

**HAKOMAGAZINE**

**ITAIKO**

**20**



**Malattie, epidemie e indiani**



*Figura femminile coperta da pustole. Cultura Nayarit, Messico.  
In copertina: Faccia Falsa irochese rappresentante il "Vaiolo".*

“[...] sistemi immunitari degli americani prima del contatto europeo non erano né privi di esperienze patologiche né pristini (Black 1990) e le analisi osteologiche hanno dimostrato che non vi è alcun fondamento alla percezione che le Americhe fossero prive di malattie prima dell'arrivo degli europei (Larsen, 1994). Le malattie infettive non furono “filtrate” ed eliminate dai popoli che attraversarono lo Stretto di Bering dall'Asia alle Americhe. L'analisi biologica scheletrica fatta in varie regioni del Canada fornisce prove sostanziali di compromessi di vario grado e genere tra malattie e dieta. Infezioni micotiche, batteriche e parassitarie affliggevano i popoli aborigeni a seconda delle condizioni socio-ecologiche locali. Lo stato di salute cambiò nel tempo ben prima del contatto con gli europei, com'è illustrato dalla preistoria d'Iroquoia nell'Ontario meridionale, e c'era molta diversità all'interno e tra regioni, dimostrata dalle sequenze dell'Artico e della Costa Nordovest. Inoltre il carico di malattie infettive concomitanti sopportato dalle popolazioni aborigene pre contatto influenzò il grado in cui furono aggredite dalle nuove malattie introdotte”.

(J.B. Waldram-D.A. Herring-T. Kue Young, *Aboriginal Health in Canada, Historical, Cultural, and Epidemiological Perspectives*, Toronto 1995).

# HAKO

## Sommario

- 2. Intenti
- 3. Editoriale
- 5. Macrocontatti e microcontatti
- 9. Il sognatore e il terapeuta
- 11. I mohave
- 13. Il grande dibattito sulla sifilide
- 15. Guerra batteriologica in Pennsylvania?
- 19. La vaccinazione degli indiani
- 29. Vaiolo, il mostro a macchie
- 33. Camminare in bellezza
- 37. Obesità e diabete: una tragedia indiana
- 41. Il diabete
- 43. Sterilizzazione negli anni '70: un genocidio?
- 47. Tre medici indiani
- 50. Recensioni e novità



*Guaritore. Ceramica moche, Perù.*



## Editoriale



Sopra: Vaso moche. Il viso presenta un'evidente patologia.

Sotto: Gobbo ritto su un pesce a due teste. Cultura Colima, Messico occidentale.

A fianco: Lazaretto dal Codice Fiorentino.

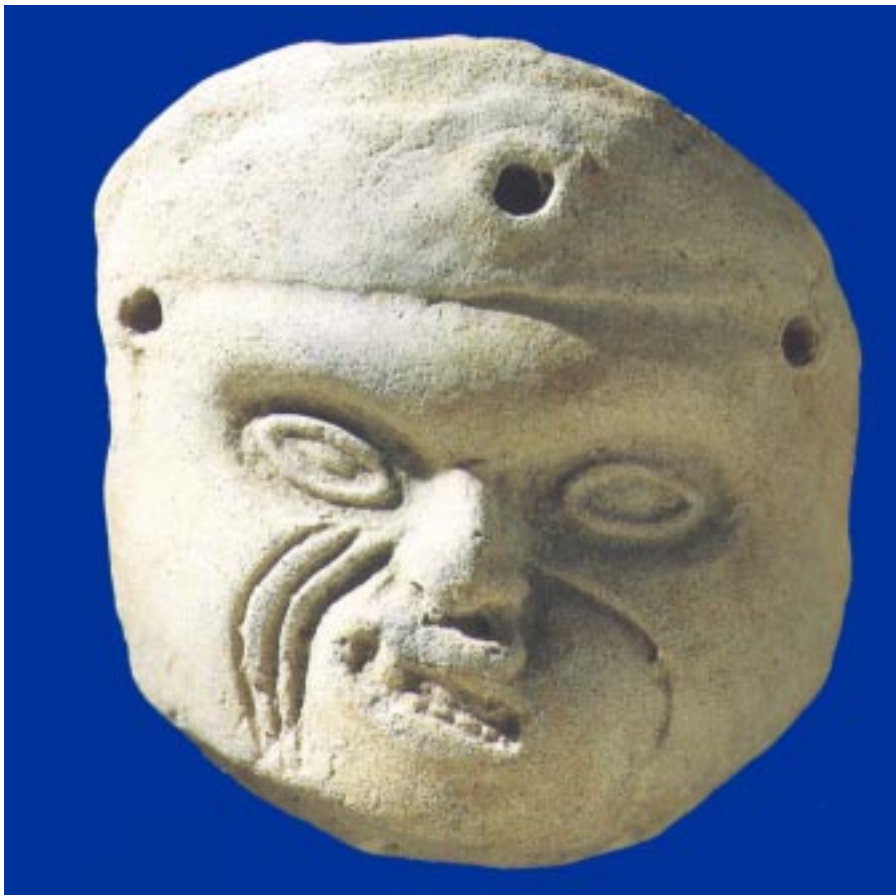
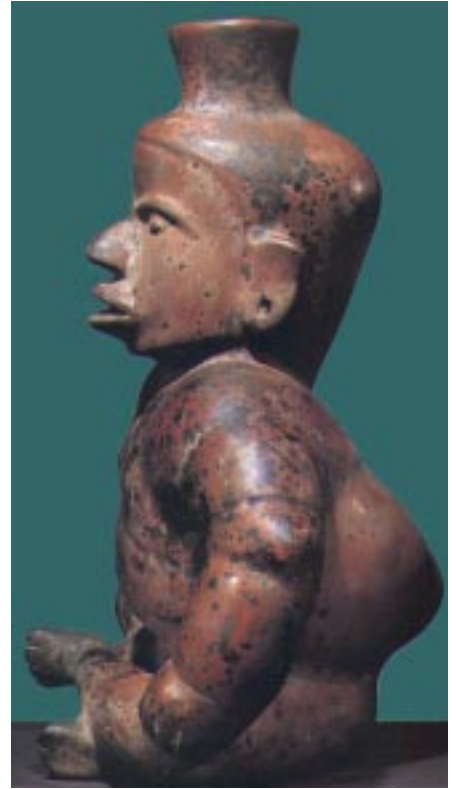
#### Referenze iconiche e bibliografiche

Gruzionski S., *Le destin brisé de l'empire aztèque*, Gallimard, Paris, 1987; *Sculpture of Ancient West Mexico*, Los Angeles, CA, 1970; Sanchez Montañés E., *Le ceramiche precolombiane*, Milano 1994. Fotografie di Sandra Busatta e Lars Hejll.

**È** ormai dimostrato che la visione dell'America, considerata come Paradiso libero dalle malattie, è del tutto priva di fondamento; tuttavia è innegabile che le malattie importate dall'Europa e dall'Africa colpirono in tempi diversi in modo più o meno virulento le differenti zone delle Americhe - a seconda delle condizioni ecologiche e socio-economiche locali. È stato anche dimostrato che, ben lungi dal cercare il genocidio tramite forme primitive di guerra batteriologica, un tema tanto caro a certi settori scientifici negli anni Settanta e Ottanta, i nuovi arrivati in generale si mobilitarono per impedire che gli indigeni venissero spazzati via da epidemie di cui gli stessi europei non compresero bene i meccanismi fino a che la medicina non divenne indipendente dal pensiero religioso. Tuttavia l'ultima delle grandi malattie epidemiche, la tubercolosi, rimase in buona misura incontrollabile fino alla metà del XX secolo nell'America anglosassone - e lo è ancora in gran parte nell'America latina - mentre oggi cominciano ad avere proporzioni epidemiche il diabete e l'AIDS.

Il processo di auto-determinazione nell'ambito sanitario è ormai irreversibile nell'America anglofona, essendo collegato alla più ampia lotta per la sovranità indiana, inuit e métis. Tramite il controllo locale, i gruppi indiani sembrano voler mantenere il meglio della medicina biomedica occidentale cui aggiungere programmi più tradizionali. Che questo comporti dei significativi miglioramenti resta da vedere: a parte gli ovvi problemi di mancanza di fondi e, soprattutto, di personale indiano preparato professionalmente, non è affatto garantito che a un tale controllo segua automaticamente una salute migliore. La questione, peraltro altamente politicizzata, è molto più complessa. A certi politici indiani e alle loro imitazioni new age, che cantano il buon tempo antico degli sciamani, ricordiamo - con lo storico Francis Jennings - che non un solo sonaglio né canto esoterico né capanna del sudore hanno mai curato almeno un caso di vaiolo.





---

*Sopra a sinistra: L'Eden Americano.  
Sopra a destra: Gobbo. Messico.  
A fianco: Maschera di persona con paresi  
facciale. Cultura Tumaco, Colombia.*



## Pandemie o epidemie?

## Macrocontatti e microcontatti

*Tramontata l'ipotesi dello sterminio, anche la teoria della pandemia per spiegare il repentino crollo del Nuovo Mondo non ha più presa.*

Delia Carolo

Quando gli esseri umani in carne e ossa si incontrano realmente avvengono dei microcontatti, i macrocontatti, invece, sono avvenimenti che influenzano la vita e la società prima o senza che i singoli interessati se ne accorgano.

Fino a circa gli anni Sessanta, la storia del rapporto dei nativi americani ed europei veniva fatta cominciare nel 1492, quando iniziò in maniera visibilmente significativa il cosiddetto "contatto", cioè l'incontro tra esseri umani di due diversi continenti. In seguito all'influente e controversa opera degli studiosi della scuola di Berkeley, iniziata negli anni Quaranta, ma "esplosa" con Dobyns (1966 - 73 - 76 - 83) fuori dai ristretti circoli demografici della Mesoamerica, fin nelle opere di etnostorici, etnobiologi, etnoepidemiologi e militanti politici, la valutazione dell'impatto dei fattori di macrocontatto, in particolare delle epidemie, venne ad assumere la priorità assoluta tra le cause dello spopolamento delle Americhe. La teoria era esposta in modo semplice. Lo spopolamento era causato da una grave malattia contagiosa, il vaiolo, portata nel Nuovo Mondo da uno schiavo o da qualche soldato nero dei conquistadores; da quel primo caso si era poi diffusa in tutta l'America, a nord come a sud, decimando la popola-

zione, comprese le catene di comando. Nonostante le smentite degli studi archeologici, etnostorici e antropologici negli anni Ottanta e Novanta, il professor Alfred W. Crosby riprese questa semplicistica teoria nel suo *Imperialismo ecologico. L'espansione biologica dell'Europa 900-1900*. Le



*Uomo con i segni della fame. Cultura Nayarit, Messico occidentale.*

differenze tra i due mondi sono fatte risalire a milioni di anni fa al momento della divisione della Pangea, che aveva creato due diversi biomi o ecosistemi con conseguente nascita di culture e sviluppi completamente autonomi soprattutto per il Nuovo Mondo, arretrati rispetto a quelli europei. Al momento del "contatto" gli europei esportarono tutto il loro ecosistema: l'invasione avvenne soprattutto ad opera di germi, piante, erbe e animali del Vecchio Mondo. Analoga posizione assume il fisiologo, biologo e biogeografo Jared Diamond (1977) che attribuisce la povertà animale e vegetale delle Americhe (e anche di Australia e Africa) alla forma dei continenti che impedì anche la comunicazione di nuove idee. Dobyns (1983:34), come molti altri scrittori prima e dopo di lui, in base alle testimonianze storiche, presenta lo stato di salute prima del contatto europeo come «relativamente privo di malattie» rifacendosi al vecchio concetto del Nuovo Mondo aborigeno come "Paradiso libero dalle malattie". Nel Cinquecentenario della scoperta dell'America, Aufderheide (1992), invece, dichiara che la paleontologia e altri studi antropologici integrati dimostrano chiaramente la presenza di malnutrizione, anemia e una varietà di patologie tubercoloidi e treponematoidi e altre infezioni, oltre a condizioni traumatiche e degenerative, così come è ben documentata la

presenza di un numero discreto di parassiti. Grazie agli studi degli anni Cinquanta oggi si possiede un quadro abbastanza preciso delle malattie del Nuovo Mondo, in particolare quelle che lasciano segni sulle ossa. Le malattie documentate sono numerose: tubercolosi, artrosi e artriti, spondilite anchilosante, infezioni come la sifilide non venerea e numerosi parassiti sono stati individuati nei coproliti (feci umane). Aufderheide conclude affermando che prima del contatto i nativi avevano sviluppato un'immunità verso certe patologie tale da renderle croniche con conseguenza soprattutto di una diminuita fertilità che si sarebbe manifestata soltanto dopo parecchie generazioni. L'incidenza e lo sviluppo delle varie malattie erano legati ai luoghi delle dimore, allo sviluppo storico delle varie popolazioni, alla dipendenza dal mais. Altro fattore determinante fu la densità di popolazione unitamente alla sedentarietà della società. Le comunità di cacciatori-raccoglitori godevano di una salute complessivamente migliore, ma, se erano associate a un'alta conflittualità, presentavano segni di stress sanitario, in quanto l'intenso conflitto intergruppo riduceva l'area disponibile per procurarsi le risorse alimentari. Nonostante questa rappresentazione sanitaria non coincidesse con un paradiso di salute, tanto da far dire a Milner (1992:112) che le popolazioni indigene sostenevano «un notevole peso debilitante di malattia», le condizioni generali erano comunque migliori di quelle che si svilupparono dopo il contatto. Alla pubblicazione del classico *The Ranks of Death* di P. M. Ashburn, gli studiosi si resero più consapevoli del ruolo che le malattie avevano avuto nella conquista e nella colonizzazione del continente americano. Dobyns (1983) ha influenzato in modo notevole l'idea che vi fosse stata un'immane pandemia, iniziata nel 1520 con l'arrivo di un africano infetto

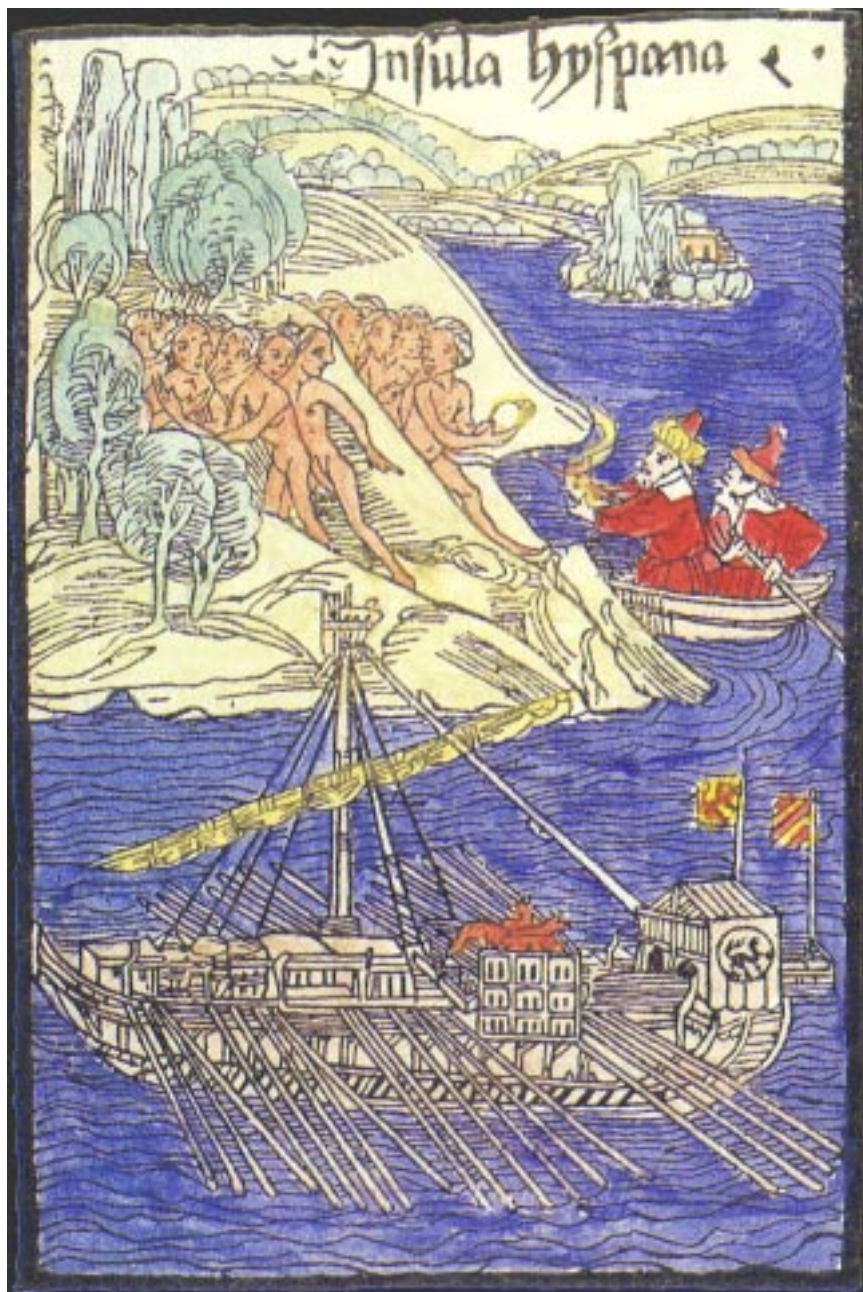
da vaiolo: la malattia si diffuse a cerchi sempre più vasti per tutte le Americhe. Antropologi ed etnostorici hanno in qualche modo distorto il concetto di "epidemia su suolo vergine" soffermandosi e sottolineando l'idea della mancanza della malattia prima del contatto in America. Studi approfonditi dimostrano l'assenza di questa immane pandemia del 1520, come di altre. «Un



attento esame dei documenti del XVII secolo rivela che il vaiolo non colpiva dovunque nello stesso anno. Il progresso della malattia deve essere stato veloce e pervasivo in una particolare comunità, ma sembra abbia avuto difficoltà a diffondersi tra le comunità» (Snow 1992:184). A conclusioni simili giungono Thorton, Warren e Miller (1992: 187-193) nello studio sul popolamento del Sudest degli attuali Stati Uniti. Il vaiolo tende a esaurirsi in fretta in popolazioni ad alta densità, mentre l'epidemia presso popolazioni a bassa densità può durare a lungo e diffondersi molto lentamente. I

territori attorno ai nuclei abitativi erano aree prevalentemente deserte ove la malattia sostava, poteva estinguersi o proseguire verso un altro nucleo abitativo. In questo modo l'epidemia procedeva a scatti, manifestandosi in modo virulento nelle zone densamente abitate. Il vaiolo ha dimostrato una diversa virulenza in America rispetto all'Europa, facendo ipotizzare differenze immunitarie genetiche tra le popolazioni, ma a oggi non vi sono fondamenti a questa ipotesi. Sembra invece più verosimile quanto proposto dall'epidemiologo Francis Black: una diversità genetica degli indiani (come anche dei polinesiani e degli abitanti della Nuova Guinea) verificata dagli studi sul morbillo. Resta comunque il fatto che il vaiolo, al suo ritorno in Europa dopo il passaggio nel Nuovo Mondo, divenne più virulento e letale. L'entità delle conseguenze demografiche che il "contatto" ha avuto sul Nuovo Mondo è legata alle stime della popolazione presente sul continente al momento dello stesso. Ovviamente stime minime della popolazione pre-contatto suggeriscono una minore mortalità da contatto, invece stime più ampie implicano una catastrofe demografica tale da far risultare insopportabile "il senso di colpa" europeo. «Così le valutazioni sui numeri della popolazione indigena e altri profili demografici non servono solo l'interesse accademico, ma contribuiscono anche ad ampliare le interpretazioni della storia della popolazione e l'entità storica dei gruppi indiani contemporanei» (Uberlaker 1992:169). Le stime sulla popolazione del Nuovo Mondo sono molto varie a causa della debolezza dei dati primari e della moltitudine degli approcci metodologici. Le difficoltà si incontrano anche per l'area geografica considerata prima della "scoperta". Le dimensioni della popolazione aborigena delle Americhe furono oggetto di un gioco di supposizioni fin quasi dalla scoperta e furono soprat-





"L'arrivo all'Isola di Hispaniola", da *De Insulis Indie Inventis*, Basilea, 1493.

A p. 6: *L'Apocalisse di Temalchalco*, pittura indigena di Juan Gerson, 1850.

tutto in voga nel XVIII secolo. Ma è con l'inizio della cosiddetta Scuola di Berkeley, rappresentata dai demografi L. S. Simpson, S. F. Cook, W. W. Borah e C. O. Sauer negli anni '40 e dall'etno-storico H. Dobyns negli anni '70, che si fa strada l'idea che l'America prima del 1492 avesse una popolazione numerosissima, superiore a quella dell'Europa. Infatti, per il solo Messico, essi passano da una stima di circa 2 milioni a una forbice che va dai 18 ai 30 milioni con la cifra di 25 milioni preferita dai loro seguaci. Dobyns (1983) propone

addirittura 37 milioni di abitanti per il Messico precolombiano, quasi più del doppio dell'Impero Ottomano, della Spagna o della Francia, con circa 17 milioni ciascuno nel Seicento, secolo in cui erano le maggiori potenze del Vecchio Continente, a un ben diverso grado di sviluppo socioeconomico e tecnologico. Dobyns addirittura alza a 90 - 112 milioni l'intera popolazione americana precolombiana, quando in Europa, nello stesso periodo, la cifra più alta fornita dai demografi è di 72 milioni.

In realtà, queste cifre, che lo storico francese Braudel trova "assai gonfiate" e "favolose" e l'etnohistorico Cherokee Thornton non "ragionevoli" servono a portare avanti l'idea che ci fu un "genocidio" epidemico: «Il continente americano più che vergine rimase vedovo: del suo popolo» (Jennings, 1991:19). Il metodo usato da questi studiosi è stato però demolito da D. Henige (1996) che ha dimostrato come essi abbiano ottenuto le loro stime abbandonando l'onesto metodo storico e rigore scientifico, in favore dell'invettiva morale e della tortura dei dati e delle fonti.

In realtà le epidemie colpirono in modo irregolare, a macchia di leopardo, secondo uno schema casuale influenzato dalle condizioni socioeconomiche e dallo stato di salute delle popolazioni indiane e lasciarono passare anche un secolo tra un'esplosione e l'altra. Lungi dal colpire soprattutto all'inizio della colonizzazione, quando gli indiani venivano a contatto con europei sopravvissuti alle malattie del Vecchio Continente e quindi immunizzati, le epidemie, come hanno dimostrato Snow e Lanphear (1988), avanzavano insieme alla stabilizzazione delle colonie e soprattutto con l'arrivo delle famiglie con bambini, veri focolai di germi, e con lo sviluppo della navigazione che accorciava il tempo della traversata e perciò le "condizioni" di quarantena forzata.

#### Bibliografia essenziale

Crosby A. W., *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*, Westport, CT, 1972; Crosby A. W., *Ecological Imperialism*, Cambridge, MA, 1986 (Bari 1988); Aufderheide A. C., "Summary of Disease before and after Contact", in Verano J. W., Uberlaker D. H., *Disease and Demography in the Americas*, Washington, DC, 1992; Thornton R., *American Indian Holocaust and Survival*, Norman, OK, 1987; Henige D., "Their Numbers Became Thick: Native American Historical Demography as Expiation", in Clifton A. (ed.), *The Invented Indian*, New Brunswick, NJ, 1996; Braudel F., *Capitalismo e civiltà materiali sec. 15° - 18°*, Torino, 1977; Dobyns H. F., *Their Numbers Become Thinned*, Knoxville, TN, 1983; Jennings F. E., *L'invasione dell'America*, Torino, 1991.





Sopra: Struttura di una "capanna del sudore" (sweat lodge), fotografia di L. A. Huffman.  
Sotto: "Estufa" o capanna sudatoria azteca.





## Etnopsichiatria

# Il sognatore e il terapeuta

*La teoria dei sogni dei mohave interpretata da uno dei fondatori dell'etnopsichiatria.*

Tommy Williams

*Gli indiani non associano necessariamente al sovrannaturale soltanto fenomeni eccezionali o esperienze violente, folgoranti; certi fenomeni, certe concatenazioni di fatti che si presentano familiari sono spesso stati considerati le manifestazioni di una realtà sovrannaturale. (Åke Hultkrantz).*

Gli indiani d'America sono noti al grande pubblico per la "ricerca di visione", praticata per acquisire degli "spiriti guardiani" (un uso peraltro non comune a tutti quei popoli) e per i suoi sviluppi postmoderni new age. Meno noti sono il posto che hanno i sogni e la geografia mistica spesso associata ad essi e gli studi condotti da psicanalisti ed etnopsichiatri su popolazioni moderne.

Un antropologo americano della scuola di Cultura e Personalità, Anthony F. Wallace, negli anni Cinquanta scrisse due importanti opere sull'argomento: *The Modal Personality of the Tuscarora Indians: As Revealed by the Rorschach Test* (1952) e *Dreams and the Wishes of the Soul: A Type of Psychoanalytic Theory among the Seventeenth Century Iroquois* (1958). Nel primo studio Wallace si servì del test di Rorschach per

determinare espressioni della personalità "modale" degli irochesi tuscarora statisticamente significative e giunse alla conclusione che solo il 37% dei tuscarora manifestavano la personalità "modale" del loro gruppo (Harris 1971:558-9)<sup>1</sup>. Nel secondo studio Wallace ci illustrava la personalità irochese tramite l'analisi dei sogni registrati dai missionari gesuiti, soprattutto nel XVII secolo, che venivano narrati durante la più lunga delle cerimonie irochesi, quella di Metà Inverno o di Capodanno (gennaio-febbraio), eseguita ancora oggi in forma semplificata. I sogni erano considerati, secondo Wallace, desideri dell'anima, che dovevano essere soddisfatti altrimenti il sognatore avrebbe sofferto di malattia o morte. Chi sognava, però, non parlava esplicitamente del contenuto onirico, ma dava accenni, durante la cerimonia, e gli altri dovevano indovinare. Talvolta l'esaudire questi sogni poteva avere risvolti brutali o drammatici: se una persona sognava di fare il bagno al risveglio si gettava in un corso d'acqua a prescindere dalla stagione. Il complesso bellico delle tribù irochesi e algonchine del Nordest prevedeva tortura, morte e cannibalismo: se un guerriero, dando voce alla paura, sognava di essere preso dal nemico e destinato

al palo, i suoi amici provvedevano a infliggergli una forma "blanda" del temuto destino. Le relazioni gesuite raccontano che un tale ci mise oltre sei mesi a rimettersi dalle ustioni di questa tortura amichevole (Driver 1975:446-7).

Donald Sandner, uno psichiatra clinico di matrice junghiana, nel suo *Navaho Symbols of Healing* (1979) esplora i principi generali del processo della cura simbolica utilizzando la religione navaho come esempio migliore: «Come psichiatra, mi sembrava che lo studio dei processi di cura, che è il principale soggetto della loro religione, possa rivelare qualcosa sulle antiche radici della nostra disciplina di cura» (1979:3). Nella religione navaho, che usa un elaborato insieme di canto e pitture su sabbia, «[r]eligione, medica e arte sono inestricabilmente intrecciati in una stupefacente unità di proposito», anche se hanno a che fare con ciò che accadde nel "tempo del mito" e non con i sogni veri e propri.

Dal canto suo l'etnopsichiatra canadese di origine austriaca Wolfgang Jilek, attraverso i suoi studi sulle psicosi e neurosi croniche e l'epilessia in varie parti del mondo, ha un posto di grande rilievo nell'etnopsichiatria come presidente della Sezione sulla

Salute Mentale dei popoli nativi dell'Associazione psichiatrica canadese e svolge opera di consulenza e ricerca presso i popoli nativi della Costa Nordovest in British Columbia. In questo ambito è molto importante il suo *Indian Healing* (1982) sul cerimonialismo sciamanico attuale, attraverso uno studio del revival della *Spirit Dance* tra i Salish della Costa nell'area attorno a Vancouver, che mostra come «oltre alle sue complesse funzioni tradizionali, [esso] fornisca ora alla popolazione nativa un programma di trattamento invernale annuale in cui sono integrati parecchi tipi di ben definite procedure terapeutiche» (1982:8), che sono all'altezza di quelle della psichiatria occidentale. Forse il più famoso degli etnopsichiatri che si sono occupati di nativi americani, e quello su cui ci soffermeremo, è Georges Devereux, pianista, fisico, etnologo, antropologo e psicanalista francese, conoscitore di sette lingue, che aveva studiato a Parigi con Mauss, Lévi-Bruhl e Rivet. Nel 1932 soggiornò tra gli hopi, poi tra i sedang moi indocinesi. Diventato professore di antropologia negli USA entrò in contatto con i mohave, una popolazione che vive tra l'Arizona e la California e si appassiona profondamente alla loro cultura. Tornato in Francia, insegnò etnopsichiatria a Parigi e fondò con Tobie Nathan la rivista *Etnopsichiatria*; alla morte le sue ceneri furono sparse nella riserva mohave (Coppo 1996:35). Dei mohave Alfred Kroeber, nel suo classico studio sulle tribù californiane (1925) afferma: «I sogni, quindi, sono il fondamento della vita mohave e sogni sono fusi dappertutto nello stampo mitico. Non c'è popolo le cui attività sono più formate da uno stato psichico o ciò che credono essere tale e nessuno la cui civiltà sia così completamente, così deliberatamente riflessa nei loro miti» (1975:755). Leslie Spier, nella sua monografia sulle tribù yuma o quechan (1933), cui appartengono i



*Panambono e Mitiwara, due delle guide della Spedizione Wheeler, al Gran Canyon del Colorado. Fotografia di Timothy O'Sullivan, 1871.*

mohave, afferma dei loro vicini e nemici, di cui condividono la cultura: «Al cuore della cultura maricopa vi è l'esperienza onirica. È la sola cosa di cui parlano costantemente, l'aspetto significativo della loro vita come la vedono. È questo più di ogni altro singolo elemento che stabilisce l'unità della loro cultura con quella dei popoli yuma del basso fiume Colorado ...» (1978:236).

#### *Il sogno dello sciamano e le malattie*

Nell'articolo *Sogni patogeni nelle società non occidentali* (1966)

Devereux analizza i sogni dei mohave, non senza aver prima invitato a rivedere la teoria del "desiderio dell'anima" dei sogni irochesi, così com'era stata elaborata da Wallace. Nella cultura mohave, afferma, l'esistenza stessa di malattie differenti è in un certo senso la conseguenza di un sogno patogeno nel senso più ampio, dato che le malattie sono state preordinate al momento della creazione: «L'evento della creazione ha incluso (in linea di principio) almeno un caso concreto di ciascuna malattia (per esempio la gastroenterite) e alme-



no una effettiva guarigione di ciascuna specie di malattia ... e ciò costituisce nello stesso tempo un precedente e una "profezia" secondo cui malattie simili si produrranno anche in futuro» (1978:291). Il mito della creazione è un'opera incompiuta, che contiene parti del mito sognate fino al momento in cui è narrato, per cui, oggi, in teoria uno sciamano mohave può sognare la cura per le ustioni da radiazioni o il mal di spazio. Così come non accade nulla di importante né si ha alcuna capacità o potere senza il sogno appropriato, così non ci possono essere disgrazie o malattie senza sogni "cattivi" (*sumate itcem* o *sumate alayk*, rispettivamente riguardanti l'insuccesso nelle imprese, la malattia e la morte).

Anche se i mohave si riferiscono spesso alla creazione come al "tempo del sogno", contrariamente a molti aborigeni australiani, la creazione come atto è diversa da quella come sogno. Il futuro sciamano, come feto, assiste a quelle fasi della creazione connesse con la sua futura specialità terapeutica. Lo sciamano sostiene di aver assistito all'atto creativo ("Io c'ero"), ma precisa che il Creatore l'ha ripetuto a suo profitto mentre era ancora nel ventre materno. Ora, afferma Devereux, questo è un paradosso, dato che gli dei mohave nella narrazione mitica sono morti o scomparsi. Questa dichiarazione, secondo lui, si deve intendere perciò come un'implicazione e non che il sogno sciamanico possa risalire nel tempo. «Nel corso del suo sogno intrauterino, lo sciamano ha visto l'evento vero e proprio, la malattia originale e l'ha ricreata. Proprio questo evento serve da prototipo alla malattia, che egli più tardi curerà ed è il nucleo della sua esperienza intrauterina. In questo senso molto preciso, il suo sogno è dunque patogeno per quanto riguarda la venuta di un tipo o una categoria di malattie ...», ma non è invece patogeno per la specifica malattia contratta in un certo momento da un

## I mohave

I mohave sono la più settentrionale delle tribù yuma (o quechan) che abitavano un tempo il basso fiume Colorado e ora vivono in due riserve, una in Arizona e l'altra in California. Quando gli spagnoli li incontrarono all'inizio del XVII secolo costituivano già una vera tribù. Tipico dei mohave e degli altri yuma, nemici o alleati, è un forte sentimento "nazionale" a dispetto di una organizzazione politica minima (Stewart 1983:55).

Molto bellicosi, come del resto gli altri yuma, i mohave mantennero l'indipendenza fino all'arrivo degli americani verso la metà del XIX secolo, quando vennero sconfitti dai guerrieri pima e maricopa nel 1857 e poi dai soldati nel 1859, perciò dovettero rassegnarsi alla pace e all'acculturazione. Coltivatori di mais su terreni alluvionali, completavano la dieta con la raccolta dei frutti selvatici e la pesca. La caccia, invece, era poco importante. I loro indumenti erano molto scarsi, i manufatti improntati alla mera utilità e di qualità molto modesta, dato che tutte le proprietà personali di un individuo erano distrutte alla sua morte durante la cremazione. Le abitazioni, una semplice tettoia di frasche l'estate e una casa semisotterranea di legno e sabbia d'inverno, erano molto elementari e, a dispetto dell'importanza della pesca fluviale, essi non possedevano barche di sorta. Nonostante un'esistenza materiale alquanto spartana e un cerimonialismo assai scarso, i mohave possedevano miti molto lunghi e dettagliati, composti da cicli di canti. Sia i mohave che i loro nemici maricopa e gli altri yuma avevano un'eccezionale interesse per i sogni, ma dimostravano una totale indifferenza per l'apprendimento e l'insegnamento, reputati inefficaci senza il potere soprannaturale conferito dai sogni, divisi in "ordinari" e "grandi". I primi erano considerati dei presagi di avvenimenti futuri, che giungono a chiunque, mentre i secondi portavano potere soprannaturale ed erano prerogativa di pochi, capi, sciamani, guerrieri importanti, cantori di miti e oratori funebri, cioè i leader della loro società. I mohave e i loro vicini pensavano che il sogno avesse luogo per la prima volta mentre il feto si trovava nel ventre materno, fosse dimenticato e poi ricordato in seguito durante l'adolescenza, anche se non vi erano particolari cerimonie. La sua autenticità era dimostrata dal successo nella vita. Il tempo del sogno, oggetto della narrazione mitica e dei canti, era la cosa più importante; i cicli di canti descrivono viaggi di personaggi mitici e la loro trasformazione in animali o luoghi del paesaggio. Sono poveri di avvenimenti, ma ricchi di dettagli di geografia mistica.

I mohave condividevano con gli altri yuma e le popolazioni pima il complesso religioso del dio morto: il dio *matavilya*, figlio del Cielo e della Terra e costruttore della sacra Grande Casa Buia, dove in seguito i sognatori avranno il loro potere, offende la figlia Donna Rana, che lo uccide con la stregoneria. Il dio e la Grande Casa Buia vengono cremati, dando origine al funerale mohave. È il dio più giovane *mastamho* che, in seguito, prende il comando e crea il mondo, prima di impazzire e scomparire come aquila pescatrice. Sulla montagna sacra *avikamé* il dio conferisce ai feti il potere che sogneranno, in particolare quello dei grandi sogni. Secondo Bastide, nella prefazione ai *Saggi di Etnopsichiatria generale* di Devereux «...i sogni fra i mohave sono istituzionalizzati e lo sono in quanto funzionali, consentendo essi la transizione da un Super Io arcaico e tirannico a un Io razionale ...». Lo psichiatra «dovrà, conseguentemente, rendersi conto che sarebbe pericoloso per lo psicoterapeuta partire da immagini oniriche per decifrare il loro contenuto latente (il che provocherebbe nei pazienti uno stato di panico); dovrà lo psichiatra tenersi fermo al contenuto manifesto, onde elaborarlo come lo elabora lo sciamano, allo scopo di fornire sicuramente al nevrotizzato una maggiore sicurezza psichica, una maturazione maggiore, in conformità all'ethos tribale della cultura relativa, in linea altresì con i meccanismi di difesa del paziente» (1978:10).

certo individuo, a meno che questa non venga prodotta dallo sciamano come atto di stregoneria, «provocando un sogno patogeno nella sua vittima» (1978: 292). In sostanza, talune entità nosologiche, distinte dai casi individuali di malattie, sono prodotte da alcuni sogni, che costituiscono la parte del mito della creazione che riguarda la genesi delle malattie «mediante avvenimenti che rappresentano un precedente e svolgono un ruolo causale e profetico insieme per quanto riguarda i futuri



Maiman, guida mohave della spedizione Wheeler. Fotografia di Timothy O'Sullivan, 1871.

casi individuali di malattia» (ibid.). In generale, i sogni mohave connessi con le malattie sono interpretati parallelamente al contenuto onirico; i sogni spiacevoli di ogni tipo sono tutti interpretati come cattivi e talvolta annunciatori di malattia. Vi sono solo due tipi di sogni patogeni per i mohave: quelli in cui l'organismo si ammala perché la sua anima subisce traversie funeste durante il sogno, per esempio l'invasione di un potere negativo e sogni tanto sconvolgenti da far nascere la malattia per reazione. Queste categorie, però, tendono a sovrapporsi: una donna si ammalò di depressione e anoressia perché aveva sognato che una parente morta le aveva servito un pesce con la testa della madre pure defunta, di cui lei si era accorta solo dopo averlo assaggiato. Nonostante il sogno fosse sconvolgente, vi era l'elemento spettrale, ritenuto particolarmente pericoloso, nella sua trama. «Dunque, nel senso più stretto del termine - afferma Devereux - i soli sogni mohave veramente patogeni sono quelli in cui l'anima

subisce vicissitudini che comportano la malattia (un viaggio nel paese dei morti, per esempio), oppure nei quali l'anima (e il sogno) sono invasi da un avversario malefico, come uno stregone» (1978:297).

Una sottocategoria del primo tipo di sogno patogeno è quella che svela e causa al tempo stesso una malattia, ma non stimola un'attività di contrasto efficace al risveglio, a causa di un impedimento magico, per cui la vittima «collabora» con lo stregone e non può denunciarlo. In questo caso il sogno è doppiamente patogeno, su due distinti livelli: il sogno contemporaneamente costituisce e rivela l'invasione stregonesca. Secondo Devereux, sono «questi tutti i sogni patogeni autentici esistenti nella società mohave» (ibidem), anche se intorno a questo nucleo ve ne sono altri come quelli della gente impazzita per aver sognato il dio *mastamho* divenuto folle. I sogni-presagi, invece, sono collegati alla malattia da meccanismi che non sono mai veramente

profetici.

Nelle conclusioni Devereux riprende un tema affrontato all'inizio dell'articolo: l'insufficienza logica o il carattere arbitrario delle connessioni fra sogno e malattie sono più dovuti all'inadeguatezza degli studiosi che a deficienze nelle teorie oniriche primitive. Spesso gli antropologi e gli etnologi a orientamento psicologico incontrano testimonianze che collegano sogno e malattie: in generale, afferma lo studioso, «si tratta solo di sogni-presagio, che in senso generale prefigurano il destino del sognatore, oppure sogni sintomatici, patognomici o autoscopici». Soltanto quando la natura del legame è insieme ed esplicitamente dichiarata come causale, è legittimo parlare di sogni patogeni (1978:298). D'altronde, «sogni indiscutibilmente patogeni sono stati considerati, per sbaglio, come sogni-presagio» (ibidem). Per questo motivo è urgente un'esplorazione più approfondita della teoria onirica indigena e della sua influenza sul pensiero, sia in sogno che durante la veglia.

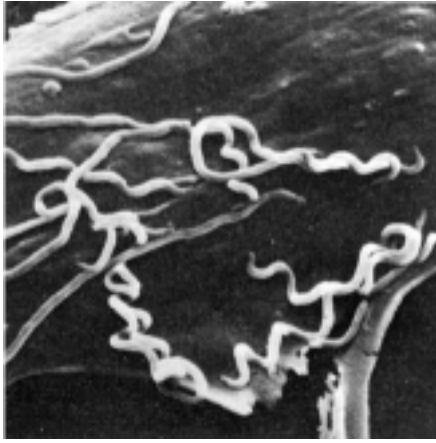
#### note

1 - L'espressione personalità "modale" deriva dall'antropologa Cora Du Bois, per definire la struttura psichica e comportamentale di "maggiore frequenza" in un gruppo etnico, in contrapposizione con la personalità "di base" di Kardiner e il "modello di cultura" della Benedict, che individuano il comportamento etnico "medio" e sono quindi più restrittivi, non ammettendo come normali comportamenti diversi dalla "media".

#### Bibliografia essenziale

Coppo P., *Etnopsichiatria*, Milano, 1996; Devereux G., *Saggi di etnopsichiatria generale*, Roma, 1978; Kroeber A.L., *Handbook of the Indians of California*, New York, NY, 1976; Driver H.E., *Indians of North America*, Chicago, IL, 1975; Harris M., *L'evoluzione del pensiero antropologico*, Bologna, 1971; Jilek W. G., *Indian Healing*. Blaine, WA, 1992; Sandner D., *Navaho Symbols of Healing*, New York, NY, 1979; Spier L., *Yuman Tribes of the Gila River*, New York, NY, 1978; Stewart K.M., "Mohave", in *Handbook of North American Indians*, Washington, DC., 1983.





*Treponema pallidum* (x 4000).

## Il grande dibattito sulla sifilide

Lo scambio di malattie tra il Vecchio e il Nuovo Mondo, osserva Crosby (1988) «è stato sorprendentemente unilaterale, altrettanto unilaterale e a senso unico dello scambio di persone, piante infestanti e animali [...] Le Americhe hanno i loro germi patogeni distintivi, almeno quelli della malattia di Carcion e della malattia di Chagas. Cosa strana, queste malattie, molto spiacevoli e a volte fatali, non si trasmettono molto bene e non si sono mai insediate nel Vecchio Mondo. La sifilide può forse essere l'unica sola importante malattia di esportazione del Nuovo Mondo ma, malgrado la notorietà, non ha mai arrestato la crescita della popolazione del Vecchio Mondo. Il *niguas*, come Fernandez de Oviedo chiamava la pulce penetrante dell'America tropicale che diede tanti problemi agli scalzi spagnoli del XVI secolo, raggiunse l'Africa nel 1872 e si diffuse su tutto il continente sotto forma di epidemia accompagnata da una infezione secondaria letale di tetano, ma da allora si è ridotta a semplice fattore di disturbo e non ha mai alterato la

storia demografica del Vecchio Mondo». Vi sono anche alcuni tipi di rickettsia, come la febbre purpurea delle Montagne Rocciose, ma, se non verrà diffusa dalle testate missilistiche della guerra batteriologica, è sempre restata confinata nella sua regione.

Riguardo alla sifilide venerea è ancora aperto il dibattito e dalla controversia sono nate quattro teorie principali. Secondo la Teoria Colombiana, il genovese e la sua ciurma portarono la sifilide dall'America in Europa nel 1493. Questa è la teoria più popolare e anche la meglio documentata: nel giro di due anni dal primo viaggio di Colombo troviamo le prime descrizioni sulla sua apparizione e rapida diffusione da parte di Bartolomé de las Casas, Gonzalo Fernandez de Oviedo e del medico Ruy Diaz de Isla. Gli storici della medicina fanno notare l'assenza di ogni descrizione inoppugnabile nella letteratura medica europea, araba o cinese e di resti scheletrici convincenti prima del 1500. Contemporaneamente alla malattia si diffuse come popolare trattamento della sifilide negli anni 1520 il *guaiaicum*, un rimedio nativo americano tratto da un albero delle Antille che si credeva efficace. Per la Teoria Precolombiana, la sifilide esisteva già in Europa prima del viaggio di Colombo, confusa con altre malattie come la lebbra e descrizioni del XIII secolo la chiamavano lebbra venerea o ereditaria (la vera lebbra non è né l'una né l'altra). Inoltre i cinesi e gli arabi usavano da secoli contro la "lebbra" strofinamenti e inalazioni di mercurio che serviva a curare la sifilide prima degli antibiotici, ma era inutile contro la lebbra. La sifilide non venerea e la framboesia, inoltre, erano endemiche in Africa e il commercio degli schiavi avrebbe potuto diffonderle in Europa. Secondo la Teoria della Mutazione/Virulenza, la sifilide era presente in entrambi i continenti prima della scoperta, ma la ciurma di Colombo "incrociò" le varietà europee con quelle americane originando un tipo più virulento. Non ci sono però solidi argomenti a sostegno di questa teoria. La variante della mutazione non si preoccupa di sapere l'origine geografica, ma suggerisce che l'epidemia di sifilide alla fine del XV secolo fu causata da una mutazione del *Treponema pallidum*, l'agente infettante, che trasformò la malattia da relativamente benigna in virulenta. La Teoria Unitaria afferma che la sifilide e le altre tre note malattie simili, la *pinta*, la framboesia e il *bejel* (sifilide non venerea o endemica) non sono malattie diverse, ma una sola, che cambia sindrome, riflettendo



Incisione che raffigura la cura dei sifilitici.



l'adattamento dell'organismo a differenti condizioni ecologiche. Vi sono prove a sostegno di questo modello di carattere medico, legate al fatto che i diversi tipi non sono stati ancora identificati con chiarezza. Verano e Ubelaker (1991) fanno notare che prima del 1500 non vi sono resti scheletrici europei che presentino prove sicure della presenza della sifilide, neppure nei cimiteri dei lebbrosi, mentre vi è un numero sempre maggiore di sospette infezioni sifilitiche in scheletri precolombiani: sembra che la maggior parte dei campioni mostrino framboesia o sifilide endemica; parecchi casi, comunque, sono stati interpretati come sifilide venerea.

(Crosby A. W., *Imperialismo ecologico*, Bari 1988; Verano J. W. - Ubelaker D. H., (a cura) *Disease and Demography in the Americas*, Smithsonian Institution Press, Washington, DC, 1992).

Immagine satirica francese sui soldati spagnoli e la sifilide, detta "Mal Napoletano".



---

*Scontro tra soldati dei reggimenti scozzesi e indiani a Bushy Run.  
A p. 15: Il piano della battaglia di Bushy Run.*



## Arte della guerra

## Guerra batteriologica in Pennsylvania?

*La leggenda nera della guerra batteriologica non ha alcun fondamento storico e scientifico.*

Pierre Bricou

Nel suo famoso e controverso *La cospirazione di Pontiac* (1851), Parkman, oltre a consegnare, a quanto pare senza troppo fondamento (Jennings 1988:438-453), un oscuro capo ottawa, Pontiac, all'immortalità, narra anche un episodio destinato a trovare posto immediato nei libri di storia, senza alcuna critica. Tra il 16 e il 27 aprile 1995 questo episodio era anche l'argomento di una *chat-line* tra accademici e, a tutt'oggi, la discussione è tutt'altro che conclusa. In breve, alla fine la guerra dei Sette Anni, Lord Amherst, comandante in capo dell'esercito inglese in America, si trovò a fronteggiare una rivolta intertribale di indiani ex alleati dei francesi, o meglio la prosecuzione della guerra da parte di questi indiani anche dopo la resa della Francia. Alcuni forti furono attaccati e distrutti, altri, come Fort Detroit (la futura capitale dell'auto) e Fort Pitt (la futura Pittsburgh) resistettero; alla fine gli indiani furono sconfitti militarmente, i coloni francesi non si sollevarono contro gli inglesi e la diplomazia inglese riuscì a dividere le tribù, peraltro tradizionalmente incapaci di condurre una guerra per oltre tre-quattro mesi. Pontiac fu ucciso non molto dopo da un

indiano illinois peoria. Al culmine della guerra, Amherst, che odiava gli indiani pur avendone visti ben pochi, scrisse una serie di lettere al colonnello Bouquet, un mercenario svizzero al servizio della Corona e un ottimo militare, che rispose a tono. L'ordine cronologico degli avvenimenti è questo: nel maggio 1763 scoppia un'epidemia di vaiolo a Fort Pitt e sono colpiti alcuni dei soldati e dei coloni, che vengono ricoverati nell'infermeria del forte. Il forte, comandato dal capitano Simon Ecuyer dei *Royal Americans*, un altro mercenario svizzero, aveva una guarnigione di 125 o 250 uomini, a seconda delle fonti, una buona palizzata e ospitava oltre 600 coloni sfuggiti ai massacri degli indiani e organizzati in una compagnia della milizia al comando di William Trent. Abbiamo un diario, attribuito a Trent o a Ecuyer, secondo cui il 24

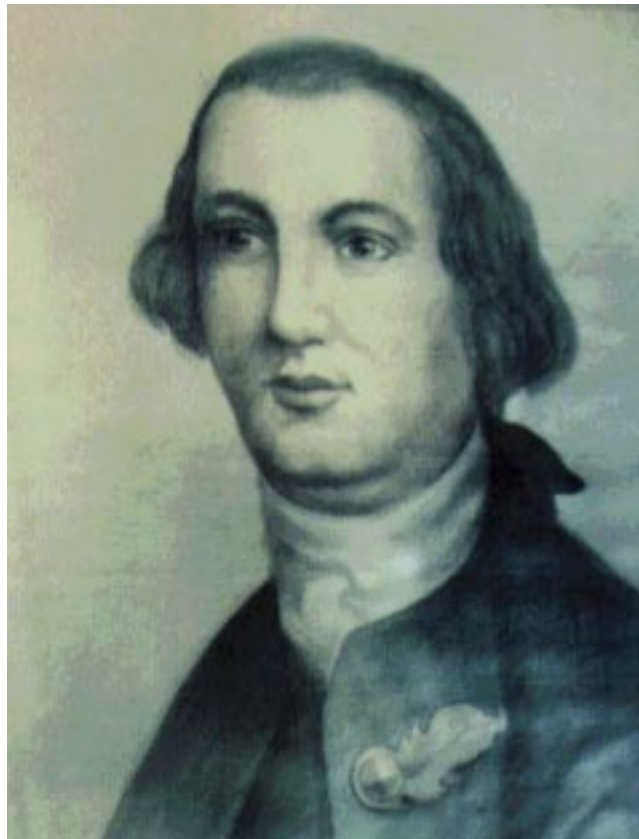
maggio 1763 due capi delaware ostili al forte vennero per invitare gli inglesi alla resa: «Per dimostrare la nostra considerazione donammo loro due coperte e un fazzoletto presi dall'infermeria dei vaiolosi. Spero che avranno l'effetto desiderato». Jennings (1988) sostiene che un'epidemia infuriò tra i delaware e qualche nome familiare di capo scomparve dai resoconti. Non



abbiamo notizie sui risultati, certo è che, se anche qualcuno si infettò, gli indiani, in gran parte delaware, shawnee e seneca, non tolsero affatto l'assedio a Fort Pitt, anzi, anche se ci furono scaramucce dal 29 maggio in poi, la morsa si strinse sul serio dopo il 27 luglio, quando l'eventuale epidemia avrebbe avuto modo di scoppiare in tutta la sua virulenza. Non è neppure certo che l'epidemia sia stata provocata dalle coperte donate dal forte: il grado di contagio di oggetti infettati con il vaiolo è ancora oggetto di dibattito tra gli epidemiologi (in Oriente, per esempio, usavano oggetti infetti o inalazioni di polvere di croste per la variolazione a scopo immunizzante) e, in ogni caso, l'epidemia era già scoppiata tra i coloni. La fonte dell'epidemia al forte, infatti, erano i profughi bianchi e gli indiani avevano già avuto molte occasioni di infettarsi assalendo i coloni, uccidendo i malati, com'era loro uso, e spartendosi il bottino di oggetti e prigionieri. Lord Jeffrey Amherst si era dichiarato convinto, in una lettera al Sovrintendente agli Affari Indiani, sir William Johnson, molto influente tra gli irochesi, della necessità di "estirpare" quelle nazioni indiane ribelli (9 luglio), ma Johnson, sposato a una mohawk, non gli diede retta, preferendo vincere grazie alla sua capacità diplomatica. Lo storico Parkman riferisce di una prima lettera di Amherst, che, in un poscritto, chiede a Bouquet se non si poteva diffondere il vaiolo tra gli indiani (Parkman, 1851). Il 23 giugno Bouquet scrive ad Amherst che il capitano Ecuyer riferiva

dello scoppio dell'epidemia di vaiolo a Fort Pitt. Il 13 luglio Bouquet, sempre in un poscritto, afferma: «Tenterò di inoculare gli indiani per mezzo di coperte che possono cadere nelle loro mani, stando attento comunque a non prendere la malattia io stesso» e suggerisce preferibile l'uso del metodo "spagnolo" dei cani da guerra aggregati a unità di ranger e cavalleria leggera, che gli sembravano più efficaci a «estirpare o rimuovere quei parassiti». Il 16 luglio Amherst, sempre in un poscritto, rispondeva: «Farete bene a tentare di inoculare gli indiani per mezzo di coperte, come pure tentare altri metodi che possano servire a estirpare quell'esecrabile razza. Sarei molto lieto che il vostro progetto di cacciarli con i cani venisse realizzato, ma l'Inghilterra è troppo lontana per pensarci ora». Non abbiamo nessuna prova che questo progetto così stranamente relegato nei poscritti della corrispondenza sia stato effettivamente eseguito, anche perché Amherst non molto dopo chiese e ottenne di tornare in Inghilterra e fu sostituito dal generale Cage, tutt'altra pasta d'uomo.

Jennings (1988: 447) afferma che Bouquet passò la direttiva di Amherst a Ecuyer, assediato a Fort Pitt, che provvide a infettare i delaware, ma si sbaglia. Ecuyer (o il miliziano Trent), come abbiamo visto, agì prima di questa corrispondenza, in cui Bouquet, sapendo del vaiolo al forte, considerava fattibile la cosa, ma temeva di infettarsi lui stesso. Ecuyer agì di propria iniziativa e questa è l'unica documentazione esistente che delle coperte infette fossero state date agli indiani in tutta la storia del Nordamerica. Questo episodio, però, tramite la cassa di risonanza di Parkman, storico tanto famoso e influente quanto inaffidabile, si è ingigantito fino a far pensare che questo fosse un metodo comune per liberarsi degli indiani. «Fino a che punto la guerra batteriologica contro gli indiani era accettata come legittima, anche se segreta, nella guerra di frontiera? Voci di un'ampia accettazione furono accennate nel XIX secolo, ma non ho visto altre prove tanto esplicite e inconfutabili come quella di Fort Pitt», dichiara Jennings (1988:447 n.2). Questo importante etnostorico del Nordest del periodo coloniale è dichiaratamente avverso agli inglesi per ragioni patriottiche, ma invita a non mettere sullo stesso piano Amherst, Bouquet, Ecuyer e Trent in un unico giudizio negativo insieme, per esempio, ai quaccheri; e Wallace ricorda che questi ultimi difesero sempre gli indiani in Pennsylvania, fino al punto di prendere le armi in loro difesa alcuni anni più tardi, nonostante il loro pacifismo (Wallace 1993:154). D'altronde, descrivendo le atrocità degli indiani in rivolta contro i civili, che soffrirono la maggior parte delle perdite, e contro i prigionieri, Jennings ricorda un interessante episodio: «Anche così si devono fare delle distinzioni; tra gli stessi indiani i delaware erano disgustati dal cannibalismo praticato da qualche altra tribù. Il cannibalismo rituale fu denunciato in faccia a Pontiac da Kinonchamek, capo chippewa, e dal capo erie che parlava anche per i delaware» (Jennings 1988:446-47). La cosiddetta "guerra di



Henry Bouquet.



Pontiac”, comunque, non fu minimamente risolta dal vaiolo, ma dalla differente capacità militare: durante la decisiva battaglia di Bushy Run il colonnello Bouquet, reagendo a un’imboscata, «inflisse agli indiani tali perdite che non poterono più sostenere l’assedio [...] permettendogli di raggiungere Fort Pitt [...] il 10 agosto [1763]” (Wallace 1993:153). «Henry Bouquet era uno dei pochi ufficiali che sembravano comprendere i metodi di guerra indiani [...] Comprendeva il suo nemico e lo contrastava facendo affidamento sulla disciplina, la potenza di fuoco, l’azione lampo e il movimento in formazione di gruppo. Non si deve dimenticare che la maggior parte del suo comando consisteva di europei. Anche se gli uomini di frontiera e i miliziani erano utili come ausiliari, le esigenze del combattimento tra i boschi richiedevano truppe ben addestrate e un comandante flessibile e fantasioso», così gli estensori del catalogo della *Fort Ligonier Association* (1993:68), uno dei forti presso Pittsburg coinvolti nella guerra, assestano un colpo ai molti che sostengono il contrario. La leggenda nazionalista della superiorità dei miliziani americani sulle goffe truppe europee, anch’essa molto nota, d’altronde era già stata smentita a cavallo tra il XVII e il XVIII secolo, quando truppe d’élite francesi vennero inviate in Canada contro l’aggressivo espansionismo irochese e furono così efficaci che la Confederazione irochese, di molto ridimensionata militarmente, fu costretta a chiedere la pace nel 1701 e a mutare gran parte della propria politica.

L’autorevole studioso Alfred W. Crosby (1988:312 n.38) prende dichiaratamente posizione: «Questa è una sede valida quanto altre per affrontare la vecchia leggenda della guerra batteriologica intenzionalmente compiuta dagli europei. Certamente ai colonialisti sarebbe piaciuto fare una guerra del genere ed essi pensarono di passare agli indiani delle coperte infette e può darsi che talvolta l’abbiano anche fatto, ma è il caso di ricordare che questa leggenda è per l’appunto una leggenda. Prima degli sviluppi della moderna batteriologia alla fine del XIX

secolo, le malattie non erano portate da provette, né c’erano i frigoriferi per conservare queste provette. In termini pratici, la malattia era propagata da persone malate, un’arma un po’ scomoda da puntare contro altri. Quanto alle coperte infette, potevano come non potevano funzionare. Inoltre, e cosa più importante, una malattia intenzionalmente trasmessa poteva ritorcersi contro la popolazione bianca. I sempre più numerosi bianchi che erano vissuti solo nelle colonie, che vi erano nati e che non avevano subito tutto il calvario delle malattie infantili del Vecchio Mondo, erano persone adatte a tenere in quarantena il vaiolo, non a diffonderlo». Ricordiamo che nell’epidemia di vaiolo a Boston del 1752, continuata poi nel 1753 e 1754, solo pochi anni prima dell’episodio di “guerra batteriologica”, era morto il 37,5% della popolazione. In quell’occasione Benjamin Franklin, il cui figlio era morto nell’epidemia del 1736, fece uno studio statistico degli effetti della variolazione, appena diffusasi dall’Inghilterra e ne divenne un entusiastico sostenitore. In America la variolazione venne sperimentata nel 1721 per la prima volta dal reverendo puritano Cotton Mather. Nonostante la variolazione si diffondesse sempre più nelle colonie inglesi, nel 1776 Washington, anche lui un sopravvissuto alla malattia, non riuscì a strappare il Canada agli inglesi perché

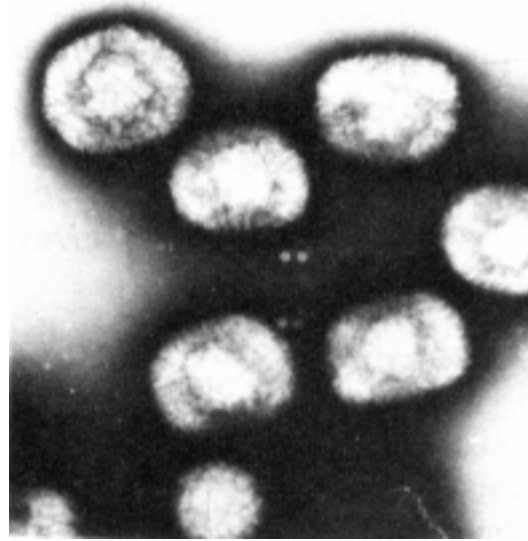


Attore vestito da soldato inglese a Fort Michilimackinac .

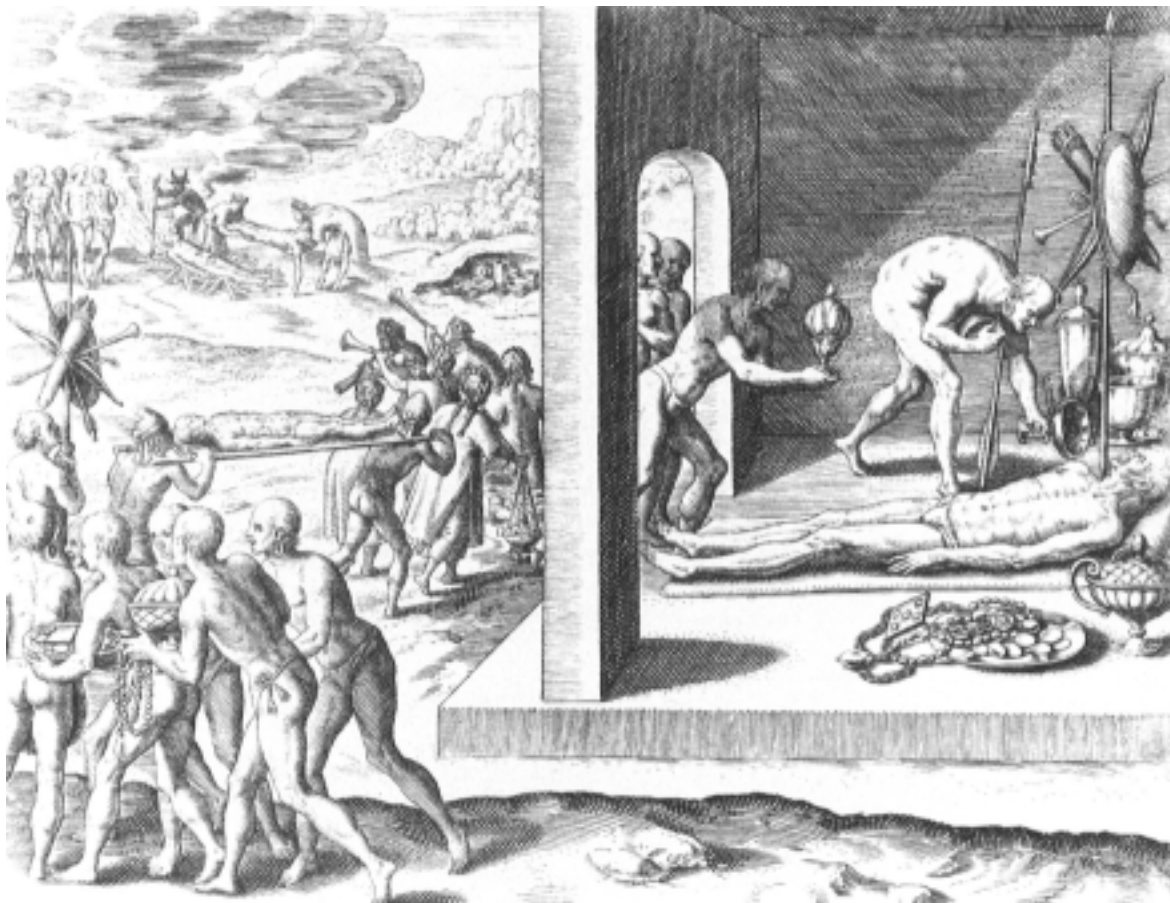
metà delle sue truppe furono sterminate dal vaiolo. È perciò comprensibile come quest’idea fosse, nei fatti, stata lasciata cadere da Bouquet e da Amherst che, proprio relegandola nei poscritti della loro corrispondenza, evidentemente non la prendevano sul serio.

#### Bibliografia essenziale

Parkman F., *The Conspiracy of Pontiac and the Indian War after the Conquest of Canada*, (1851), Boston, MA, 1909; Jennings F., *Empire of Fortune. Crowns, Colonies and Tribes in The Seven Years War in America*, New York, NY, 1988; La Fort Ligonier Association, *War for Empire in Western Pennsylvania*, 1993; Wallace P. A. W., *Indians of Pennsylvania*, Harrisburg PA, 1993; Volwiler A.T., *Mississippi Valley Historical Review*, 11:390-413; Trent e Darlington, M.C., *Fort Pitt and Letters from the Frontier Pittsburg*, 1892:84-110; Crosby A. W., *Ecological Imperialism. The Biological Expansion of Europe 900-1900*, Cambridge, MA, 1986, (Bari 1988); <http://www.fordham.edu/halsall/mod/smallpox1.html>; <http://www.nativeb.org/pages/legal/amherst/trent.htm>; <http://www.nativeb.org/pages/legal/amherst/fn1.html>; <http://www.nativeb.org/pages/legal/efn2.html>; [http://www.nativeb.org/pages/legal/amherst/lord\\_jeff.html](http://www.nativeb.org/pages/legal/amherst/lord_jeff.html).



A fianco: Jenner inocula il vaccino del vaiolo, da una stampa dell'Ottocento.  
Sopra: Virus vaccinico (x 40 000)



*Malattie, da Theodore de Bry, Americae, Frankfurt 1602.*



## Epidemie

# La vaccinazione degli indiani

*Fin dall'inizio degli studi per la prevenzione del vaiolo, gli indiani vennero coinvolti in vaste campagne sanitarie per salvarli dal terribile morbo.*

Sandra Busatta

Il primo tentativo di immunizzazione attuato in America del Nord inoculando una persona sana con pus di pustola vaiolosa, fu eseguito dal reverendo Cotton Mather sul figlio in Massachusetts nel 1721. Una folla inferocita per suoi esperimenti gli gettò persino una bomba in casa. Il programma fu ripreso a livello di massa, sempre a Boston, a metà del XVIII secolo, ma per il resto fu lasciato in mano a medici e volenterosi sperimentatori. Il dibattito tra sostenitori e oppositori dell'inoculazione ferveva in Europa e in America: i primi argomentavano che la procedura dava protezione contro il vaiolo "naturale", assoggettando il paziente a un piccolo rischio. Gli oppositori controbattevano che i pazienti erano esposti a un rischio ben più grave di quanto gli avversari ammettessero, rispetto alla possibilità di non contrarre la malattia e che, per proteggere pochi individui, c'era il pericolo di far nascere un'epidemia in un'intera regione. Entrambe le fazioni avevano in parte ragione. In Nuova Spagna la procedura fu applicata dalle autorità spagnole come difesa contro un'imminente epidemia. La tecnica fu sperimentata per la prima volta nell'epidemia del 1779-80, ma applicata poco frequentemente, poi venne ripresa con una campagna di massa a metà

degli anni 1790. Questa campagna fu probabilmente la più massiccia di tutte le Americhe a quel tempo e solo nel Chiapas vennero praticate quasi 9.000 inoculazioni in pochi mesi. Fu anche la più vasta geograficamente, interessando il territorio dal Chiapas fino a Monterrey a nord. La prima applicazione autenticata in Nuova Spagna fu a Città del Messico nel 1779; vi parteciparono quattordici persone tra cui sei indiani, durante un'epidemia particolarmente mortifera, e l'esperimento fu un successo. Nel marzo 1793 il vaiolo scoppiò nel porto di Campeche e si fece lentamente strada attraverso il Messico, raggiungendo Chamula in Chiapas a novembre. In molti villaggi «quando le indiane seppero i buoni effetti dell'inoculazione, prendevano i figli dal petto, perché fossero curati e così si facesse l'operazione...» Gli indiani, comunque, nel complesso, resistettero agli sforzi per proteggerli. Nel giugno 1796 padre J. M. Palacios scriveva degli indiani messicani: «Questa gente è la più ostinata del mondo. Non ci sono ragioni che siano sufficienti a convincerli dei benefici dell'inoculazione. Alcuni dicono che Dio ha mandato la malattia in città, ma loro non permetteranno agli spagnoli di praticarla ad altri loro figli» (McCaa 1998:8). Nonostante questa epidemia fosse più leggera della precedente, il tasso di

mortalità nei villaggi dove c'erano state le inoculazioni fu decisamente inferiore e i risultati convinsero le autorità. Quando giunse notizia del vaccino di Jenner da vaiolo bovino, re Carlo IV di Spagna, considerato il monarca della nazione più arretrata d'Europa, fu il primo capo di stato a sponsorizzare una campagna mondiale di vaccinazione, inviando il vaccino nei suoi domini in Nord e Sud America e in Asia con la *Expedición de la Vacuna* o Spedizione Balmis-Salvany. Nel 1803 il re ordinò la costituzione di questa spedizione sotto il dr. D. Francisco Xavier de Balmis, che viaggiò per tutta la Nuova Spagna e gli altri possedimenti spagnoli per propagare il vaccino. Il resoconto della spedizione apparve nella Gazzetta di Madrid nel 1806, affermando che le vaccinazioni erano state praticate in ogni parte del continente e a nord fino al Sonora e al Sinaloa, nel Messico settentrionale. Solo in Perù erano state vaccinate 50.000 persone. Insieme ai medici e ai funzionari c'erano 22 bambini non immuni, destinati a preservare il vaccino tramite trasmissione "da braccio a braccio" durante il viaggio, in modo da avere vaccino sempre fresco e funzionante. Un'altra fonte venne scoperta dalla presenza di vaiolo bovino in alcune zone del Messico e del Venezuela. Nelle Americhe la spedizione si divise in

due gruppi, uno andò in Sudamerica e l'altro visitò il Messico e Cuba. La sola area degli Stati Uniti toccata fu parte del Texas (all'epoca sotto la Spagna), ma venne influenzata anche l'attività del clero in California. Nel 1804 il vaccino fu introdotto nel Chihuahua, Messico, e nel 1806, secondo gli Archivi spagnoli, in Nuovo Messico venne dato l'ordine ufficiale di vaccinare gli indiani dei pueblo di Acoma, Laguna e Zuni.

Nel 1800 Benjamin Waterhouse della *Harvard Medical School* vaccinò suo figlio e sei servitori, la prima vaccinazione negli USA. La pratica si diffuse da Boston a Filadelfia, New York e Baltimora. Il presidente Jefferson, un accanito sostenitore della vaccinazione, fece vaccinare diciotto membri della sua famiglia, schiavi compresi, alcuni vicini e gli ultimi indiani mohicani. Nel dicembre 1801 il capo miami Piccola Tartaruga e parecchi membri della delegazione indiana a Washington si lasciarono vaccinare dopo che Jefferson spiegò loro che «il Grande Spirito aveva fatto il dono all'uomo bianco, mostrandogli come salvarsi dal vaiolo» (Barquet - Domingo 1997:11). Jefferson, inoltre, consegnò del vaccino all'interprete che li accompagnava, con le istruzioni da seguire per vaccinare gli indiani nei loro territori. Piccola Tartaruga era stato a capo di una confederazione di tribù di lingua algonchina dell'Illinois che aveva messo in rotta i generali americani Augustin Mottin de la Balme nel 1780, Josiah Harmar nel 1790 e sconfitto il generale Arthur St. Clair nel 1791, in una battaglia in cui morirono 630 americani, la peggiore disfatta della storia delle guerre indiane degli USA. Alla fine però gli americani vinsero la decisiva battaglia di Fallen Timbers<sup>1</sup> nel 1794 e Piccola Tartaruga accettò il Tratta-

to di Granville nel 1795. A quanto sembra all'epoca a Washington non gli portavano rancore.

Poco dopo l'acquisto della Louisiana dalla Francia, Jefferson istruì i famosi esploratori Lewis e Clark su come vaccinare gli indiani che incontravano nel loro viaggio transcontinentale (1804-1806): «Portate con voi un po' di materia di vaiolo bovino. Informate quelli con cui vi trovate della sua efficacia come preventivo del vaiolo e istruite e incoraggiate [gli indiani] al suo uso. Questo deve essere fatto ogni volta che svernate» (Stearn - Stearn 1943:603). Secondo uno storico, fu il generale Levi Lincoln, abile avvocato e importante uomo politico repubblicano del suo gabinetto, che influenzò molta parte delle istruzioni sugli indiani e, in particolare, «a proporre per primo che Lewis portasse qualche dose di vaiolo bovino per somministrarlo agli indiani. Se, infatti, questi ultimi erano destinati ad avere un contatto prolungato con i bianchi, occorreva che fossero protetti contro il vaiolo. Gli indiani morti non avrebbero potuto partecipare alla rete commerciale americana, e quelli morenti

sarebbero stati pronti a far ricadere sugli esploratori la colpa della diffusione della malattia» (Ronda 1992:11). Lincoln era molto sensibile all'opposizione federalista al viaggio e all'espansione eventuale verso Ovest, ma non bisogna dimenticare che il commercio con gli indiani fino agli anni 1840 rappresentò una voce molto importante nella bilancia commerciale statunitense. Non sembra, comunque, che Lewis e Clark abbiano fatto molto, anche perché avevano poco vaccino, che all'epoca doveva ancora venire dall'Inghilterra. Nell'ottobre 1803 Lewis scriveva a Jefferson che il vaccino che il presidente gli aveva inviato «ha perso la sua virtù». All'inizio del XIX secolo il materiale per il vaccino era ottenuto direttamente da Jenner o dal *Vaccine Institution* di Londra e inviato su un filo di cotone impregnato con un virus di otto giorni. Questo vaccino, però, spesso non funzionava, a causa di possibili contaminazioni o metodi impropri di trasporto e conservazione. Ancora nel 1898 un agente indiano riferiva che su 9.300 vaccinazioni che aveva fatto tra gli zuni e altri pueblo, solo alcune



*Usanze funebri, da Theodore de Bry, Americae, Frankfurt 1593, pt III, p.39.*



avevano preso, a causa del vaccino inefficace. Nel XIX secolo, per questo motivo, si continuò a usare la “vaccinazione braccio a braccio” con materiale fresco (Stearn-Stearn 1943:603-604). Poi, mentre il governo spagnolo prima e quello messicano dopo l'indipendenza nel 1821, promuovevano la vaccinazione dei pueblo e degli indiani della California (Stearn - Stearn 1943:606-607), gli USA, in nome dell'iniziativa privata e a causa delle deboli strutture federali, lasciarono per molto tempo questo compito ai mercanti. Sarebbe però arrivato il momento in cui, paradossalmente, gli indiani sarebbero diventati immuni al vaiolo a causa delle vaccinazioni e rivaccinazioni, in quanto “pupilli” federali, mentre i bianchi, anche quelli che vivevano vicino agli indiani vaccinati, erano vittime della malattia, per mancanza di vaccino e di leggi sanitarie adeguate.

«Questa differenza tra bianchi non vaccinati e indiani vaccinati è spesso menzionata dagli agenti indiani e dai medici militari sia negli USA che nel Canada» (Stearn-Stearn 1943:604). Nel 1831 il vaiolo spazzò le Pianure centrali degli USA e fu particolarmente devastante per i pawnee, dato che il vaccino loro destinato e portato dalla spedizione Yellowstone si era guastato in un naufragio: secondo John Dougherty, l'agente indiano per la regione, morì il 50% dei pawnee e non sopravvisse nessuno sotto i trent'anni, che non fosse stato immunizzato dalla precedente epidemia. Una lettera del reverendo McCoy al Ministro della Guerra Lewis Cass, da cui dipendeva l'Ufficio Affari Indiani all'epoca, contiene un'altra importante informazione, oltre a dare un'idea dell'ampiezza dell'epidemia. Il vaiolo era scoppiato



*Conto d'inverno dakota dal 1800 al 1871; al centro la pittografia di un malato di vaiolo riferentesi all'epidemia del 1801 - 1802.*

anche tra gli shawnee, i delaware, gli osage, gli omaha, gli oto e i ponca, ma queste tribù erano state vaccinate dalle compagnie delle pellicce e non avevano sofferto come i pawnee. C'è anche menzione dell'uso di un medico per vaccinare gli indiani da parte dell'Ufficio Affari Indiani. La lettera di McCoy rappresenta, inoltre, la prima proposta di un programma di vaccinazione degli indiani finanziato con fondi federali. Il lobbismo dei gruppi religiosi, di cui McCoy era uno degli esponenti, e delle compagnie delle pellicce trovò ascolto al Congresso: il 5 maggio 1832 venne approvato l'Atto di Vaccinazione e lo stanziamento dell'ingente somma di 12.000 dollari. Questa legge era significativa «non solo perché poneva al governo federale un prece-

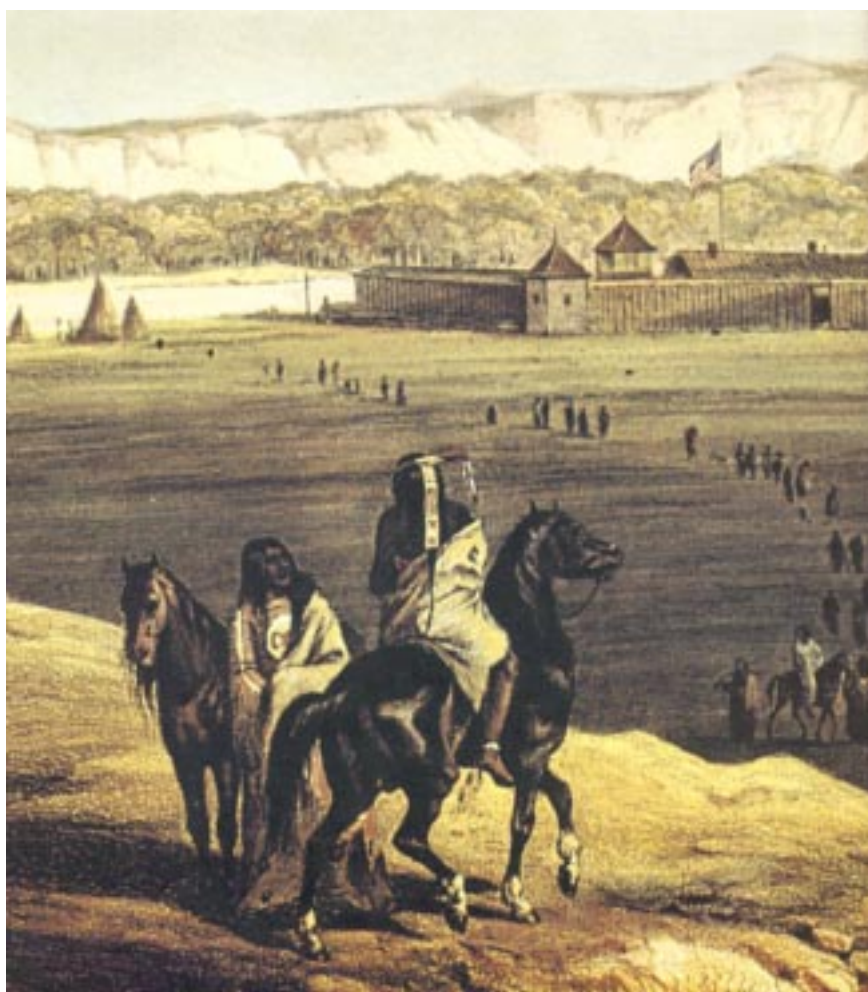
dente nell'assunzione di responsabilità per la vaccinazione degli indiani, ma, per la sua stessa natura, assicurava anche che le future epidemie di vaiolo sarebbero state influenzate dall'efficacia del governo nell'adempiere al suo mandato» (Trimble 1992:261). Per ironia della sorte a firmarla fu presidente Andrew Jackson, considerato unanimemente dagli storici un nemico degli indiani<sup>2</sup>. Mentre gli agenti indiani dovevano cercare di radunare gli indiani “in luoghi adatti” (US Congress. Senate 1832), registrando nome e tribù dei vaccinati, secondo il dettato della legge, il Ministro della Guerra doveva procurare “vaccino genuino” e due medici. Le operazioni su campo iniziarono a mettersi in moto all'inizio di agosto; uno dei medici andò al posto

commerciale degli otoo e poi alla subagenzia sioux e cominciò le vaccinazioni, ma per qualche motivo il vaccino non “prese”. Il medico riuscì a procurarsi altro vaccino efficace, quasi certamente presso i mercanti di pellicce e diede inizio alle vaccinazioni degli yankton, yanktonai e altri teton sioux. I santee sioux rifiutarono il vaccino; molti indiani delle Pianure pensavano che «se i bianchi insistevano per l'operazione con tanto ardore, allora doveva essere qualche nuovo

tori nomadi assiniboin, cree, blackfeet e gros ventres. Poiché i medici vengono descritti come molto motivati (Trimble 1992), forse avevano finito il vaccino o erano stati respinti dagli indiani, perché i canadesi non si facevano bloccare dall'inverno in situazioni analoghe; non è chiaro anche perché gli stanziamenti per le vaccinazioni del 1833, 1834 e 1835 non fossero andati anche a favore delle tribù dell'Alto Missouri. Sempre nel 1832 circa ventisei assiniboin e altri

va al governo di pagare 300 dollari l'anno «per il vaccino e i servizi medici, da continuare mentre gli indiani restano nella loro riserva» (Stearn-Stearn 1943: 609). Comunque, il problema più grave della protezione degli indiani fu forse espresso compiutamente da Denig, il commerciante dell'*Upper Missouri Outfit*, che nel 1854 scriveva: «È difficile concepire come un medico possa curare gli indiani dal vaiolo. Tutti i rimedi falliscono. La malattia ne uccide gran parte prima che appaiano le eruzioni cutanee [...] Abbiamo tentato di anno in anno di introdurre la vaccinazione generale tra loro e li abbiamo persino pagati per vaccinare i loro bambini, ma non lo vogliono fare a nessun costo e i pochi che lo fanno, lo fanno più per compiacerci che per ottenere un beneficio per se stessi. Inoltre, se dovesse accadere un qualsiasi incidente, o dovessero perdere la caccia o una qualsiasi disgrazia accadesse all'indiano o alla sua famiglia, ne sarebbe data la colpa alla vaccinazione e l'operatore di buon cuore si troverebbe in una situazione di pericolo e spesa» (Denig 1930:130-171).

Comunque sia, nel 1837 un'epidemia di vaiolo spazzò le Pianure settentrionali degli USA e del Canada, con tre diversi focolai molto distanti tra loro. Il 1 luglio 1837 il virus aveva raggiunto gli yankton, che erano stati vaccinati in gran numero e i santee, che avevano rifiutato il vaccino e ne furono devastati. Pochi giorni dopo il contagio era arrivato a Fort Union, base dell'*American Fur Company*, aggredendo assiniboin e blackfeet e a Fort Clark, della stessa compagnia, decimando mandan, hidatsa e arikara che erano rimasti fuori della campagna di vaccinazione sul Missouri. Le testimonianze dei commercianti sono spaventose: Jakob Halsey di Fort Union riferì che morirono dieci indiani su dodici, Alexander Culbertson riportò che si ammalarono e soccomberono la metà degli assiniboin e circa i due terzi dei blackfeet. Nell'area di Fort Clark l'epidemia fu ancora più grave, falciando questi indiani orticoltori in modo tale che non riuscirono più a riprendersi. François Chardon supponeva che il vaiolo avesse ucciso i sette ottavi dei



Guerrieri assiniboine davanti a Fort Union. Acquerello di Bodmer.

modo o trucco per approfittarsi degli indiani» (Catlin 1973:259). Il secondo medico vaccinò gli otoo, gli omaha e le varie tribù pawnee; in totale furono vaccinati circa 3.000 indiani a sud di Fort Pierre, South Dakota, lungo il corso del Missouri. A causa dei ritardi e del sopraggiunto inverno, vennero lasciate fuori le tribù dell'Alto Missouri, gli orticoltori mandan, hidatsa e arikara e i cacciatori-raccogli-

indiani furono vaccinati da un medico, che riferì della loro diffidenza. Il pittore Catlin, che visitò le tribù dell'Alto Missouri nel 1832, ricorda i tentativi infruttuosi di vaccinare gli indiani da parte dei medici: gli indiani rifiutavano il vaccino finché non venivano colpiti direttamente dal vaiolo e solo allora molti si decidevano (Catlin 1973:258-259). Il trattato del 1836 tra gli USA e i chippewa impone-



mandan e metà degli hidatsa e degli arikara. Nessuno sa perché i mandan, che moltissimi studiosi nell'Ottocento credevano fossero i discendenti di un mitico principe gallese e dei suoi seguaci, siano stati colpiti peggio degli altri, ma, dopo questa epidemia, questi indiani resi famosi dai dipinti di Bodmer e Catlin solo pochi anni prima, si potevano considerare quasi estinti.

Erano crollati da circa 1.600 a 125 persone (Howard 1960:30). Non c'è dubbio che il vaiolo, che normalmente in ambiente indigeno veniva fermato o almeno rallentato dalle zone cuscinetto intertribali, acquistò slancio e maggiore diffusione a causa del commercio con gli europei, che radunava le potenziali vittime presso i forti commerciali o i centri indigeni di scambio (Dobyns 1992:215-220); infatti il virus poté viaggiare gratuitamente dapprima sui battelli a vapore, i carri, le navi e in seguito anche in treno. Nel caso dell'epidemia del 1837-38 la morte viaggiò, alla lettera, sul fiume. Le fonti documentarie rivelano che qualcuno della ciurma del battello fluviale *St. Peters* dell'*American Fur Company* si infettò in qualche posto commerciale o agenzia governativa sul Missouri, mentre stava approvvigionandosi. Il capitano, un personaggio che godeva di poteri di monarca assoluto a bordo, temendo di subire ritardi, si rifiutò di mettere il *St. Peters* in quarantena e partì verso nord, trasportando il vaiolo su per il fiume e infettando le tribù man mano che i passeggeri, non completamente guariti e ancora contagiosi, sbarcavano. A sud di Fort Pierre quasi tutte le tribù erano state vaccinate in gran



*Il battello Yellowstone risale il corso del Missouri. Acquerello di Bodmer.*

numero, ma non così a nord di quel punto. A Fort Clark due donne arikara, che erano andate in visita ai parenti pawnee e stavano tornando a casa, si erano ammalate a bordo ed erano quasi guarite, ma ancora contagiose, quando sbarcarono diffondendo così la malattia. Non è chiaro se il focolaio dei mandan fu lo stesso o ne fu causa un indiano che saltò a bordo nonostante gli avvisi e rubò una coperta, ma dal punto di vista pratico non fece differenza. I mandan sopravvissuti ebbero gravi problemi a cacciare, temendo di essere aggrediti dai tradizionali nemici sioux e anche dagli arikara che, colpiti in misura minore, tentavano di approfittarsi e che, sembra, avevano l'abitudine di rapire le loro donne. Gli hidatsa, mentre l'epidemia era ancora in corso, nel gennaio del 1838, erano tornati alle usanze tradizionali di consigli, danze, cacce al bisonte e scaramucce con i sioux (Meyer 1977: 95). Nel frattempo, all'inizio del 1838, l'agente indiano Joshua Pilcher, per proteggere i sioux, aveva proposto di essere rifornito di merci per il valore di 2000 dollari da usare come regali, una scorta di vaccino e un medico competente che andasse con lui per la zona a vaccinare tutti quelli che accettavano di farlo,

pur conoscendo il pericolo di vendetta da parte degli indiani se qualcosa nel vaccino non funzionava. Con la necessaria autorizzazione, Pilcher in primavera cominciò il suo compito, vaccinando per ragioni logistiche soltanto 3.000 persone circa, ma i commercianti avevano ampiamente usato il loro vaccino l'inverno precedente. Gli sforzi di Pilcher giunsero troppo tardi per hidatsa, arikara e mandan, ma salvarono la vita a molti dei loro nemici (Meyer 1977:96). Proseguendo il suo tragico viaggio il *St. Peters* arrivò a Fort Union dove i nomadi blackfeet, sarsi e assiniboin aspettavano le merci e infettò anche loro. Oltre al disaccordo sulle stime delle vittime del vaiolo tra mandan, arikara e hidatsa, che variano enormemente a seconda delle fonti precedenti l'epidemia, la discussione verte anche su di chi fu la colpa. «La risposta dipende da che cosa precisamente si intenda per "colpa". La peggior accusa che possiamo portare all'*American Fur Company* è di negligenza criminale. Anche se la Compagnia fu responsabile della diffusione della malattia inviando il *St. Peters* fino ai posti commerciali a monte del fiume dopo che a bordo era stato scoperto il vaiolo, nessuno in posizione di autorità voleva

vedere gli indiani sterminati. Jacob Halsey, che si può definire un manager di medio livello, scrisse ai suoi superiori nel novembre 1837, lamentando con forti accenti il danno provocato al commercio delle pellicce dall'epidemia e della risultante ostilità degli indiani sopravvissuti. Dato che la sua lettera non doveva essere letta da nessun altro che fosse esterno alla Compagnia e non contiene forti espressioni di sentimento umanitario, Halsey non può essere accusato di ipocrisia. Soltanto dal punto di vista degli affari, l'epidemia fu un disastro, che la Compagnia avrebbe evitato se avesse saputo in anticipo che cosa stava accadendo»

(Meyer 1977: 98).

Da Fort Union il vaiolo si diffuse

in Canada e anche qui contribuì in modo sostanziale a modificare gli equilibri demografici e di potere tra le tribù. In particolare gli assiniboin, che avevano già sofferto per l'epidemia del 1781, ma che erano addirittura aumentati di numero di circa quattro volte nell'intervallo, nel 1838 subirono una tale catastrofe demografica, perdendo i due terzi della popolazione, che non riuscirono più a recuperare le proprie perdite. I cree, invece, che nel 1781 avevano dovuto rinunciare a espandersi verso nord e est a spese dei chipewyan e altre tribù di lingua atapasca a causa del vaiolo, nel 1837-1838 subirono danni contenuti, continuando la propria crescita demografica e diventando il gruppo di tribù più numeroso del Canada. La

differenza la fecero «il punto d'entrata del vaiolo, le vie di diffusione e le diverse misure che le differenti compagnie delle pellicce presero per arrestare il progresso della malattia» (Ray 1974:188). Lo schema di diffusione



*Sepoltura assiniboine. Acquerello di Bodmer.*

A p. 25: *Mato Tope, uno dei capi dei mandan ritratto da Bodmer, morì durante l'epidemia del 1837.*

ripeté quello del 1780-81: il vaiolo scoppiò presso i posti commerciali americani sul Missouri, a Fort Union contagiò gli assiniboin, che si dispersero per sfuggire all'epidemia e, invece, la diffusero in tutto il nord, nel Saskatchewan, in Alberta e altrove. A causa di ciò le tribù piedineri (blood, piegan e blackfoot) e i sarsi persero fino a tre quarti della loro popolazione; un tempo la più importante potenza regionale, questa alleanza di tribù perse in gran parte la propria supremazia. I gros ventres, benché colpiti, soffrirono di meno, perché in buona parte immunizzati da una recente epidemia, che aveva saltato le altre tribù. I cree del Saskatchewan, invece, furono in gran parte risparmiati grazie agli sforzi degli impiegati

della *Hudson's Bay Company* e in particolare grazie all'intelligenza e prontezza di riflessi del *factor* di Fort Pelly, William Todd. A quel tempo gran parte del Canada apparteneva alla *Hudson's Bay Company* come territorio privato e fu solo nel 1867 che passò a far parte del Dominion del Canada. La politica della compagnia, per ragioni umanitarie e commerciali, favorì in ogni modo la vaccinazione degli indiani, acquistando da Londra il vaccino. Gli indiani erano la base e la fonte della ricchezza della Compagnia e moltissimi impiegati avevano famiglie indiane, ma non sempre le cose funzionavano a dovere.

Sembra che Todd sia stato il primo a sapere il 21 settembre da alcuni cree che era scoppiata un'epidemia a Fort Union, negli USA e che il forte era in quarantena rigidissima. Anche se non conosceva l'esatta natura della malattia, decise di non perdere tempo e convocò tutti gli indiani che facevano capo a Fort Pelly, proponendo la vaccinazione antivaiolosa a scopo profilattico. Gli indiani furono d'accordo: Todd cominciò così la prima massiccia campagna di vaccinazioni del Canada occidentale. Aveva anche la fortuna di avere già in casa scorte di vaccino, del nuovo tipo già in uso in Europa tra il 1790 e il 1839. L'aveva inviato il governatore della Compagnia Simpson in base alle direttive della casa madre a Londra; ma solo pochi indiani erano già stati vaccinati a causa della sottovalutazione da parte di molti commercianti. Todd, che era anche un medico, invece, fu molto attivo e, quando ebbe conferma in dicembre che si trattava proprio di vaiolo, raddoppiò i suoi sforzi. Aveva già insegnato a parecchi capi come si vaccinava, così li inviò a vaccinare i loro seguaci fornendo loro il vaccino della Compagnia. «Sembra che molti di questi capi abbiano condotto sforzi vigorosi per adempiere al programma» (Ray 1974:190). Questo atteggiamento dei cree è tanto più notevole, vista la diffidenza e la vera e propria ostilità che molte tribù mostravano. Vi furono anche episodi che avvilirono Todd e gli indiani: uno degli impiegati franco-canadesi, che era stato vaccinato dal nuovo vaccino, contrasse lo stesso il



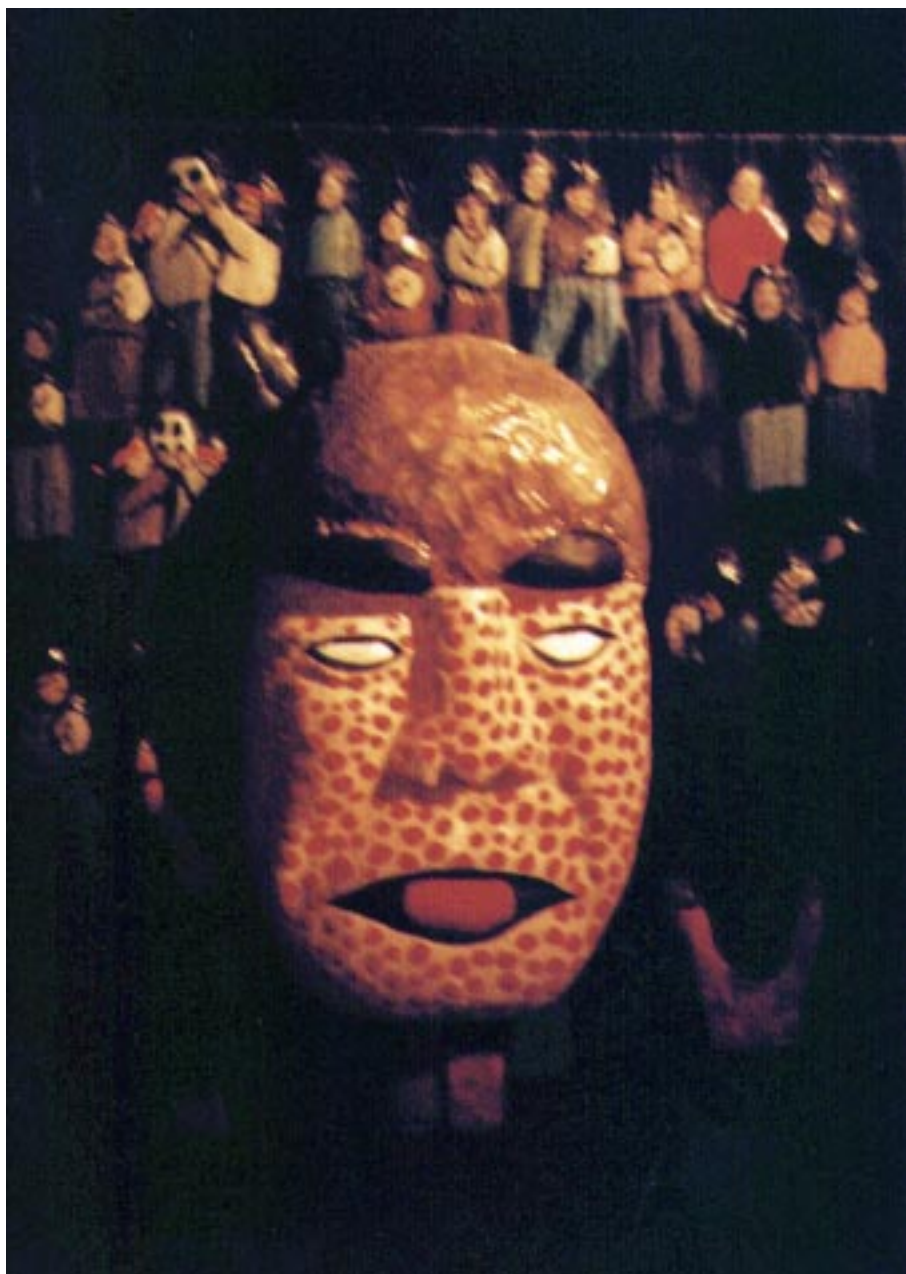
vaiolo e morì. Todd, comunque, inviò parte delle sue scorte di vaccino nei distretti della Compagnia di Carlton House, Ile à la Crosse, Edmonton House e Fort Chippewyan, dove lo avevano terminato oppure non funzionava per qualche ragione. Come risultato di questa vasta campagna, molti cree delle Pianure e quasi tutti gli indiani dei Parkland e Woodland che vivevano nel Manitoba centromeridionale, Saskatchewan e Alberta orientale si salvarono e, inoltre, costituirono una barriera d'immunità che impedì al vaiolo di diffondersi a nord e a est, facendolo estinguere. Anche gli assiniboin potevano ringraziare, secondo il commerciante Denig, il vaccino della *Hudson's Bay Company* se duecento delle quattrocento tende sopravvissute si salvarono. Durante l'epidemia scoppiata nell'estate del 1869 le cose, però non andarono così bene: come al solito venne portata in Canada dagli assiniboin, ma questa volta non c'era vaccino a portata di mano in Saskatchewan e Alberta. A quanto pare se ne trovava solo presso la colonia *métis* di Red River, che inoculò più persone che poté. Fortunatamente per gli indiani della regione di Qu'Appelle arrivarono due famiglie *métis* vaccinate da poco; il *factor* della Compagnia decise di tentare la vecchia inoculazione caduta in disuso prelevando il siero di un bambino *métis* appena vaccinato e usandolo per vaccinare gli indiani. Il sistema funzionò perfettamente. Altri non furono così fortunati e, oltre al vaiolo, soffrirono enormemente per la carestia che seguì l'epidemia e uccise molti dei convalescenti. Come la campagna di vaccinazione del 1832 aveva favorito le tribù sioux, che dopo quella data dilagarono oltre il Missouri, occupando permanentemente le

Colline Nere e diventando la potenza regionale il cui apogeo avvenne tra il 1850 e il 1870, così le vaccinazioni nelle Pianure canadesi ebbero come conseguenza un considerevole cambiamento nei rapporti di forza dei vari gruppi tribali. I cree, che avevano avuto scarse perdite, continuarono a crescere demograficamente e a espandersi geograficamente. Per il 1860 la loro popolazione era cinque volte superiore a quella dell'anno 1800. Il vaccino ebbe grande importanza anche per le sorti delle varie tribù della Costa Nordovest. L'epidemia del 1862-63 è ben documentata per la British Columbia canadese e la Panhandle dell'Alaska, dove morì circa il 60% della popolazione indiana, oltre 20.000 persone. L'epidemia giunse in modo classico, tramite un uomo che sbarcò a Victoria da una nave proveniente da San Francisco; qui il vaiolo, di una varietà particolarmente virulenta, si diffuse nel quartiere indiano alla periferia della città. Invece di imporre la quarantena, le autorità persero la testa e cacciarono gli indiani: flottiglie



di barche di commercianti e pescatori tlingit, haida, tsimshian e kwakiutl tornarono nei loro territori trasportando anche il virus. Tsimshian, tlingit e altri avevano sofferto una precedente epidemia di vaiolo ventiquattro anni prima e un gran numero di tlingit e alcuni kwakiutl erano stati vaccinati negli anni 1830; l'intera colonia tsimshian di Metlakatla e un gran numero di stò:lo di lingua salish erano stati vaccinati nel 1862 da missionari protestanti e cattolici. Gli haida invece, che vivevano nelle relativamente isolate Isole Regina Carlotta, non erano stati contagiati dal vaiolo da novant'anni e non erano mai stati vaccinati. L'effetto fu devastante, con un crollo demografico di oltre l'80%; gli haida, una delle potenze regionali, passarono da circa 8.500 abitanti a 1.598 sopravvissuti, che si raggrupparono in pochi villaggi a matrilignaggio multifamiliare, abbandonando gran parte della grandi case di legno di cedro alla foresta. Gli haida, comunque, sono riusciti lentamente a riprendersi (Boyd 1992:251-253). Oltre alla gravità del collasso demografico il vaiolo e, in misura minore, le altre malattie epidemiche<sup>3</sup>, provocavano nelle comunità indiane una disorganizzazione sociale che era più grave tra i popoli cacciatori-raccoglitori complessi, come quelli della Costa Nordovest e della California, le leghe di agricoltori e i vari *chiefdoms*. La classe dirigente veniva decimata, le linee dinastiche spezzate, le catene di comando e la redistribuzione delle riserve economiche spazzate via, ogni attività economica organizzata collettivamente era interrotta e gran parte del sapere magico-esoterico, su cui si fondavano la visione del mondo, l'identità di gruppo e i rapporti sociali, era quasi completamente annichilita dalla morte degli specialisti. Altre nazioni che vaccinarono gli indiani furono i russi: i nativi dell'Alaska furono vaccinati per la prima volta durante la grave epidemia del 1836-40, da un medico tedesco della Compagnia russo-americana zarista, il dr. Blaschke, per ordine del governatore Kuprianoff. Gli aleutini si lasciarono vaccinare solo dopo gli ordini più perentori del comandante del distretto.





Maschera raffigurante il vaiolo secondo l'interpretazione moderna di un artista nativo americano. Museo statale di Tacoma, stato di Washington..

A p. 27: Prima pagina del *St. Louis Times* con la notizia dell'epidemia.

In seguito i russi vaccinarono tutti i bambini al di sotto di una certa età. Anch'essi sperimentarono grandi pericoli per vaccinare gli indiani: molti sciamani erano ostili e cercavano di uccidere i medici. Bancroft, nella sua *Storia dell'Alaska*, (1886) riporta i ricordi del figlio di un medico russo, che era scampato al rogo già preparato per lui e il suo apprendista, solo mostrando le cicatrici sulle loro braccia e chiedendo ai guerrieri se qualcuno, che fosse stato a Nuova Arcangelo, la capitale

dell'Alaska russa, avesse mai visto un russo morire di vaiolo. Negli USA i trattati menzionavano spesso i servizi medici, ma fino all'inizio del XX secolo l'attività medica non venne considerata preminente dall'Ufficio Affari Indiani e fu lasciata in gran parte in mano a missionari e commercianti. Solo nel 1900 vennero stanziati 50.000 dollari per la vaccinazione e nel 1909 furono stanziati 40.000 dollari per la prevenzione e il trattamento della tubercolosi, del tracoma,

del vaiolo e altre malattie infettive. Questa legge fu la prima di una serie di stanziamenti annuali per il controllo delle malattie contagiose, a partire dal 1911. Dal 1907 in poi la vaccinazione era stata resa obbligatoria nelle scuole indiane e nel 1926 l'inchiesta governativa sulle condizioni economiche e sociali degli indiani mostrava che il vaiolo era diventato raro, anche se parecchi adulti e bambini erano non immuni. Nel 1938, su 5.078 morti indiani per varie cause, solo uno era morto di vaiolo (Stearn-Stearn 1943:612-613).

#### Nota

Ward Churchill fa opera di disinformazione nel suo *Indians Are Us? Culture e Genocide in Native North America*, Common Courage Press, Monroe, Maine 1994: «A Fort Clark sull'Alto Missouri, per esempio, l'esercito americano distribuì coperte infette di vaiolo come dono tra i mandan. Le coperte erano state raccolte da un' infermeria militare a St. Louis dove le truppe infettate dalla malattia erano tenute in quarantena. Anche se la pratica medica del tempo richiedeva precisamente le procedura opposta, i dottori dell'esercito ordinarono ai mandan di disperdersi una volta che esibirono i sintomi dell'infezione. Il risultato fu una pandemia tra le nazioni indiane delle Pianure che reclamò almeno 125.000 vite e può aver provocato una strage parecchie volte superiore a quel numero» (pag. 35). Churchill non è affatto nuovo alla distorsione dei fatti e alle vere e proprie menzogne, tanto da essere duramente contestato da molti settori del movimento indiano. Purtroppo ha una sua notorietà negli ambienti vicini alla sua fazione nell'*American Indian Movement*, che si inventano un genocidio indiano. Vedi per es. libro tedesco *Il Reich dei Cinquecento Anni*, oppure quello di Stannard, *American Holocaust. Columbus and the Conquest of the New World*.

1 - Gli storici americani non ricordano mai questa sconfitta, mentre citano fino alla nausea quella di Little Big Horn nel 1876 con circa 256 soldati uccisi, per ragioni che è troppo lungo discutere qui.

2 - Nel 1813, sotto il presidente Madison era stata approvata una legge per incoraggiare la vaccinazione per tutti i cittadini, che però era stata abrogata nel 1822.

3 - La peste, che decimò l'Europa nel XIV secolo e continuò a fare strage per tutto il XVII, nelle Americhe, pur essendo mortifera, non fu mai considerata la madre di tutte le malattie come il vaiolo; restò confinata soprattutto alle coste in Nord America e in Sud America divenne endemica in certe aree.

#### Bibliografia essenziale

Stearn W. E., Stearn A. E., "Smallpox Immunization of the Amerindian", *Bulletin of the History of*

Medicine; McCaa R., "Inoculation: An Easy Means of Protecting People or Propagating Smallpox? Spain, New Spain and Chiapas 1779-1800", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 2 settembre 1998; Barquet N., Domingo, Pere, "Smallpox: The Triumph over the Most Terrible of the Ministers of Death", in *Annals of Internal Medicine, History of medicine*, 15 Oct. 1997; Verano J. W. - Ubelaker D. H., (a cura) *Disease and Demography in the Americas*, Washington, DC, 1992; Thornton R., *American Indian Holocaust and Survival, a Population History Since 1492*, Norman, OK 1987; Ronda J. P., *Lewis and Clark among the Indians*, Lincoln 1984, ed. it. *I figli del Grande Spirito. Lewis e Clark tra gli indiani: 1804-1806*, Mursia MI 1992; Catlin G., *North American Indians*, 2 voll., New York, NY 1973; "Office of Indian Affairs. Statement of fund for extending benefits of vaccination to Indian tribes." *Annual Report, Comm. Indian Affairs to Sec. of Interior 1832*; "Office of Indian Affairs. Statement showing amount of requisitions from January 1<sup>st</sup> to September 30<sup>th</sup>, 1833 for vaccination", *Comm. Ind. Affairs to Sec. Of Interior, 1833*; "Office of Indian Affairs. Disbursement, January 1<sup>st</sup> to September 30<sup>th</sup>, 1834 for vaccinating Indians." *Annual Report, Comm. Ind. Affairs to Sec. of Interior 1834*; "Office of Indian Affairs. Requisitions during fiscal year for vaccination among Indians." *Annual Report, Comm. Ind. Affairs to Sec of Interior 1835*; "Office of Indian Affairs. Smallpox among Osages. Valuable effect of vaccination." *Annual Report, Comm. Ind. Affairs to Sec. Of Interior 1852*; Denig, E.T., "Indian Tribes of the Upper Missouri", *US Bureau of American Ethnology*, Annual Report 46, Washington DC 1930; Howard J. H., "Butterfly's Mandan Winter Count 1833-1876", *Ethnohistory* 7(1); Dobyns H. F., "Native American Trade Centers as Contagious Disease Foci", in Verano-Ubelaker; Ray A. J., *Indians in the Fur Trade. Their Role as Hunters, Trappers and Middlemen in the Lands Southwest of Hudson Bay. 1660-1870*, Toronto, 1974; Boyd R., "Population Decline from Two Epidemics on the Northwest Coast", in Verano-Ubelaker; Bancroft, H. H., *History of Alaska*, San Francisco 1886.



## Saynday e il Vaiolo

Un giorno Saynday incontrò uno straniero vestito con un abito e un cappello neri che gli chiese chi fosse.

«Sono Saynday» egli rispose «Sono il vecchio zio Saynday dei kiowa. Sono quello che se ne va sempre in giro».

«Non ho mai sentito parlare di te - disse lo straniero - e non ho mai sentito parlare dei kiowa. Chi sono?»

«I kiowa sono il mio popolo. - disse Saynday - E tu chi sei?»

«Io sono il Vaiolo».

«Non ho mai sentito parlare di te. - disse Saynday - Da dove vieni e che cosa fai qui?»

«Vengo da molto lontano, dall'altra parte dell'Oceano Orientale; io sono tutt'uno con gli uomini bianchi, loro sono la mia gente come i kiowa sono la tua, certe volte li precedo, altre rimango indietro, ma sono sempre con loro, sono il loro compagno».

«Che fai?» insistette Saynday.

«Porto la morte. Il mio respiro fa avvizzire i neonati come giovani piante bruciate dal gelo primaverile. Porto la distruzione. Per quanto sia bella una donna, dopo che mi ha guardato desterà solo orrore e agli uomini porto non solo la morte, ma anche la rovina sui loro figli e lo sfiorire delle loro donne. I guerrieri più coraggiosi tremano di fronte a me e nessuno che mi avrà guardato, sarà più lo stesso» E fece una risatina spaventosa e bassa.

«Oh - disse Saynday - Alcuni dei tuoi usi sono come quelli dei kiowa, conti i nemici che tocchi».

«Non ho nemici - disse il Vaiolo - uomo, donna o bambino, l'umanità è tutta uguale per me. Io sono stato portato qui per uccidere. Ma sì, conto quelli che distruggo. Allora come sai che i kiowa sono pochi e poveri?»

«Tutti possono vederlo da sé. - rispose Saynday - Guardi un campo kiowa e sai quanto è piccolo. Non siamo come i pawnee. Loro hanno grandi case, mezze sottoterra, in grandi villaggi vicino ai fiumi e ogni casa è piena di persone».

«Mi piace, - osservò il Vaiolo - faccio meglio il mio lavoro quando la gente è affollata insieme».

«Allora i pawnee ti piacerebbero; - assicurò Saynday - di fatto essi hanno scacciato i kiowa che perciò sono pochi e poveri. Oggi noi fuggiamo quando vediamo arrivare uno straniero per paura che sia un pawnee».

«Immagino che i pawnee non scappino mai via?» sogghignò il Vaiolo.

«Non potrebbero neppure se lo volessero. - replicò Saynday - I pawnee sono ricchi. Hanno mucchi di pelli e un sacco di pentole e di coperte. Conservano tutte queste cose in quelle loro grandi case sotterranee. I pawnee non possono fuggire e abbandonare tutta la loro ricchezza».

«Dove hai detto che vivono?» chiese pensoso il Vaiolo.

«Oh, giù di là» disse Saynday indicando col mento verso nord.

«Penso che prima andrò a visitare i pawnee - osservò il Vaiolo - poi, forse, più tardi tornerò per i kiowa».

«Fallo, - consigliò Saynday - vai a visitare i pawnee e, quando ti sarai stancato per tutto quel lavoro, vieni a visitare il mio povero popolo che farà di tutto per accoglierti bene».

«Ottimo - disse il Vaiolo - Di al tuo popolo di stare pronto e di spegnere tutti i fuochi perchè la sola cosa al mondo di cui ho paura, è il fuoco. È l'unica cosa che può uccidermi».

Saynday guardò il Vaiolo andare a nord lontano dai kiowa, poi prese acciarino e pietra focaia e diede fuoco all'erba della prateria ai suoi piedi. Il vento alzò l'incendio e lo portò attorno creando un cerchio di sicurezza attorno alle tende dei kiowa.

[Cfr. A. Marriot, C. K. Rachlin, *American Indian Mythology*, New York, NY, Scarborough, Ontario, 1972].





---

*Running Face, un indiano mandan, fotografato nel 1874, mostra sul volto le cicatrici del contagio del vaiolo del 1837. Egli fu uno dei pochissimi superstiti.*



## Epidemie

# Vaiolo, il mostro a macchie

*La storia del vaiolo e della sua "cura" e prevenzione.*

Sandra Busatta

Il vaiolo, che Macaulay, scrittore inglese del XIX secolo, descriveva come “il più terribile di tutti i ministri di morte”, sembra sia apparso agli albori dell’agricoltura nell’Africa nordorientale intorno al 10.000 a.C., come virus bovino passato all’uomo e venne diffuso dall’Africa all’India probabilmente tramite i mercanti egizi durante l’ultimo millennio a.C. Le prime testimonianze della malattia appaiono sul volto di mummie egiziane della diciottesima e della ventesima dinastia (1570-1085 a.C.). La prima epidemia documentata scoppiò nel 1350 a.C. durante la guerra tra egiziani e hittiti. La prima teoria sull’immunità acquisita e la prima descrizione medica del vaiolo fu scritta nel 910 d.C. circa da Razes (Abu Bakr Muhammad Ibn Zakaiya al-Razi). Il vaiolo uccise tra i tre milioni e mezzo e i sette milioni di persone al tempo dell’imperatore romano Antonino nel 180 d.C. e, come dice il titolo di un importante libro sull’argomento, colpiva indifferentemente “principi e contadini”. Nel XVIII secolo il vaiolo uccise ben quattro monarchi europei, cambiò la linea dinastica degli Asburgo quattro volte in quattro generazioni e quella della monarchia inglese, uccidendo

l’unico figlio della regina Anna e trasferendo così il trono agli Hannover.

Il nome scientifico del vaiolo è *variola major* e fu usato per la prima volta nel 570 d.C. dal vescovo di Avenche in Svizzera; viene dal latino *varus*, macchia sulla pelle, oppure *varius*, macchiato. Vi sono vari tipi di vaiolo: fulminante (*purpura variolosa*), maligno, benigno, *variola sine eruptione* e *variola minor* (un tipo mite di virus, con una mortalità dell’1%, endemico in Africa e in Sudamerica e che raggiunse il Nordamerica solo alla fine del XIX secolo). Il suo tasso di mortalità varia dal 20% al 60% e lascia i sopravvissuti sfigurati e talvolta ciechi, a causa dell’infezione alla cornea. La mortalità infantile è ancora maggiore: nel XVIII secolo la mortalità dei bambini sotto i cinque anni a Londra fu dell’80% e a Berlino del 98%. Al vaiolo si ascrivono il 10% delle morti in Europa nel XVIII secolo, ma il tasso d’incidenza varia enormemente: si va dal 37,5% dell’epidemia di Boston in America del 1752, al 43,1% di Hastings nel 1730-31, al 92% di Chester nel 1775 in Inghilterra. Da secoli era risaputo che i sopravvissuti al vaiolo diventavano immuni ai successivi attacchi dell’epidemia. Così da secoli medici

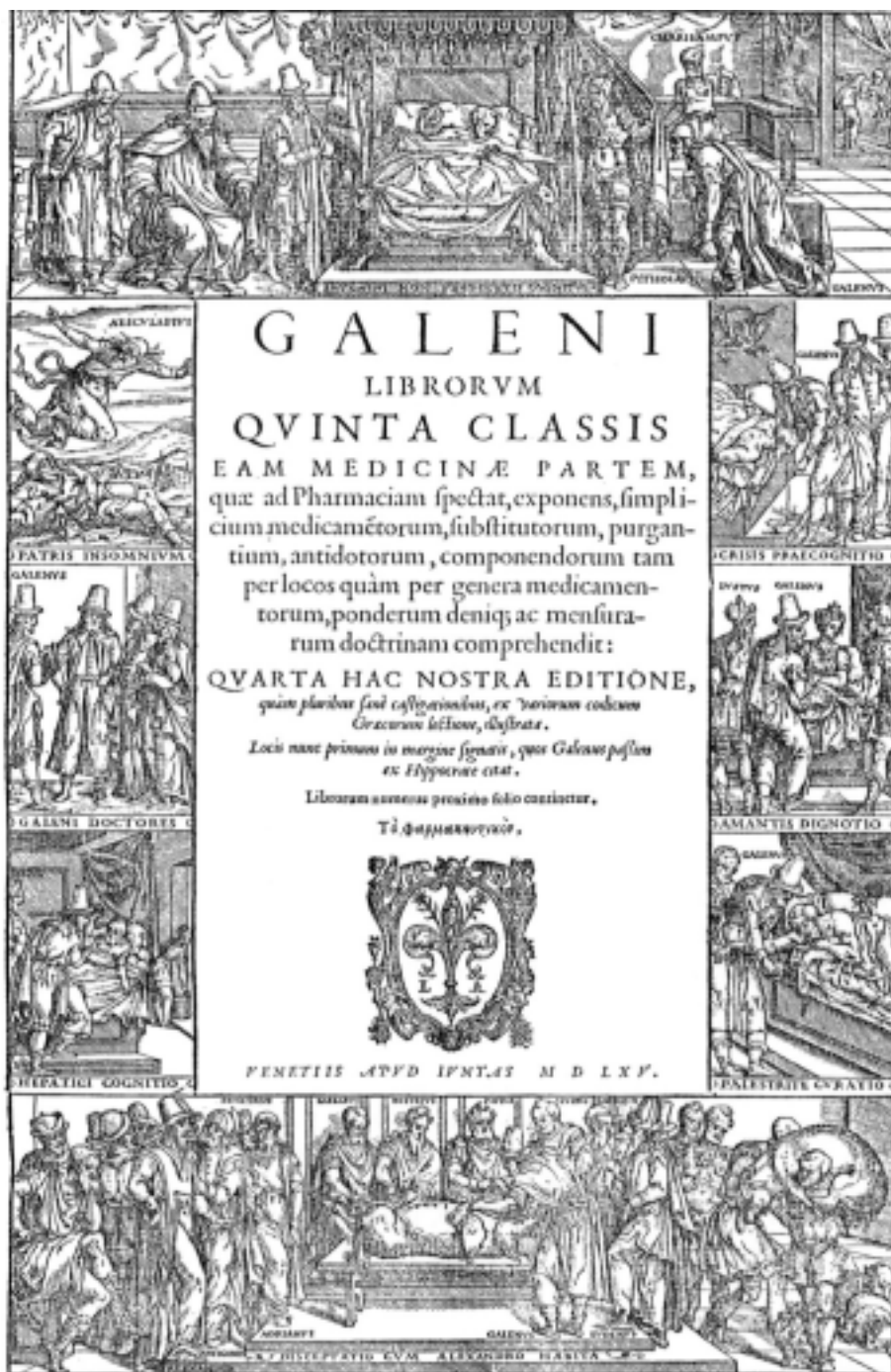
e altre persone tentavano di creare immunità esponendo i bambini a organismi di persone con casi lievi di vaiolo e sperimentavano l’inoculazione attraverso la pelle o altre forme di immunizzazione per via respiratoria su individui adulti sani. Questo metodo era chiamato variolazione ed era usato in Cina, India e Medio Oriente. Tramite mercanti circassi fu introdotto nell’impero Ottomano nel 1670. Nel 1714 e nel 1716 rispettivamente, due medici padovani fecero una comunicazione alla *Royal Society* di Londra sulla variolazione turca, ma fu solo con Lady Mary Worley Montagu che venne infranta la resistenza della medicina ufficiale inglese. Lady Montagu, moglie dell’ambasciatore inglese a Istanbul, lei stessa sopravvissuta al vaiolo, imparò il metodo dalle vecchie che lo praticavano in Turchia: l’inoculazione scalfendo la pelle. Fu grazie alla sua instancabile propaganda, che trovò consenso a corte, che l’inoculazione divenne nota in Europa. Non sempre l’inoculazione aveva successo: dal due al tre per cento degli inoculati contraeva il vaiolo e moriva o diventava la fonte di una nuova epidemia, oppure veniva infettato da malattie come la tubercolosi o la sifilide dal siero del donatore. Comunque, la mortalità era dieci volte inferiore a quella del

vaiolo “naturale”. Negli anni 1740 la tecnica si diffuse in Inghilterra. Nel frattempo, era noto nelle campagne europee che le mungitrici di vacche diventavano immuni dopo aver contratto il vaiolo bovino. Tra il 1765 e il 1791 furono eseguiti molti esperimenti partendo da questa constatazione, finché Edward Jenner ebbe,

come medico, la possibilità di far accettare come scoperta scientifica quella che era una verità popolare, anche se non immediatamente. Aveva scoperto il “vaccino” e pubblicò i risultati della scoperta a sue spese (1798). I sintomi del vaiolo appaiono all'improvviso e comprendono febbre alta, tremi di freddo,

cefalgia, un caratteristico dolore dorsale-lombare, mialgia e prostrazione, oltre a nausea, vomito e anche delirio. L'infezione si trasmette per via respiratoria, attraverso starnuti e tosse come per il raffreddore (il pulviscolo dello starnuto viaggia a 160 km/h e si sparge fino a 4 m.). L'incubazione può durare da sette a diciotto giorni, in media circa due settimane, e non è contagiosa. Dopo due o quattro giorni dallo conclamazione della malattia successiva all'incubazione cominciano ad apparire i punti rossi sulla faccia e all'interno degli occhi, che si diffondono lentamente su tutto il corpo, fino a unirsi spesso tra loro, trasformandosi in lesioni piene di siero e pus. Le lesioni diventano vesciche e pustole, che alla fine si seccano in croste, che cadono dopo circa tre, quattro settimane, se il paziente è sopravvissuto. Una volta che le croste sono scomparse il paziente non è più contagioso. In questo decorso tipico del *variola major* il malato può trasmettere l'infezione dal momento dello scoppio della malattia tramite l'apparato respiratorio e i linfonodi fino al cadere delle croste, che contengono il virus del vaiolo e sono altrettanto pericolose.

Il vaiolo non ha rimedio, ma la cura del malato riduce di molto la mortalità: lo sapevano anche gli spagnoli del XVI secolo, come appare dai manuali medici. Le risposte mediche degli indiani non solo erano inefficaci, ma anzi peggioravano la mortalità. Molti ricorrevano alla pura e semplice magia: ancora alla fine degli anni 1870 i pima dell'Arizona consideravano il vaiolo uno spirito malvagio da placare dicendo: «Mi piace il vaiolo» e lo temevano tanto che, una volta vaccinati, ponevano le bende del braccio inoculato tra i rami di un albero di mesquite. Un capo kiowa nel 1861-62 offrì un bel cavallo nero al vaiolo, legandolo a un albero e lasciandolo là a morire, come



Copertina del Libro V del trattato di Galeno, uno dei capisaldi della medicina antica, stampato a Venezia nel 1565.

sacrificio di preghiera. Ma furono due le pratiche particolarmente micidiali. Una è l'abbandono dei malati a se stessi, nella convinzione che fossero già condannati, in particolare nelle aree dove vigeva già l'uso di abbandonare i vecchi e uccidere i neonati femmina. La capanna del sudore (*sweatlodge*), una sauna indigena,

che comprende grandi sudate nella capanna e poi un tuffo nell'acqua gelida di un corso d'acqua, spesso in pieno inverno, e usata come panacea, oltre che come forma preparatoria praticamente di ogni rito, dava il colpo di grazia al malato, facendolo morire subito per lo shock termico o poco dopo di polmonite fulminante. Gli indiani, però, almeno in certe parti dell'America, impararono appropriati modi di badare ai malati. In Messico il cronista meticcio Juan Bautista Pomar nella sua *Relacion de Texcoco*, scritta negli anni 1580, attribuisce una maggiore sopravvivenza al miglioramento delle cure infermieristiche. Quando gli spagnoli giunsero nel Nuovo Mondo il vaiolo nel Vecchio Mondo non era più tanto virulento, essendo diventato endemico. La malattia era ubiquitaria, ma la mortalità non comune. Fu solo



In questa pagina: malati di vaiolo aztechi secondo la raffigurazione del Codice fiorentino.

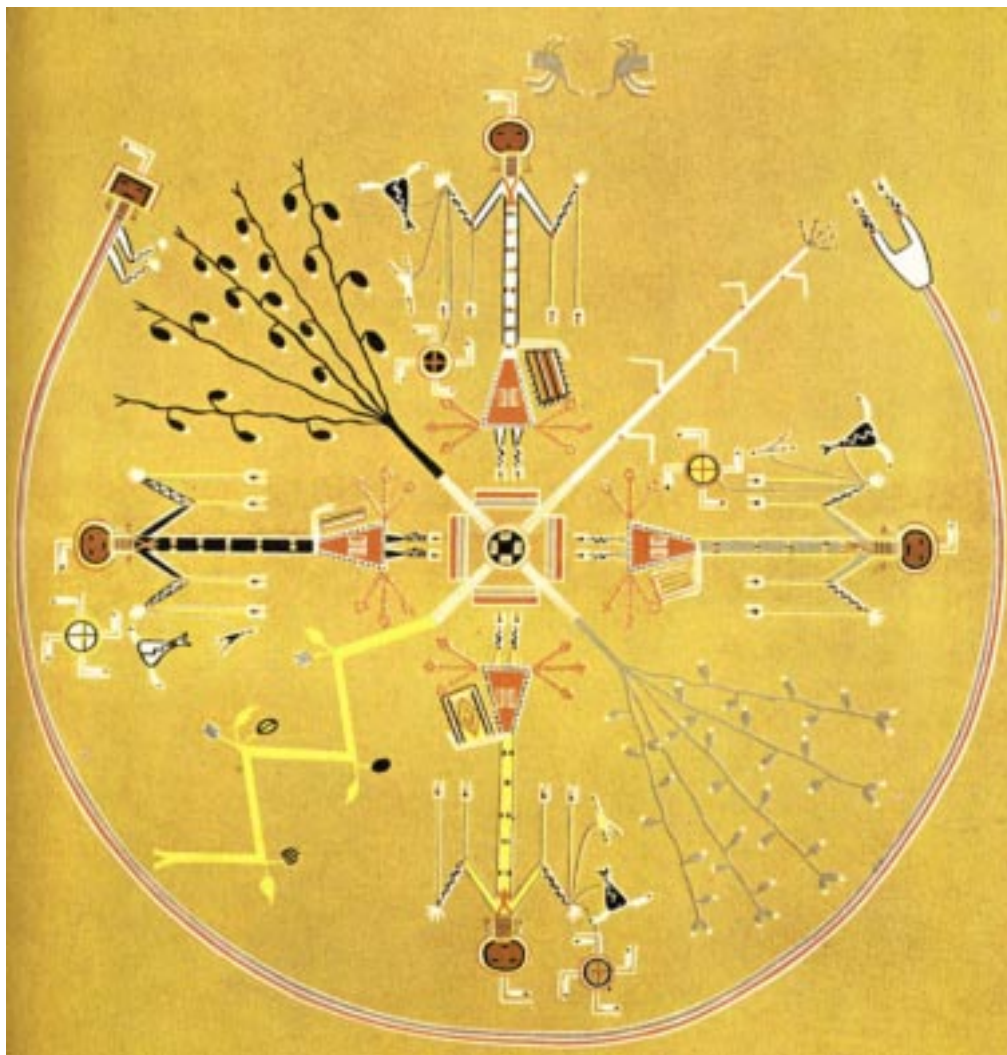
nel secolo seguente e più tardi che il vaiolo ridivenne un killer virulento. In America, come spesso accade anche con altre malattie, il vaiolo si rinforzò e divenne eccezionalmente violento, colpendo entrambi i sessi in tutte le classi d'età in modo spesso grave e fatale; attaccando tutti indiscriminatamente faceva mancare gli infermieri ai malati, un fatto spesso notato nelle cronache spagnole e azteche.

Per giustificare la diversa virulenza del vaiolo in Europa e in America si è parlato di immunità genetica: non solo non ci sono prove a sostegno di questa tesi, ma i tassi di mortalità europei ed euroamericani nel XVIII secolo dicono il contrario; oltre a tutto ci sono poche differenze genetiche tra europei e indiani. L'epidemiologo virale Francis Black ha invece avanzato l'idea della diversità genetica, più che del-

l'immunità. I genetisti umani riferiscono di un'insolita omogeneità genetica degli indiani. Il virus del vaiolo si adatta in fretta non cambiando varietà (altrimenti sarebbe stato impossibile debellarlo), ma preparandosi a combattere altri ospiti con una mappa genetica quasi identica. La ricerca sul morbillo ha mostrato risultati convincenti: il morbillo acquisito da un parente è molto più virulento di quello acquisito da un estraneo. Questo comportamento sembrerebbe valere anche per il vaiolo. La chiave genetica per difendersi con successo contro un attacco di vaiolo è la produzione di antigeni di istocompatibilità. Sfortunatamente, a questo riguardo, gli indiani americani mostrano solo un sessantaquattresimo della diversità genetica degli africani o degli europei. La probabilità peggiora quando l'esposizione è simultanea e da fonti multiple, in particolare da membri della propria famiglia. Così, a quanto sembra, incattivitosi in America, il vaiolo diventò nuovamente una malattia fatale a tutte le età anche per gli europei: dopo tanti secoli dalla sua apparizione in Egitto, era ritornato il "mostro chiazzato" di Macaulay, che colpiva contadini e re.







*Dipinto su sabbia dei navajo. Il disegno rappresenta gli dei del cielo; il dio principale è al centro in alto di colore bianco, gli altri sono dipinti con l'azzurro, il giallo e il nero. Tutti tengono in mano dei pesi e contrappesi, simboli e oggetti magici. L'oggetto a "Y" e la svastica sono collegate all'appartenenza al gruppo degli "zii".*

## Medicina nativa

## Camminare in bellezza

*Ritualità e guarigione sono gli elementi inscindibili della cultura navajo.*

Benedetta Cargioli

Sono pochi i popoli nativi nordamericani contemporanei tra i quali le idee religiose trasmesse in miti e rituali siano così ben tramandate come presso i navajo. Come in altre culture senza scrittura, il racconto mitico rappresenta per questo popolo il deposito materiale, raccolto lungo i secoli, di esperienze e conoscenze socio-religiose, la cui funzione è essenzialmente quella di interpretare e confermare l'ordine del mondo e la sua genesi.

Il sistema cerimoniale navajo si è sviluppato come risposta alle incertezze e ai pericoli che si manifestano nel loro universo. Così il contatto improprio con poteri implicitamente pericolosi (anche se indiretto, non intenzionale o inconscio), l'infrazione di restrizioni tradizionali relative al comportamento connesso con il soprannaturale (tabù) o ancora eccessi nel gioco, nella sessualità o perfino in attività innocue come la tessitura, possono portare un disturbo nella normale armonia e nell'equilibrio tra gli elementi dell'universo. Il prezzo che l'uomo deve pagare per questi atti si manifesta generalmente nella malattia; ad esempio il comportamento improprio da parte del genitore di un nascituro, specialmente della madre, può influire negativamente

sul bambino, causandogli sofferenze e malattie nella vita futura.

In quest'universo popolato da pericoli, ad un'offesa segue un'offesa, a un comportamento scorretto segue una malattia, a un favore un favore.

Il trascorrere di ogni giornata, per i navajo, comporta l'osservanza di numerose regole e restrizioni comportamentali; fino a quando la vita scorre normalmente e soddisfacentemente gli individui non si preoccupano eccessivamente di questo fatto; ma qualora una disgrazia o un avvenimento spiacevole accadano, la persona toccata da una simile disgrazia riflette su quello che può aver attirato l'ostilità delle potenze invisibili.

In questi casi la giusta soluzione consiste nel ricorrere ad una pratica cerimoniale appropriata. Nella cultura navajo, ogni attività cerimoniale ha una speciale relazione con un determinato gruppo di esseri soprannaturali: gli *Holy People* (Le Sacre Persone).

Gli *hataalii*, ossia i "cantori", sono depositari della dottrina religiosa e terapeutica, acquisita durante un apprendistato che dura molti anni, nel corso del quale essi imparano a memoria i testi fissati in modo preciso e le rispettive azioni rituali, ponendosi come intermediari tra le potenze soprannaturali e gli esseri

umani. È loro merito riconoscere il turbamento dell'ordine costituito: tramite preghiere, sacrifici o dipinti di sabbia, sono in grado di conservare il mondo, di controllarne i pericoli e di ristabilire l'armonia universale. Quindi contatti impropri con poteri implicitamente pericolosi come gli spettri dei morti, certi animali o il fulmine, l'infrazione di certi tabù, comportano malattie. Le terapie rituali sono necessarie per rimettere le cose nel loro ordine naturale; esse contengono un ricco e complesso simbolismo, che si esprime in canzoni, preghiere, storie, musiche, oggetti rituali e pitture su sabbia, il cui scopo è quello di attirare gli *Holy People* a partecipare alla cerimonia. I "potenti esseri", se giudicano che l'esecuzione della cerimonia sia stata completa e corretta, sono costretti in base alla regola della reciprocità a ristabilire l'ordine naturale d'ogni cosa, a curare i pazienti e a ristabilire l'armonia nell'universo. Nella concezione navajo, quattro categorie di agenti patogeni sono causa di male: 1) animali come porcospino, serpente, aquila, o fenomeni naturali; 2) spiriti di defunti; 3) stregoneria e 4) le cerimonie stesse (se il soggetto si comporta inadeguatamente durante una cerimonia, trasgredisce le restrizioni imposte o trascura i rituali imposti). Il rito è eseguito per acquietare gli *Holy*

*People* e persuaderli a rimuovere il loro influsso negativo sulla vita del paziente.

La maggior parte degli *hataalii* si specializza in pochi canti, in quanto ciascuno di essi costituisce un canone straordinariamente complesso composto da centinaia di versi e preghiere. L'apprendistato comprende anche la conoscenza d'erbe mediche e l'arte della creazione di dipinti di sabbia.

Ogni atto cerimoniale è accompagnato da un canto, in mancanza del quale l'ordine della procedura sarebbe incompleto e inaccettabile. I canti sono numerosi, ma quelli più impressionanti sono il *Mountain Chant* e il *Night Chant*, la cui durata può variare da una a nove notti. Le cerimonie della *Holy Way* compongono il gruppo più numeroso e vengono impiegate quando la malattia è attribuita a offese compiute contro gli *Holy People*; la *Evil Way* viene utilizzata per curare malattie causate da spettri indigeni e stranieri e la *Life Way* viene impiegata in caso di ferite corporali.

Durante la preparazione delle cerimonie vi è da parte sia dell'*hataalii*, sia di chi ha richiesto questo soccorso, una stretta osservanza di regole e restrizioni cerimoniali.

Generalmente durante la malattia si celebra un rito privato e semplificato. Dopo alcuni mesi, una volta che la famiglia ha potuto celebrare i necessari preparativi, si officia una cerimonia completa, in cui l'intero canto è celebrato e vengono preparate almeno 4-5 pitture su sabbia. Per stabilire il contatto con le Sacre Persone, il malato occupa posto nell'*hogan* (capanna cerimoniale), al centro del dipinto, mentre parenti e amici cantano e recitano preghiere. Il corredo necessario per lo svolgimento della

cerimonia è costituito da un fagotto contenente la terra delle sacre cime delle montagne navajo e alcune pietruzze; si utilizzano, a volte, due cilindri di aragonite, legati insieme. La pittura è eseguita all'interno dell'*hogan*, dopo che si è rimosso ogni oggetto facente parte delle occupazioni quotidiane. Il terreno è spazzato e parte della superficie sabbiosa del pavimento viene asportata per una profondità di alcuni centimetri. All'esterno dell'*hogan* sono posti gli oggetti cerimoniali. Spesso sulla pittura sono aggiunti alcuni elementi rituali: un catino d'acqua, un piccolo focolare, mentre alcune parti possono essere sollevate formando un monticcolo. Terminata l'opera, il dipinto è divenuto cosa sacra e potente. Il potere in lui contenuto dovrà essere incanalato nella giusta direzione, per lo scopo prefissato dalla cerimonia. Ogni canto eseguito dall'*hataalii* è connesso con una determinata malattia, sebbene le categorie nosologiche non siano sempre rigide e coerenti. La credenza concernente la malattia consiste nel ritenere che certi elementi naturali, animali o persone possano indurre stati di malessere che, nel pensiero navajo, equivalgono a uno stato di disordine. La disarmonia può

avvenire anche per un fatto accaduto nel lontano passato.

Con l'eseguire il canto, grazie al potere ottenuto, si potrà allontanare ogni influenza negativa e si costringeranno i poteri soprannaturali a concedere la propria benevolenza.

Il sistema tradizionale di identificazione delle malattie impiegato dai navajo consiste in un insieme di pratiche che un osservatore esterno definirebbe di tipo divinatorio, perché la scelta appropriata è fatta attraverso l'intervento di un particolare tipo di divinatori. Così abbiamo tre tipi di specialisti: coloro che scrutano gli astri, coloro che "ascoltano" e coloro che "tremano". Il terzo tipo di divinatore è colto da un eccesso di tremore che comincia generalmente con leggeri tremiti delle braccia o delle gambe e si trasmette gradualmente a tutto il corpo, che infine è scosso violentemente. In questo stato, il divinatore perde coscienza e, guidato dai suoi poteri, vede un simbolo della cerimonia che dovrà essere celebrata.

L'*hataalii* deriva il suo potere dal lungo apprendistato, che si fonda sulla conoscenza dettagliata dei canti e delle pitture su sabbia, il diagnosta invece si affida unicamente ai suoi poteri soprannaturali. Ovviamente il tremore



*Yeibichai Prayer (Preghiera Yeibichai). Fotografia di E. S. Curtis, 1904.*



in casi al di fuori della situazione diagnostica, è considerato malattia. I navajo tendono a classificare le malattie piuttosto in base alle cause che in base ai sintomi, essi parlano piuttosto di "malattia dell'orso" o di quella "del porcospino", in base agli agenti che si pensa possano aver causato la malattia; oppure vi è la malattia chiamata quella che è trattata dallo "Shooting Chant", così nominata in base alla cerimonia necessaria per curarla. Questa tendenza a trascurare la sintomatologia, porta inevitabilmente ad un certo disagio da parte dei pazienti navajo a sottoporsi agli esami clinici richiesti dalla medicina occidentale.

Nella medicina navajo vi è una stretta associazione tra agenti patogeni e le categorie nosologiche: una singola causa può produrre diversi tipi di sintomi e inversamente un sintomo può essere causato da diversi fattori eziologici. Si ritiene che la *Shooting Way* sia la più appropriata per determinati dolori o affezioni del corpo: essa viene impiegata per alcune forme di alterazione mentale, a patto che quest'ultime vengano attribuite all'intervento del fulmine o dei serpenti, che sono considerati agenti patogeni, per combattere i quali si ricorre a questo specifico canto. I navajo distinguono tra vari tipi di manifestazioni patologiche mentali, in particolare tra: 1) i segni di un attacco epilettico, tipo "gran male", dovuta secondo loro ad incesto tra fratelli; 2) segni di attacco epilettico con perdita graduale di coscienza, generalmente è attribuita a stregoneria; 3) convulsioni unilaterali che gradualmente si espandono a tutti



Zahadolzha-Navaho, vestito da dio Fringe Mouth (Bocca a Frangia) durante la *Nightway*. Fotografia di E. S. Curtis, 1907.

gli arti, tipiche del divinatore. Manifestazioni di carattere psicopatologico quali svenimenti, attacchi epilettici, reazioni dissociative, sono caratteristiche dello stadio finale di tutte le malattie. La principale differenza che distingue il sistema di cura in uso presso la maggior parte delle culture non occidentali dalla pratica della medicina moderna consiste nell'uso di un potente apparato simbolico e di drammatiche rappresentazioni cerimoniali. In molti casi, durante le cure sciamaniche sono coinvolti stati d'alterazione di coscienza, sia nel curatore che nel paziente. L'intera messa in opera della seduta terapeutica è demarcata generalmente dall'uso di un complesso apparato simbolico: rappresentazioni di simboli che alludono alla protezione, all'armonia e al ristabilimento si trovano in abbondanza, mentre l'allestimento dell'ambiente tende a creare un'atmosfera emozionalmente intensa. Le cause e le

cure delle malattie vengono interpretate alla luce di un complesso sistema di conoscenze mitologiche e rituali, di cui il guaritore risulta al tempo stesso esperto e depositario. La cura simbolica, come quella messa in opera nei rituali terapeutici della tradizione navajo, si propone essenzialmente di fornire una risposta complessiva alla sofferenza.

I simboli e le forze che sono evocati e mobilitati costituiscono i garanti dell'armonia universale e del benessere di tutto il popolo, perciò ogni cerimonia contribuisce a promuovere le forze benevole a beneficio di tutti i navajo. Secondo numerosi cantori navajo, il fine ultimo che una cerimonia dovrebbe realizzare si esprime nella frase navajo, difficilmente traducibile: *sa'ah naaghai bik'eh hozhoon*; ovvero "in accordo con l'ideale possa il ristabilimento essere realizzato".

*S'a'ah naaghai bik'eh hozhoon* implica una diretta connessione con gli inizi della vita nell'universo, ma anche con le generazioni future, alle quali verranno trasmesse quelle stesse nozioni che consentono ai navajo attuali di ristabilire un rapporto relativamente equilibrato fra le tradizioni del passato e le incognite del futuro.

#### Bibliografia

Brugge D. M., Frisbie C. J., "Navajo Religion and Culture", in *Papers in Anthropology* 17, Santa Fé, AZ, 1982; Gill S. D. 1983 "Navajo Views of Their Origin" in *Handbook of North American Indians*, Vol.10: Southwest, A. Ortiz ed; Washington, DC, Smithsonian Institution, p. 502-505; Kluckhohn C., Leighton D. C., *The Navaho*, Cambridge, MA, 1946; Newcomb F. J., Reichard G. A., *Sandpaintings of the Navajo Shooting Chant*, 2.ed., New York, NY, 1975; Reichard G. A., *Navaho Religion: a Study in Symbolism*, 2 vols., New York, NY, 1950; *Navajo Medicine Man Sandpaintings*; 2.ed., New York, NY, 1977; Sandner D., *Navaho, Symbols of Healing*, New York, NY, 1979; Teiwes E. & Linding W., *Navajo*, Zurich, 1991 (tr. it. *Il mondo dei Navajo*, Milano, 1993); Wyman L. C., *Blessingway*, Tucson, AZ, 1970.



---

*Juanita Ahill, pima, raccoglie i frutti del cactus saguaro al Saguaro National Monument. Fotografia di Helga Teiwes, 1970.*

## Genetica

# Obesità e diabete: una tragedia indiana

*La comunità degli indiani pima, che presenta tassi di obesità e diabete ben al di sopra della già alta media statunitense, da anni collabora per scoprire le cause di tale fenomeno.*

Flavia Busatta

Fin dagli anni Sessanta il diabete ha colpito i nativi americani (indiani e alaskani) in modo sproporzionatamente alto rispetto ad altri gruppi etnici: esso incide sulla salute dei nativi americani almeno tre volte di più che tra i bianchi non ispanici. Il diabete è la principale causa di morbidità e di morte prematura tra queste popolazioni.

Nel 1996 circa 63.400 degli assistiti dall'*Indian Health Service* (IHS) avevano il diabete; di essi il 98,3% aveva vent'anni o più, il 49,7% era tra i 45 e i 64 anni e il 59% era costituito da donne.

L'incidenza del diabete varia tra i gruppi tribali: 12,7% tra le tribù delle Pianure, 10,5% tra quelle del Sudovest, 9,3% tra i gruppi dei Woodlands e 4,5% nella Costa Pacifica.

Nel 1963 lo NIDDK (*National Institute of Arthritis, Diabetes and Digestive and Kidneys Diseases*) iniziò un'indagine sull'incidenza dell'artrite reumatoide tra i black-foot del Montana e i pima dell'Arizona; si scoprì che i pima presentavano tassi di diabete inusitatamente elevati. Questa scoperta fu l'inizio di una collaborazione tra l'Istituto, l'IHS e la comunità dei pima per scoprire le cause di

questa incidenza e, di conseguenza, la risposta alla domanda «Perché i nativi americani, gli ispanici e gli altri non caucasici hanno tassi di diabete anche di 10 volte superiori a quelli dei caucasici?»<sup>1</sup>.

Da trent'anni la popolazione della *Gila River Indian Reservation*, che conta circa 11.000 pima, partecipa alla ricerca medica per sconfiggere il diabete e le patologie ad esso associate. «Gli indiani pima stanno dando un grande dono al mondo continuando ad offrirsi volontari per la ricerca. La loro generosità fornisce un contributo per migliorare la salute di tutti e noi siamo in debito verso di loro» afferma il dr. Peter Bennett, capo del *Phoenix Epidemiology and Clinical Research Branch* del NIDDK (<http://www.niddk.nih.gov/health/diabete/pima/>). Il contributo dei pima alla ricerca è rilevante proprio per l'unicità della loro comunità.

I pima sono una etnia di lingua uto-azteca che si suddivide in due grossi gruppi: i pima - papago dell'Arizona - Sonora e i tepehuan della Sierra Madre del Chihuahua meridionale. I pima - papago a loro volta si dividono in Upper Pima che vivono in Arizona e nel Sonora nordoccidentale e in Lower Pima che vivono nel Sonora sud-orientale. Gli Upper Pima sono composti dai pima propriamente detti, che chiamano se

stessi *O'odham* o "Pima del Fiume" (il Gila), e i papago, nome tribale *Tohono O'odham* o "Pima del Deserto", per distinguersi da Lower Pima e Sand Papagos; in ogni caso tutti questi gruppi hanno ben chiaro di far parte della più grande *Pima Nation*. Nel 18° secolo alcuni gruppi di lingua yuman per sfuggire alla pressione apache si trasferirono nella valle del fiume Gila, territorio ancestrale dei "Pima del Fiume", dando origine alla confederazione pima-maricopa. Il territorio ancestrale dei pima *O'odham* si estendeva nella parte centrale del Deserto del Sonora, tra le valli dei fiumi Gila, Santa Cruz e Sonoyta e ad ovest fino alle attuali città di Ajo e Gila Bend con il gruppo principale disperso in circa 7 villaggi situati in un raggio di 50 miglia attorno al centro principale di Casas Grandes; la Papagueria era situata sulle montagne di Baboquivari, presso Tucson. Attualmente i pima iscritti nei ruoli tribali sono circa 12.000 (negli anni 1960 con un tasso di crescita del 38,8% e un tasso di morte del 8,8%), i papago circa altri 14.000 e non è noto il numero di pima che risiedono in Sonora e in Chihuahua, ma le cifre potrebbero essere analoghe. Si ipotizza che al momento del contatto fossero in tutto circa 65.000. Fin dai tempi preistorici (circa 500 a.C.) le popolazioni del Gila River, note come



hohokam, hanno basato la loro sussistenza su un'agricoltura irrigua. Le cronache spagnole del 18° secolo parlano di *rancherías* e villaggi di *adobe* che sfruttavano la coltivazione di mais, fagioli e zucche attraverso sistemi di canali di irrigazione e di dighe, L'agricoltura era integrata dalla raccolta dei fagioli *tepari*, dei fagioli *mesquite*, dei frutti del cactus *saguaro* e dal commercio con le altre popolazioni della zona in particolare i papago che, vivendo in una zona più arida, confidavano meno sull'agricoltura e più sulla raccolta di semi e piante selvatiche. La caccia era di poca importanza, per entrambi i gruppi - maggiormente per i papago - le principali prede erano le capre di montagna, i conigli e i cervi, la più grande selvaggina della zona. L'eventuale vita di movimento era dovuta al fatto che il modo di spostarsi favorito dei pima era la corsa a piedi e non il passo di camminata e gli uomini, di preferenza, correvano verso la loro destinazione calciando una palla di legno per tenersi in esercizio e per ingannare il tempo. L'arrivo degli spagnoli aggiunse anche il frumento al paniere alimentare dei pima che si adattarono bene all'economia di mercato europea: essi passarono rapidamente da un'economia di scambio di doni a quella di scambio di merci e cominciarono a produrre farina di frumento da vendere prima alle guarnigioni spagnole e poi ai coloni americani che passavano diretti verso la California. Un'altra merce pregiata in cui i pima divennero vittime e/o intermediari erano gli schiavi: i raids di apache e navajo convinsero i pima a fortificare i villaggi e ad organizzare una sorta di servizio militare per tutti i maschi adulti. Verso la fine del periodo coloniale spagnolo i pima furono insigniti dal governo spagnolo del titolo di nazione ed erano la potenza commerciale della zona, ovvero del Sonora e della Arizona meridionale. L'introduzione del frumento raddoppiò le capacità produttive dei campi pima che riuscivano a produrre tre raccolti: i due tradizionali di mais a luglio ed

ottobre e, visto il clima, quello invernale di frumento che veniva raccolto verso maggio. Il surplus di cibo portò ad un aumento demografico notevole e ad un'estensione delle terre coltivate e irrigate che, grazie agli attrezzi in ferro e alla sostituzione del bastone da scavo con l'aratro, si estesero di circa 3.000 acri nel 1859. Per quell'epoca la riserva pima occupava circa 100 miglia quadrate e il governo USA garantiva ai pima circa

10.000 \$ l'anno di attrezzi agricoli. La produzione di frumento raggiunse 3.000.000 di libbre nel 1870, la maggior parte delle quali era venduta per ottenere denaro e beni di consumo. La metà dell'Ottocento fu l'età dell'oro per i pima. Verso il 1877 la popolazione pima era raddoppiata, ma gli alberi di *mesquite* cominciavano a scarseggiare perché bruciati per fornire vapore per i motori dei mulini. Per i pima il problema non è mai stata la terra, ma l'acqua. L'aumento dei coloni bianchi, la crescente economia basata sull'allevamento del bestiame che deteriorava l'ecologia della zona, la minore richiesta di farina di frumento da parte del mercato, alcuni periodi di drastica siccità, che continuarono quasi ininterrottamente dal 1877 al 1904, distrussero



Fanciulla pima fotografata a Gila River Reservation da Frank Russell nel 1901-

il modo di vita pima. Nel 1895 furono versati \$ 30.000 ai pima per acquistare farina, mentre l'etica protestante giustificava l'ineguaglianza sociale tradizionale dentro la tribù e i missionari introducevano l'uso della farina fritta nel grasso. Gli indiani, infatti, non conoscevano la panificazione né l'uso del forno - quelli che si vedono nelle fotografie sono forni andalusi introdotti dagli spagnoli - perciò friggevano in padella l'impasto di farina ottenendo il *fried bread* o *Indian bread*, una vera bomba di carboidrati e grassi. I pima, malgrado i continui progetti attivati dal Dipartimento dell'Agricoltura per migliorare l'irrigazione del terreno della riserva, sono oggi una delle comunità indiane più povere e la maggior parte (circa 12.000) si è iscritta nei ruoli tribali

proprio per godere dell'assegno statale. Tra le principali cause della povertà vi è la scarsità d'acqua che rende l'agricoltura difficoltosa, l'introduzione della coltivazione commerciale di piante come il cotone che saharizzano il terreno, il sistema ereditario che frammenta la proprietà e l'espandersi della città di Phoenix che ormai raggiunge i confini della riserva.

Col censimento del 1977 la popolazione in riserva a Gila River era di 6.774 e circa 2.000 erano dispersi nel resto degli USA, anche se la maggior parte non va più lontano di Phoenix in quanto per essere riconosciuti come pima e godere dell'assistenza è necessario essere nati in riserva. Nel 1980 circa 10.668 erano in riserva e altrettanti, 10.771, a Phoenix dove costituivano l'1,4% della popolazione, ma va rilevato che i distretti della città includono antichi villaggi pima come Sacaton. Il totale delle case in riserva era di 1.456 di cui il 60% al di sotto dello standard, cioè senza elettricità, acqua corrente in casa, e alcune strutture domestiche come il bagno ecc.; le tre maggiori categorie di impiego erano l'agricoltura (come piccoli proprietari o come salariati nelle fattorie dei bianchi), l'industria e il pubblico impiego. Il tasso di disoccupazione ondeggiava tra il 35 e il 50%. Nel gennaio del 1981 le entrate pro capite medie erano di circa 1.217 \$ l'anno; non ci sono trasporti pubblici in riserva, vi sono 5 negozi di alimentari di cui uno solo gestito da un membro della tribù. Il relativo "isolamento" genetico dei pima è stato uno dei fattori determinanti nella loro scelta come partners nello studio delle possibili cause genetiche del diabete tipo 2. Infatti vi erano già i precedenti delle famiglie mormoni di Salt Lake City che avevano contribuito alla scoperta del gene collegato al cancro del colon e in Venezuela un largo gruppo di famiglie consanguinee aveva fornito il sangue e i tessuti epiteliali che avevano permesso di identificare il gene del morbo di Huntington. Così le famiglie pima della *Gila River Indian Community*

si dichiararono disponibili per la ricerca dei eventuali geni del diabete e dell'obesità dal momento che le complicanze connesse al diabete (malattie renali, agli occhi e amputazioni) sono la principale causa di malattia e di morte tra i pima. Il lavoro, iniziato nel 1965, ha già contribuito a fornire la definizione di diabete usata oggi in tutto il mondo e a stabilire i parametri diagnostici necessari per identificare, curare e cercare di prevenire il diabete. La ricerca sui pima ha permesso di scoprire che diabete e obesità sono due fenomeni correlati: infatti circa la metà dei pima è diabetica e il 95% dei malati è in sovrappeso. Non solo, si è scoperto anche che alti livelli di insulina nel sangue - iperinsulinemia - sono un altro grave fattore di rischio. Grazie ai volontari pima il dr. Bogardus e i suoi colleghi stabilirono che il glucosio non immediatamente utilizzato viene convertito in glicogeno e immagazzinato nei muscoli scheletrici, ma che molti dei vari enzimi necessari per tale processo sono differenti nei pazienti insulina resistenti.

«Alcuni scienziati hanno determinato che il diabete, come pure l'obesità e la resistenza all'insulina, scorrono lungo gli alberi familiari. Alcuni scienziati pensano anche che alcuni dei soggetti possiedano un gene che li rende più predisposti a sviluppare la complicanza di una patologia renale come capita a chi soffre di diabete per molto tempo. La ricerca di tali geni è un fattore chiave nello studio portato avanti dal NIH e dai pima» (<http://www.niddk.nih.gov/health/diabete/pima/>).

In accordo con la tribù i ricercatori studiano la struttura genetica ottenuta dal sangue prelevato da ogni paziente pima che si reca alla clinica del NIH del *Hu Hu Kam Memorial Hospital*: sono ricercati anche il glucosio, il colesterolo e altri fattori e viene estratto il DNA. Quando viene scoperta una famiglia con un genitore diabetico e l'altro no, inizia uno screening dei geni su entrambi i genitori e la prole per trovare il gene o i geni condivisi esclusivamente da chi presenta il

diabete. «Gli scienziati del NIDDK - afferma il dr. Bogardus - hanno studiato almeno una volta più del 90% delle persone della riserva. Noi conosciamo le famiglie e il DNA è stato raccolto di routine almeno dalla metà degli anni 1980» (<http://www.niddk.nih.gov/health/diabete/pima/>). Iniziando nel 1983 e procedendo per circa 10 anni il NIKKD ha studiato il codice genetico di almeno 300 pima non diabetici; i ricercatori cercano quel frammento di DNA che è condiviso solo da quelli che presentano la malattia, il cosiddetto *marker* (segnaposto). Poiché il *marker* e il gene che contribuisce alla malattia sono spesso ereditati insieme, si spera di poter utilizzare il *marker* come "segnaposto" per individuare il gene stesso.

Nel 1993 fu identificato un gene, detto FABP2, che si suppone potrebbe contribuire alla resistenza all'insulina. Questo gene nell'intestino crea un acido grasso che lega le proteine utilizzando uno di due aminoacidi; quando il gene crea la treonina, uno dei due aminoacidi, il corpo sembra assorbire un maggior numero di acidi grassi dal cibo. Si pensa che ciò potrebbe condurre a maggiori livelli di particolari grassi e acidi grassi nel sangue che potrebbero a loro volta contribuire alla resistenza all'insulina.

Gli studi sull'obesità hanno permesso di dimostrare che la bassa velocità metabolica e la tendenza genetica a trattenere i grassi possono essere la causa dell'epidemico tasso di obesità tra i pima. Attualmente molti studiosi utilizzano la teoria del *thrifty gene* (gene risparmiatore), proposta nel 1962 da James Neel per spiegare il sovrappeso dei pima. La teoria di Neel suggerisce che una popolazione che per migliaia di anni si basa sull'agricoltura, la caccia e la raccolta, passa periodi alterni di abbondanza e carestia; per adattarsi a queste estreme variazioni nelle necessità caloriche, queste popolazioni hanno sviluppato un *thrifty gene* che consente loro di immagazzinare grassi durante i periodi di abbondanza, il che permette a chi lo possiede di non morire di fame durante le carestie.



Donne papago. Fotografia di H. T. Cory, 1916.

Questo gene, utile sotto quelle condizioni alimentari, diviene una rovina quando si adotta lo stile di vita occidentale -dieta ipercalorica, scarso moto e facile accesso alle fonti di calorie - in quanto continua a immagazzinare calorie in previsione di una carestia che non avviene, contribuendo così all'obesità. Il dottor Ravussin, che ha studiato l'obesità dei pima dal 1984, pensa che questa teoria si attagli loro. Durante gli anni 1890 la dieta pima consisteva solo nel 15% di grassi, mentre ora la percentuale è aumentata al 40%. Fino agli anni Cinquanta non c'erano sintomi di obesità o di diabete NIDDM (diabete mellito non insulina dipendente) tra i Gila pima che oggi ne soffrono per il 50% circa della popolazione, mentre i papago, pur alimentandosi oggi come i pima, mostrano percentuali di diabete NIDDM del 5-10%, e i pima messicani del Sonora, pur essendo geneticamente eguali ai pima del Gila, sono ancora esenti dalla malattia. Poiché tuttavia allo stato attuale non è stato ancora scoperto nulla che si avvicini al *thrifty gene*, si può anche azzardare l'ipotesi che non un gene, ma una secolare diversità di dieta - ricca di carboidrati per i pima del Gila e più ricca in proteine, vegetali e fibre per i papago, possa essere una spiegazione della differenza di percentuali.

Un altro campo di ricerca riguarda il

rapporto tra diabete e gravidanza: il dr. Pettitt scoprì che bambini nati da madri diabetiche presentano nascite difficoltose con un'elevata percentuale di tagli cesarei e hanno maggiori probabilità di diventare obesi e sviluppare a loro volta il diabete. Le madri con un alto tasso di glucosio nel sangue sono più predisposte alla toxemia con gravi rischi letali sia per la madre che per il bambino. Le ricerche svolte con i pima hanno tuttavia permesso di stabilire che il maggior rischio per i figli di madri diabetiche di sviluppare a loro volta la malattia, non ha cause genetiche. «Ora noi sappiamo che c'è una causa non genetica per il diabete, l'ambiente intrauterino diabetico, che crea al bambino problemi che si estendono per tempi molto più lunghi di quelli connessi alla nascita» - afferma il dr. Pettitt - «È un circolo vizioso. I bambini, le cui madri hanno il diabete durante la gravidanza, presentano un rischio maggiore di diventare obesi e diabetici fin da giovani. Molti hanno già il diabete o un'anormale tolleranza al glucosio quando, a loro volta, raggiungono l'età di avere dei figli; in questo modo continuano il ciclo». «La speranza per il futuro consiste nel raggiungere un controllo del diabete tale da impedire che il feto "riconosca" la madre come diabetica. Se ci

riusciremo, il tasso di diabete declinerà già nella prossima generazione, un vantaggio di cui beneficeranno non solo i nascituri, ma anche le generazioni future» conclude il dr. Pettitt (<http://www.niddk.nih.gov/health/diabete/pima/>).

Per questo motivo, oltre alla ricerca genetica, vi è una strategia che incoraggia quelli ad alto rischio di diabete a cambiare i propri comportamenti alimentari e i propri stili di vita. Una diversa dieta, che comporta l'eliminazione di fritti e farinacei, unita a un certo esercizio fisico, infatti, abbassa significativamente il tenore di glucosio nel sangue.

Anche il fatto che malati con indici di glucosio nel sangue di 235 - 250 siano tornati a circa 90 dopo pochi mesi di dieta priva di pane fritto e fagioli, è molto importante. Presso i papago, che mostrano percentuali di diabete ancora non troppo alte, per esempio, i farinacei sono un cibo aggiuntivo e non sostitutivo della dieta tradizionale che mostra un vasto consumo di fagioli *tepari* che, ricchi in fibre e carboidrati complessi, sembrano essere una possibile fonte di prevenzione del diabete. È un fatto che il consumo di fagioli *tepari* diminuisca drasticamente negli ultimi 50 anni in concomitanza con l'aumento esponenziale del diabete. Alcuni studi sottolineano che i fagioli *tepari* coltivati commercialmente mostrano valori nutrizionali inferiori di quelli coltivati con i metodi tradizionali in particolare una riduzione del contenuto in vitamine, minerali e proteine. Si è notato che «le tradizionali fonti di carboidrati dei pima vengono digerite più lentamente e alzano i livelli di insulina e di glucosio meno dei prodotti cerealicoli occidentali» (Shapiro, 1997: 217).

Un ulteriore stimolo per il NIH e i volontari pima viene dalle ricerche sulle tribù vicine. I navaho, cacciatori fino al 1864 e pastori dopo di allora, ad esempio, avevano mostrato bassi livelli di diabete NIDDM, rispetto agli altri indiani e ai caucasici. Prima del 1965 le percentuali di NIDDM erano dell'1%, ma negli ultimi trenta anni



queste percentuali sono drammaticamente salite al 10 - 12%, anche se restano ancora sotto il 50% dei pima e il 30% dei papago.

#### Note

<sup>1</sup> Termine usato nella classificazione burocratica statunitense per i documenti di identità e nei censimenti, indica gli americani di origine europea e nordafricana. Gli altri gruppi razziali burocratici sono i neri, gli asiatici e gli ispanici.

#### Bibliografia essenziale

Dobyns H. F., *The Pima-Maricopa*, New York, NY, 1989; Fontana B. L., "Pima and Papago: Introduction", in *Handbook of North American Indians*, v.10 - Smithsonian Institution, Washington D.C., 1983; Ezell P. H., "History of the Pima", in *Handbook of North American Indians*, v.10 - Smithsonian Institution, Washington D.C., 1983; Hackenberg R. A., "Pima and Papago Ecological Adaptations", in *Handbook of North American Indians*, v.10 - Smithsonian Institution, Washington D.C., 1983; Giff Pablo S., "Contemporary Pima", in *Handbook of North American Indians*, v.10 - Smithsonian Institution, Washington D.C., 1983; <http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/pima/>; Shapiro J. S., "Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus Among American Indians: A Problem in Human Ecology", in *American Indian Culture and Research Journal*, v.21, n.2, 1997, Los Angeles, CA, 1997.

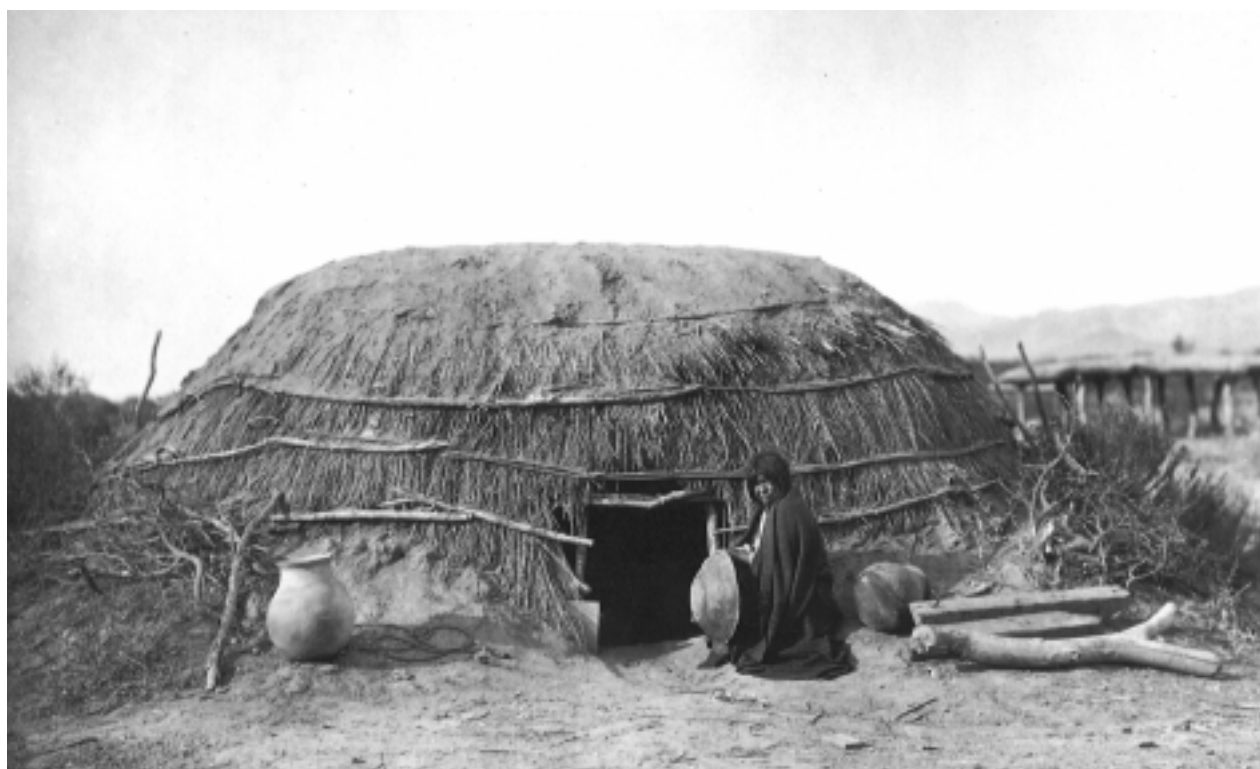
*Pima Ki (capanna pima); fotografia di E. S. Curtis, 1907.*

## Il diabete

Il diabete è una grave malattia che si accompagna ed è causa di morbilità e morte prematura. Vi sono due forme di diabete: il tipo 1 (chiamato anche diabete mellito insulina dipendente o IDDM) e il tipo 2 (diabete mellito non insulina dipendente o NIDDM). In entrambi i casi vi sono elevati livelli di glucosio nel sangue dovuti alla totale o relativa inefficienza dell'insulina, un ormone prodotto dal pancreas. L'insulina è un regolatore molto importante del metabolismo: quando il cibo viene digerito nello stomaco e nell'intestino, i carboidrati vengono trasformati in zuccheri più semplici tra cui il glucosio, e le proteine in aminoacidi. Glucosio ed aminoacidi entrano direttamente nel flusso sanguigno, per cui i livelli di glucosio dello stesso si alzano; l'innalzamento dei livelli di glucosio segnala alle importanti cellule beta del pancreas di secernere insulina che entra a sua volta nel flusso sanguigno. L'insulina permette al glucosio e agli aminoacidi di entrare, insieme ad altri ormoni, nelle cellule del corpo soprattutto quelle dei muscoli, dove vengono bruciati per fornire energia o immagazzinati per un uso futuro. Quando i livelli di glucosio scendono, il pancreas riduce la produzione di insulina.

Il diabete di tipo 2 è di gran lunga il più comune, riguardando circa il 90% dei casi. Circa 16 milioni di americani hanno il diabete 2 e molti di loro non ne sono a conoscenza. Nella maggior parte dei casi i diabetici di tipo 2 producono quantità variabili (anche in norma) di insulina, ma presentano delle anomalie nelle cellule del fegato e dei muscoli che ne impediscono l'utilizzo. L'insulina attacca i ricettori delle cellule, ma il glucosio non vi penetra, una situazione nota come "resistenza all'insulina". Poiché molti pazienti col diabete di tipo 2 sembrano incapaci da secernere abbastanza insulina da superare la resistenza insulinica, ne consegue che, in questo caso, anche le cellule beta del pancreas presentano dei difetti.

Tre sono i fattori che si pensa siano coinvolti nello sviluppo dell'obesità e della resistenza all'insulina che provocano il diabete di tipo 2: la presenza di acidi grassi liberi, di leptina e il fattore di necrosi tumorale (TNF).





---

*Ragazze dell'AIM. Pine Ridge, South Dakota. Foto di Lars Hejll.  
A p. 44: Pow-wow, South Dakota. Foto di Lars Hejll.*

## Scandali

## Sterilizzazione negli anni '70: un genocidio?

*Una serie di episodi deontologicamente discutibili fecero gridare i militanti indiani al genocidio, ma senza alcun fondamento reale.*

Micol Brazzabeni

Nell'estate 1977 una serie di articoli sulla sterilizzazione forzata di donne indiane usciva su *Akwesasne Notes*, rivista della Nazione Mohawk, all'epoca il più diffuso giornale militante indiano, che li riprendeva da un giornale cattolico. "Uccidendo il nostro futuro" denunciava apertamente la campagna promossa dall'HEW, il Dipartimento della Sanità, Pubblica Istruzione e Assistenza Sociale (negli USA riuniti sotto un unico ministero) a favore della sterilizzazione femminile a scopo di controllo demografico, rivolta soprattutto alle donne povere e appartenenti alle minoranze di colore, tra cui le native americane. In Canada, intanto, un prete cattolico rendeva nota la sterilizzazione di donne inuit. Era l'epoca in cui scienziati e demografi discutevano della "bomba demografica" e la capacità del pianeta di sopportarla, mentre negli USA e nel Terzo Mondo gruppi come le Pantere Nere, la Nazione dell'Islam e altri militanti etno-nazionalisti, propugnavano la crescita demografica come mezzo per sopraffare i bianchi numericamente. Dal canto suo l'AID, l'agenzia per lo sviluppo internazionale, un ramo del Dipartimento di Stato statunitense, affermava che la povertà e la fame nel mondo sono il risultato della sovrappopolazione e gestiva la

metà dei fondi mondiali per il controllo demografico. Tra il 1969 e il 1974 il bilancio della pianificazione familiare dell'HEW passava da 51 a oltre 125 milioni di dollari, mentre tra il 1970 e il 1977 la sterilizzazione femminile negli USA aumentava quasi del 300%, secondo Jordan Barnett, autore di "L'AID verso i programmi di sterilizzazione" pubblicato su *Akwesasne Notes*.

Il 27 maggio 1977 apparve sul giornale cattolico *National Catholic Reporter* di Mankato, Minnesota, un articolo a firma di Gail Markjarvis dal titolo "Il furto della vita", poi ripreso da *Akwesasne Notes*, in cui si raccoglieva la denuncia di una dottoressa choctaw-cherokee di Los Angeles, Connie Uri sulla sterilizzazione di donne indiane "in buona salute". La Uri "cominciò ad accusare il governo di genocidio e a sollecitare un'indagine senatoriale". L'indagine, svolta dal senatore James Abourezk, democratico kennediano del South Dakota, politicamente molto amico dei nativi americani, sulla politica di controllo delle nascite tramite sterilizzazione praticata dall'IHS, il servizio sanitario indiano, dimostrò che la Uri aveva scoperto in effetti un grosso bubbone. Preoccupato per la destinazione dei fondi pubblici, il GAO, l'Ufficio Generale di Contabilità federale, promosse una sua indagine su quattro delle 12 aree servite

dall'IHS e calcolò che nelle aree di Aberdeen, Albuquerque, Oklahoma City e Phoenix tra il 1973 e il 1976 erano state sterilizzate 3.406 donne indiane, tra cui 36 sotto i 21 anni. La Uri proclamava cifre allarmistiche e sosteneva che oltre un quarto delle donne native era stato sterilizzato, lasciando, all'epoca, solo 100.000 indiane in età fertile: "È un problema gravissimo, perché ci sono così pochi indiani, meno di un milione. Noi non siamo come le altre minoranze, che hanno un pool genetico in Africa o in Asia. Quando ce ne siamo andati, tutto è finito". Naturalmente la Uri, come nazionalista etnica, rifiutava l'idea che gli indiani provengano dall'Asia e dalla Polinesia (vedi HAKO 18, La guerra delle ossa) e che quindi dispongano di un ottimo pool genetico, qualunque cosa ciò possa significare nel XXI secolo. Il senatore Abourezk, da parte sua, rinforzava il concetto di protezionismo etno-genetico, dichiarando che, considerata la scarsa presenza numerica degli indiani americani, la sterilizzazione di circa 3.000 indiane corrisponderebbe a quella di circa mezzo milione di altre etnie. Le statistiche dell'HEW mostrano che negli anni '70 furono sterilizzate annualmente, sotto l'egida dei programmi a finanziamento federale (con il rimborso del 90% agli stati) circa 150.000 donne a basso reddito: secon-



do *Akwesasne Notes* (1982) di queste il 15% erano bianche, il 24% afroamericane, il 35% portoricane e il 42% indiane. Tuttavia, secondo lo stesso giornale, gli aspetti eticamente meno accettabili risiederebbero nel fatto che la maggior parte degli interventi furono eseguiti senza un reale consenso o una reale consapevolezza dell'irreversibilità dell'operazione da parte delle donne, nonostante i regolamenti governativi richiedessero un consenso informato. Comunque, nel 1974, il Congresso precisava che la sterilizzazione è da definirsi "volontaria" solo quando è possibile affermare che una persona ha avuto a propria disposizione le informazioni necessarie per prendere una decisione e le "capacità mentali" per comprendere il significato e le conseguenze dell'azione che sta per intraprendere. Effettuare un'operazione di sterilizzazione in condizioni non aderenti alla legge sarebbe stato, al contrario, un caso di coercizione.

A questo punto vale la pena di proporre una serie di spunti alla riflessione. Per esempio, c'è il caso della donna alcolizzata con due figli che le erano stati tolti dal tribunale e dati in adozione. Un medico, a cui si era rivolta, la consigliò di farsi sterilizzare e lei (aveva 20 anni) seguì il consiglio. A 26 anni, la donna si era disintossicata e si era risposata. Voleva figli dal nuovo marito, così si rivolse a una dottoressa di Los Angeles, Connie Uri e le chiese di poter fare un trapianto dell'utero. Quando seppe che (all'epoca) ciò non era possibile, ne fu sconvolta. In seguito divorziò. Questo, a detta della Uri, fu il caso che le aveva fatto avviare la sua indagine. A parte il fatto che ancora oggi, anche in Italia, i medici tendono a preferire l'isterectomia alla legatura delle tube, per ragioni ideologiche ed economiche, è possibile ottenere un consenso "informato" da una semi analfabeta alcolizzata? Casi di madri minorate psichiche rendono alquanto complicato dare risposte semplici. «Pochissime donne indiane chiedono di essere sterilizzate - affermava la Uri - in quasi ogni situazione ci si rivolge alla donna in modo autoritario e coercitivo; è facile farlo perché le donne hanno molta



fiducia nei medici». Questo è vero a prescindere dalla razza e dal sesso ed era ancor più vero prima che il movimento femminista mettesse a nudo la disparità di potere e il sessismo della medicina ufficiale, mentre la diffusione della medicina alternativa mostrava quanto fosse autoritario il rapporto medico-paziente.

Nel suo articolo del 1977, "Uccidono il nostro Futuro", *Akwesasne Notes* faceva la seguente considerazione sul sistema sanitario americano: «In realtà un sistema capace di questo tipo di genocidio non ha bisogno dei classici "malvagi" come a teatro. Gli basta una rete di consulenti, impiegati e medici che siano convinti che fanno tutto ciò per una buona causa».

Ma cos'è il genocidio? In questo crimine, la cui definizione nasce direttamente dal clima politico della Seconda Guerra Mondiale, nell'articolo II della Convenzione per la Punizione e la Prevenzione del Crimine di Genocidio dell'ONU (1946), rientra «qualsiasi dei seguenti atti commessi con l'intento (corsivo mio) di distruggere, in tutto o in parte, un gruppo nazionale, etnico, razziale o religioso»

tramite uccisione, gravi danni fisici e mentali, maltrattamenti gravi calcolati per provocare la morte, «imposizione di misure per impedire le nascite» e adozioni forzate. Tuttavia, l'elemento critico è l'intenzione di distruggere gruppi definiti in termini di nazionalità, etnicità, razza o religione (Lawrence 1996; Stein 1998). All'interno di questa definizione i massacri di massa, compresa la bomba atomica, non sono genocidio; così, secondo Stein, le politiche di restrizione demografica in India tramite la sterilizzazione, a volte forzata, o in Cina, non sono genocidio perché l'intenzione non era di distruggere i gruppi esistenti in quanto tali, mentre le politiche naziste contro ebrei e zingari rientrano chiaramente nei termini dell'articolo II. Nell'articolo pubblicato dal *National Catholic Reporter* e poi da *Akwesasne Notes* la stessa dottoressa Uri «non crede che ci sia un preciso piano governativo, ma che le sterilizzazioni siano il risultato della mentalità contorta dei medici, che pensano che la soluzione alla povertà consista nel non permettere alla gente di nascere e pensano che per

avere una vita buona, dovresti nascere in un tenore di vita borghese. "Ma io non vorrei essere nata se questo fosse il mio requisito per vivere"» contesta Connie Uri la quale, godendo come medico di tale stile di vita, si guarda bene dal rinunciarci e grida, invece, al genocidio: «la popolazione indiana di questo paese sta diminuendo, non importa se le statistiche governative dicono il contrario».

Alain Destexhe (1995), ex presidente di *Medicins sans Frontières*, ribadisce che il genocidio è distinguibile da tutti gli altri crimini per la motivazione che vi sta dietro e non per l'ampiezza del massacro, per la sua barbarie o la conseguente infamia, tutte condizioni che non si verificano sicuramente nel caso della sterilizzazione delle donne indiane, che vengono convinte (plagiate?), non obbligate con la forza, in nome di un malinteso eurocentrismo maschilista e sessista, a sottoporsi a isterectomia in quanto genericamente "povere", non in quanto indiane e allo scopo, in sé lodevole, di migliorare il loro tenore di vita. La parola "genocidio" secondo Destexhe e altri fautori dell'uso restrittivo del concetto, è stato vittima di una sorta di inflazione verbale, applicato indiscriminatamente all'aborto, ai danni ecologici, alle epidemie, ecc. Il termine ha perciò perduto progressivamente il suo significato e sta diventando pericolosamente comune.

A queste considerazioni possiamo aggiungere alcuni dati dei censimenti dell'*U.S. Census Bureau*: quello del 1980 contava un po' meno di un milione e mezzo di nativi americani, con una crescita del 72% rispetto agli anni Cinquanta e Sessanta, grazie al miglioramento delle cure sanitarie e dello standard di vita. Il censimento del 1990 stimava circa due milioni di indiani, inuit e aleutini, con un altro aumento del 37,9%, mentre nel 2000 ci si aspetta che gli indiani superino i due milioni e mezzo che, secondo molti demografi, è la cifra degli indiani che occupavano gli attuali Stati Uniti nel 1492 (in Canada gli indiani hanno superato la cifra stimata al tempo della scoperta in questo ultimo decennio). Bisogna riconoscere che questo incredibile aumento demografico non è

stato solamente biologico, per le migliorate condizioni di salute e diminuzione del tasso di mortalità, ma anche - secondo alcuni soprattutto - burocratico, in quanto il censimento si basava sull'auto-certificazione etnica. Negli anni '70 e soprattutto '80 molti *mixed blood* (sanguemisto), che in altri tempi avrebbero optato di passare per bianchi, grazie alla maggior "consapevolezza etnica", favorita dal movimento pan-indiano e dall'alluvione di denaro federale stanziato durante le presidenze Johnson, Nixon e Carter soprattutto, migrarono "biologicamente" e si dichiararono indiani. A prescindere da questo fenomeno, comunque, resta il fatto che l'aumento considerevole della popolazione nativa americana degli USA è in linea con i dati di tutto il continente, che vedono gli indiani come il gruppo etnico a maggior incremento naturale delle Americhe. Una controprova è data dal fatto che le riserve cominciano ad essere drammaticamente "strette" a causa dell'incremento demografico: proprio durante gli anni Settanta scoppiava l'ultima fase della contesa tra hopi e navajo, che vedeva le due tribù lottare per la terra hopi invasa dai navajo, tuttora in crescita tumultuosa. Benché meno vistoso, il problema si poneva per tutte le tribù del Sudovest e questo proprio in due delle aree dove l'IHS, la sanità indiana, aveva promosso le sterilizzazioni, cioè le aree di Phoenix e Albuquerque.

Come in ogni giallo si deve alla fine svelare chi è il colpevole, anche per questi fatti si richiede una riflessione finale. La campagna stampa ripresa dal giornale indiano *Akwesasne Notes* era nata da una serie di articoli pubblicati da un giornale cattolico. Ora è nota l'ostilità cattolica per qualsiasi forma di pianificazione familiare, educazione sessuale e prevenzione: a maggior ragione lo era in un'epoca che, grazie al movimento femminista, aveva visto il passaggio della legge sull'aborto. Contemporaneamente, negli ambienti radicali più o meno di sinistra si condannavano le politiche americane nel Terzo Mondo, favorevoli al controllo delle nascite, come neocolonialismo, mentre le femministe denunciavano il sessismo della medici-

na e molti militanti afroamericani invitavano le loro donne a fare più figli dei bianchi. Non si deve nascondere, peraltro, che negli ambienti scientifici americani è sempre esistita una corrente "eugenetica", che intende risolvere i mali sociali con soluzioni tecnologiche, senza mettere in dubbio le fondamenta di una società che crea tanti poveri. Così è comprensibile che all'interno del servizio sanitario indiano e delle varie "guerre alla povertà", certi medici, incentivati anche dalla prospettiva di fare pratica operatoria e di essere meglio pagati rispetto al diffondere pratiche anticoncezionali meno drastiche, si siano sentiti in dovere, convinti di essere paladini di una causa umanitaria, di castrare donne che avevano la "colpa" di essere povere. La rilettura dei fatti di quel periodo (England, Sullivan DeFine) d'altra parte, risulta assai poco convincente, perché continua a basare le sue considerazioni fondamentalmente sull'argomentazione "etnica".

È altrettanto chiaro, però, che il governo federale mise in moto i suoi anticorpi istituzionali, interrompendo in parte gli abusi, benché qualunque donna abbia avuto a che fare con i ginecologi sa che non è così facile ottenere dalla maggior parte di loro le informazioni per un consenso veramente "informato".

#### Bibliografia essenziale

Busatta, F. e S., *Meglio rosso che morto*, Padova, 1978; Akwesasne Notes, "Sterilization of Young Women Alleged at Indian Hospital" (Spring 1974); id., "Killing Our Future: Sterilization and Experiments" (Spring 1977); US Dept of HEW, *Indian Health Trends and Services*, GPO 1978; Dillingham B., "American Indian Women and IHS Sterilization Practices", in *American Indian Journal*, 1977; Sullivan DeFine M., "A History of Governmentally Coerced Sterilization: The Plight of the Native American Women", in <http://www.geocities.com/Capitol1Hill/9118/mike2.html>, 1997; England C.R., "A Look at the Indian Health Service Policy of Sterilization", <http://www.dickshovel.com/IHSSterPol.html>, 1972-1976.



---

Carlos Montezuma



## Medicina

## Tre medici indiani

*Charles A. Eastman, Carlos Montezuma e Susan La Flesche Picotte rappresentano tre storie personali di successo e un modello come mediatori culturali.*

Lorenza Macchion

Nella gelida notte di dicembre 1890 solo un medico era disponibile per i feriti e i dispersi sioux dopo il massacro di Wounded Knee, per organizzare in fretta e furia, insieme alla moglie bianca Elaine Goodale, una squadra di soccorso: il dr. Charles Alexander Eastman (*Ohiyesa*), dakota santee. Nato in Minnesota nel 1858, Eastman perse ben presto la madre, mentre il padre partecipava all'insurrezione dei santee del 1862 e veniva imprigionato per diversi anni. Rifugiatosi con la nonna presso i parenti dakota del Manitoba settentrionale, Canada, il ragazzo visse colà gli anni più romanticamente ricordati in innumerevoli scritti, anche se cercherà di dare l'impressione che la storia si svolga nel Minnesota dal turbinoso sviluppo e non tra i solitari boschi canadesi. Suo padre, Moltis Fulmini, in prigione si era convinto che l'unico futuro per gli indiani stava nel cristianesimo e nell'adozione della cultura europea. Una volta uscito, andò a prendere il figlio, che intanto si era guadagnato il nome di *Ohiyesa*, "vincitore", in una partita di lacrosse, e lo mise a studiare in una scuola presbiteriana a Flan-dreau, South Dakota, dove si era stabilito vicino a una comunità santee. *Ohiyesa*, battezzato Charles Alexander Eastman, fu aiutato da vari intellettuali e riformatori religiosi a frequen-

tare il college e infine si laureò in medicina nel 1890 presso la *Boston University Medical School*. Ottenne subito un posto come medico presso la riserva lakota sioux di Pine Ridge, South Dakota, dove incontrò la Goodale, sovrintendente scolastica delle scuole indiane, che parlava bene il lakota ed era una riformatrice militante, e la sposò. Eastman si trovò ben presto in contrasto con i superiori per la gestione militare delle "turbolenze" della Danza degli Spettri e il massacro di Wounded Knee e in generale per la gestione della riserva da parte dell'Ufficio Affari Indiani (BIA). Licenziato, si trasferì con la moglie e il figlio neonato a St. Paul, Minnesota, dove passò facilmente l'esame dell'ordine dei medici e si mise a praticare in proprio. Ebbe però problemi: dovette dimostrare in tribunale di avere i titoli per la professione o forse St. Paul era più razzista di Chicago o del Nebraska, dove esercitavano i suoi colleghi indiani. Fatto sta che Eastman si mise a fare l'organizzatore nelle riserve per l'YMCA, l'organizzazione giovanile maschile protestante; la paga era buona, ma doveva stare lontano dalla famiglia, così diede le dimissioni e nel 1899 lavorò per un anno alla scuola indiana di Carlisle, Pennsylvania come medico e poi tornò nel servizio indiano come medico della riserva sioux di Crow Creek, SD, dove ebbe molto

successo nel convincere gli indiani a farsi vaccinare. Ma nel 1901 fu licenziato di nuovo per aver aiutato i residenti a formulare le loro proteste contro il governo. Venne quindi posto a capo di un programma per dare ai sioux nomi americani necessari, secondo il punto di vista assimilazionista delle autorità, in vista dell'acquisizione della cittadinanza, cosa che Eastman condivideva e propugnava a spada tratta. Abbandonata ogni velleità di medicina, che evidentemente lo appassionava molto meno della politica, al contrario di Carlos Montezuma e Susan La Flesche, in questo periodo cominciò a scrivere, fornendo una visione fortemente moraleggiante e romantica della vita indiana: «L'indiano del Nord America era il tipo più nobile di uomo pagano e non civilizzato ... L'indiano ora non esiste più come uomo allo stato di natura e libero», scriveva nella dedica a *Indian Boyhood* del 1902. Questo punto di vista era condiviso dagli amici politici *liberal*, dai riformatori religiosi e dagli intellettuali della Massoneria di cui era membro. Dedicatosi del tutto alla politica con l'aiuto della moglie, Eastman fu tra i fondatori del SAI (la Società degli Indiani Americani) e, in seguito, del *Tepee Order of America* (cfr. HAKO 17 e 18). Oscillante sempre tra due mondi, l'infanzia indiana idealizzata e l'adesione ideologica, benché frustrata in parte, al mondo

riformista della Nuova Inghilterra e di Washington, Eastman alla fine divorziò dalla moglie e si ripiegò su posizioni sempre più reazionarie e razziste contro immigrati, cattolici e afroamericani. Abbandonata infine anche la politica attiva, si nascose tra i boschi del Wisconsin, a Stony Lake, dove morì nel 1939.

Di tempra anche più combattiva fu Carlos Montezuma, detto Monty o “il focoso apache”, lo yavapai apache nato in Arizona nel 1865 circa e venduto per trenta dollari da tre prima al fotografo napoletano Carlo Gentile (cfr. HAKO 10).

Adottato da Gentile, il bambino Wassaja (colui che fa segnali) fu battezzato con rito cattolico come Carlos Montezuma e poi fatto studiare presso varie scuole protestanti da un italiano anticlericale e agnostico, ma convinto che il figlio indiano avesse brillanti capacità. Alla fine Montezuma si laureò in chimica all'università dell'Illinois nel 1884 con una tesi

sull'oppio e i suoi derivati e prese la specializzazione in medicina nel 1889 alla *Chicago Medical School*. Pur essendo un personaggio alquanto pugnace, Montezuma non ebbe i problemi a esercitare di Eastman e lavorò nel servizio pubblico e in privato per tutta la vita. Non venne discriminato come indiano, ma piuttosto come “italiano”, un *dago*, termine spregiativo usato contro di lui non solo nelle risse di strada, ma anche dall'ex amante, militante del SAI e scrittrice sioux Gertrude Bonnin *Zitkala-Sa*.

Dopo vari mesi di pratica privata Montezuma entrò nel Servizio Indiano (BIA) presso la *Fort Stevenson Indian School*, North Dakota, nell'agenzia Western Shoshone, Nevada, nell'agenzia Colville, stato di Washington, la banda del Fiume Columbia di Capo Moses e la banda nez perce di Capo Giuseppe. Lavorò anche come medico residente per due anni e mezzo presso la famosa *Carlisle Indian School* in Pennsylvania,

fondata dal generale Pratt, uomo per cui Montezuma ebbe una profonda stima e amicizia e di cui condivideva in gran parte le idee. Come medico della squadra sportiva di Carlisle e tramite l'esperienza maturata nelle riserve, Montezuma si era convinto che il sistema delle riserve era nefasto e che il BIA andava abolito quanto prima. In *Let My People Go* sostenne che le riserve sono «un rovinoso fantasma per gli indiani, un ingannevole sogno di speranza... una trappola che porta gli indiani alla rovina». La strada per la libertà, ripeterà attraverso le pagine del suo giornale *Wassaja* (1916-1923), che riprende il suo nome indiano “Segnali”, stava nell'entrare nella “civiltà” (americana), abbandonando il “wigwam” e ottenendo la cittadinanza. Tra i fondatori del SAI, Montezuma avrà presto rapporti burrascosi con gli altri membri e non si stancherà mai di attaccare l'associazione, che aveva anche indiani membri del BIA tra i suoi iscritti, pur condividendone la visione positiva e romanticizzata del passato aborigeno d'America. Lasciata Carlisle, pur accalorandosi con la politica, Montezuma tornò a Chicago per dedicarsi del tutto alla pratica medica privata, tenendo anche dei corsi all'università. Medico ben noto negli affari cittadini, era un massone di sufficiente importanza da meritarsi alla morte un monumento funebre massonico.

Nel 1922 ottenne di essere iscritto ai ruoli tribali di Ft. McDowell, Arizona, dove si era trasferito a causa dello stato di salute, come mohave-apache (altro nome degli yavapai) e visitò la Skeleton Cave, sito del massacro del 1871. Qui recuperò le ossa abbandonate degli 80 yavapai uccisi dall'esercito e le fece seppellire a Ft. McDowell. Per caso uno dei sopravvissuti era un suo cugino, Hoomothya, diventato poi scout dell'esercito, maestro di scuola e allevatore di successo. Il 31 gennaio 1923 Wassaja - Carlos Montezuma moriva di diabete e tubercolosi.

Susan La Flesche Picotte fu la prima donna medico indiana degli USA. Nata nel 1865 in un tepee nella riserva

---

Charles A. Eastman.



Susan La Flesche Picotte.

omaha del Nebraska, era la quinta e più giovane dei cinque figli dell'ultimo capo supremo omaha Joseph La Flesche - Iron Eye e di sua moglie Mary - One Woman. Suo padre, un sanguemisto franco-indiano, credeva fortemente nel valore dell'istruzione come chiave del successo in America e fece studiare i figli. L'unico maschio, Francis, divenne antropologo e collaborò con Alice Fletcher nella famosa monografia *The Omaha* per lo Smithsonian Institution (1905-1906). Susan seguì la sorella maggiore Susette "Bright Eyes", in seguito nota attivista politica, nell'*Elizabeth Institute* per signorine nel New Jersey, dopo aver frequentato le scuole della riserva. Dopo tre anni andò al celebre *Hampton Institute* per indiani e afroamericani in Virginia e si diplomò col massimo dei voti, ottenendo anche una medaglia d'oro in riconoscimento nel 1886. Con una borsa di studio della *Women's National Indian Association* (WNIA), fondata nel 1880 da femministe e riformatrici americane, Susan entrò al *Woman's Medical College of Pennsylvania* a Filadelfia, completò in soli due anni il corso triennale e si laureò prima del suo corso nel 1889. Fece un anno di internato al *Woman's Hospital* a Filadelfia, poi tornò alla riserva omaha come medico scolastico, e in seguito medico tribale e missionario medico per la WNIA; il lavoro, viaggiare a cavallo per la riserva con qualunque tempo, era troppo faticoso per lei; dopo quattro anni diede le dimissioni e si trasferì con il marito Henry Picotte, un agricoltore franco-sioux, a Bancroft, Nebraska, dove esercitò come medico privato per bianchi e indiani e allevò i due figli, Caryl e Pierre. Caryl seguì poi la carriera militare e divenne tenente colonnello.



Dopo la fondazione di Walthill, su terra della riserva, nel 1906, Susan fu tra i primi residenti e andò in delegazione a Washington, ottenendo per legge che nessun lotto di terra di riserva venduto a scopo abitativo ospitasse negozi di liquori, in questo aderente allo spirito proibizionista delle sue patronne del WNIA. A Walthill divenne una delle anime della comunità, attiva nella chiesa presbiteriana e nel club femminile, fu una delle organizzatrici della Società Medica della contea e presidente del locale consiglio sanitario. Diventata il vero capo degli omaha, una tribù che tradizionalmente non avrebbe mai seguito una donna, fu anche missionario medico del *Presbyterian Board of Home Missions*, sotto i cui auspici fondò nel 1913 un ospedale a cui venne dato il suo nome, dopo la morte. Nonostante la cura della famiglia e la lunga malattia del marito, non cessò mai di darsi da fare a livello sociale,

soffocando gli intensi dolori che un'infezione alle ossa del volto le procurava e che infine la portò alla morte a 50 anni, nel 1915. Anch'ella appartenne a due culture, di cui cercò di interpretare, come mediatore culturale, i lati migliori. Fu perciò giusto che al funerale officiassero pastori presbiteriani, ma che la preghiera di chiusura fosse pronunciata da un anziano omaha nella sua lingua.

#### Bibliografia essenziale

"If you knew the conditions" *Health Care to Native Americans*. An Exhibit at the National Library of Medicine, [http://www.public.nlm.nih.gov/exhibition/if\\_you\\_knew/if\\_you\\_knew\\_](http://www.public.nlm.nih.gov/exhibition/if_you_knew/if_you_knew_); Eastman C. A., *L'animata dell'indiano*, Milano, 1983; Marino C., *The Remarkable Carlo Gentile*, Nevada City, CA, 1998.



## Recensioni e novità

James B. Waldram, D. Ann Herring,  
T. Kue Young

### Aboriginal Health in Canada

*Historical, Cultural and  
Epidemiological Perspectives*

University of Toronto Press

Numerosi studi, inchieste e statistiche accumulate negli anni hanno dimostrato lo scarso grado di salute dei popoli indigeni in confronto al resto della popolazione canadese. Questo problema ha fatto scaturire accuse di negligenza, indifferenza e persino genocidio contro il governo federale e la società canadese nel suo complesso da parte dei gruppi indigeni e dei loro sostenitori, anche se nessun trattato o accordo ha mai previsto una voce "sanità" e agli indiani (e di conseguenza agli inuit e ai métis) l'assistenza sanitaria è sempre stata pagata dai contribuenti canadesi in nome di principi umanitari e solidaristici. *Aboriginal Health in Canada* è il primo libro che analizza storicamente a livello nazionale il problema della salute degli indigeni d'America. Esplora la complessa rete di fattori fisiologici, psicologici, spirituali, storici, sociologici, culturali, economici e ambientali che contribuiscono a formare il quadro sanitario aborigeno. Gli autori analizzano i cambiamenti nella salute indiana prima e dopo il contatto europeo, i sistemi medici e il ruolo della medicina all'interno delle varie culture indigene e delineano il rapporto tra politica e organizzazione dei servizi sanitari per gli indiani. Esaminano inoltre, la situazione sanitaria odierna, mettendo in luce la necessità di comprendere il contesto storico e culturale delle tematiche della salute. Infine, trattano con efficacia le tematiche contemporanee delle tradizioni curative aborigene, l'autodeterminazione e il controllo indigeno della salute e gli attuali trends politico-sanitari. Un libro indispensabile, adatto anche ai non specialisti.



Sopra: "Bambino grasso". Cultura olmeca.

Al centro: Maschera funeraria di Pacal. Tempio delle Iscrizioni, Palenque, Cultura maya.

Sotto: ceramica precolombiana. Collezione Lunardi, Genova.

Duane Niatum

### The Crooked Beak of Love

West End Press

Questa collezione di poesie, alcune inedite e altre già pubblicate, è la sesta opera poetica di Duane Niatum. Tra esse vi è la serie "Storie della Luna" sostanzialmente riscritta.

Considerato uno degli scrittori nativi americani più dotati di talento, Niatum in questo volume estende la sua gamma poetica, fondendo insieme i versi di trent'anni di ricerca appassionata e la testimonianza dei rischi del cuore, della mente e del corpo, soprattutto nella sezione "L'Amore cambia lo Spirito e la Danza". Vivendo a Seattle, Niatum è stato influenzato dalla vita e dalle storie del nonno appartenente alla tribù dei Clallam. Ottenuto il Ph.D. in Cultura Americana all'Università del Michigan, ha insegnato come *Visiting Professor* in otto università e college, ha vinto sette premi letterari e uno *Smithsonian Community Scholar Grant* e ha letto le sue poesie al Festival Internazionale di Poesia e alla Biblioteca del Congresso. È stato anche curatore della prestigiosa antologia poetica indiana *Harper's Anthology of 20th Century Native American Poetry*.

### Prossimamente

**Indiani, africani e afroamericani**

**Indiani e New Age**