i prigionieri erano costretti a correre, ancora bagnati e nudi, verso la propria baracca nonostante le rigide temperature e la neve.

Inoltre la latrina era distante dalla baracca, particolare attenzione viene posta da Primo Levi in "Se questo è un uomo" all'uso del bagno durante la notte: i deportati non avevano la possibilità di raggiungere la latrina dopo le ore 21 quindi si servivano di un secchio posto al di fuori della propria baracca, il secchio si doveva raggiungere in tenuta da notte con sola camicia e mutande e consegnando il proprio numero alla guardia. Era un "tormento osceno e una vergogna indelebile" descrive Levi, obbligati ad alzarsi ogni 2 o 3 ore per smaltire la grossa dose di acqua

che il giorno i deportati erano costretti ad assumere per far fronte alla fame, acqua che provocava nei prigionieri caviglie e occhiaie gonfie.

I lavori erano di manovalanza, molto faticosi, inadatti alle condizioni fisiche dei deportati, che erano impiegati come terrazzieri con piccone e pala, come scaricatori di carbone o di sacchi di cemento; ogni lavoro si svolgeva all'aperto, sia in inverno che in estate, con qualsiasi tempo e temperatura; il lavoro doveva essere svolto a ritmo veloce, senza pause se non a mezzogiorno.

Possiamo dedurre dallo stile di vita all'interno dei campi che i fattori di rischio a cui i deportati erano sottoposti sono molteplici: l'alimentazione scarsa di macronutrienti e in quantità molto scarsa, il passaggio dei piatti e delle posate, il vestiario non proporzionale alle intemperie della Polonia durante l'inverno, dunque il freddo e l'umido a cui erano esposti, le calzature che a lungo andare corrodevano i piedi, i lavori forzati.¹

“Dovevi dormire sui piedi degli altri, non potevi né girarti né niente: come ci coricavamo la sera dovevamo essere la mattina, di fianco. Dormivi, se ti voltavi trovavi i piedi di quello lì, giravi e trovavi altri piedi. E sempre così”

G. Comito in Bravo-Jalla, *op cit.*, p.161

“E avesse sentito la notte il rumore dei denti: tutti che sognando mangiavano, dalla disperazione per la fame tutti masticavano, lo facevo anch'io...”

L. Perrone in Bravo-Jalla, *op cit.*, p.162

“Tanta gente mi dice ancora adesso: “ ma non potevate ribellarvi voi in tanti?”. Ma bisogna capire come eravamo aggiustati noi altri, quale era la ribellione che si poteva fare noi? In che modo poteva avvenire? Di personalità non avevamo più niente, niente, era distrutta, finita, non c'era un concetto da dire: “morire per morire, tentiamo”. Era proprio distrutto tutto...”

M. Apruzzese in Bravo-Jalla, *op cit.*, p. 175

2 Patologie correlate alla vita nel Campo

Specifichiamo che ci limiteremo a definire le patologie presenti nel campo con brevi accenni al trattamento; solo nel Capitolo 3 ci concentreremo sull'uso della terapia farmacologica durante il ricovero in infermeria.

Importante è introdurre che la divisione di tali patologie è stata operata dal Leonardo De Benedetti e il Primo Levi⁶ nel *Rapporto sull'organizzazione igienico-sanitaria del Lager di Monowitz* (Auschwitz III), a cui facciamo riferimento e da cui abbiamo ripreso importanti descrizioni delle patologie e il loro andamento.

Nel 1945, all'indomani della liberazione, i militari sovietici che controllavano il campo per ex prigionieri di Katowice, in Polonia, chiesero a Primo Levi e a Leonardo De Benedetti⁷, suo compagno di prigionia, di redigere una relazione dettagliata sulle condizioni sanitarie del Lager. Il risultato fu il *Rapporto su Auschwitz*: una testimonianza straordinaria, uno dei primi resoconti sui campi di sterminio mai elaborati. La relazione, pubblicata nel 1946 sulla rivista scientifica «Minerva Medica», inaugura la successiva opera di Primo Levi testimone, analista e scrittore.

⁶ Primo Levi nasce a Torino (TO) il 31 luglio 1919. Di famiglia ebraica benestante, chimico (si laurea nel 1941), nel 1942 aderisce al Partito d'Azione. Dopo l'8 settembre si rifugia con i familiari in Val d'Aosta e nel novembre 1943 con alcuni amici (tra cui Luciana Nissim e Vanda Maestro) si unisce a una formazione partigiana GL attiva in regione. Il 13 dicembre il gruppo è però catturato a Brusson (AO) da unità della Rsi. Detenuti nella caserma Cesare Battisti di Aosta, nel gennaio 1944 i tre amici sono trasferiti a Fossoli (Carpi, MO) e il 22 febbraio inseriti nel trasporto che il 26 giunge ad Auschwitz (trasporto 27 Tibaldi). Qui Levi riceve il numero di matricola 174517. Trasferito ad Auschwitz-Monowitz, vi resta fino alla liberazione avvenuta ad opera dell'Armata Rossa il 27 gennaio 1945. Ai primi di luglio inizia un travagliato viaggio di ritorno che lo porta, con altri ex deportati italiani (tra cui l'amico Leonardo De Benedetti) in campi di raccolta in Ucraina e Bielorussia. Levi giunge infine a Torino il 19 ottobre. Rende da subito testimonianza pubblica, divenendo con gli anni figura centrale (con la maturazione della vocazione da scrittore) nella diffusione della conoscenza della storia della deportazione. Muore a Torino l'11 aprile 1987. http://www.metarchivi.it/biografie/p_bio_vis.asp?id=324

⁷ Leonardo De Benedetti nasce a Torino il 15 settembre 1898. Medico condotto a Rivoli (TO), ebreo, di orientamento antifascista, nel 1938 è costretto dalle leggi razziali ad abbandonare l'esercizio pubblico della professione. Durante la seconda guerra mondiale è sfollato con parte della famiglia ad Asti (AT). Ai primi di dicembre del 1943 tenta, con la madre Fortunata Segre De Benedetti, la moglie Jolanda, la sorella e altri ebrei, di espatriare clandestinamente in Svizzera. Giunti oltre confine, De Benedetti e la moglie sono però respinti dalle autorità elvetiche e rimandati in Italia (la madre, colta in quelle ore da un malore da cui non si riprenderà, morirà in Svizzera il 16 febbraio 1944). Il 3 dicembre, riconosciuti come ebrei da militi della Centuria confinaria, i due coniugi sono arrestati a Lanzo d'Intelvi (CO). Dopo due giorni sono trasferiti al carcere di Como (CO) e poi a quello di Modena (MO). Da quest'ultimo il 21 dicembre 1943 sono inviati al campo di transito di Fossoli (Carpi, MO). Da qui il 22 febbraio 1944 sono deportati ad Auschwitz (trasporto 27 Tibaldi). All'arrivo, il 26, sono immediatamente separati: Jolanda è selezionata per la camera a gas e uccisa il giorno stesso, mentre Leonardo è immatricolato con il n. 174489 e destinato ad Auschwitz-Monowitz. Liberato dalle truppe sovietiche il 27 gennaio 1945, collabora in seguito con queste ultime nell'assistenza agli ex deportati, prima nel campo centrale di Auschwitz e poi nei pressi di Katowice (Polonia). Ai primi di luglio del 1945 ha inizio un travagliato viaggio di ritorno che vede De Benedetti e altri ex deportati italiani (tra essi l'amico Primo Levi) sostare -per periodi più o meno prolungati- in campi di raccolta in Ucraina e Bielorussia. Solo il 15 settembre inizia il viaggio di ritorno vero e proprio: De Benedetti giunge a Torino il 19 ottobre. Tra il 1946 e il 1947 riprende l'esercizio della professione medica. Nel 1947 si reca a Varsavia per testimoniare al processo contro l'ex comandante del Lager di Auschwitz Rudolf Höss e nel 1970-71 testimonia nel processo a Friedrich Bosshammer, ex comandante del campo di Fossoli. Muore a Torino il 16 ottobre 1983. http://www.metarchivi.it/biografie/p_bio_vis.asp?id=426

Nei quattro decenni seguenti, Levi non smetterà mai di raccontare l'esperienza del Lager in testi di varia natura, per la maggior parte mai raccolti in volume.

Dalle precoci ricerche sul destino dei propri compagni alla deposizione per il processo Eichmann, dalla «lettera alla figlia di un fascista che chiede la verità» agli articoli apparsi su quotidiani e riviste specializzate, *Così fu Auschwitz* è un mosaico di memorie e di riflessioni critiche dall'inestimabile valore storico e umano.

Una raccolta di testimonianze, indagini e approfondimenti che, grazie alla coerenza, alla chiarezza dello stile, al rigore del metodo, ci restituiscono il Primo Levi che abbiamo imparato a riconoscere come un classico delle nostre lettere.

Così fu Auschwitz raccoglie circa trenta testi e documenti per la maggior parte inediti o mai riuniti in volume: interventi che mettono a nostra disposizione le verità più precise – e inesorabili perché precise – sulla macchina dello sterminio.

Il libro si apre proprio con il *Rapporto su Auschwitz* che il medico-chirurgo Leonardo De Benedetti e il dottore in chimica Primo Levi stesero nella primavera 1945 su richiesta dell'esercito russo.

A quella precoce testimonianza seguono in ordine cronologico, lungo un arco di oltre quarant'anni, articoli apparsi in giornali e riviste, interventi pronunciati in pubblico, deposizioni rese in vista di processi contro criminali nazisti (qui la voce di Leonardo torna ad affiancarsi a quella del suo amico), testi ufficiali commissionati a Levi quale figura autorevole fra i reduci dei Lager.

2.1 Classificazione delle patologie

2.1.1 Malattie dell'apparato gastro intestinale

All'interno delle malattie dell'apparato gastro intestinale è necessario far riferimento prima di tutto alla diarrea, sia per la diffusione che per la gravità del suo decorso.

La diarrea può essere definita come una emissione di feci liquide o non formate, in quantità superiore a 200g (in un regime dietetico povero di fibre) o in più di 3 evacuazioni al giorno.

Può essere definita acuta se di durata inferiore a 2 settimane, persistente se si protrae per 2-4 settimane, cronica se di durata superiore alle 4 settimane.

La diarrea presente all'interno del campo esordiva all'improvviso, alle volte preceduta da sintomi quale il dolore addominale, in seguito all'esposizione a fattori determinanti come l'esposizione al freddo e l'alimentazione.

In quanto all'alimentazione è necessario ricordare come questa rappresenta uno dei principali fattori di rischio nella maggior parte delle patologie correlate alla vita nel campo, in particolare nella distrofia alimentare: questa è un disturbo generico del trofismo di singoli tessuti o dell'intero organismo, in questo contesto significa che la condizione distrofica si sviluppa come conseguenza di una prolungata mancanza di nutrizione o di malnutrizione; in termini di gravità, è comune distinguere tre gradi di distrofia alimentare: 1 ° grado - debolezza e perdita di peso senza atrofia muscolare; 2 ° grado - un netto deterioramento delle condizioni generali; 3 ° grado - completa assenza di grasso sottocutaneo e atrofia dei muscoli scheletrici, diminuzione delle funzioni di organi e sistemi. Inoltre, distinguere tra varietà edematosa e secca di distrofia alimentare. L'edema può essere accompagnato poliuria e congestione di liquidi nelle cavità. Una degenerazione secca - per tutte le altre manifestazioni, - si differenzia dalla più grave atrofia muscolare.

I deportati presentavano numerose scariche liquide, con la presenza di muco, alle volte con presenza di sangue, la frequenza andava dalle cinque alle venti scariche al giorno.

Lo stimolo della fame si presentava come una forma di anoressia per cui i deportati rifiutavano qualsiasi forma di alimentazione, il decorso era rapidamente fatale.

Il trattamento prevedeva digiuno per le prime 24 ore, successivamente si provvedeva alla somministrazione di un vitto speciale, con semolino e riduzione della quantità di liquidi.

Il trattamento farmacologico prevedeva la somministrazione di 3 compresse al giorno di tannalbina e carbone.

2.1.2 Malattie da raffreddamento

Le malattie da raffreddamento, così definite da Primo Levi e Leonardo De Benedetti, raggruppano tutte quelle patologie la cui causa è riconducibile all'esposizione al freddo e all'umidità.

Si riscontrano tra le maggiori bronchiti, polmoniti:

- La bronchite acuta è un'inflammazione dell'albero bronchiale e frequentemente deriva dal coinvolgimento bronchiale da parte di infezioni delle prime vie respiratorie.

La bronchite acuta si manifesta con tosse più frequentemente secca, ma può essere anche produttiva, con scarso e denso espettorato mucoso o francamente purulento in caso di eziologia batterica, e che può essere accompagnata da dolore urente retrosternale senso di costrizione toracica e febbre.

La terapia è sintomatica e rivolta principalmente al controllo della tosse. Il decorso è favorevole e la sintomatologia regredisce nel giro di qualche giorno o di alcune settimane.

Occorre precisare che i deportati viste le condizioni igienico-sanitarie non erano immunocompetenti dunque il decorso poteva non essere favorevole.

- La polmonite è un'inflammazione del parenchima polmonare che interessa gli alveoli, le vie aeree distali e l'interstizio.

Le polmoniti sono più frequenti in anziani, nei soggetti affetti da gravi patologie croniche sistemiche, negli immunodepressi, nei fumatori e in soggetti fortemente debilitati.

Nel documento ufficiale non viene specificata l'origine delle polmoniti in esame, ma presumiamo possano essere di origine infettiva.

Il trattamento previsto era molto semplice e del tutto insufficiente per la regressione della malattia: impacchi freddi sul torace, alcune compresse antipiretiche ai pazienti che presentavano febbre e solo ai casi più gravi sulfamidici in dosi esigue.

Correlate all'esposizione al freddo erano anche le altralgie e i geloni, per le prime venivano somministrati impacchi di calore, per i secondi invece non era previsto alcun trattamento se non eventuale amputazione dell'arto interessato.

2.1.3 Malattie infettive generali e cutanee

Il termine malattie infettive racchiude un grande gruppo di patologie dovute all'interazione tra microrganismi presenti nell'ambiente e l'organismo ospite.

Ci concentreremo sulle infezioni di origine esogena, ovvero quelle infezioni causate da microrganismi che giungono nell'organismo ospite da una fonte esterna. Generalmente le sorgenti di infezioni sono rappresentate da: individui malati, portatori – questi eliminano il patogeno pur non manifestando in quel momento segni o sintomi di malattia – , animali infetti, l'ambiente esterno.

Necessario è definire la modalità con cui il microrganismo viene trasmesso all'ospite, prenderemo in esame la trasmissione indiretta e la trasmissione diretta: la prima avviene mediante veicoli o vettori, i veicoli sono mezzi inanimati, come l'acqua e gli alimenti; i vettori sono rappresentati da artropodi, ossia da insetti come le zanzare, le zecche, le mosche, i pidocchi, le pulci, gli acari. Molte volte gli artropodi si limitano al trasferimento meccanico del patogeno da un ospite all'altro, per alcune specie di microrganismi invece essi costituiscono sede di moltiplicazione o tappa obbligata nel loro ciclo biologico, la trasmissione diretta invece è associata a trasferimento diretto e immediato dell'agente patogeno dalla sorgente di infezione all'individuo, questo avviene tramite contatto corporeo, propagazione di droplet dal naso e bocca

di soggetti infetti direttamente sulle mucose e sulla congiuntiva degli ospiti, attraverso il morso di animali, il contatto con il terreno e per via transplacentare che però non prenderemo in analisi. Precisiamo che secondo i documenti a noi pervenuti la diffusione di malattie infettive, siano esse a trasmissione diretta o indiretta, era facilitata dalla stretta convivenza all'interno dei singoli giacigli.

Le impalcature dei giacigli erano infestate da cimici, pulci e pidocchi, dunque necessario è soffermarci sulle patologie infettive esogene per trasmissione indiretta.

Parliamo dunque di tifo petecchiale e la scabbia:

- Il tifo petecchiale è anche definito Tifo Esantematico, è definito come malattia infettiva contagiosa endemica o epidemica, causata da *Rickettsia prowazekii*, trasmessa dal pidocchio e caratterizzata da febbre ciclica, stato tifico ed esantema maculo-emorragico. L'insetto vettore più frequente è il *Pediculus Vestimenti*, diventa infettante dopo 8-9 giorni aver punto un soggetto malato.

Il tifo esantematico si caratterizza per la comparsa a seguito dell'infezione di una vasculite disseminata.

La profilassi principale sono la somministrazione di vaccini associata a misure generali di disinfezione e norme igieniche.

Importante sottolineare come l'unica precauzione presa dalle SS nei confronti delle malattie esogene a trasmissione indiretta era il quotidiano controllo dei pidocchi, motivo per cui i deportati erano obbligati a rasature periodiche, e disinfezioni con frizioni di lisolo⁸.

- La Scabbia è una dermatosi contagiosa causata dall'artropode *Sarcoptes scabiei*. La femmina adulta dell'acaro della scabbia scava cunicoli nello spessore dello strato corneo della cute e vi depone le uova, da queste nascono delle larve che risalgono sulla superficie cutanea dove compiono il loro sviluppo fino a parassiti adulti. Le manifestazioni cliniche sono legate non soltanto all'azione diretta dell'acaro, ma anche ai fenomeni di ipersensibilità verso le sue deiezioni.

La scarsa igiene ne favorisce la diffusione.

Il trattamento prevede l'uso di crema di permetrina al 5% la cui presenza risulta assolutamente assente all'interno del campo, dove l'unica cura messa in atto era una frizione di mitigal.⁹

⁸ Lisolo: soluzione di cresolo grezzo nel sapone potassico, facente parte della classe dei fenoli; il fenolo (C₆H₅OH) fu il primo disinfettante introdotto nella pratica chirurgica, esso è assunto come termine di paragone ancora oggi per valutare l'attività antibatterica dei disinfettanti chimici, detto coefficiente fenolico.

⁹ Mitigal: unguento anti pediculosi

Sarebbe inoltre necessario l'isolamento da contatto, ma visti i numeri di deportati infetti questo risultava impossibile nei Lager, descriveremo la procedura dell'isolamento successivamente.

Descritte le maggiori patologie a trasmissione indiretta analizziamo adesso le malattie infettive a trasmissione diretta, principalmente per contatto e per via aerea documentateci.

Le malattie esantematiche:

- Il Morbillo è una malattia infettiva acuta, altamente contagiosa, causata da un virus appartenente alla famiglia Paramyxoviridae. Si trasmette per via aerea attraverso aerosol di secrezioni respiratorie, ma anche per contatto diretto con goccioline di maggiori dimensioni. Gli individui infetti trasmettono il virus a partire da 2 giorni prima fino a 4 giorni dopo la comparsa della prima eruzione cutanea.

L'esantema è di tipo maculo-papuloso, rosso scuro, inizia sulla fronte e si estende progressivamente in senso cranio-caudale a viso, collo, tronco e arti. È preceduto da febbre elevata e mucositi.

Il trattamento è sintomatico con antipiretici, analgesici, sedativi della tosse e ad oggi vaccini¹⁰, non ancora disponibili durante la Seconda Guerra mondiale.

- La Varicella è una malattia acuta, altamente contagiosa, prevalentemente infantile, espressione di infezione primaria da parte del virus della varicella-zoster, appartenente alla famiglia degli Herpes viridae. La trasmissione avviene per via aerea attraverso le secrezioni respiratorie, il soggetto è contagioso a partire da 2 giorni prima l'eruzione cutanea e termina con la formazione di croste sulle vescicole.

L'esantema è pruriginoso e caratterizzato dalla comparsa di maculo-papule rosee, non confluenti, che presto evolvono in vescicole.

Il trattamento prevede assunzione di Aciclovir per via orale, purtroppo non sono documentate assunzioni di questo all'interno dei Lager

- La Scarlattina è una malattia infettiva contagiosa causata da ceppi di streptococco beta-emolitico di gruppo A, produttori di una particolare esotossina pirogena. La trasmissione avviene per contatto diretto attraverso goccioline respiratorie.

¹⁰ Scoperta del vaccino anti morbillo: Il primo vaccino per prevenire il morbillo risale al 1963. Vaccini per la parotite e la rosolia furono resi disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969. A tutti e tre lavorò il microbiologo americano Maurice Hilleman (1919-2005), a cui si deve anche la loro combinazione e quindi la nascita, nel 1971, del vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR). Hilleman e il suo staff svilupparono negli anni anche molti altri importanti vaccini, tra cui quelli contro l'epatite A, l'epatite B, la varicella, la meningite, la polmonite e contro il batterio emofilo dell'influenza.

L'esordio è improvviso con febbre elevata, accompagnata da brividi, intensa astenia e nausea, faringite e tonsillite purulenta. È caratterizzata da esantema eritemato-papuloso, con papule piccole e di color rosso acceso tendenti a confluire tra loro. Il rash inizia dagli arti per andare verso il tronco.

La terapia è rappresentata da penicillina V. L'uso degli antibiotici era previsto all'interno del campo, ma in dosi esigue.

Precisiamo che erano diffuse anche sifilide, tubercolosi e malaria:

- La Sifilide è un'infezione sistemica cronica causata dal batterio *Treponema Pallidum*, generalmente acquisita per via sessuale, ma anche per contatto diretto non sessuale, come nel caso dei Lager.

È caratterizzata da lesioni cutanee infettanti che insorgono con una prima papula unica che si trasforma rapidamente in un'ulcera non dolente durante la fase primaria della malattia. A questa segue una fase batteriemia e una fase subclinica dove è possibile rilevare a livello sierologico la patologia.

- La Tubercolosi è una malattia contagiosa causata da *Mycobacterium tuberculosis*. La patologia colpisce i polmoni, ma anche altri organi come linfonodi, pleura, reni, ossa e meningi.

La via di trasmissione più comune è quella aerea, tramite inalazione di droplets. Il rischio di contagio è legato all'esposizione, sono ad alto rischio i soggetti conviventi, specie se in ambienti ristretti, sovraffollati e scarsamente areati, oltre al grado di infettività del malato.

Risulta comprensibile come questa patologia potesse essere facilmente contratta vista la convivenza costretta all'interno dei giacigli e la mancanza di areazione all'interno delle baracche.

- La Malaria è un parassitosi provocata da protozoi intracellulari del genere *Plasmodium*, trasmessa all'uomo attraverso la puntura di zanzare femmine del genere *Anopheles*.

All'esordio si manifesta con febbre elevata con brividi e sudorazione, ha un andamento continuo-remittente, malessere, cefalea e altri sintomi sistemici.

Abbiamo brevemente inquadrato queste tre patologie che nonostante fossero presente all'interno del campo non risultano documenti sulla loro frequenza poiché al sospetto clinico di Sifilide, Tubercolosi e Malaria i deportati venivano inviati al campo di Birkenau e qui soppressi nelle camere a gas.

Concludiamo le patologie infettive con la difterite: è un'infezione faringea o cutanea acuta causata principalmente da ceppi tossigeni di *Corynebacterium diphtheriae*; i sintomi sono rappresentati da infezioni cutanee aspecifiche o da una faringite pseudomembranosa seguite da un danno del tessuto miocardico e nervoso secondario all'esotossina.

La mortalità era del 100% poiché la cura dei sintomi di questa patologia era limitata a gargarismi di Chinosol e alla somministrazione di poche compresse di Panflavina, ricordiamo che la terapia d'elezione per la difterite sono antitossine e penicillina o eritromicina, in assenza di queste la totalità dei deportati affetti da questa patologia evolveva precocemente verso complicanze cardiache nonché per quadri di comorbilità.

2.1.4 Malattie chirurgiche

Introduciamo il paragrafo precisando che all'interno del campo di Monowitz non sono state praticate operazioni a scopo di ricerche scientifiche, come venivano eseguite su vasta scala in altri campi di concentramento quali Aushwitz, questo campo ha dedicato un compartimento dell'ospedale alle ricerche scientifiche, note sono le ricerche sugli effetti della castrazione e del successivo innesto di ghiandole eterosessuali come vedremo al Capitolo 3.

All'interno del compartimento chirurgico del campo di Monowitz venivano correttamente eseguite operazioni di alta chirurgia, prevalentemente addominale e ortopedica.

Gli interventi più frequenti erano rappresentati dai flemmoni che, insieme alla diarrea, costituivano uno dei problemi principali dal punto di vista patologico del campo.

- Flemmoni: per flemmone si intende l'infiammazione acuta dei tessuti cellulari lassi e celluloadiposi interposti fra i vari piani anatomici o attorno ai vari organi. La classificazione si basa sul tipo di flogosi, ci soffermeremo sui flemmoni suppurativi poiché erano i più diffusi all'interno del campo e su cui si praticava la chirurgia: i f. suppurativi sono causati da germi piogeni, principalmente da stafilococchi, che possono raggiungere i tessuti connettivali tramite ferite infette o tramite diffusione da focolai microbici esistenti nell'organismo; a seguito dell'infiltrazione si formerà una raccolta di pus, circoscritta o meno in base alla natura del flemmone, nel caso in cui il flemmone sia diffuso e quindi non circoscritto ne conseguirà l'infiltrazione dei tessuti circostanti.

Generalmente la causa dei flemmoni dei deportati erano focolai infettivi di facile individuazione, questi partivano da lesioni cutanee la cui causa era riconducibile alle calzature indossate dai deportati, le erosioni da superficiali e di estensione limitati tendevano ad infettarsi in profondità portando alla formazione di flemmoni a distanza.

I flemmoni suppurativi circoscritti venivano trattati con incisioni molteplici, la cicatrizzazione di queste però era di difficile cicatrizzazione poiché la medicazione si limitava al solo drenaggio di pus senza alcun tipo di trattamento per stimolare né la cute né le difese immunitarie, erano solite ricadute.

2.1.5 Malattie da lavoro

Non risultano particolari patologie la cui causa sia riconducibile al lavoro, ad esclusione di alcune contusioni per movimentazione di carichi, l'unico caso di rilevante importanza è da contatto con sostanze chimiche:

nel *Rapporto ufficiale* si riferisce che gli uomini addetti al "Commando Chimico" furono adibiti al riordinamento di un magazzino contenente sacchi di una sostanza fenolica, già dal primo giorno di lavoro il contatto con questa sostanza e la successiva esposizione al sole provocò inizialmente un'iperpigmentazione della pelle e successivamente un intenso bruciore della pelle che si evolse in desquamazione della pelle.

Nonostante le evidenti complicanze nessun trattamento venne attuato nei confronti degli addetti ai lavori e nessun esonero venne permesso.¹¹

¹¹ **Massini R. , Izzi D. , Marchetti P. , Passeretti F. , Recine U.** – *Medicina Interna 5/e*, Milano, McGrawHill Education (Italy) S.r.l, V° edizione 2013
<http://www.treccani.it/enciclopedia/>
<https://www.msmanuals.com/>

3 L'ospedale

3.1 Strutture ambulatoriali

Prima del 1944 non esisteva alcun Ospedale all'interno del Campo di concentramento di Monowitz, non esistevano servizi sanitari e i malati non avevano possibilità di curarsi, ma erano costretti a continuare il lavoro nonostante il loro stato di salute finché non cadevano esausti a terra.

La constatazione del decesso veniva fatta da due incaricati senza alcun titolo professionale, non medici, non infermieri, non assistenti, bensì prigionieri che con dei nervi di bue si occupavano di colpire la persona a terra: il risultato era positivo se non si avevano segni di ripresa, nel caso in cui la persona riprendesse conoscenza questa era costretta a tornare a lavoro immediatamente. Ad inizio 1944 venne istituito il primo ospedale all'interno del campo, inizialmente un singolo nucleo medico ad uso ambulatoriale dove chiunque si sentiva indisposto poteva presentarsi per farsi curare, nel caso in cui i medici non riconoscevano l'effettivo stato di malattia le SS provvedevano a punizioni corporali.

Successivamente all'ambulatorio venne aperta l'infermeria denominata Ka-Be, da Krankenbau. "edificio per i malati".

In *Se questo è un uomo*,¹² Primo Levi spiega che Ka-Be è il nome abbreviato dell'infermeria (baracca detta Krankenbau), che dà il titolo al quarto capitolo. Ad Auschwitz, è una costruzione composta da otto baracche dove pochi vi soggiornano più di 2 settimane e nessuno più di 2 mesi: o si guarisce o si viene mandati alle camere a gas. Nella zona all'aperto davanti ai due ambulatori, Medico e Chirurgico, vi erano sempre due lunghe file di uomini, "ombre" li definisce lo scrittore. I primi della fila sono già scalzi e pronti ad entrare; è proibito presentarsi con scarpe e berretto. Quando arriva il turno di Levi questi lascia le scarpe al deposito e viene fatto entrare in una stanza in cui vi è un'altra fila. Qui i deportati che arrivano ai primi posti della fila devono farsi trovare nudi e l'infermiere infila ad ognuno sotto l'ascella il termometro qualsiasi sia la patologia di cui sofferisse.

Dopo la visita, Levi viene dichiarato Arztvormelder e rispedito in baracca. Il compagno di letto Chajim si felicita con lui e gli spiega che Arztvormelder significa che l'indomani mattina dovrà ripresentarsi al Ka-Be per la visita definitiva.

¹² Levi P., *Se questo è un uomo*, op cit.

Cucchiaio, gamella, berretto e guanti gli vengono portati via perché è vietato portarli in Ka-Be ed il giorno seguente, Levi insieme a tutti gli altri prigionieri dichiarati Arztvormelder vengono riuniti nella piazza dell'Appello, qui vengono fatti spogliare al freddo, gli vengono tolte le scarpe, vengono rasati e contati più volte, gli viene fatta due volte la doccia e complessivamente devono rimanere in piedi per 10 ore di cui 6 nudi.

Dopo una veloce visita, eseguita da un medico anch'egli un deportato, Levi viene destinato al Block 23. Ma per poter entrare al block 23, Levi è costretto ad aspettare ancora molte ore durante le quali egli viene deriso dai deportati polacchi in quanto italiano, poiché la nomea degli ebrei italiani è di persone facilmente derubabili, che non sanno lavorare e che sono destinati a soccombere; infatti, constata amaramente lo stesso Levi, da 174.000 che erano all'arrivo sono rimasti in tutto in una quarantina. Dopo la compilazione di una scheda di ricovero, Levi finalmente riesce ad entrare nella baracca a cui è assegnato e viene destinato alla cuccetta 10. Con sua meraviglia scopre che è l'unico occupante della cuccetta! Per la prima volta Levi ha un letto tutto per sé.

Nel Ka-Be Levi può riposarsi e godere di una tregua di venti giorni dalle dure condizioni di vita del Lager. Nel Ka-Be non fa freddo, non si lavora e non si viene percossi. Tutto è più rallentato e c'è meno rigore, si rimane nella cuccetta anche per mangiare, solo per la visita del medico è necessario alzarsi, spogliarsi e rimanere in fila. In lontananza si sente la musica della banda che accompagna come automi i detenuti al lavoro, quella musica "infernale" che rappresenta la voce del Lager ed il cui ricordo rimarrà inciso nella mente dei deportati ancora per molti anni dopo la liberazione.

Levi ha 2 vicini di cuccetta, un olandese, Walter Bonn, e un ebreo polacco, albino, non più giovane che si chiama Schmulek. Quest'ultimo il giorno successivo viene messo in uscita con il gruppo di quelli che non fanno più ritorno, destinati alle selezioni; lascia a Levi il suo coltello e il suo cucchiaio.

Walter spiega che il nome della baracca, Schonungsblock, indica la baracca in cui vengono messi i malati leggeri, convalescenti e dissenterici. Ogni 3 giorni i dissenterici vengono sottoposti a controlli per verificare che effettivamente siano malati mostrando, a due per volta, lì sul posto, in un minuto esatto, un secchio di latta che confermi il persistere della loro diarrea. Le pagine conclusive di questo capitolo si basano sulla considerazione che il Ka-Be, parentesi di relativa pace, è il luogo dove il deportato riesce a riprendere per un attimo coscienza di sé, di ciò che è diventato, ed inevitabilmente emerge anche la consapevolezza di quanto gli è stato tolto e il doloroso ricordo della vita passata. Quando si lavora e si soffre non si ha invece il tempo di pensare.

A Monowitz, successivamente, vennero aperti i blocchi riguardanti due grandi aree: medica e chirurgica, ulteriormente sotto-suddivise.

I padiglioni presenti erano:

- Ambulatorio di medicina generale
- Ambulatorio di chirurgia generale
- Ambulatorio di otorinolaringoiatria e oculistica
- Gabinetto odontoiatrico
- Padiglione chirurgia asettica
- Padiglione medicina generale, annessa sezione di malattie nervose e mentali, dotata di apparecchio per l'elettroshock-terapia
- Padiglione per malattie infettive e diarrea
- Padiglione di riposo
- Gabinetto fisico-terapico
- Gabinetto per ricerche chimiche batteriologiche e sierologiche.

Dal *Rapporto Ufficiale* di P. Levi e L. De Benedetti possiamo affermare che non vi era alcun padiglione nell'ospedale del Campo di Monowitz addetto alla chirurgia con scopo di ricerche scientifiche, cosa invece presente all'interno del Campo di Auschwitz di cui parleremo più avanti.

Attenzione va posta al padiglione denominato "Infektionsabteilung", una stanza di tre metri per cinque con dieci cuccette su due piani, un armadio, tre sgabelli e la seggetta per il secchio per i bisogni corporali.

Era la stanza adibita all'isolamento, degenza di pazienti con difterite, scarlattina, tifo.

3.2 Il personale

Il personale che lavorava all'interno dell'ospedale del Campo veniva reclutato tra i deportati.

I medici erano gli unici ad avere un'effettiva certificazione che riconosceva la loro professione: venivano esaminati e quindi ammessi come medici. Il riconoscimento che veniva dato loro era un miglior trattamento alimentare e miglior abiti e calzature.

Gli infermieri e gli assistenti, a differenza dei medici, non possedevano nessuna qualifica né competenza: questi infatti venivano reclutati sulla base della robustezza del loro corpo oppure grazie a medici loro amici.

Di conseguenza, gli infermieri si dimostravano ignoranti, disprezzanti verso il prossimo, verso ogni norma igienica, terapeutica e soprattutto umanitaria.

Accadeva spesso che i pazienti venissero percossi sulla schiena per colpe inesistenti con un tubo di tela rivestito di gomma.

La figura dell'infermiere, all'interno del campo, dunque non prevedeva in alcun modo la cura del paziente, ma, anzi, spesso il paziente era visto come motivo di scherno per il personale ausiliario.

Tra le punizioni da dare ai pazienti vi era quella di stare obbligatoriamente in piedi su di uno sgabello per un tempo minimo di un quarto d'ora, in punta dei piedi con le gambe flesse e gli arti superiori distesi in avanti; accadeva che, dopo pochi minuti, il paziente cedeva poiché spesso si trattava di malati con distrofia muscolare - la distrofia muscolare è il termine usato per indicare un gruppo di malattie genetiche, molto spesso anche ereditarie, che provocano un graduale indebolimento dei muscoli e una progressiva disabilità. Di conseguenza il paziente cadeva a terra e il personale coglieva l'occasione per schernire ulteriormente la persona, nel caso in cui poi questa non continuasse la prova, si provvedeva a punizioni corporali.

3.3 Terapia Farmacologica

L'ospedale del Campo da un punto di vista strutturale sembrava ben organizzato, ma il *Rapporto Ufficiale* riporta importanti deficienze che andavano a discapito di chi vi accedeva.

La scorta farmacologica era ridotta al minimo, mancavano farmaci analgesici come l'oppio e tutti i suoi derivati, mancavano l'atropina, l'insulina, i farmaci fluidificanti, Sali di bismuto.

Per quanto riguarda la carenza di farmaci analgesici necessario è soffermarci sulla definizione di dolore: la IASP (International Association for the Study of Pain - 1986) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E' un'esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperienziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito".

Parliamo di dolore nocicettivo quando il dolore è determinato dall'attivazione dei nocicettori, parliamo invece di dolore neuropatico quando è scatenato da un danno diretto al Sistema Nervoso.

In ogni caso il dolore può essere classificato in base alla sua intensità: il dolore è definito acuto quando il suo esordio è recente e di durata limitata; parliamo invece di dolore cronico quando è di natura infiammatoria o neuropatica, la sensazione dolorosa perdura nel tempo.

Un'ulteriore differenza si ha tra il dolore somatico e viscerale, il primo è superficiale, localizzabile, di tipo trafittivo-puntorio, è generalmente corrispondente alla sede dell'impulso algogeno, proviene da strutture innervate da nervi somatici e da nervi frenici; il dolore viscerale invece è profondo, mal localizzato, sordo, cupo, proviene da strutture innervate da fibre viscerali. Abbiamo chiarito che all'interno dell'Ospedale del Campo mancavano principalmente oppioidi: gli oppioidi sono farmaci analgesici che esplicano effetti farmacologici centrali e periferici.

- Si classificano oppioidi endogeni ed oppioidi esogeni, i primi vengono definiti endogeni perché sono mediatori principali del dolore all'interno dell'organismo, li chiamiamo oppioidi perché esplicano un'azione analgesica simile a quella della morfina; gli oppioidi endogeni sono la B-endorfina, le encefaline e la dinorfina. I farmaci esogeni invece sono i farmaci che vanno a legarsi ai recettori per gli oppioidi, come la morfina.

Secondo lo sviluppo cronologico delle conoscenze sugli analgesici, intorno agli anni '80 si fece la distinzione tra oppiacei (i farmaci esogeni) ed oppioidi (le sostanze endogene che rappresentano i naturali ligandi dei recettori per gli oppioidi).

Gli effetti degli oppioidi sono dunque di analgesia, con riduzione della componente sia sensoriale sia affettiva del dolore, di euforia avvertita come sensazione di benessere fisico e psichico, di soppressione del riflesso della tosse e provocano miosi, le pupille caratteristicamente a punta di spillo, segno importante per la diagnosi di sovradosaggio da oppioidi.

Alla luce di quanto scritto la presenza di farmaci analgesici di origine oppioide si rendeva necessaria all'interno del Campo, le uniche tracce di oppioidi le si avevano nella tintura all'oppio e nelle gocce di Cardiazol, usato in quantità minima non sufficiente.

- Il Cardiazol contiene i principi attivi diidrocodina rodanato e pentetrazolo, che fanno parte della categoria dei medicinali sedativi della tosse con azione a livello del cervello, in quanto agiscono riducendo lo stimolo della tosse, venivano somministrate poche gocce solo nei casi di ammalati gravi.

Oltre a questo il dolore non veniva trattato se non per concomitanza di sintomi come la febbre per cui si somministrava una compressa di paracetamolo: è un farmaco appartenente alla classe degli analgesici-antipiretici.

L'utilizzo di Cardiazol e tintura di oppio era prevista per pazienti affetti da patologie dell'apparato gastro-intestinale (si veda capitolo 2 paragrafo 2.2), in associazione con la tannalbina e il carbone si somministravano 5 gocce di tintura d'oppio e 2 gocce di Cardiazol.

La tannalbina è tra i farmaci di cui si disponeva di più all'interno dell'Ospedale del Campo di Monowitz, è una combinazione del tannino con l'albumina, è una polvere giallo-grigia che contiene il 50% di acido tannico. Questo composto non viene attaccato dal succo gastrico,

traversa lo stomaco senza modificarsi e soltanto nell'intestino, in presenza di soluzioni alcaline, si decompone: il tannino che viene liberato può agire sulla mucosa intestinale. Alla dose da 1 a 3g è particolarmente indicata nelle diarree dei dispeptici.

Il Cardiazol trovava impiego all'interno del Campo anche nelle patologie da raffreddamento (si veda Capitolo 2 paragrafo 2.3), sempre in quantità esigue.

- Un altro farmaco assente all'interno dell'Ospedale del Campo era l'atropina: atropina solfato appartiene ad un gruppo di medicinali che agiscono bloccando l'azione dell'acetilcolina sul sistema nervoso. Questo medicinale viene usato come medicazione prima dell'anestesia per diminuire la produzione di saliva e le secrezioni di fluidi nei bronchi. Inoltre viene usato per il trattamento dell'abbassamento della frequenza del battito del cuore (bradicardia sinusale) specialmente se legata ad una riduzione della pressione (ipotensione).

La totale assenza di questo medicinale risultava gravosa viste le numerose operazioni chirurgiche che venivano effettuate all'interno del campo, soprattutto nel primo anno di apertura dell'Ospedale.

- L'insulina era un altro farmaco mancante, terapia necessaria per pazienti affetti da Diabete Mellito, i quali, in sua assenza, avrebbero avuto un destino infausto.
- L'insulina è un ormone proteico naturalmente prodotto dalle Cellule Beta nella parte endocrina del Pancreas, le Isole di Langerhans, e si occupa della riduzione della concentrazione sanguigna del glucosio, la glicemia.

Il Diabete Mellito è definito come disordine cronico dovuto ad un'alterazione del metabolismo glucidico e caratterizzato da iperglicemia e dal tardivo sviluppo di complicazioni vascolari. L'iperglicemia è dovuta sia a scarsa o assente produzione pancreatica di insulina sia a resistenza dei tessuti periferici alla sua azione, unito comunque ad una riduzione significativa della produzione di insulina; su questa base si definisce Diabete Mellito I il primo, Diabete Mellito II il secondo.

Al trattamento con insulina si accosta quello con ipoglicemizzanti orali, del tutto assenti nel Campo, i quali si occupano di stimolare le cellule Beta al fine di produrre insulina.

- Un'ulteriore carenza era quella rappresentata dalla classe dei farmaci attivi sull'apparato gastro-intestinale: mancavano infatti i Sali di bismuto ad azione protettiva nei confronti della mucosa gastrica, l'idrossido di magnesio classificato come antiacido non sistemico in grado di modificare il pH dei succhi digestivi.

Le cure mediche dunque erano ridotte al minimo, i pochi farmaci che si avevano a disposizione andavano con precedenza alle SS e al personale malato e bisognoso di cure.

L'armadio farmaceutico veniva rifornito all'arrivo di nuovi deportati, farmaci sottratti dai loro beni personali, ma, nonostante questo, il fabbisogno risultava essere sempre molto più alto rispetto alle disponibilità.

Le scorte erano rappresentate da quantità esigue di aspirina, prontosil, bicarbonato, poche fiale di coramina e di caffeina; quantitativi discreti si avevano di exametilentetramina, carbone medicinale, tannalbina, evipan sodico per via endovenosa, cloruro di etile.

- L'aspirina veniva somministrata ai pazienti affetti da malattie da raffreddamento, solo poche compresse: l'acido acetilsalicilico ad alto dosaggio come nel caso dell'Aspirina 500mg è un FANS usato per i sintomi da raffreddamento, a basse dosi come per la Cardioaspirina 100mg è usato come terapia antiaggregante.
- Il Prontosil era l'unico rappresentante dei sulfamidici. I sulfamidici sono antibiotici batteriostatici che inibiscono la sintesi del DNA batterico. Vengono impiegati per i Gram positivi e per i Gram negativi.

I sulfamidici trovavano impiego all'interno del Campo nelle malattie da raffreddamento.

- Il bicarbonato di sodio è un medicinale impiegato nel trattamento di numerose patologie come l'acidosi lattica, l'acidosi metabolica, inoltre una volta assunto rende alcaline le urine e altri liquidi corporei. È quindi in grado di neutralizzare gli acidi e viene impiegato a livello farmacologico per curare bruciore di stomaco, gastrite, ulcera peptica e altre patologie o disturbi che richiedano di alcalinizzare le urine (o altri liquidi corporei).
- La coramina è un derivato sintetico dell'acido nicotinico. Esercita effetti stimolanti sul cuore, di cui aumenta il ritmo e la forza di contrazione; agisce inoltre come eccitante del sistema nervoso centrale e in particolare dei centri respiratori, da cui deriva un aumento della frequenza e dell'ampiezza del respiro.
- La caffeina è una metilxantina che antagonizza i recettori dell'adenosina e stimola il sistema nervoso centrale aumentando la frequenza del respiro e la ventilazione minuto.

Come il *Rapporto ufficiale* di Levi e De Benedetti ci dice¹³, le scorte farmacologiche dei suddetti farmaci erano esigue, ma erano disponibili dosi discrete di:

- Exametilentetramina: è il prodotto di reazione dell'ammoniaca con aldeide formica, che fu trasformato in un antisettico delle vie urinarie. Con la rottura dell'esametilentetramina¹⁴ nel corpo

¹³ Levi P., De Benedetti L., *Rapporto sull'organizzazione igienico-sanitaria ... cit.*

¹⁴ Alexander Mikhaylovich Butlerov (1828-1886), chimico russo, uno dei principali fondatori della teoria della struttura chimica, il primo a incorporare doppi legami in formule strutturali, scopritore dell'esametilentetramina e della formaldeide. Fu un forte sostenitore dell'apertura all'istruzione superiore alle donne.

(in un ambiente acido), viene rilasciata formaldeide che, quando escreta nelle urine, ha una proprietà antisettica. Le indicazioni per l'uso dell'esametilentetramina sono anche colecistite e colangite, malattie allergiche della pelle, malattie degli occhi. Il farmaco è anche usato per meningite, encefalite, aracnoidite.

- Carbone medicinale: la sua forma attiva viene sfruttata per intrappolare sostanze e gas in modo da evitarne l'assorbimento o l'accumulo nell'apparato digerente.
- L'Esobarbital rientra nella classe dei barbiturici, trova impiego come anestetizzante ad azione rapida.
- Il Cloruro di etile veniva largamente usato per interventi di poco conto all'interno del Campo, come ad esempio l'incisione di un ascesso. Il cloruro di etile è un anestetico locale usato in interventi chirurgici brevi, ha azione rapida ed emivita breve.

Si avevano inoltre a disposizione pomate per la cura delle infezioni cutanee: le infezioni prevedevano un trattamento basato su 4 step:

1. Inizialmente la lesione e la cute circostante venivano coperte da una pomata all'ittiolio
 2. quando la lesione progrediva si medicava con una pomata al collargolo;
 3. a fine suppurazione si usava una pomata al pellidolo
 4. infine ossido di zinco.
- L'ittiolio è un unguento dotato di una marcata attività antinfiammatoria, antibatterica e antiflogistica, viene utilizzato per infezioni, ulcere e ascessi cutanei.
 - Il collargolo si presenta in forma di piccoli granuli o di lamelle grigio metallico più o meno scuro, solubili in venticinque parti d'acqua fredda. È un antisettico locale e generale.
 - Il pellidolo è un farmaco impiegato per ripristinare l'integrità della cute e delle superfici muose alterate per azione di agenti traumatici, chimici, fisici o infettivi.
 - L'ossido di zinco può essere efficacemente ed agevolmente utilizzato nel trattamento delle patologie dermatologiche minori come l'eczema e le dermatosi in generale.¹⁵

¹⁵ **Rossi, Cuomo, Riccardi**, *Farmacologia per le professioni sanitarie*, Minerva Medica, I° edizione, 2014

<https://www.albanesi.it/salute/farmaci/barbiturici.htm> ;

<https://www.farmagalenica.it/>

<https://www.humanitas.it/enciclopedia/integratori-alimentari/carbone-vegetale>

http://it.medicine-cure.com/ovr5_geksametilentetramin.htm

<http://www.minerva.unito.it/Chimica&Industria/Dizionario/DizCod.html>

<http://www.treccani.it/enciclopedia/>

<https://people.unica.it/micaelamorelli/files/2013/11/06-11-2013-Oppioidi.pdf>

3.4 La degenza in Ospedale

Tra le più importanti carenze vi era quella della mancanza di locali riservati agli ammalati.

In primis mancava una sala d'attesa per i pazienti che si presentavano agli ambulatori; questi infatti si presentavano dopo il turno di lavoro, orario a cui si poteva accedere ai servizi sanitari, costretti ad aspettare all'aperto il proprio turno con qualsiasi stagione e tempo.

Prima di entrare in ambulatorio, tutti erano obbligati a togliersi le scarpe ed erano perciò costretti a camminare a piedi nudi su pavimenti molto sporchi per la presenza di materiale di medicazione gettato a terra, sporco di sangue e altri residui corporei.

Successivamente, veniva fatto un primo incontro con il medico, il quale dava indicazioni per il percorso del paziente.

Direttamente dall'esperienza personale di Primo Levi, come abbiamo visto, sappiamo che frequentemente, salvo gli ammalati gravi, il paziente dopo il primo incontro veniva rimandato al giorno dopo, quando doveva ripresentarsi.

L'indomani veniva fatta un'ulteriore visita e se il medico riteneva opportuno il ricovero il paziente veniva spogliato dei suoi vestiti, che erano mandati a disinfestare e la persona nuda era diretta verso le docce: qui subiva la rasatura di ogni pelo e, a seguire, la doccia e infine era indirizzata verso il reparto e dunque al proprio giaciglio.

Un'ulteriore deficienza si riscontrava nella carenza di posti letto; infatti i pazienti erano costretti a dividere il proprio letto qualunque fosse la loro malattia e la gravità di questa; di conseguenza era altissima la possibilità di contagi.

Inoltre, i giacigli e le coperte non venivano lavati quindi si trovavano residui di qualsiasi fluido corporeo lasciati dai precedenti pazienti, nella più totale mancanza di igiene.

Nei reparti, c'erano pochi piatti e posate rispetto ai pazienti, i pasti venivano serviti in due o più turni e i degenti che mangiavano nel secondo o terzo turno erano costretti a mangiare la zuppa in recipienti appena sciacquati in un secchio di acqua fredda.

Mancava nell'infermeria un impianto di acqua corrente, i pazienti ricoverati non potevano usufruire della possibilità di lavarsi nei lavatoi comuni, dove si lavavano i deportati, ma erano costretti a lavarsi una volta al giorno in poche catinelle comuni: il *Rapporto Ufficiale* calcola una media di 200 pazienti per 6 catinelle.

Nei reparti di degenza, il pane arrivava dalla sala medicazione: la sera precedente veniva posto su una panca a riposare, la stessa panca che era stata usata tutto il giorno come sgabello di appoggio per i piedi dei pazienti affetti da infezioni cutanee. Per appoggiarvi il pane, veniva velocemente strofinata con uno straccio imbevuto di acqua fredda.

La giornata scorreva diversamente all'interno dell'infermeria rispetto al resto del campo, i pazienti si svegliavano la mattina alle quattro insieme al resto dei deportati, dovevano rifare il letto e lavarsi senza alcuna fretta; alle cinque e mezzo veniva distribuito il pane con la possibilità di mangiarlo nel proprio letto e riposare fino alla distribuzione del pasto di mezzogiorno: il vitto all'interno del Ka-Be era più sostanzioso, veniva infatti concesso un semolino, a differenza del resto del campo che veniva nutrito con solo brodo vegetale. Dopo il pranzo si aveva il riposo pomeridiano fino alle ore sedici, ora della visita medica e delle medicazioni. Dopo le visite veniva distribuito a letto il pasto serale e alle ore ventuno le lampade si spegnevano e il silenzio lasciava spazio ai pensieri dei prigionieri.

All'interno dei reparti di medicina il medico, aiutato da due infermieri, si occupava della visita, senza recarsi personalmente al letto dei pazienti: erano infatti i degenti stessi che dovevano alzarsi dal letto e recarsi da lui, gli unici esclusi erano i pazienti particolarmente gravi.

In alcuni casi la visita veniva svolta al mattino e la sera veniva eseguita una seconda visita in maniera molto superficiale.

I dissenterici, in particolare, venivano controllati ogni tre giorni: si mettevano in fila lungo il corridoio e, a capo della fila, vi erano due infermieri con l'orologio, una matita e due bacinelle di latta.

I pazienti dovevano dimostrare in quel momento, a comando, la loro diarrea persistente: veniva concesso un solo minuto per tale dimostrazione.

Nei padiglioni di chirurgia, le medicazioni venivano eseguite la mattina e si medicava soltanto una corsia della camerata per turno. Ogni camerata era divisa in tre corsie quindi ogni paziente riceveva la medicazione ogni tre giorni.

Le medicazioni erano fissate con bende di carta che si laceravano velocemente, quindi le medicazioni asettiche o meno restavano sempre aperte. Solo le ferite gravi venivano medicate e chiuse con più accortezza: si usava il cerotto con la massima attenzione poiché se ne disponeva di pochissime scorte.

L'affluenza dei malati era sempre alta e superiore, come abbiamo detto, alle capacità dei locali e, per fare posto ai nuovi arrivati, un tot di pazienti al giorno veniva dimesso anche a guarigione non completa e con grande debolezza, cosa che non li esonerava dalla ripresa dei lavori il giorno seguente.

I pazienti cronici, la cui degenza si prolungava oltre due mesi o che tornavano in ospedale con troppa frequenza, erano avviati a Birkenau e qui soppressi nelle camere a gas insieme ai pazienti affetti da patologie infettive contagiose come tubercolosi e malaria.

I pazienti troppo deperiti che non erano in grado di lavorare andavano incontro allo stesso destino.

Circa una volta al mese, si procedeva nelle varie sezioni dell'ospedale alla cosiddetta "selezione dei mussulmani" nome con cui erano indentificati i pazienti estremamente dimagriti: la selezione prevedeva la scelta delle persone che sarebbero state inviate alle camere a gas.

Il 'mussulmano' incarna l'ultimo grado dell'annientamento del corpo, la sua agonia è avanzata fino ad un punto in cui l'istinto naturale del voler sopravvivere sembra non esistere più. Il corpo del 'mussulmano' ad Auschwitz è il simbolo dell'annientamento dell'uomo. Il testimone esemplare del Lager non è il superstite, bensì il "mussulmano", vale a dire colui che ha visto il punto più profondo dell'esistenza. Il corpo del "mussulmano" è l'ulteriore grado della disintegrazione dell'individuo.¹⁶

Queste selezioni si svolgevano rapidamente ed erano effettuate dal medico direttore dei servizi sanitari, i pazienti sfilavano nudi davanti ad esso il quale con uno sguardo superficiale giudicava lo stato di salute del singolo paziente, decidendo il suo destino.

I giorni a seguire le persone selezionate subivano una seconda visita da parte di un capitano medico delle SS che era il dirigente generale dei servizi sanitari di tutti i Campi dipendenti da Auschwitz. Questa visita era più minuziosa e il caso del singolo paziente veniva analizzato più a fondo, ma raramente veniva cambiato il percorso deciso per lui.

Nell'ottobre del 1944, la selezione venne estesa dai padiglioni dell'Ospedale a tutti i blocchi del Campo di Monowitz.

"Bisognava mai dire: "vado in infermeria". Perché l'infermeria era la morte. Chi entrava in infermeria non usciva più..."

G. Bodrito in Bravo-Jalla, *op cit.*, p.163

"Alla mattina quando ci alzavamo, l'infermeria – era il blocco di fianco al mio – sembrava sollevata da terra, perché i morti erano più alti della finestra... I malati dormivano nudi, senza coperte e con le finestre aperte, poi non c'erano medicinali, non c'era niente, le fasciature le facevano con la carta... O morivano dal freddo o di dissenteria, due o tre giorni e li liquidavano. Niente, lì era l'anticamera della morte..."

G. Argenta in Bravo-Jalla, *op cit.*, p.163

¹⁶ https://www.unive.it/media/allegato/dep/n29-2016/5_Kraske_DEP.pdf

3.5 Le camere a gas e i forni crematori

Come abbiamo già descritto nel Capitolo 1 sotto-paragrafo 1.2.3, la conferenza del Wannsee diede inizio allo sterminio sistematico degli ebrei e di tutti coloro fossero stati giudicati “non conformi” alle leggi di Norimberga, iniziò nel marzo 1942 in Polonia, nel campo di Chelmno.

Il funzionamento delle camere a gas e dell’annesso crematorio del Campo di Concentramento di Birkenau era presidiato giorno e notte da un Comando Speciale diviso in due turni.

I membri del Comando Speciale vivevano in disparte dal resto dei deportati, accuratamente segregati da ogni contatto con altri o con il mondo esterno, scelti fra i peggiori criminali condannati per gravi reati come l’omicidio.

Secondo il *Rapporto Ufficiale* nel 1943, a Birkenau venne aperto un nuovo forno crematorio e una camera a gas più adeguate alle circostanze rispetto a quelli in uso fino a quel momento.

Essi erano composti di camera di attesa, camera delle “docce” ovvero delle camere a gas e i forni; questi ultimi erano 9 con 4 aperture ciascuno ed erano disposti in maniera circolare al centro dei quali vi era una ciminiera, che permetteva il passaggio contemporaneo dei fumi di 3 cadaveri. La capacità di ciascun forno era di 2000 cadaveri al giorno.

I deportati venivano introdotti nella prima sala e ricevevano l’ordine di spogliarsi completamente con la scusa del dover fare la doccia, venivano consegnati anche asciugamani e sapone per dare una sorta di apparente credibilità.

Venivano mandati nella camera delle “docce”, questa aveva sul soffitto una grande apertura ermeticamente chiusa da tre lastre di lamiera che si aprivano a valvola, sul pavimento delle rotaie, che attraversavano la camera per tutta la sua larghezza e portavano da essa ai forni crematori.

I deportati venivano fatti entrare nella camera a gas, le porte venivano chiuse a tenuta d’aria e, attraverso la valvola dal soffitto, veniva erogata una preparazione chimica in forma di polvere grossolana color grigio-azzurro, contenuta in scatole di latta etichettate con il nome “Zyklon B – Per la distruzione di tutti i parassiti animali”.

Lo Zyklon B era una preparazione al cianuro, in grado di evaporare a 26°C, che odora di mandorle amare e possiede azione eminentemente tossica.

Il gas esplica la sua azione in base alla concentrazione nell’aria, se la dose non è eccessivamente alta si ha vomito, alterazione del ritmo e della profondità del respiro, dilatazione della pupilla, breve periodo di eccitamento seguito da incoscienza e da convulsioni con rilascio degli sfinteri, l’alito emana odore di mandorle amare.

A dosi elevate, la morte può essere istantanea a causa della paralisi del centro respiratorio.

Nel giro di pochi minuti, infatti, le persone all'interno della camera morivano, si procedeva con l'apertura di porte e finestre e gli addetti del Comando Speciale muniti di maschere antigas entravano per trasportare i cadaveri ai forni crematori.

Per introdurre le salme nei forni, appositi incaricati recidevano i capelli a coloro che li avevano ancora, cioè quei deportati che erano stati avviati alle camere a gas direttamente dal convoglio ferroviario e che non erano passati dal campo di concentramento.

Si provvedeva inoltre all'estrazione di denti d'oro.

Particolare attenzione va data al modo con cui i cadaveri venivano trovati all'interno della camera a gas: erano attorcigliati, imbrigliati tra loro con forza a formare cumuli, tanto che gli addetti impiegavano ore a sbrigliarli.

Man mano che questi venivano separati, venivano portati ai forni crematori e bruciati. Dalla testimonianza di Shlomo Venezia (Salonicco 1923-Roma 2012)¹⁷ ricaviamo la seguente descrizione dei fatti: i cadaveri venivano posti all'interno del forno, le fosse erano in pendenza; il grasso umano prodotto dai corpi che bruciavano colava lungo il fondo fino a un angolo, dove era stata scavata una specie di conca per raccogliarlo. Quando il fuoco minacciava di spegnersi, gli uomini prendevano un po' di grasso dalla conca e lo versavano sui corpi per ravvivare la fiamma.

Come abbiamo già detto, le ciminiere avevano la capacità di far passare i fumi di 3 cadaveri contemporaneamente, i forni erano 9 ed ognuno in grado di bruciare 2000 cadaveri al dì, nel Campo di Birkenau si poteva arrivare quindi quasi a 20000 cadaveri al giorno, le loro ceneri venivano usate per fertilizzare i campi circostanti.

“A Mauthausen la camera a gas era piccolina, sarà stata un quattro per quattro, forse neanche. E li schiacciavano proprio per fare più morti nello stesso colpo; alle volte i corpi erano talmente compressi che per poterli mettere nel carrello per i forni dovevano ridistaccarli. E quindi si facevano aiutare dalla gente che passava, chiamavano “ehi tu, vieni qua”, molti andavano. Io sono sempre riuscito ad evitare, giravo molto alla larga. Ma ho lavorato alla baracca che era proprio davanti, li vedevo entrare.

Chi andava alla camera a gas? Andava della gente che si portava delle punizioni dietro, e poi gli ammalati, quelli che a un certo punto erano dichiarati inabili al lavoro. Negli ultimi giorni l'hanno usata per gli eccidi di massa, il campo tre era diventato una camera d'attesa per la

¹⁷ <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2007/10/19/togliemmo-cadaveri-dalle-camere-gas.html>

camera a gas. Quando andavamo al campo di lavoro, vedevo questa fila di gente che aspettava il turno. Senza ribellarsi, io casi di ribellione non ne ho visti; e poi con una certa indifferenza anche da parte nostra. Era quasi come quando al mattino uno si alza, c'è quello che va a sinistra perché va a lavorare alla Fiat, e quello che va a destra perché va a lavorare da un'altra parte. Lì c'era quello che andava a lavorare a Rüstung e c'era quello che invece andava alla camera a gas. Direi che faceva parte della routine del campo. È quello che è spaventoso...”

L. Valenzano in Bravo-Jalla, *op cit.*, p.177

3.6 La sperimentazione scientifica

Uno dei più tristi e disumani episodi durante la Seconda Guerra Mondiale è quello riguardante la sperimentazione scientifica sui minori.

Sebbene come abbiamo riportato questo non riguardasse il Campo di Monowitz, abbiamo deciso di inserirlo a causa della rilevanza per i crimini contro l'umanità. Il caso che riportiamo è quello di venti bambini (dieci maschi e dieci femmine) che vennero sottoposti per alcuni mesi a una delirante sperimentazione medica su di un possibile vaccino per la tubercolosi da parte di un gruppo di aguzzini coordinato da un medico appartenente al corpo delle SS, di nome Kurt Heissmeyer (1905-1967). I bambini erano arrivati in quella scuola dal campo di concentramento di Neuengamme, a circa trenta chilometri da Amburgo, un Lager in cui erano stati trasferiti apposta per essere sottoposti all'inutile e crudele sperimentazione alla fine del mese di novembre del 1944.

Erano di varia nazionalità e tra loro c'era anche un piccolo cittadino italiano, la cui madre aveva avuto la sorte di essere ebrea. Questi fanciulli avevano un'età compresa tra gli otto e i tredici anni e provenivano dal campo di sterminio di Auschwitz-Birkenau, Erano stati scelti per quell'*esperimento* da un altro medico nazista, il tristemente famoso Joseph Mengele (1911-1979), che aveva effettuato personalmente la selezione dei fanciulli facendo loro credere, con una crudeltà priva di ogni aggettivo, che essere stati scelti avrebbe anticipato il momento destinato a rivedere le loro mamme.

Neuengamme, il dottor Heissmeyer iniettò il bacillo della tubercolosi nei corpi di quelle povere vittime con il pretesto di studiare un possibile vaccino antitubercolare. Gli esperimenti si protrassero per oltre tre mesi, riuscendo solo a debilitare ulteriormente i bambini. Heissmeyer utilizzò iniezioni a dosi crescenti di tubercolina, successiva all'inoculazione del bacillo di Koch, per stimolare una presunta formazione di anticorpi specifici antitubercolari.

Naturalmente non vi fu nessun effetto favorevole, come era da prevedersi in base ai lavori sperimentali sui modelli animali già effettuati negli anni Trenta del XX secolo e come confermato del resto e inutilmente dall'asportazione cruenta e ingiustificata delle linfoghiandole ascellari dei bambini nel marzo del 1945.

Quelle linfoghiandole furono sottoposte ad un esame istologico da parte del patologo Hans Klein, che sarebbe diventato impunemente, dopo la guerra, docente di medicina legale presso l'Università di Heidelberg. Intanto la Seconda Guerra Mondiale stava volgendo al termine.

Con le truppe Alleate che potevano arrivare ai cancelli del Lager da un momento all'altro, era troppo pericoloso continuare a tenere prigionieri quei bambini, la cui presenza appariva ingiustificabile in un campo di prigionia e di lavori forzati.

Il comandante del campo, Max Pauly, aveva chiesto al Comando Generale dei Campi di Sterminio di Berlino che cosa fare già il 7 di aprile. L'ordine arrivò il 20 dello stesso mese: i bambini andavano eliminati.

Pauly incaricò dell'esecuzione il medico SS del Lager, il dottor Alfred Trzebinski (1902-1946). Fu approntato un autocarro su cui nella notte tra il 20 ed il 21 aprile presero posto i dieci bambini. Erano con loro due medici francesi prigionieri di guerra René Quenouille e Gabriel Florence, due infermieri olandesi Anton Holzel e Dirk Deutekom e sei prigionieri russi di cui è ignoto anche il nome.

L'automezzo si diresse con una breve corsa alla periferia di Amburgo, dove sorgeva la scuola di Bullenhuser Damm, un edificio di mattoni rossi rimasto miracolosamente in piedi durante i bombardamenti e utilizzato come sede distaccata del *Lager* di Neuengamme.

L'esecuzione non poteva avvenire direttamente nel campo principale perché ci sarebbero stati troppi testimoni: mezzi della Croce Rossa Svedese erano infatti già presenti sul posto per sorvegliare il rimpatrio di alcuni prigionieri da estradare in Danimarca.

All'arrivo alla scuola, Trzebinski si confrontò con il comandante del piccolo campo di concentramento, l'*Obersturmführer* delle SS, un grado che corrispondeva più o meno a quello di tenente, Arnold Strippel (1911-1994). Strippel era un nazista fanatico, cui non importava alcunché nemmeno che la guerra fosse prossima alla fine e che tra i prigionieri da eliminare vi fossero bambini innocenti.

Il gruppo dei reclusi venne condotto nei sotterranei e i medici francesi, gli infermieri olandesi e i sei prigionieri russi vennero impiccati in uno degli stanzoni, mentre i bambini sonnolenti e infreddoliti attendevano ignari in un altro locale.

Il medico praticò ai bambini delle iniezioni intramuscolari di morfina che ne attutirono la sensibilità: forse uccisero subito i più debilitati per depressione respiratoria e li fecero comunque cadere in un torpore o in un sonno farmacologico.

Poi, a uno a uno, vennero portati in uno scantinato e appesi a dei ganci di metallo che pendevano dai tubi dell'acqua che correvano lungo il soffitto. In questo modo furono strangolati e uccisi. Infine fu la volta di ulteriori diciotto prigionieri russi, arrivati successivamente con un altro automezzo e giustiziati anch'essi senza alcuna pietà. Dopo l'eccidio i corpi furono caricati di nuovo sui camion, riportati a Neuengamme e lì cremati per far perdere ogni traccia.¹⁸

“Quello che era terribile a Ravensbrück è che facevano gli esperimenti medici. Era una cosa spaventosa perché i medici lavoravano senza anestesia, sulle prigioniere come cavie...

Voi lo sapevate?

Io lo sapevo perché le ho viste, ho visto una francese – in quel momento lavoravano sulle francesi, e non so se gli prendevano dei pezzi di muscolo o dei pezzi di osso... ma fra un esperimento e l'altro le mandavano nelle baracche, e ho visto quella francese che camminava con le stampelle: aveva una gamba normale e l'altra che aveva solo l'osso. Era uno degli esperimenti che penso poi ammazzassero le persone, perché non ne è vissuta quasi nessuna; quando finiva l'esperimento le ammazzavano tutte. Quella l'ho vista io...”

M.A Pallivicino di Ceva in Bravo-Jalla.,*op cit.*, p.169

¹⁸ <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html#>

4 L'infermieristica durante il nazismo

A seguito della descrizione dei fatti avvenuti all'interno dei Campi di sterminio, vediamo delinearsi un profilo della scienza medica non come professione volta alla tutela e difesa del diritto umano della vita, ma come uso di questa come strumento di morte contro la vita stessa ed è qui che vogliamo soffermarci.

Leggendo in maniera retrospettiva la storia della medicina, ci rendiamo conto di come, durante i secoli, abbiamo assistito ad una progressione della scienza medica, non soltanto in termini di ricerche e scoperte, ma come sviluppo di tutti i valori morali ed etici che sono alla base della Medicina così come noi oggi la conosciamo, tutelata da un Codice Deontologico.

I principi e i valori che, sin dall'antichità, hanno governato la pratica professionale della medicina (attraverso i giuramenti e i codici deontologici) vincolavano il medico ad agire sempre per il massimo beneficio del paziente, vietando qualsiasi intervento che potesse arrecargli danno o che andasse contro i valori morali prevalenti nella società. Naturalmente, i contesti culturali erano diversi, quindi anche i criteri e i valori.

L'etica medica antica metteva l'accento sul carattere e le virtù richieste al medico che esercitava l'arte.

Il cosiddetto giuramento di Ippocrate, divulgato a partire dall'era cristiana, e i codici professionali dei medici hanno rappresentato, sino a metà del XX° sec., gli unici riferimenti etici normativi per il medico: in tal senso, le sole garanzie per i pazienti circa la correttezza e la benevolenza del medico erano rappresentate dal controllo esercitato dalla stessa comunità medica attraverso la selezione professionale.

Dall'XI sec., infatti, l'etica medica occidentale adottò i valori morali della religione cattolica, e l'accento si spostò sui doveri e i principi cui un buon medico deve ubbidire, ossia sulla dimensione professionale.

Nel Medioevo, si fece strada il concetto pragmatico che la pratica della medicina fosse un privilegio che richiedeva formazione e abilità, e che quindi implicasse responsabilità, nonché il principio che il medico dovesse prendersi cura anche dei casi gravi o senza speranza, cosicché l'imperativo di prolungare la vita diventava una responsabilità medica.

Nell'età post-illuminista l'etica medica acquisì i temi legati ai rapporti tra medico e società, per includere problemi di giustizia, professionalità e politica sanitaria.

I codici deontologici definivano solo regole di comportamento che, tuttavia, sino a quando la medicina non venne in possesso di rimedi e metodi di ricerca davvero efficaci, funzionarono relativamente bene come guide per una condotta moralmente corretta.

Con l'avvento del metodo sperimentale e l'emergere della figura del medico-ricercatore, ossia quando la medicina cominciò a disporre di trattamenti davvero efficaci e di un potente metodo di ricerca in grado di migliorare le conoscenze sulla funzionalità normale e patologica dell'organismo, le regole precedenti si rivelarono inadeguate a evitare la contaminazione ideologica della medicina e a rappresentare le ambizioni dei ricercatori a guadagnarsi un prestigio scientifico attraverso la sperimentazione sull'uomo.

In questo percorso, atto alla progressione della Medicina, incontriamo un trauma, un momento di depressione nella linea del tempo che fino a questo momento era in totale ascesa: la medicina nei campi di concentramento.

Mi sento di definirla come un crollo dei valori etici che duramente erano stati costruiti: non si può definire regressione, perché questo significherebbe un passo indietro verso qualcosa che già era stato, ma possiamo solo definirla una perdita di valori, poiché mai, prima della Seconda Guerra Mondiale, si era fatto questo uso aberrante della Medicina, in termini così massicci e pianificati.

La scoperta dei crimini commessi dai medici nei campi di concentramento nazisti determinò una svolta nell'etica medica.

Il tribunale di Norimberga, chiamato a giudicare i crimini del nazismo, arrivò ad includere nella sentenza un decalogo etico per ogni ricerca clinica su soggetti umani.

Il Codice di Norimberga (1947) affermava innanzitutto che il «consenso volontario» era il presupposto «essenziale» per una condotta moralmente accettabile della sperimentazione con soggetti umani. Nel 1948 venne votata dall'Associazione medica mondiale la Dichiarazione di Ginevra, che aggiornava in chiave laica i contenuti del cosiddetto giuramento di Ippocrate e impegnava il medico a non utilizzare, nemmeno «sotto costrizione», le sue conoscenze contro le leggi dell'umanità.

Ma nemmeno questi vincoli e impegni solenni bastarono a evitare che maturassero nuovi conflitti tra le istanze della ricerca biomedica e quelle della società.

L'Associazione medica mondiale ribadiva, nella Dichiarazione di Helsinki del 1964 (accettata con qualche resistenza da una parte della comunità medica statunitense), il concetto che solo il consenso esplicito poteva giustificare moralmente la ricerca sui soggetti umani e che «nella ricerca medica gli interessi della scienza e quelli della società non devono mai prevalere sul benessere del soggetto».

A partire dagli anni Sessanta del XX° sec., alcuni teologi e filosofi morali cominciarono a mettere in discussione la possibilità che un'etica medica basata sui principi morali dei codici deontologici potesse assicurare il rispetto dei diritti individuali delle persone.

Per i filosofi morali, e per molti teologi e giuristi, i medici potevano legittimamente reclamare una competenza sui fatti della scienza medica, ma non sul riconoscimento dei principi etici e dei valori che dovevano guidare le scelte.

In particolare, i valori del paziente dovevano essere considerati decisivi e questi doveva essere trattato come persona capace di scelta autonoma: in tal senso, qualsiasi tentativo del medico di ampliare la sua competenza scientifica era giudicato un errore morale di paternalismo.

La nuova etica biomedica, o bioetica, si sviluppava in quegli anni soprattutto a partire dai presupposti filosofico-giuridici del consenso informato e dalla possibilità che il paziente avesse il diritto di rifiutare, sulla base del proprio sistema di valori, il trattamento terapeutico.

Con lo sviluppo dei valori etici della Medicina si è nel tempo formata l'etica propria della Professione Infermieristica.

Con gli anni la figura dell'infermiere si è evoluta sino ad arrivare a rispecchiare il suo ruolo odierno, un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività.

La sua attività, come detto, è basata sul rispetto di norme, ed è volta, come scopo principale, a promuovere il bene del paziente, che è la priorità di qualsiasi intervento infermieristico.

Poiché questa attività ha come espressione più alta il rapporto infermiere-paziente, che è un rapporto tra esseri umani, è chiaro come tutti gli interventi effettuati vadano ad inserirsi sempre in un contesto etico.

Perciò, l'infermiere è promotore di un'assistenza che non si limita a considerare il paziente solo dal punto di vista della malattia, bensì anche e soprattutto dal punto di vista psicologico e sociale, prendendo in considerazione tutti gli aspetti della sua vita.

L'assistenza infermieristica, è fortemente legata al rispetto dei valori etici, religiosi e culturali del paziente, e deve rispettarne tutti i diritti fondamentali e poiché questo rapporto infermiere – paziente si sviluppa in un contesto etico, è fondamentale che il professionista sanitario sia in grado di orientare il suo operato verso azioni che siano corrette, dedicando, perciò, se stessi a questa disciplina, mettendosi al servizio dei pazienti che si troveranno dinanzi e che riconosceranno in loro una persona fidata su cui fare affidamento. Un giuramento rappresenta la promessa di adempiere a determinati obblighi o di mantenere.

Nella professione Infermieristica, uno dei primi documenti che assumono tale tendenza è rinvenibile nel cosiddetto “Giuramento di Florence Nightingale”, redatto da una commissione dell’Ospedale Harper di Detroit nel 1893 e incentrato su un contenuto asciutto e chiaro, che porta il professionista di oggi di fronte alla sua missione più importante: prendersi cura della persona assistita.

Il giuramento degli infermieri “Florence Nightingale” (1893)

“Prometto davanti a Dio, in presenza di questa assemblea, di vivere degnamente e di esercitare fedelmente la mia professione.

Mi asterrò da tutto ciò che può nuocere e non prenderò, né somministrerò consapevolmente alcuna droga nociva.

Farò tutto ciò che è in mio potere per elevare il livello della mia professione e farò uso riservato di tutte le informazioni personali che mi verranno confidate, nonché di tutte le situazioni familiari di cui sarò venuta a conoscenza nell’esercizio della mia professione.

Aiuterò lealmente il medico nel suo lavoro e mi dedicherò al servizio di coloro che mi verranno affidati per l’assistenza.”

(redatto da un Comitato speciale, Scuola Farrand dell’Ospedale Harper, Detroit, 1893)

Non possiamo definire gli infermieri all’interno dei Campi di sterminio, in particolar modo gli infermieri del Campo di Monowitz (Auschwitz III) che abbiamo analizzato, come professionisti sanitari.

Il personale reclutato per i campi di concentramento, secondo le informazioni raccolte, era per lo più composto da prigionieri che possedevano una formazione infermieristica o da assistente sanitario o che, indipendentemente dalla loro formazione, venivano destinati a questo lavoro.

Accanto a medici delle SS, operavano spesso medici reclutati fra i prigionieri.

Sul lavoro degli infermieri nei campi di concentramento sono state raccolte singole testimonianze, che difficilmente permettono di poter fare un discorso esauriente e completo sul grado di partecipazione e di coinvolgimento che al contrario è possibile fare per le strutture psichiatriche e pediatriche di eliminazione dei pazienti, dove il lavoro degli infermieri era organizzato sistematicamente.

Ci soffermiamo dunque sugli infermieri coinvolti nel progetto Aktion T4, i quali furono coinvolti direttamente negli interventi medici, partecipando a esperimenti e torture; essi non furono vittime, non erano prigionieri come nel caso degli infermieri all’interno dei campi di concentramento, ma ebbero una parte non da poco nel processo di sterminio operato dal nazionalsocialismo e lavorarono alla causa per loro volontà.

Chi partecipò infatti si fece l'illusione di rimanere fedele all'etica umanitaria della professione anche se era necessario uccidere alcuni pazienti.

La nostra figura professionale dunque era accanto a quella di medici, assistenti sociali, giuristi, etc, negli anni del nazionalsocialismo e del fascismo, sia nell'operazione T4, che nelle sterilizzazioni forzate, così come nell'osservare impassibili alla morte di molti pazienti per fame e inedia.

Il personale partecipava con questi compiti

- I. preparazione della deportazione, catalogazione degli effetti personali; riconoscimento dei pazienti attraverso numerazione, (che poteva essere fatta direttamente sulla pelle del paziente o con un cerotto); vestire e svestire i pazienti
- II. accompagnamento dei pazienti durante il viaggio; somministrazione di calmanti ai pazienti irrequieti
- III. accompagnamento dei pazienti ai luoghi di uccisione; assistenza durante lo svestimento e la visita finale del medico
- IV. accompagnamento dei pazienti alle camere a gas
- V. raccolta degli effetti personali dopo l'uccisione dei pazienti.

Nel 1941, l'ospedale militare di Hadamar venne inserito nel circuito degli istituti di eliminazione del progetto T4. La clinica funzionò per otto mesi in cui si uccisero più di diecimila persone disabili. Quando si raggiunse la vittima numero diecimila venne tenuta una vera e propria cerimonia. Un impiegato della clinica riportò: *"Quel giorno a pranzo il dottor Berner¹⁹ annunciò che sarebbe stato cremato il corpo della decimillesima vittima. Ordinò che per questo evento fosse presente tutto il personale. Ci riunimmo verso sera in un corridoio nell'ala destra della clinica e qui ognuno ricevette una bottiglia di birra. Di qui andammo tutti verso l'obitorio. C'era il corpo di un uomo nudo disteso su una barella, il cadavere presentava una grossa testa idrocefala. Sono certo che non si trattasse di un corpo di cartapesta, ma era realmente il cadavere di un uomo. Il cadavere venne posto dagli uomini addetti alla cremazione su di una specie di lettiga concava e spinto nel forno crematorio. Mentre il corpo bruciava il direttore Markle che si era travestito come una specie di sacerdote recitò la lettura per i defunti"*.

Le operazioni di sterminio furono fermate il 24 agosto 1941 per ordine di Hitler e a seguito delle proteste della Chiesa.

¹⁹ Dottor Friedrich Berner, medico militare della Luftwaffe che assunse il controllo della clinica militare.

D'altro canto, il fatto che nella clinica venissero uccise delle persone, non era più un mistero per nessuno dei cittadini di Hadamar.

Tuttavia la clinica restò ferma per poco meno di un anno. Nell'agosto 1942, infatti venne riattivata come centro di eliminazione e affidata all'anziano dottor Adolf Wahlmann: con la sua direzione ebbe inizio quella che è stata definita "eutanasia selvaggia".

In altri termini, in questa seconda fase, non si trattava più di una eliminazione gestita dall'alto, ma "diffusa" ed affidata ai medici responsabili degli istituti.

Il metodo delle eliminazioni cambiò: non si utilizzava più il gas ma iniezioni letali. Quando Wahlmann arrivò nella clinica di Hadamar il direttore amministrativo Alphons Klein aveva ideato un sistema di eliminazione piramidale.

Il primario avrebbe dovuto coordinare i capi infermieri delle sezioni maschili e femminili destinati ad istruire infermieri e infermiere per eliminare i pazienti.

Nell'idea di Klein il procedimento doveva essere automatico, ma Wahlmann impose il suo sistema più "scientifico".

I pazienti dovevano venir osservati all'arrivo, si doveva consultare la loro cartella medica e dovevano essere visitati.

In una riunione che si teneva tutte le mattine alla luce dei dati si esaminava la sorte di ciascun paziente e si decideva quale uccidere e con quali dosi di farmaci.

Nella stessa riunione si inventavano cause di morte plausibili per i pazienti uccisi nei giorni precedenti e si preparavano i certificati di decesso.

Ogni sera i pazienti condannati a morire venivano eliminati con compresse di Luminal o di altri farmaci. Dopo poco tempo si preferì l'utilizzo di iniezioni letali di morfina e scopolamina. Con questo sistema morirono altri 4.400 malati e 456 lavoratori polacchi e russi.²⁰

In qualità di futura infermiera, mi risulta difficile chiamare queste persone con lo stesso nome che sarà scritto sul mio camice.

Mi risulta impossibile credere che tutto questo possa essere stato mosso dalla volontà del singolo. Per questo, ho cercato di riflettere sui rapporti tra il personale sanitario, tra medici e infermieri, e i meccanismi che potessero in qualche modo "vincolare" l'infermiere a questo dovere.

²⁰ <https://www.pinchetti.net/tesina/memoria/hadamar.html>

Non voglio escludere il fatto che molti presero parte per volontà propria, ma il punto di inizio di questa riflessione è per lo più la speranza di trovare qualcuno che abbia *dovuto* farlo e non abbia *volut*o.

Un primo aspetto importante da valutare è quello dell'obbedienza.

L'obbedienza era un valore molto importante in Germania e le infermiere dovevano obbedire alle loro colleghe di grado superiore così come ai medici.

Nel sistema gerarchico degli ospedali tedeschi, come nella maggior parte delle altre nazioni, gli infermieri venivano addestrati ad obbedire ai medici e spesso avevano un rapporto di dipendenza nei confronti dei loro superiori.

Difficilmente si può considerare questa circostanza un'attenuante per aver eseguito gli ordini, ma contribuisce a spiegare le motivazioni di parte degli infermieri.²¹

La percezione di impotenza è visibile in dichiarazioni di alcune infermiere che *“non vedevano una via per aggirare gli ordini, non avevano nessuno con cui parlare, non avevano nessuno che gli concedesse fiducia se esse parlavano“* e per chi *“era la più giovane del reparto”*.

Altre comunque non rimasero impotenti. Cambiarono lavoro, chiesero trasferimento, optarono per una gravidanza, in modo da astenersi dal lavoro.

La paura delle conseguenze del rifiuto a ubbidire agli ordini, qualunque essi fossero, non è frequentemente citata da queste infermiere, ma è stata, in altre occasioni, fornita come ragione per giustificare di non aver rifiutato l'obbedienza.

A questo proposito scrive Friedlander²²: *“La maggior parte degli imputati ha insistentemente sostenuto di aver cooperato solo su costrizione. Ma dopo quasi cinquanta anni di processi, non è mai stata fornita prova di un solo caso in cui una persona che si fosse rifiutata di partecipare alle operazioni di uccisione, sia stata fucilata, incarcerata, o penalizzata in altro modo, se non forse con il trasferimento al fronte, che era dopotutto, il destino della maggior parte dei soldati tedeschi. E' possibile però, che si sia fatto ricorso a una coercizione fittizia, ossia, che queste giovani impressionabili infermiere possano aver creduto che il minaccioso Christian Wirth [il supervisore dell'ospedale di Harthaim] le avrebbe mandate in un campo di concentramento.”*²³

In realtà, gli infermieri venivano informati della missione particolare alla quale dovevano partecipare solo all'ultimo momento e non avevano possibilità di scelta.

²¹ Friedlander, H. -Le origini del genocidio nazista-Editori Riuniti, Roma, 1997

²² Saul Friedländer, (Praga, 11 ottobre 1932), è uno storico, scrittore e biografo israeliano. Nato in Cecoslovacchia, ha acquisito anche la cittadinanza francese; vincitore del premio Pulitzer nel 2008 per *Gli anni dello sterminio*.

²³ Friedlander, H. -Le origini del genocidio nazista-Editori Riuniti, Roma, 1997

Alcuni addirittura venivano istruiti solo per il compito del “soffocamento“ e operavano contemporaneamente in diverse strutture.

In altri casi, si trattava del personale già presente nella struttura al quale veniva semplicemente comunicato il nuovo compito di cui dovevano farsi carico. Essi dovevano firmare un documento nel quale giuravano di mantenere il segreto professionale. L'unica possibilità di sottrarsi a questi compiti era costituita per gli uomini dall'arruolamento nell'esercito e per le donne dal matrimonio e dalla maternità.”

Non tutti gli infermieri sono stati dunque entità mostruose per volontà; come abbiamo detto, probabilmente alcuni hanno dovuto obbedire per paura, ma c'è stato anche chi ha provato a contrastare questo destino in nome della nostra professione ed è riuscito a salvare molte vite in veste di infermiere.

È la storia di Irena Sendler, l'infermiera che salvò la vita ad oltre 2500 bambini.

Irena nasce a Varsavia nel 1910 da una famiglia di tradizione socialista.

Quando scoppia la Seconda Guerra Mondiale, ha 29 anni e lavora come assistente sociale per l'amministrazione comunale, dove, con il supporto del direttore del dipartimento, soccorre gli ebrei oggetto di ogni tipo di discriminazione da parte dell'autorità nazista occupante. Nell'autunno del 1940, a Varsavia, viene recintato il ghetto e quasi 400.000 ebrei vengono trasferiti al suo interno in condizioni igieniche precarie, aggravate dalla mancanza di cibo e medicine: si moltiplicano le epidemie e il tasso di mortalità è altissimo.

In veste di infermiera, Irena riesce ad ottenere un lasciapassare: ufficialmente entra per la disinfestazione, in realtà organizza una rete di soccorso procurando cibo, generi di conforto e vestiti. Quando è nel ghetto, porta la stella di David, non solo per confondersi fra la folla, ma anche in segno di solidarietà.

Nel 1942, nasce l'organizzazione segreta “Consiglio per l'aiuto agli ebrei” (con il nome in codice di Zegota) e Irena ne diventa subito una tra le principali attiviste come responsabile del dipartimento infantile di Zegota con il nome in codice di Jolanta.

Alla decisione dei tedeschi di liquidare il ghetto inizia a trasferire i bambini, vestita da infermiera, nascondendoli nelle ambulanze. Spesso i piccoli vengono addormentati con i sonniferi e rinchiusi in un sacco o in una cassa per passare nella parte ariana, facendo credere agli uomini della Gestapo che si tratti di pazienti morti per tifo.

Dopo l'uscita dal ghetto i bambini sono raccolti in centri di assistenza, dove imparano ad adattarsi al nuovo ambiente, e poi assegnati a famiglie, orfanotrofi o conventi.

Il 20 ottobre del 1943, i nazisti arrestano “Jolanta” e la torturano brutalmente per tre mesi senza riuscire a farla parlare; la condannano a morte e la trasferiscono nel terribile carcere di Pawiak.

Irena riesce, all'ultimo momento, a corrompere un generale nazista con una grossa somma di denaro per salvarla poco prima della fucilazione. Da quel momento la sua vita cambia, non può più entrare nel ghetto: deve necessariamente vivere in clandestinità, con il nome di Klara Dabrowska, perché ufficialmente è stata fucilata.

Questo non le impedisce di continuare a collaborare con l'organizzazione segreta "Consiglio per l'aiuto agli ebrei" e aiutare gli ebrei, coordinando il salvataggio di molti bambini. Non è ancora noto esattamente quanti ne abbia salvati, ma si parla di circa 2.500.

Durante l'insurrezione di Varsavia, lavora come infermiera nel Punto Sanitario e dopo la guerra entra nel Centro di Aiuto Sociale della capitale. Contribuisce a creare orfanotrofi, un Centro di Assistenza per le Madri e i Bambini in difficoltà, alcune istituzioni a sostegno delle famiglie disoccupate.

Nel 1999, un insegnante americano, Norman Conard, colpito dalla sua storia, fa mettere in scena dai suoi allievi del Kansas un'opera teatrale intitolata *Life in a Jar* (La vita in un barattolo).

Il titolo si riferisce al modo con cui Irena aveva conservato i nomi dei bambini salvati, interrandoli sotto un melo del giardino, chiusi in un barattolo di vetro, con i dati dei veri genitori e di quelli adottivi, insieme ad alcuni effetti personali.

Al termine del conflitto, la sua lista, consegnata ai leader della comunità ebraica, permise ai bambini di scoprire le proprie origini e ritrovare le famiglie. L'opera teatrale è stata replicata oltre duecento volte negli Stati Uniti e ha portato alla creazione della fondazione *Life in a Jar* che promuove la figura della Sendler.

La Sendler ha ricevuto numerosi premi e riconoscimenti in patria e all'estero.

Nel 1965 l'istituto di Yad Vashem le ha conferito la Medaglia di "Giusto fra le Nazioni" e nel 1991 ha ricevuto la cittadinanza onoraria di Israele. Nel 2006 l'associazione "I figli dell'Olocausto" (Dzieci Holocaustu) insieme al Ministero degli Esteri ha dato vita al premio "Irena Sendler" per aver reso migliore il mondo.²⁴

Il 9 dicembre del 1946 si aprì a Norimberga il processo a ventitré criminali nazisti, di cui venti medici, accusati di crimini di guerra e crimini contro l'Umanità. Si trattò di un processo passato alla storia come il "Processo dei Medici". Quelli che sedevano in tribunale erano solo una piccola parte dei sanitari che avevano aderito al Nazismo e si erano adoperati sia nel servizio presso i Lager, che nell'esecuzione di esperimenti pseudo-scientifici aberranti.

²⁴ <https://www.nursetimes.org/>

Costituivano un campione rappresentativo di quei medici che aveva ideato e promosso la sperimentazione sui deportati e avevano causato la morte di migliaia di esseri umani utilizzati come cavie.

Uomini e donne come loro, che erano stati infettati con i bacilli del tifo, della tubercolosi e della gangrena. Mutilati, sottoposti a sterilizzazione sperimentale con sostanze chimiche e radiazioni e infine lasciati morire nella sofferenza ed eliminati fisicamente nei crematori.

Sette di questi criminali furono condannati a morte per impiccagione da parte di un tribunale composto da sei giudici americani.

Otto furono assolti ed i restanti condannati a pene detentive che non impedirono loro di essere scarcerati dopo pochi anni e di riprendere spesso ad esercitare la medicina.

I medici nazisti scelsero la strada dell'adesione alle idee di morte del regime, prima ancora che la fedeltà ai valori universali della loro professione.

La loro vicenda deve essere conosciuta per comprendere quanto sia necessario vigilare sulla natura umana e sulla possibilità che essa possa cedere alla tentazione del male attraverso una scelta consapevole.

Conclusioni

Come ci si può difendere da questa possibilità? Conoscere l'orrore dei campi di sterminio, se non può essere una garanzia assoluta per non ripeterlo, può tuttavia rendere una testimonianza efficace per le coscienze, educando le generazioni che verranno a vigilare, a non abbassare mai la guardia nei confronti del razzismo e della discriminazione.

Dopo il 1945, alcuni infermieri furono processati per aver partecipato ai crimini di guerra al pari di medici e giudici titolari della responsabilità.

Molti continuarono però ad esercitare la loro professione nonostante fossero sospettati.

Dei 14 infermieri accusati di aver partecipato allo sterminio di pazienti nella struttura di Obrawalde, che furono processati nel 1965 a Monaco, 10 continuarono dopo la seconda guerra mondiale a lavorare sino al giorno della condanna.

Come abbiamo detto, chi partecipò si fece l'illusione di rimanere fedele all'etica umanitaria della professione, ma anche questa convinzione non fu sufficiente per eliminare i sensi di colpa che accompagnarono molte infermiere portandole, come nel caso di alcune coinvolte nel processo di Obrawalde, al suicidio.²⁵

²⁵ <http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archiviosavar/06-1savar/infernazionalsocialismo.htm>

Conclusione

Come si era potuti arrivare a questo stato di cose, trasformando anche il ruolo dei medici e snaturando la loro missione?

Se utilizziamo un'analisi di tipo storico, prima ancora che di tipo psicopatologico, dobbiamo affermare che il modello sociale e ideologico della Germania nazista era il terreno fertile su cui non potevano fare altro che germogliare questi frutti.

Lo storico americano Daniel Goldhagen, nel suo libro *Hitler's Willing Executioners* (I Volenterosi Carnefici di Hitler)²⁶, ha sostenuto come l'appoggio dato dalla popolazione tedesca allo sterminio del popolo ebraico fosse qualcosa di assolutamente diffuso e compenetrato nel tessuto sociale. Una modalità di comportamento vissuta senza eccessivi rimorsi.

In base a questa teoria, l'ambiente storico era favorevole a un intervento attivo contro gli Ebrei, ma che cosa però trasformò dei medici e infermieri in assassini e in sadici criminali e come poterono convivere in questi anni di preparazione professionale alla cura di altri esseri umani con la promozione e la direzione dello sterminio?

Lo psichiatra americano Robert Lifton,²⁷ che ha studiato accuratamente le caratteristiche mediche dell'Olocausto, ha ipotizzato una forma di sdoppiamento di personalità che avrebbe interessato la quasi totalità dei medici che operavano nei Lager.

Lo sdoppiamento è un disturbo dissociativo presente in alcune patologie psichiatriche, per lo più di tipo schizofrenico.

Nel caso dei medici nazisti si sarebbe trattato dell'accentuazione di un meccanismo di difesa che li avrebbe resi in grado di convivere con l'orrore quotidiano di cui erano precipitati e di cui erano corresponsabili.

²⁶ Goldhagen D., *I volenterosi carnefici di Hitler: i tedeschi comuni e l'Olocausto*, Milano, Mondadori, 4° edizione, 1997. Daniel Jonah Goldhagen (Boston, 30 giugno 1959) è uno storico statunitense. Già professore associato di scienze politiche e studi sociali alla Harvard University, lavora ora al *Minda de Gunzburg Center for European Studies* della stessa università.^[1] Goldhagen ha ottenuto fama internazionale quale autore di due libri particolarmente controversi sulla Shoah: nel 1996 *I volenterosi carnefici di Hitler*, divenuto un best seller in tutto il mondo, e uno sul ruolo tenuto dalla Chiesa cattolica durante l'Olocausto, nel 2002.

²⁷ Robert Jay Lifton (New York, 16 maggio 1926) è uno psichiatra statunitense. È conosciuto per gli studi sulle cause e sugli effetti psicologici della guerra e della violenza politica, nonché per la sua teoria della riforma del pensiero. È stato tra i primi proponenti della disciplina della psicostoria, discussa branca della scienza che esplora le cause psicologiche degli eventi storici. I medici nazisti è il primo libro in cui Lifton studia come la partecipazione all'Olocausto, dai primi momenti dello Aktion T4 fino ai campi di sterminio, fu razionalizzata dai suoi esecutori. Negli studi su Hiroshima ed il Vietnam Lifton conclude che il senso di disintegrazione personale sperimentato dopo aver assistito alla morte ed alla distruzione di massa può indurre una nuova resistenza emotiva anche se, in assenza di assistenza psicologica, molti tra i sopravvissuti restarono imprigionati dai propri sentimenti di dissociazione e colpa.

Si sarebbe così formato in questi medici un sé di Auschwitz, capace di accettare un ruolo attivo nell'eseguire i crimini che venivano loro richiesti come un intervento di igiene razziale.

Una volta terminato il proprio tempo giornaliero di assassini, i medici dei Lager sarebbero tornati ad essere "normali", in modo da poter convivere con i delitti efferati che commettevano per essere coerenti con i dettami e il giuramento di fedeltà al corpo delle SS e all'ideologia nazista.

Lo sdoppiamento, sempre secondo Lifton, è un tipo di comportamento frequente nella professione del medico.

Viene utilizzato a volte inconsciamente come meccanismo di difesa e di esclusione del dolore e della morte dal contesto personale più intimo della vita privata del medico.

Molti di noi ricorderanno il timore e i pensieri angosciosi provocati dalla visione delle prime autopsie o dal dover assistere alla morte di tanti ammalati in una corsia di ospedale durante l'attività professionale.

In questi casi il medico tende a soggiacere ad una sorta di sdoppiamento temporaneo, di bassa intensità, per poter tenere lontano dalla sua sfera emotiva il dolore e la morte di altri esseri umani e rimanere lucidamente razionale.

Deve infatti poter eseguire delle azioni utili al bene del paziente che sta assistendo anche in situazioni drammatiche e di dolore estremo.

Nel caso dell'esercizio di una professione eticamente corretta, si tratta però di una forma di comportamento il più distaccato possibile per poter conservare una capacità di giudizio e di scelta nell'esclusivo interesse del paziente.

Nel caso dei medici assassini di Auschwitz questo sdoppiamento serviva invece a non perdere il controllo su di sé e a poter continuare ad assolvere a un compito criminale, cui era estremamente difficile rifiutarsi una volta accettato quel contesto di morte.

Lo sdoppiamento era un tipo di comportamento che colpiva anche i numerosi medici prigionieri, i quali ricevevano un trattamento di riguardo purché acconsentissero ad aiutare i medici delle SS nel loro orrendo lavoro.

Anche molti medici ebrei internati ad Auschwitz fecero infatti ricorso a questa dissociazione interiore per sopportare l'orrore di cui erano vittime e contemporaneamente complici.

Furono costretti a partecipare in modo attivo a procedure prive di connotazioni morali, come eseguire autopsie nei confronti di esseri umani sacrificati per deliranti esperimenti pseudo-scientifici o altre azioni mediche senza alcun significato terapeutico.

Molti si ribellarono, per quanto era consentito dalla loro dignità, coraggio e istinto di sopravvivenza, ma lo sdoppiamento di difesa era un tipo di scissione molto diffuso. L'utilizzo di bevande alcoliche in grande quantità era un'altra caratteristica di molti medici in servizio ad

Auschwitz e serviva, come è intuitivo, a ridurre la frustrazione psicologica di essere parte attiva negli eccidi.

Una frustrazione che non impediva, tranne rarissimi casi, di prendere posto secondo veri e propri turni di guardia alla banchina ferroviaria di Birkenau per compiere le selezioni. Rapidamente, con un solo sguardo, i medici decidevano chi sarebbe stato ucciso di lì a poco nelle camere a gas e chi avrebbe avuto invece l'opportunità di restare in vita ancora qualche settimana, in terribili condizioni igieniche e di denutrizione.

La partecipazione di così tanti e anche culturalmente qualificati medici alla Shoah e agli esperimenti sugli esseri umani costituisce poi un interrogativo cui non è facile rispondere. I criminali che effettuarono sadiche sperimentazioni sui prigionieri non erano persone incolte.

Erano laureati nelle più prestigiose università della Germania. Alcuni di loro erano docenti universitari, specialisti in ginecologia, anatomia patologica, igiene e malattie infettive, conosciuti per il loro lavoro anche all'estero.

In una sorta di baratto faustiano, essi aderirono al male assoluto, entrando a far parte per lo più del Corpo delle SS, che aveva come caratteristica principale dei suoi membri la formulazione di un giuramento di fedeltà ad Adolf Hitler che sopravanzava ogni altro dovere, compreso quello verso la professione.

Se il baratto faustiano può spiegare, almeno in parte, certe decisioni, dal momento che per molti di loro l'adesione al corpo delle SS significò una carriera brillante, sia in ambito accademico che nelle forze armate, l'arrivismo non può da solo far comprendere il libero corso dato al sadismo e alla crudeltà in uomini che avevano trascorso gran parte della loro vita a prepararsi a difendere la vita umana e la salute dei propri simili in una delle nazioni più culturalmente, socialmente ed economicamente avanzate dell'intera Europa. Può darsi che, in un certo qual modo, l'adesione al nazismo abbia scoperchiato per alcuni la botola psichica che dava accesso alle peggiori istintualità sadiche.

Tuttavia la freddezza e il distacco con cui si procedeva all'invio dei prescelti alle camere a gas, oppure si collezionavano scheletri umani di soggetti ebrei o ritenuti bolscevichi, come fece il professor August Hirt (1898-1945) dell'Università di Strasburgo, o come agiva il tristemente conosciuto Josef Mengele (1911-1979), che selezionava e uccideva coppie di bambini e adulti gemelli per poter far loro in seguito l'autopsia in contemporanea, dopo inutili sperimentazioni, assumono la veste di una domanda a cui temo sarà difficile per sempre dare una risposta con i soli strumenti della ragione. Eppure la logica di eutanasia e di igiene razziale propugnata dai nazisti si faceva vanto di una sorta di razionalità delirante. Si trattava, come ha proposto Lifton, di una forma di paranoia di massa, con una sua lucidità e un suo delirio logico e ben strutturati.

Aggiungerei che qualsiasi menzogna, se ben propagandata e sostenuta, può riscuotere successo e credibilità in una parte della popolazione.

Questa possibilità è particolarmente suggestiva nel caso dell'Antisemitismo e della sua diffusione. Il fenomeno prende il nome di Profezia auto-creatrice o Teorema della Situazione di Thomas, dal nome del sociologo americano William Thomas (1863-1947) che la descrisse per primo come componente essenziale delle discriminazioni sociali e dei pregiudizi.

Nella Germania nazista si venne a creare un insieme sinergico di una classe dirigente spinta da idee deliranti e criminali condivise, assecondata da un meccanismo di propaganda e di consenso capillare. Un insieme che utilizzò per la propria affermazione la tradizione culturale più viscerale del popolo tedesco, come il mito dello Spazio vitale ad Est, l'odio verso l'ingerenza ebraica e la sua presunta diversità razziale, le recriminazioni per l'ingiusta Pace di Versailles del 1918, che aveva posto fine alla Prima Guerra Mondiale. L'incontro di alcune personalità patologiche, come Hitler, Goebbels e Himmler prima di tutte, finì per spingere coscientemente verso l'orrore della distruzione milioni di esseri umani, con la convinzione profonda di recitare un ruolo storico giustificabile e inevitabile. Negli Anni Trenta lo stesso popolo tedesco venne preparato progressivamente a interpretare questa parte di attore nella rigenerazione universale della nazione germanica. Venne adottata la divisa per le grandi masse e promossa l'identità di gruppo. I simboli più funerei della morte e della distruzione divennero familiari a milioni di tedeschi, sottoposti a un lavaggio del cervello capillare e a un indottrinamento cui non si poteva non aderire, pena l'allontanamento dai posti di lavoro più ambiti, se non addirittura l'internamento nei primi campi di concentramento per dissidenti politici e reietti sociali.²⁸

A tal proposito, lo psicologo Philip Zimbardo ²⁹decise di porre la sua attenzione sulla particolarità delle persone responsabili di questi atti disumani, che agivano come un'unica entità: erano infatti identici nel modo di pensare, di agire e perfino nel modo di vestirsi, quindi

²⁸ <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html#https://www.greenme.it/vivere/mente-emozioni/esperimento-standford/>

²⁹ Philip G. Zimbardo, Professore Emerito dell'Università di Stanford (nato il 23 Marzo del 1933) è conosciuto per il suo esperimento della prigione di Stanford (Stanford Prison Experiment, SPE) e come autore di libri di psicologia che hanno introdotto alla materia uno sterminato numero di studenti. Nel 2002, Zimbardo fu eletto Presidente della American Psychological Association. Sotto la sua direzione l'organizzazione sviluppò il sito PsychologyMatters.org, un compendio della ricerca psicologica che può essere utilizzato per le sue applicazioni pratiche, nella vita quotidiana. Nello stesso anno collaborò come commentatore nel reality inglese The Human Zoo, dove i partecipanti venivano osservati mentre interagivano in un ambiente controllato. Nel 2004, Zimbardo ha testimoniato presso la corte marziale in difesa del sergente Ivan "Chip" Frederick, una guardia della prigione di Abu Graib, sostenendo che la pena relativa a Frederick doveva essere ridotta a causa delle pressioni ambientali subite dal militare, con le aggravanti di un addestramento e di una supervisione molto limitati. A Frederick è stata inflitta una pena di 8 anni. Zimbardo, utilizzando l'esperienza maturata con il caso Frederick, ha scritto un nuovo libro, "The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil".

individualmente erano annullati ed erano usati come uno strumento di potere, loro stessi infatti si dichiaravano degli “innocenti che eseguivano semplicemente gli ordini”.

La convinzione di queste persone di essere completamente innocenti ed essere estranei a questi atti cruenti ha portato negli anni diversi interrogativi in ambito sociologico e psicologico, Zimbardo si pose la seguente domanda “Come può una persona essenzialmente buona, considerata normale trasformarsi in un mostro capace degli atti più disumani?” come risposta teorizzò un concetto denominato “Effetto Lucifero”: questo fenomeno non si concentra sulla crudeltà delle persone bensì sulla malvagità che può introdursi in esse in determinate circostanze, in particolare la causa scatenante è il potere, il potere di far male alle persone sia fisicamente che psicologicamente a tal punto da commettere crimini contro l’umanità senza dover rispondere in prima persona delle proprie azioni, infatti gli individui che credono la responsabilità sia distribuita tra i membri del proprio gruppo e che esercitano un certo potere sono i più disinibiti e li porta a compiere azioni che da soli non avrebbero mai pensato di fare.

Per dare validità scientifica alla teoria vennero fatti vari esperimenti tra cui quello che diventerà il più celebre esperimento di psicologia sociale della storia “l’esperimento carcerario di Stanford”: questo esperimento venne organizzato nel 1971 da Zimbardo e il suo team di ricercatori presso la Stanford University con il fine di analizzare la psiche umana quando si trovano ad affrontare un forte potere sia dal punto di vista di coloro che agiscono, sia dal punto di vista di coloro che subiscono.

Tramite lo Stanford Daily, un quotidiano di informazione studentesca, vennero reclutati 24 ragazzi bianchi a cui sarebbe andata un’indennità di 15 dollari al giorno per 1-2 settimane, le persone reclutate avevano passato il test di personalità, non avevano nessuna fragilità psichica né erano pregiudicati. I ragazzi ricoprirono il ruolo di guardia carceraria o di prigioniero, ruolo assegnato casualmente, Zimbardo invece ricoprì il ruolo di Responsabile del Carcere.

I carcerati subirono tutte le tappe di un normale arresto, dalla presentazione degli agenti di polizia a casa, la perquisizione, l’arresto, la registrazione dei dati e impronte digitali fino al trasferimento al finto carcere di Stanford, vennero per questo bendati, il Carcere fittizio si trovava nel seminterrato del laboratorio di Psicologia di Stanford. L’esperimento doveva durare 2 settimane, venne interrotto dopo soli 6 giorni, infatti al secondo giorno scoppiò una rivolta da parte dei detenuti che le guardie frenarono con gli estintori, entrarono nelle celle e denudarono i detenuti, presero i presunti responsabili della rivolta e li misero in isolamento senza cibo. A seguito di questo episodio la situazione degenerò e le guardie iniziarono ad abusare del proprio potere negando il diritto di andare in bagno ai prigionieri dopo lo spegnimento delle luci serali obbligandoli ad usufruire di secchi all’interno delle proprie celle. La situazione degenerò verso

la negazione di ogni diritto umano e iniziarono le punizioni per i detenuti. Questi arrivarono ad avere crolli emotivi, pianti isterici, pensieri disorganizzati e le guardie per punizione verso i detenuti più “deboli” istigavano cori contro di questi al fine di umiliarli.

I prigionieri erano a questo punto annullati sia come gruppo che come individui e le guardie detenevano il controllo totale sui carcerati. L’esperimento si concluse poiché tutti i prigionieri manifestarono pensieri e comportamenti patologici e le guardie sempre più sadiche.

Alla fine dell’esperimento contribuì Christina Maslach³⁰ la quale si occupò di intervistare gli studenti che presero parte all’esperimento e fu l’unica a contestarne l’eticità.

La conclusione di questa esperienza è che la maggior parte delle persone se si trovano in determinate circostanze e si trovano ad agire con un certo potere possono subire un processo di spersonalizzazione compiendo così atti violenti ed impensabili.

Parlando di circostanze difficili oggi mi trovo qui a scrivere questa tesi mentre i miei colleghi, già infermieri, sono al lavoro per contrastare il CoVid19 e molti di loro sono morti.

Mentre aspetto il momento di potermi laureare e iscrivere all’Ordine professionale, voglio approfittare di questa circostanza di emergenza sanitaria, per chiedermi come vedo quello che spero potrà essere il mio ruolo.

Due circostanze particolari: la pandemia, che mette a dura prova i sistemi sanitari di tutto il mondo, e i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale, la fondatrice dell’assistenza infermieristica.

Avremmo potuto ricordare questo anniversario con momenti di letizia e, invece, lo celebriamo su quello che è un vero e proprio campo di battaglia.

In primo luogo, il valore della salute e la necessità di tutelarla con ogni intervento o strumento a disposizione, per assicurare alle persone il diritto alle cure. Questa non è solo la nostra priorità come professionisti, ma anche come persone.

La dinamica delle infezioni ci ricorda come la salute di ciascuno dipenda da quella di tutti gli altri a scala globale.

La salute è un bene collettivo: alla giusta dose di tutela, accortezze e dunque quarantena occorre saperne abbinare una altrettanto giusta di collaborazione e solidarietà.

³⁰ Christina Maslach (1946-) è una psicologa sociale americana e una professoressa di psicologia alla University of California, Berkeley, conosciuta per la sua ricerca sul burnout lavorativo. È coautrice del Maslach Burnout Inventory e ha collaborato alla sospensione dell’esperimento carcerario di Stanford operato dallo psicologo Zimbardo.

Dal punto di vista infermieristico il principio è uno solo: prendersi cura dei pazienti perché il nostro obiettivo assoluto è la salute di tutti.

Lo stanno dimostrando i miei colleghi nei fatti, ogni giorno, ogni ora, in un'emergenza a cui nessuno di noi avrebbe voluto assistere.

Nel pieno dell'emergenza Coronavirus, il sindaco Mauro Migliorini, che prima lavorava come infermiere, è rientrato in ospedale a tempo pieno in un reparto di rianimazione dedicato ai pazienti Covid-19.

Non solo. Al bando per la creazione di una nuova task force di 500 infermieri volontari per il contrasto e la lotta all'epidemia di Coronavirus in Italia, hanno risposto in 9.448: alla chiamata della Protezione civile per dare supporto, aiuto e collaborazione professionale ai colleghi delle zone d'Italia dove c'è il maggior numero di contagi e morti per COVID-19, la risposta è stata di quasi venti volte di più della richiesta.

Sono infermieri esperti nelle specialità necessarie a quelle zone, dalla terapia intensiva alla pneumologia.

Lo sono perché l'assistenza degli infermieri ormai da oltre un quarto di secolo è specializzata e mirata solo a una cosa: assistere il paziente per la tutela della sua salute.

Come ha testimoniato l'Istituto Superiore di Sanità, il settore infermieristico-ostetrico è quello che per la stragrande maggioranza ha partecipato da subito al corso di aggiornamento sul Coronavirus dell'Istituto Superiore di Sanità per sapere come affrontarlo, come cercare di sconfiggerlo con scienza e senza mai dimenticare la propria coscienza.

Tra gli infermieri il principio è uno solo: prendersi cura, perché il loro obiettivo assoluto è la salute di tutti.

A questi infermieri, il cui quotidiano stride così tanto con quello di chi utilizzava il nome "infermiere" per prestarsi a pratiche di morte, va il riconoscimento di un contributo di professionalità, vicinanza e di vita.³¹

³¹ https://www.epicentro.iss.it/focus/mondiale_salute/gms-20-fnopi

Note:

1. Hannah Arendt (Hannover, 14 ottobre 1906 – New York, 4 dicembre 1975) è stata una politologa, filosofa e storica tedesca naturalizzata statunitense in seguito al ritiro della cittadinanza tedesca nel 1937. Dopo aver lasciato la Germania nazista nel 1933, a causa delle persecuzioni dovute alle sue origini ebraiche, rimase apolide dal 1937 al 1951, anno in cui ottenne la cittadinanza statunitense.

Lavorò come giornalista e docente universitaria e pubblicò opere importanti di filosofia politica. Rifiutò sempre di essere categorizzata come filosofa, preferendo che la sua opera fosse descritta come teoria politica invece che come filosofia politica.

I lavori di Hannah Arendt riguardarono la natura del potere, la politica, l'autorità e il totalitarismo.

Nel suo resoconto del processo ad Eichmann per il *New Yorker* (che divenne poi il libro *La banalità del male – Eichmann a Gerusalemme*, 1963) Arendt ha sollevato la questione che il male possa non essere radicale: anzi è proprio l'assenza di radici, di memoria, del non ritornare sui propri pensieri e sulle proprie azioni mediante un dialogo con se stessi (dialogo che Arendt definisce *due in uno* e da cui secondo lei scaturisce e si giustifica l'azione morale) che personaggi spesso banali si trasformino in autentici agenti del male. È questa stessa banalità a rendere, com'è accaduto nella Germania nazista, un popolo acquiescente quando non complice con i più terribili misfatti della storia ed a far sentire l'individuo non responsabile dei propri crimini, senza il benché minimo senso critico.

2. Bravo A., Jalla D., *La vita offesa. Storia e memoria dei Lager nazisti nei racconti di duecento sopravvissuti*, Milano, Franco Angeli, 7ª edizione 2004 (D'ora in avanti citato come Bravo-Jalla), <http://www.deportati.it/> ;
<http://www.deportati.it/Lager/auschwitz/auschwitz/> ;
Protocollo del Wannsee, 20 gennaio 1942 (English version by The Avalon Project at Yale Law School) <https://avalon.law.yale.edu/imt/wannsee.asp>
<http://www.storiaxisecolo.it/deportazione/deportazioneebrei9.htm>
http://www.shoah-nakba.it/campi_concentramento_sterminio.asp
3. <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html> di F. Perozziello
4. Bravo A., Jalla D., *op. cit.*
5. Levi P., *Se questo è un uomo*, Trento, Store Einaudi Tascabili, IIª edizione, 2014
6. Primo Levi nasce a Torino (TO) il 31 luglio 1919. Di famiglia ebraica benestante, chimico (si laurea nel 1941), nel 1942 aderisce al Partito d'Azione. Dopo l'8 settembre si rifugia con i familiari in Val d'Aosta e nel novembre 1943 con alcuni amici (tra cui Luciana Nissim e Vanda Maestro) si unisce a una formazione partigiana GL attiva in regione. Il 13 dicembre il gruppo è però catturato a Brusson (AO) da unità della Rsi. Detenuti nella caserma Cesare Battisti di Aosta, nel gennaio 1944 i tre amici sono trasferiti a Fossoli (Carpi, MO) e il 22 febbraio inseriti nel trasporto che il 26 giunge ad Auschwitz (trasporto 27 Tibaldi). Qui Levi riceve il numero di matricola 174517. Trasferito ad Auschwitz-Monowitz, vi resta fino alla liberazione avvenuta ad opera dell'Armata Rossa il 27 gennaio 1945. Ai primi di luglio inizia un travagliato viaggio di ritorno che lo porta, con altri ex deportati italiani (tra cui l'amico

Leonardo De Benedetti) in campi di raccolta in Ucraina e Bielorussia. Levi giunge infine a Torino il 19 ottobre. Rende da subito testimonianza pubblica, divenendo con gli anni figura centrale (con la maturazione della vocazione da scrittore) nella diffusione della conoscenza della storia della deportazione. Muore a Torino l'11 aprile 1987.
http://www.metarchivi.it/biografie/p_bio_vis.asp?id=324

7. Leonardo De Benedetti nasce a Torino il 15 settembre 1898. Medico condotto a Rivoli (TO), ebreo, di orientamento antifascista, nel 1938 è costretto dalle leggi razziali ad abbandonare l'esercizio pubblico della professione. Durante la seconda guerra mondiale è sfollato con parte della famiglia ad Asti (AT). Ai primi di dicembre del 1943 tenta, con la madre Fortunata Segre De Benedetti, la moglie Jolanda, la sorella e altri ebrei, di espatriare clandestinamente in Svizzera. Giunti oltre confine, De Benedetti e la moglie sono però respinti dalle autorità elvetiche e rimandati in Italia (la madre, colta in quelle ore da un malore da cui non si riprenderà, morirà in Svizzera il 16 febbraio 1944). Il 3 dicembre, riconosciuti come ebrei da militi della Centuria confinaria, i due coniugi sono arrestati a Lanzo d'Intelvi (CO). Dopo due giorni sono trasferiti al carcere di Como (CO) e poi a quello di Modena (MO). Da quest'ultimo il 21 dicembre 1943 sono inviati al campo di transito di Fossoli (Carpi, MO). Da qui il 22 febbraio 1944 sono deportati ad Auschwitz (trasporto 27 Tibaldi). All'arrivo, il 26, sono immediatamente separati: Jolanda è selezionata per la camera a gas e uccisa il giorno stesso, mentre Leonardo è immatricolato con il n. 174489 e destinato ad Auschwitz-Monowitz. Liberato dalle truppe sovietiche il 27 gennaio 1945, collabora in seguito con queste ultime nell'assistenza agli ex deportati, prima nel campo centrale di Auschwitz e poi nei pressi di Katowice (Polonia). Ai primi di luglio del 1945 ha inizio un travagliato viaggio di ritorno che vede De Benedetti e altri ex deportati italiani (tra essi l'amico Primo Levi) sostare -per periodi più o meno prolungati- in campi di raccolta in Ucraina e Bielorussia. Solo il 15 settembre inizia il viaggio di ritorno vero e proprio: De Benedetti giunge a Torino il 19 ottobre. Tra il 1946 e il 1947 riprende l'esercizio della professione medica. Nel 1947 si reca a Varsavia per testimoniare al processo contro l'ex comandante del Lager di Auschwitz Rudolf Höss e nel 1970-71 testimonia nel processo a Friedrich Bosshammer, ex comandante del campo di Fossoli. Muore a Torino il 16 ottobre 1983.
http://www.metarchivi.it/biografie/p_bio_vis.asp?id=426
8. Lisolo: soluzione di cresolo grezzo nel sapone potassico, facente parte della classe dei fenoli; il fenolo (C₆H₅OH) fu il primo disinfettante introdotto nella pratica chirurgica, esso è assunto come termine di paragone ancora oggi per valutare l'attività antibatterica dei disinfettanti chimici, detto coefficiente fenolico.
9. Mitigal: unguento anti pediculosi
10. Scoperta del vaccino anti morbillo: Il primo vaccino per prevenire il morbillo risale al 1963. Vaccini per la parotite e la rosolia furono resi disponibili rispettivamente nel 1967 e nel 1969. A tutti e tre lavorò il microbiologo americano Maurice Hilleman (1919-2005), a cui si deve anche la loro combinazione e quindi la nascita, nel 1971, del vaccino trivalente morbillo-parotite-rosolia (MPR). Hilleman e il suo staff svilupparono negli anni anche molti altri importanti vaccini, tra cui quelli contro l'epatite A, l'epatite B, la varicella, la meningite, la polmonite e contro il batterio emofilo dell'influenza.
11. Massini R. , Izzi D. , Marchetti P. , Passeretti F. , Recine U. – *Medicina Interna 5/e*, Milano, McGrawHill Education (Italy) S.r.l, V° edizione 2013

<http://www.treccani.it/enciclopedia/>
<https://www.msmanuals.com/>

12. Levi P., *Se questo è un uomo*, *op cit.*
13. Levi P., De Benedetti L., *Rapporto sull'organizzazione igienico-sanitaria del Lager di Monowitz (Auschwitz III)*,
14. Alexander Mikhaylovich Butlerov (1828-1886), chimico russo, uno dei principali fondatori della teoria della struttura chimica, il primo a incorporare doppi legami in formule strutturali, scopritore dell'esametilentetrammina e della formaldeide. Fu un forte sostenitore dell'apertura all'istruzione superiore alle donne.
15. Rossi F., Cuomo V., Riccardi C., *Farmacologia per le professioni sanitarie*, Minerva Medica, I° edizione , 2014
<https://www.albanesi.it/salute/farmaci/barbiturici.htm> ;
<https://www.farmagalenica.it/>
<https://www.humanitas.it/enciclopedia/integratori-alimentari/carbone-vegetale>
http://it.medicine-cure.com/ovr5_geksametilentetramin.htm
<http://www.minerva.unito.it/Chimica&Industria/Dizionario/DizCod.html>
<http://www.treccani.it/enciclopedia/>
<https://people.unica.it/micaelamorelli/files/2013/11/06-11-2013-Oppiodi.pdf>
16. https://www.unive.it/media/allegato/dep/n29-2016/5_Kraske_DEP.pdf
17. <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2007/10/19/togliemmo-cadaveri-dalle-camere-gas.html>
18. <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html#>
19. Dottor Friedrich Berner, medico militare della Luftwaffe che assunse il controllo della clinica militare.
20. <https://www.pinchetti.net/tesina/memoria/hadamar.html>
21. Friedlander, H. -Le origini del genocidio nazista-Editori Riuniti, Roma, 1997
22. Saul Friedländer, (Praga, 11 ottobre 1932), è uno storico, scrittore e biografo israeliano. Nato in Cecoslovacchia, ha acquisito anche la cittadinanza francese; vincitore del premio Pulitzer nel 2008 per *Gli anni dello sterminio*.
23. Friedlander, H. -Le origini del genocidio nazista-Editori Riuniti, Roma, 1997
24. <https://www.nursetimes.org/>
25. <http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archiviosavar/06-1savar/infernazionalsocialismo.htm>
26. Goldhagen D., *I volenterosi carnefici di Hitler: i tedeschi comuni e l'Olocausto*, Milano, Mondadori, 4° edizione, 1997. Daniel Jonah Goldhagen (Boston, 30 giugno 1959) è uno storico statunitense. Già professore associato di scienze politiche e studi sociali

alla Harvard University, lavora ora al *Minda de Gunzburg Center for European Studies* della stessa università.^[1] Goldhagen ha ottenuto fama internazionale quale autore di due libri particolarmente controversi sulla Shoah: nel 1996 *I volenterosi carnefici di Hitler*, divenuto un best seller in tutto il mondo, e uno sul ruolo tenuto dalla Chiesa cattolica durante l'Olocausto, nel 2002.

27. Robert Jay Lifton (New York, 16 maggio 1926) è uno psichiatra statunitense. È conosciuto per gli studi sulle cause e sugli effetti psicologici della guerra e della violenza politica, nonché per la sua teoria della riforma del pensiero. È stato tra i primi proponenti della disciplina della psicostoria, discussa branca della scienza che esplora le cause psicologiche degli eventi storici. *I medici nazisti* è il primo libro in cui Lifton studia come la partecipazione all'Olocausto, dai primi momenti dello Aktion T4 fino ai campi di sterminio, fu razionalizzata dai suoi esecutori. Negli studi su Hiroshima ed il Vietnam Lifton conclude che il senso di disintegrazione personale sperimentato dopo aver assistito alla morte ed alla distruzione di massa può indurre una nuova resistenza emotiva anche se, in assenza di assistenza psicologica, molti tra i sopravvissuti restarono imprigionati dai propri sentimenti di dissociazione e colpa.
28. <http://www.filosofia-medicina.net/la-medicina-e-il-nazismo.html#>
<https://www.greenme.it/vivere/mente-emozioni/esperimento-standford/>
29. Philip G. Zimbardo, Professore Emerito dell'Università di Stanford (nato il 23 Marzo del 1933) è conosciuto per il suo esperimento della prigione di Stanford (Stanford Prison Experiment, SPE) e come autore di libri di psicologia che hanno introdotto alla materia uno sterminato numero di studenti. Nel 2002, Zimbardo fu eletto Presidente della American Psychological Association. Sotto la sua direzione l'organizzazione sviluppò il sito PsychologyMatters.org, un compendio della ricerca psicologica che può essere utilizzato per le sue applicazioni pratiche, nella vita quotidiana. Nello stesso anno collaborò come commentatore nel reality inglese *The Human Zoo*, dove i partecipanti venivano osservati mentre interagivano in un ambiente controllato. Nel 2004, Zimbardo ha testimoniato presso la corte marziale in difesa del sergente Ivan "Chip" Frederick, una guardia della prigione di Abu Graib, sostenendo che la pena relativa a Frederick doveva essere ridotta a causa delle pressioni ambientali subite dal militare, con le aggravanti di un addestramento e di una supervisione molto limitati. A Frederick è stata inflitta una pena di 8 anni. Zimbardo, utilizzando l'esperienza maturata con il caso Frederick, ha scritto un nuovo libro, "The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil".
30. Christina Maslach (1946-) è una psicologa sociale americana e una professoressa di psicologia alla University of California, Berkeley, conosciuta per la sua ricerca sul burnout lavorativo. È coautrice del Maslach Burnout Inventory e ha collaborato alla sospensione dell'esperimento carcerario di Stanford operato dallo psicologo Zimbardo.
31. https://www.epicentro.iss.it/focus/mondiale_salute/gms-20-fnopi

Bibliografia:

Arendt H., *La banalità del male: Eichmann a Gerusalemme*, Milano 1964

Arendt H., *Le origini del totalitarismo*, Milano, 1967

Bravo A. , Jalla D. , *La vita offesa. Storia e memoria dei Lager nazisti nei racconti di duecento sopravvissuti*, Franco Angeli, Milano, I° edizione 2004

Bonhoeffer D., *Resistenza e resa*, Cinisello Balsamo (Milano), 1989

Evans R.J., *La nascita del Terzo Reich*, Milano 2006

Fuschetto C., *Fabbricare l'uomo: L'eugenetica tra biologia e ideologia*, Roma, 2004

Girmenia E. , *L'eutanasia nazista: lo sterminio dei disabili nella Germania di Hitler*, Armando Editore, Roma, I° edizione 2016

Göts Aly, Zavorre, *Storia dell'Aktion T4: l'«eutanasia» nella Germania nazista*, Einaudi, Torino, I° Edizione 2017

Levi P. , De Benedetti L. , *Rapporto sull'organizzazione igienico-sanitaria del Lager di Monowitz (Auschwitz III), Così fu Aushwitz – Testimonianze 1945-1946*, Giulio Einaudi editore s.p.a , Torino, I° edizione

Levi P. , *Se questo è un uomo*, Trento , Store Einaudi Tascabili, Torino, II° edizione 2014

Lifton R. J., *I medici nazisti. La psicologia del genocidio*, Milano, 2003

Massini R. , Izzi D. , Marchetti P. , Passeretti F. , Recine U. – *Medicina Interna 5/e*, McGrawHill Education (Italy) S.r.l, Milano, V° edizione 2013

Hilberg R. , *La distruzione degli ebrei d'Europa*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, I° edizione 2017

Perozziello F. E., *Storia del Pensiero Medico*, III volume, Fidenza (Parma), 2009

Rossi F., Cuomo V., Riccardi C., *Farmacologia per le professioni sanitarie*, Minerva Medica, Torino, I° edizione , 2014

Sitografia:

Protocollo del Wannsee, 20 gennaio 1942 (English version by The Avalon Project at Yale Law School) <https://avalon.law.yale.edu/imt/wannsee.asp>

<https://www.albanesi.it/salute/farmaci/barbiturici.htm>

<https://cris.unibo.it/handle/11585/42719#.Xn47oxNKhZ0>

<http://www.deportati.it/>

<http://www.deportati.it/Lager/auschwitz/auschwitz/>

https://www.epicentro.iss.it/focus/mondiale_salute/gms-20-fnopi

<https://www.farmagalenica.it/>

<https://www.greenme.it/vivere/mente-emozioni/esperimento-standford/>

<https://www.humanitas.it/enciclopedia/integratori-alimentari/carbone-vegetale>

http://it.medicine-cure.com/ovr5_geksametilentetramin.htm

<http://www.minerva.unito.it/Chimica&Industria/Dizionario/DizCod.html>

<https://www.msmanuals.com/>

<https://people.unica.it/micaelamorelli/files/2013/11/06-11-2013-Oppiodi.pdf>

<https://www.repubblica.it/online/esteri/settembresette/scheda/scheda.html>

http://www.shoah-nakba.it/campi_concentramento_sterminio.asp

<http://www.storiaxxisecolo.it/deportazione/deportazioneebrei9.htm>

<http://www.treccani.it/enciclopedia/>

https://www.unive.it/media/allegato/dep/n29-2016/5_Kraske_DEP.pdf

Ai miei genitori, Roberta e Francesco, per avermi fatto credere che niente è impossibile se metti tutta te stessa per arrivare in fondo, tutto ciò che mi dicevano di non poter fare, l'ho fatto grazie a voi e al vostro modo di amare. Nessuna parola sarà mai abbastanza per descrivere la mia gratitudine nei vostri confronti.

A Sarah, la mia migliore amica, mia sorella, mia fedele compagna di vita per aver sopportato ogni mio racconto in ambito ospedaliero, per avermi dato conforto ogni volta che credevo di non farcela, grazie per essere da sempre accanto a me.

A Riccardo, per la pazienza che ogni giorno ho messo alla prova, per essere entrato nella mia vita ed essere presenza essenziale, per aver creduto in tutto questo tanto quanto me, niente di tutto ciò sarebbe stato possibile senza il tuo supporto e il tuo amore, grazie.

A Linda e Lucrezia, per aver sorriso con me di ogni mia vittoria e aver supportato ogni mia azione, per esserci nonostante tutto questo mi abbia portato ad allontanarmi, per essere amiche con la A maiuscola, per non avermi mai voltato le spalle, per esserci sempre nonostante tutto e tutti, grazie.

A Silvia ed Elisabetta, l'esempio di amicizia pura, nonostante la lontananza, le diversità, è stata la fortuna più grande avervi con me nei miei viaggi e nel mio percorso.

A Lisa e Barbara, per aver corso insieme verso questo traguardo, per avermi dato note di colore e allegria in questo periodo che sembrava non finisse mai, vi sarò sempre grata per l'amicizia che mi avete incondizionatamente dato.

Un ringraziamento speciale va alla mia Professoressa Daniela, per aver creduto in me quando la mia ansia avanzava, quando credevo di non farcela, per avermi dato coraggio e per essere stata il mio esempio lungo questo percorso, infinitamente grazie.

Grazie alla mia Relatrice, la Professoressa Donatella, per avermi dato l'entusiasmo per affrontare questo importante argomento, per avermi trasmesso l'amore per la storia e il proprio lavoro.

Grazie a tutti gli Infermieri che mi hanno dato fiducia, per aver creduto in me, per avermi dato responsabilità che non credevo di poter maneggiare. Un ringraziamento particolare va a Giacomo, il primo ad avermi insegnato cosa davvero significhi essere infermiere, dedicarsi all'altro e prendersi cura, grazie per avermi dato la forza di credere in me stessa.

L'ultimo ringraziamento infine va a me, per non aver mollato ed esserci arrivata davvero.
