

*Short Communication*

IL CONFLITTO ISRAELO PALESTINESE E IL DIRITTO DI  
ESSERE CURATI  
QUALI INTERROGATIVI ETICI?

MELANIA BORGO

Università degli Studi dell'Insubria, Varese, I

SUMMARY

ISRAELI-PALESTINIAN CONFLICT AND THE RIGHT  
TO BE TREATED WHAT ETHICAL QUESTIONS?

*Decades of Israeli-Palestinian conflict have significantly affected the socio-economic situation of local people. This paper follows a socio-anthropological approach to analyse the health care available for Palestinians. It is argued that different factors have caused a significant deterioration of the health services and, paradoxically, a terrorist could now receive a better treatment than a civilian.*

I ben noti fatti storici determinanti la costituzione dello Stato di Israele hanno comportato importanti modifiche in merito all'organizzazione sanitaria tali da influire sulla rimodulazione dei concetti di salute e malattia. A partire dalla consapevolezza delle vicende storico-politiche che caratterizzano questi luoghi, è bene soffermarsi sulle limitazioni imposte all'organizzazione sanitaria palestinese. Che ruolo svolgono la medicina e i singoli medici in un contesto sociale come questo? Come decidere quando le richieste dello Stato confliggono con i tradizionali doveri del medico? Come si dovrebbe comportare un operatore sanitario nell'incertezza che l'ambulanza possa traspor-

*Key words:* Israeli–Palestinian conflict - Arab societies - Human rights

tare armi o feriti? Il medico non è deontologicamente obbligato a perseguire il benessere di tutti gli esseri umani indipendentemente dalle istanze belliche? Non prendere seriamente in considerazione la condizione del paziente, ma la sua nazionalità e il luogo in cui risiede non è forse lesivo del diritto alla *privacy* oltre che del segreto professionale nella relazione medico - paziente? Il presente lavoro si propone di trovare risposte plausibili a questi rilevanti quesiti etici. Come è noto, in nome della “guerra al terrorismo”, nel corso degli ultimi anni è stato costruito, lungo il confine tra Israele e Palestina, un muro di separazione e 522 checkpoint. A prescindere dalle motivazioni che hanno condotto il governo israeliano a compiere questa scelta, la prima conseguenza di tali manovre è la nullificazione del ruolo ordinariamente svolto dalle ambulanze, sospettate ora di trasportare armi, esplosivi o combattenti. Nel marzo del 2002, durante il blocco stradale di Ramah, a nord di Gerusalemme, è stata fermata dall’IDF (*Israel Defense Forces*) un’ambulanza palestinese che trasportava una donna e tre bambini; uno di loro, malato, era steso su una barella sotto la quale sono stati trovati dieci chilogrammi di esplosivo, lo stesso tipo che i terroristi<sup>1</sup> sono soliti nascondere sotto i loro vestiti<sup>2</sup>. Questo, però, è il solo caso documentato di un’ambulanza utilizzata per trasportare armi. A causa delle molteplici misure preventive volte a tutelare la società israeliana da possibili attacchi terroristici, l’ingresso delle ambulanze palestinesi che trasportano i pazienti residenti in Cisgiordania dovrebbe essere concesso solo a seguito di controlli dettagliati, ma veloci. Il veicolo deve essere messo nelle condizioni di poter raggiungere, nel più breve tempo possibile, la sua destinazione per garantire a feriti e malati palestinesi la possibilità di ottenere le cure necessarie. Ciò implica, quindi, che essi dovrebbero poter aver accesso agli ospedali che si trovano in Israele o all’ospedale palestinese di Gerusalemme Est, il *Red Crescent Maternity Hospital*, l’unica struttura sanitaria dove sono disponibili strumenti di cura tecnologicamente avanzati e personale

medico specializzato. I rapporti di *Physicians for Human Rights – Israel*<sup>3</sup> riportano, però, numerosi casi in cui è stato rifiutato l'ingresso in Israele a questi mezzi di soccorso di provenienza palestinese. Se tra i diritti umani universali vi è il diritto alla salute uguale per tutti, occorrerebbe promuovere una società fondata su questi valori, sulla solidarietà, sulla giustizia sociale, sull'uguaglianza e sulla reciproca assistenza per tutte le popolazioni e in particolar modo per quelle coinvolte nelle guerre. Il diritto alla salute implica, come rilevato dal "Comitato delle Nazioni Unite sui diritti economici, sociali e culturali" del 1966, nel Commento Generale numero 14, che si prendano in considerazione anche quei prerequisiti che lo rendono possibile, fra cui la libertà di movimento, l'accesso ai servizi medici essenziali, l'acqua pulita, un alloggio adeguato, l'istruzione e le opportunità di lavoro.

Spesso, i residenti della Cisgiordania che giungono a un *checkpoint* in una condizione di urgenza medica, invece di essere velocemente trasferiti nei centri medici di Gerusalemme (spostati dall'ambulanza palestinese ad un'ambulanza israeliana secondo il metodo del "back-to-back", perché così è richiesto dal Coordinatore Sanitario dell'Amministrazione Civile. Secondo la procedura, l'*équipe* medica palestinese dovrebbe coordinare l'arrivo dei mezzi di soccorso per consentire un celere trasferimento del paziente dall'ambulanza palestinese a quella israeliana. Questo è quanto è stato decretato il 28 novembre 2005 quando il Magen David Adom (*MDA*) e la Società della Mezzaluna Rossa Palestinese (*PRCS*) hanno firmato il *Memorandum of Understanding (MoU)*<sup>4</sup>, un accordo all'interno del quale sono anche state specificate le modalità operative e le aree geografiche in cui le due organizzazioni dovrebbero poter operare. Lo scopo di questo documento è quello di provare a ottimizzare le comunicazioni al fine di migliorare la collaborazione tra *MDA* e *PRCS*, soprattutto ai *checkpoint* e nello specifico per il "back-to-back" dei pazienti. L'accordo si propone di ovviare alle preoccupazioni circa

la salute dei pazienti residenti nei Territori occupati. Infatti, accade sovente che, in situazioni d'emergenza, non sia possibile coordinare con anticipo l'arrivo del malato o del ferito. I ritardi si protraggono in attesa che siano reperiti i mezzi o le informazioni richieste (le generalità del paziente, quelle dell'*équipe* medica, la cartella clinica e i dati dell'ospedale). La Società della Mezzaluna Rossa Palestinese richiede, quindi, che, nel momento in cui si presenta un caso considerato emergenziale per definizione, sia possibile raggiungere liberamente gli ospedali oltre il muro di separazione senza ritardi né trasferimenti dei pazienti dal veicolo palestinese a quello israeliano. Il "back-to-back", solitamente utilizzato per trasferire le merci da Israele alla Cisgiordania o a Gaza, costituisce, infatti, un rischio medico per il paziente essendo risaputo che la tempestività è una delle componenti più importanti del processo di cura. Inoltre, frequentemente, ai *checkpoint* i ritardi sono causati anche dal fatto che non si tiene conto della distinzioni tra i mezzi autorizzati<sup>5</sup> e quelli che non lo sono, e non di rado sono i comandanti a decidere quali mezzi possono passare il confine e a raggiungere gli ospedali tecnologicamente all'avanguardia di Gerusalemme Est (o di Israele) e quali no. Accade così che la vita e la salute di un paziente finiscano con il dipendere dalle scelte di qualcuno che non possiede alcun tipo di competenza medica e non è, quindi, in grado di valutare le conseguenze della sua decisione. Per questo motivo, gli autisti delle ambulanze palestinesi scelgono spesso di dirigersi direttamente a Betlemme o a Ramallah per evitare estenuanti ore di attesa, ma la qualità delle cure che i pazienti ricevono negli ospedali di queste città non è comparabile a quella di cui potrebbero beneficiare a Gerusalemme Est o in Israele. La funzione dell'ambulanza risulta, quindi, *nullificata* e il concetto di trasporto di pazienti in stato di emergenza sembra essere stato svuotato di ogni significato. L'isolamento di Gerusalemme Est e le difficoltà legate al raggiungimento della città (e soprattutto dell'ospedale), anche in casi di urgenza, compromettono la qualità delle cure mediche per molti

Palestinesi che si vedono così negata la possibilità di ottenere i trattamenti sanitari di cui necessitano. In Cisgiordania, infatti, gli ospedali non hanno né i mezzi né la possibilità di offrire servizi quali cure intensive neonatali, radioterapia, dialisi pediatrica, interventi chirurgici a cuore aperto, interventi di *bypass* complessi o gestione di gravidanze ad alto rischio. Pensiamo, ad esempio, ai casi in cui il paziente presenta problemi respiratori o legati alla stabilizzazione emodinamica: in simili situazioni è fondamentale un immediato intervento medico in un ospedale competente, ma in Palestina è quasi impossibile. È poi interessante notare che, una volta raggiunto il *Red Crescent Maternity Hospital* il paziente riceve quasi certamente tutte le cure di cui ha bisogno ma lo stesso non accade se il soggetto viene, invece, trasportato in un ospedale israeliano. In questo caso, infatti, il rischio è quello di incorrere in non trascurabili problematiche economiche e morali. Da un punto di vista meramente pratico occorre tenere in considerazione il fatto che un medico israeliano che cura un malato o un ferito palestinese è consapevole che il suo paziente molto probabilmente non potrà pagare per i servizi sanitari che riceverà, con non trascurabili conseguenze per il sistema sanitario israeliano. Ciononostante, alcuni clinici cercano di convincere l'amministrazione finanziaria dell'ospedale ad assistere ugualmente il paziente nella speranza di essere poi risarciti dai fondi stanziati dall'Autorità Palestinese; altri, loro malgrado, sono costretti a disporre che il paziente sia ritrasferito in una struttura sanitaria dei Territori Occupati. Alcuni medici israeliani, poi, consapevoli che molti Palestinesi faticano a raggiungere gli ospedali che si trovano a Gerusalemme est o in Israele, si recano personalmente da coloro che devono essere curati: è così che sono nate le cliniche mobili che operano nei villaggi della Cisgiordania<sup>6</sup>. Ne consegue, però, che gran parte dei fondi annuali stanziati dall'Autorità Palestinese per la salute sono spesi per pagare non solo i salari dei dipendenti degli ospedali locali, ma anche e soprattutto gli apparati di sicurezza e le cure che i Palestinesi

ricevono in Israele cosicché solo una minima parte di questo denaro può essere utilizzata per migliorare le strutture sanitarie presenti nei Territori Occupati.

Inoltre, nel momento in cui il paziente palestinese arriva in un ospedale israeliano, possono presentarsi, per i medici, anche dilemmi morali di difficile soluzione. Può infatti accadere che questi operatori sanitari si trovino a dover scegliere se e secondo quali modalità prendersi cura di coloro che, forse, durante il loro tentato attacco suicida, hanno ucciso o ferito i loro parenti o amici. In Israele, esistono perciò alcuni medici che si rifiutano di mettere le proprie abilità a disposizione del nemico ferito che necessita di cure, mentre altri lo curano a dispetto delle azioni che hanno reso necessaria la relazione di cura e nonostante la mancanza di una copertura finanziaria.

In un simile contesto di guerra, il medico dovrebbe essere neutrale e la priorità di cura dei singoli pazienti dovrebbe essere basata solo sulle loro condizioni di salute<sup>7,8,9</sup>. Ciononostante, è indubbio che simili scelte possano essere emozionalmente molto complicate. In linea con il *Giuramento* di Ippocrate i medici sono tenuti a garantire l'assistenza sanitaria a "tutti i pazienti con eguale scrupolo e impegno indipendentemente dai sentimenti che essi ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica". Il Codice di Deontologia medica, poi, al pari delle Convenzione di Ginevra, ribadisce che ogni uomo ha diritto di essere curato, ma nessuno di questi documenti entra nel merito di come debbano essere svolti i trattamenti medici a beneficio dei terroristi feriti<sup>10,11</sup>. Inoltre, può anche accadere che colui che si è reso responsabile di un attentato suicida e si è ferito compiendolo, si trovi allettato nella stessa unità operativa di coloro che si sono feriti a seguito del suo gesto. Nonostante ciò, tuttavia, "la cura dei terroristi feriti gravemente è [per il medico] una sfida professionale"<sup>12</sup> ancor prima di essere un problema giuridico o filosofico ed è un obbligo sociale ancor prima di essere un dovere professionale o indi-

viduale<sup>13</sup>. Il dovere del medico di curare ogni malato o ferito, infatti, si basa non già sui valori morali del paziente, ma piuttosto sui doveri che un sanitario ha nei confronti del ferito e del malato e il comportamento che la persona ha avuto prima di arrivare in quel determinato reparto dovrebbe essere irrilevante<sup>14</sup>. Il terrorista è solo un paziente, scrive Davis M.<sup>15</sup> e, quindi, anche in situazioni di gravi emergenze per la sicurezza nazionale, ha diritto di ricevere uguali cure rispetto agli altri pazienti, compatibilmente con la salvaguardia del personale medico e della quotidianità ospedaliera<sup>16</sup>. Tuttavia, in conseguenza di ciò, in Israele, potrebbe accadere qualcosa di paradossale: i terroristi potrebbero ricevere cure migliori dei civili palestinesi. A causa delle procedure israeliane finalizzate alla tutela della sicurezza, i civili che abitano i Territori occupati difficilmente raggiungono gli ospedali tecnologicamente avanzati in Israele o l'ospedale palestinese di Gerusalemme est. I *terroristi*, invece, avendo già oltrepassato il muro di separazione tra Israele e la Palestina, possono arrivare velocemente nelle strutture sanitarie israeliane dove verranno garantite loro tutte le cure di cui necessitano.

Nel tempo della “guerra al terrorismo” è rischioso accettare che i diritti umani, compreso il diritto alla salute, siano compromessi in nome della sicurezza; rispettarli entrambi sembra essere la miglior difesa contro futuri attacchi di violenza indistinta nei confronti dei civili. La nuova conquista potrebbe essere quella di sentirsi parte di una collettività senza che questa sia fondata o compromessa dalla presenza dell'*hostis*. Gli interventi medici, poi, dovrebbero essere negati all'*hostis*, sia che si tratti del civile che abita dall'altra parte del confine o del terrorista che è rimasto ferito nel corso del suo stesso attentato suicida, senza considerare la razza, le abilità, lo *status* sociale o politico e la cittadinanza. Lo stato potrà così ottenere, o mantenere, la fiducia non solo del cittadino, ma anche di quello che è stato il nemico pubblico perché, come ricorda Childres James F., “il pubblico non prenderà la pillola se non si fida del dottore”<sup>17</sup>. Quando le società

si trovano a dover affrontare momenti in cui tutti i valori morali e socio-culturali dalle quali sono nate ed in cui credono sembrano essere compromessi o vanificati, l'unica strategia possibile pare essere quella di rispondere alle ostilità con azioni di umanità. Le ambulanze palestinesi, quindi, dovrebbero poter realmente raggiungere nel più breve tempo possibile il *Red Crescent Maternity Hospital* o uno degli ospedali israeliani, e i pazienti dovrebbero veder garantite tutte le cure di cui necessitano, al pari di quanto accade per i terroristi che già si trovano in Israele. Si legge, infatti, nella Dichiarazione di Ginevra del 1948, che per il medico, “la salute e la vita dei [suoi] pazienti saranno le [sue] prime preoccupazioni”, indipendentemente dai confini culturali o nazionali in cui si vive o si è vissuto.

#### BIBLIOGRAFIA E NOTE

##### Bibliografia generale

- ASHCROFT R., *The Psychology of Repugnance and the Duty to Trust*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 51-52.
- BAUDRILLARD J., *Power Inferno. Requiem pour les Twins Towers. Hypothèse sur le terrorisme. La violence du Mondial*. Paris, Éditions Galilée, 2002.
- BORRADORI G., *Filosofia del terrore. Dialoghi con Jürgen Habermas e Jacques Derrida*. Bari, Editori Laterza, 2003.
- CORNELLISE G., *Immigration Detention and Human Rights. Rethinking Territorial Sovereignty*. Leiden, Martinus Nijhoff Publishers, 2010.
- DAVIS M., *Terrorists are Just Patients*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 56-57.
- DERSHOWITZ A. M., *Terrorismo*. Roma, Carocci editore, 2003.
- DWAIRY M., VAN SICKLE T. D., *Western Psychotherapy in Traditional Arabic Societies*. Clinical Psychology Review 1996; 16(3): 231-249.
- FABIETTI U., *Terrorismo, martirio, sacrificio. Antropologia di una forma di violenza politico-religiosa*. Oltrecorrente 2007; 13: 31-53.
- FELDMAN Y., *Emergencies on Hold. Entry of Palestinian Ambulances into East Jerusalem*. Aug. 2007 <http://www.phr.org.il/uploaded/Entry%20of%20Palestinian%20Ambulances%20into%20East%20Jerusalem.pdf> (consultato il 29

novembre 2015).

GESUNDHEIT B. et al., *Medical Care for Terrorists—To Treat or Not to Treat?*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 40-42.

GESUNDHEIT B. et al., *Medical Care for Terrorists—Yes to Treat!*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): W3-W4.

Governments Represented at the Diplomatic Conference held at Geneva from 21th April to 12th August 1949, Geneva Conventions, <http://www.eda.admin.ch/eda/en/home/topics/intla/humlaw/gecons.html> (consultato il 29 novembre 2015).

GROSS M. L., *Bioethics and Armed Conflict. Moral Dilemmas of Medicine and War*. Cambridge, The MIT Press, 2006.

JOTKOWITZ A., SOFER S., *Ethical Caring and the Treatment of Terrorists*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 55-56.

LEPORA C., DANIS M., WERTHEIMER A., *No Exceptionalism Needed to Treat Terrorists*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 53-54.

LUNSTROTH J., *The Obligations of Health Workers to “Terrorists”*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 45-48.

MORENO J. D., *In the wake up of terror. Medicine and mortality in a time of crisis*. Cambridge, The MIT press, 2004.

NATUR S., *Memoria*. Roma, Edizioni Q, 2008.

Physicians For Human Rights – Israel, *The Mobile Clinic: Activity Report 2010* <http://www.phr.org.il/uploaded/The%20Mobile%20Clinic%202010%20Activity%20Report.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).

SAYED M. A., *Conceptualization of mental illness within Arab cultures: Meeting challenges in cross-cultural settings*. Social Behavior and Personality 2003; 31(4): 333-342.

VISKIN S., *Shooting at ambulances in Israel: a cardiologist's viewpoint*. <http://image.thelancet.com/extras/02art8008web.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).

ZIV H., *Evacuation of Patients in and to Jerusalem by the Palestinian Red Crescent Society (PRCS), with Reference to the Memorandum of Understanding between Magen David Adom und PRCS* Nov 2010. <http://www.phr.org.il/uploaded/Phr-israel-ambulances-jerusalem-eng-nov10.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).

ZIVOTOFISKY A., *Medical Care of Terrorists is “Beyond the Letter of the Law”*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 43-45.

1. Come già sostenuto da Derrida (BORRADORIO G., *Filosofia del terrore. Dialoghi con Jürgen Habermas e Jacques Derrida*. Bari, Editori Laterza, 2003, p.115.), “ogni terrorismo *si presenta* come risposta, ovvero come situazione di rilancio continuo. [...] il vero terrorista, il peggiore, è colui che

mi avrà privato di ogni altro mezzo prima di offrire se stesso, lui, il primo aggressore, come una vittima”.

2. VISKIN S., *Shooting at ambulances in Israel: a cardiologist's viewpoint*. <http://image.thelancet.com/extras/02art8008web.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).
3. FELDMAN Y., *Emergencies on Hold. Entry of Palestinian Ambulances into East Jerusalem*. Aug. 2007. <http://www.phr.org.il/uploaded/Entry%20of%20Palestinian%20Ambulances%20into%20East%20Jerusalem.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).
4. ZIV H., *Evacuation of Patients in and to Jerusalem by the Palestinian Red Crescent Society (PRCS), with Reference to the Memorandum of Understanding between Magen David Adom und PRCS*, Nov. 2010. <http://www.phr.org.il/uploaded/Phr-israel-ambulances-jerusalem-eng-nov10.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).
5. In accordo a quanto stabilito all'interno del Memorandum of Understanding, sei ambulanze della PRCS possono viaggiare lungo le strade israeliane, sempre che a bordo vi siano operatori sanitari registrati ed approvati in anticipo.
6. Physicians For Human Rights – Israel, *The Mobile Clinic: Activity Report 2010*. <http://www.phr.org.il/uploaded/The%20Mobile%20Clinic%202010%20Activity%20Report.pdf> (consultato il 29 novembre 2015).
7. FOOTER K. H. A., RUBENSTEIN L. S., *A human rights approach to health care in conflict*. International Review of the Red Cross 2013; 95(889): 167-187.
8. LIST J. M., *Medical Neutrality and Political Activism: Physicians' Role in Conflict Situation in Physicians at War*. Allhoff, Springer, 2008.
9. RUBENSTEIN L. S., *Punishing Health Care Providers for Treating Terrorists. Access to health care is a requirement of justice, even in wartime*. Hastings Center Report 2015; 45(4):13-16.
10. GESUNDHEIT B. et al., *Medical Care for Terrorists - To Treat or Not to Treat?* The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 40-42.
11. GESUNDHEIT B. et al., *Medical Care for Terrorists - Yes to Treat!* The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): W3-W4.
12. GESUNDHEIT B. et al., op. cit. nota 13, p. 41
13. LUNSTROTH J., *The Obligations of Health Workers to "Terrorists"*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 45-48.
14. LEPORA C., DANIS M., WERTHEIMER A., *No Exceptionalism Needed to Treat Terrorists*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 53-54.
15. DAVIS M. *Terrorists are Just Patients*. The American Journal of Bioethics 2009; 9(10): 56-57.

*Il conflitto israelo palestinese*

16. GESUNDHEIT B. et al., op. cit. nota 13.
17. CHILDRESS J. F, *Triage in Response to a Bioterrorist Attack*. In: MORENO J. D., *In the wake up of terror. Medicine and mortality in a time of crisis*. Cambridge, The MIT press. 2004, p. 91.

Corrispondence should be addressed to:

melania.borgo@uninsubria.it

