

Riflessioni sulla musealizzazione delle medicine tradizionali

Anna Siri

Reflections on the musealization of indigenous traditional medicines

Abstract

The anthropological analysis of the musealization of indigenous traditional medicines raises questions about how to depict the complexity of situated knowledge without simplifying or distorting its meaning. How can therapeutic objects be displayed without removing them from the relational and cosmological contexts that make them significant? What role can museums play in shaping new models of health that integrate symbolic, ecological, and social dimensions? This article calls for a paradigm shift: replacing objectification with listening, and preservation with dialogic reactivation. Museums can become generative spaces where different epistemologies meet and contribute to culturally sensitive and ecologically sustainable healing practices when source communities participate in managing and interpreting the knowledge on display.

Keywords: museums, traditional medicine, anthropology, culture, dialogue

1. Uno sguardo antropologico ai mondi e ai modi della cura

Ogni cultura, nel corso della propria storia, ha elaborato specifiche forme di sapere e di pratiche per affrontare la malattia, per interpretarla e tentare di curarla. Le modalità con cui una società definisce ciò che è “salute” o “malattia” e le strategie terapeutiche adottate, sono strettamente legate al proprio sistema simbolico, alle credenze e alla propria organizzazione sociale¹. Parole, gesti, sguardi, silenzi, lacrime, sorrisi: la leggerezza, la delicatezza, la fragilità nella relazione di cura sono elementi che costituiscono l’anatomia invisibile di ogni gesto autentico di cura.

Sebbene alcune patologie possano essere comuni in una società e sconosciute in un’altra, e nonostante le differenze nella distribuzione di salute e malattia tra individui e gruppi, la vulnerabilità del corpo è una costante dell’esperienza umana². Le esperienze di sofferenza, il tentativo di alleviarle e i gesti di cura sono a seconda dei contesti culturali in cui si manifestano³.

¹ Good, 1999, p. 17.

² Kleinman, 1980, p. 24.

³ Guerci, 2007

In Occidente, quando abbiamo dolori articolari, febbre e raffreddore per alleviare i sintomi, di norma, assumiamo farmaci sperimentati ben documentati⁴. Un approccio efficiente che però trascura la dimensione narrativa della malattia.

In altri contesti, sintomi analoghi conducono a un percorso terapeutico radicalmente diverso. Un *nele* (sciamano dei popoli Guna di Panama) o un *meraya* (guaritore degli Shipibo-Conibo amazzonici) intonerebbero icaros - canti sacri che, secondo la cosmologia indigena, operano su tre livelli: quello fisico, attraverso le vibrazioni sonore che modulano la risposta neurovegetativa, quello sociale, ricostruendo la rete relazionale del paziente, quello spirituale, riarmonizzando l'equilibrio con il mondo invisibile⁵.

Queste pratiche non sono semplici “alternative folkloriche”, ma sistemi medici complessi che integrano conoscenze ecologiche (uso di piante con effetto farmacologico verificato), adottano modelli eziologici olistici (spiegazioni della malattia che connettono corpo, comunità e cosmo) e mantengono funzioni preventive attraverso rituali di mantenimento dell'equilibrio⁶.

Queste pratiche dimostrano che ciò che la biomedicina classifica come “sintomi”, in molte culture, vengono concettualizzati come segnali di squilibri relazionali (uomo-ambiente-comunità), opportunità di riorganizzazione sociale, eventi dotati di significato narrativo.

Come nota Arthur Kleinman⁷, mentre la medicina occidentale opera principalmente sul piano della *disease* (alterazione fisiologica), i sistemi tradizionali agiscono simultaneamente sul livello dell'esperienza soggettiva (*illness*) e della dimensione sociale (*sickness*). Questa complementarità, più che contrapposizione, è oggi riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle sue linee guida per la medicina integrata⁸.

Ancora: un neonato rimasto orfano viene nutrito da una nonna, da una zia, o persino da una donna estranea alla famiglia, grazie al fenomeno fisiologico della *lactatio agravidica*, che consente la produzione di latte anche in assenza di una gravidanza. Questo fenomeno è chiamato anche *lactatio serotina* (lattazione tardiva) quando avviene in donne anziane. In molte culture tradizionali, questa possibilità rappresenta una risorsa preziosa per garantire la sopravvivenza del neonato attraverso legami affettivi e solidali che si estendono oltre l'atto del nutrimento⁹.

Presso alcune popolazioni, questa pratica biopsicosociale trasforma un meccanismo fisiologico in un atto di cura collettiva, dove l'elemento fisiologico (attivazione della prolattina attraverso stimolazione mammaria) si combina con

⁴ WHO, 2022.

⁵ Brabec de Mori, 2015; Gebhart-Sayer, 1985, p. 152.

⁶ Lévi-Strauss, 1963, p. 182.

⁷ Kleinman, 1980, p. 72 e ss.

⁸ WHO, 2014, p. 12.

⁹ Scarpa, 1937.

quello sociale (creazione di legami di parentela) e simbolico (trasmissione di anticorpi e microbiota attraverso il latte materno)¹⁰.

Come documentato da Dettwyler¹¹, in queste culture l'allattamento rappresenta un atto carico di significati simbolici: oltre a soddisfare bisogni fisiologici, funziona come un "linguaggio del corpo" che definisce legami di parentela (attraverso la condivisione del latte), rafforza reti di solidarietà femminile e unisce in modo inscindibile nutrimento fisico ed emotivo».

Nei contesti occidentali contemporanei, la risposta a situazioni simili è delegata a sostituti artificiali del latte e a protocolli standardizzati, con una progressiva marginalizzazione degli aspetti relazionali.

Questa dicotomia riflette due paradigmi distinti: un modello comunitario-olistico che considera il corpo come bene collettivo e la cura come pratica di reciprocità (es. il concetto andino di *ayni*) e un modello tecnico-individualizzato, dove vengono adottate soluzioni standardizzate con efficacia biochimica ma minor integrazione socio-relazionale.

In questa dimensione relazionale e gratuita, si riconosce quella che Peter Bowden definisce con forza "la tenerezza nella cura", ovvero la capacità di creare legami in grado di nutrire non solo il corpo, ma anche l'appartenenza e la fiducia¹².

In questo mosaico di pratiche terapeutiche, la cura si rivela sempre come un "fatto sociale totale"¹³, un atto che simultaneamente interviene sul corpo (dimensione biologica), riorganizza le relazioni (dimensione comunitaria) e riafferma cosmologie (dimensione simbolica). Possiamo interrogare il valore di una "leggerezza nella cura" come disposizione etica alla delicatezza e all'ascolto, lontana dalla superficialità. Questo approccio suggerisce anche una "cura della leggerezza", dove il gesto terapeutico si caratterizza per la capacità di non gravare sull'altro, rispettandone i tempi e i vissuti. L'atto del prendersi cura si configura così come una presenza sobria, capace di accogliere la fragilità con discrezione.

Come possiamo comprendere queste esperienze così diverse tra loro? Cosa le accomuna?

La risposta si può trovare nell'adozione di uno sguardo antropologico, capace di riconoscere che la diversità non è un ostacolo alla comprensione, ma una chiave per accedere alla ricchezza dei significati culturali che ogni pratica racchiude.

Esperienze differenti in ambito medico e terapeutico possono apparire lontane o persino inconciliabili, ma ciò che le accomuna è il fatto di essere tutte costruzioni culturali: espressioni di visioni del mondo, sistemi di valori, relazioni di potere e identità collettive.

¹⁰ Scarpa, 1953.

¹¹ Dettwyler, 1995, p. 58.

¹² Bowden, 1997.

¹³ Mauss, 1950; Mauss, 2002, p. 31.

La risposta antropologica si rivela non come ricerca di gerarchie, ma come esplorazione di epistemologie diverse¹⁴. Le differenze tra biomedicina e medicine tradizionali non sono gerarchiche (scientifico vs primitivo) ma epistemiche (modi diversi di costruire evidenza) e ciò che unisce uno sciamano e un oncologo è la performance di autorità terapeutica¹⁵: entrambi agiscono in “paesaggi morali” dove la terapia è atto semiotico prima che tecnico.

Comprendere antropologicamente le pratiche di cura significa allora riconoscere ciò che l'epidemiologo Sir Michael Marmot¹⁶ chiama ‘cause delle cause’ - il fatto che ogni gesto terapeutico, sia esso una chemioterapia o un canto sciamanico, è sempre un atto politico (riproduce o contesta rapporti di potere), un evento semiotico (crea significati condivisi) e una tecnologia dell'io che modella identità¹⁷.

In questa prospettiva, la ‘leggerezza’ diventa capacità di navigare queste multidimensionalità senza riduzionismi, come dimostrano le cross-cultural clinical guidelines dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che invitano a considerare non solo se la terapia funziona, ma come funziona per chi, in quale contesto di significato¹⁸.

Pensare antropologicamente significa riconoscere che la medicina non è un sapere universale, neutro o oggettivo, ma un costrutto culturale radicato in specifici contesti sociali e storici. Le pratiche di cura non sono soltanto interventi tecnici: sono atti simbolici, portatori di senso, efficaci non solo per le sostanze che impiegano ma per i significati che attivano. In quest'ottica, la cultura non rappresenta un ostacolo irrazionale alla scienza, bensì il fondamento stesso del sistema di valori da cui trae significato ed efficacia ogni azione scientifica¹⁹. Per comprendere la diversità delle esperienze di cura, bisogna avvicinarsi con rispetto e consapevolezza alla pluralità dei mondi e dei modi con cui l'umanità ha cercato e continua a cercare armonia, benessere e salute.

Quando un rimedio o uno strumento tradizionale finisce in una teca di vetro di un museo, lontano dal contesto in cui è nato e utilizzato, cosa succede?

Il viaggio di questi oggetti non è solo fisico, ma anche culturale e simbolico: ciò che un tempo era parte integrante di un sistema vivente di conoscenze condivise diventa traccia, testimonianza, reperto esposto allo sguardo di un pubblico esterno. C'è il concreto pericolo che tutto questo si trasformi in una sorta di zoo antropologico, dove le tradizioni curative diventano curiosità da ammirare con distacco. Le spiegazioni sul pannello didattico rischiano di appiattire secoli di sapere

¹⁴ Geertz, 2019, p. 89.

¹⁵ Good, 1999, p. 53.

¹⁶ Marmot, 2005, p. 1100.

¹⁷ Foucault, 1992, p. 18.

¹⁸ WHO, 2022, p. 34.

¹⁹ Napier et al., 2014, p. 1612.

complesso in poche righe asettiche. L'oggetto cessa di parlare la lingua della comunità che l'ha creato, e impara invece il linguaggio accademico delle didascalie museali.

Ma se un museo smette di parlare di una cultura e comincia a parlare con quella cultura, ecco che accade qualcosa di straordinario, perché la distanza fisica dal luogo d'origine si annulla nella vicinanza promossa da un dialogo autentico. Il museo diventa spazio relazionale e si assume la responsabilità di accogliere e restituire la complessità dei saperi tradizionali senza tradirne lo spirito. Non si tratta quindi di una questione di allestimento, ma di una rivoluzione nel modo di concepire il rapporto tra istituzioni museali e saperi tradizionali.

In questo processo emerge, come un atto etico fondamentale, l'attenzione – “la forma più pura di generosità” secondo Cristina Campo – che incarna quella “capacità di rispondere per qualcosa o qualcuno”, essenza della relazione di cura²⁰.

Anche nel contesto museale, così come in medicina, l'attenzione deve tradursi in ascolto e restituzione non solo materiale, ma anche narrativa e simbolica. Questo avviene solo se vi è umiltà nel riconoscere che gli oggetti non appartengono al museo, che deve conservarli, ma anche farli vivere attraverso un dialogo continuo con le comunità di origine. È evidente che questo approccio esige un radicale cambio di prospettiva.

Ecco che l'antropologia ci invita a pensare alle collezioni mediche, e in genere alle collezioni etnografiche, come un nodo di una rete di relazioni, dove esporre significa anche interrogare, mettere in discussione, e, quando serve, ricucire. Questo ci fa capire che occorre una nuova forma di cura quando siamo di fronte a musei di medicine tradizionali dei popoli, non più limitata al corpo, ma estesa alla memoria collettiva, all'identità e ai legami tra i popoli. Una cura che si rivela non solo come atto tecnico, ma come gesto profondamente umano: un ponte tra culture e significati, dove la leggerezza diventa rispetto, e la fragilità si trasforma in forza condivisa.

2. Esporre la cura: il delicato compito dei musei della salute

Esistono ambiti in cui la musealizzazione richiede un'attenzione etica e culturale ancora più rigorosa del solito. Quando gli oggetti esposti sono legati alla salute, alla sofferenza e alla cura, ogni scelta – narrativa, estetica, interpretativa – può influenzare profondamente la percezione e la valorizzazione di quei saperi. La sfida è restituire la complessità dei contesti originari senza scivolare nella spettacolarizzazione o nella semplificazione.

In questo è impegnato da tempo il Museo di Etnomedicina Antonio Scarpa dell'Università di Genova, unico nel suo genere. La sua collezione è il frutto di

²⁰ Campo, 1987, p. 45.

decenni di ricerca del medico-antropologo Antonio Scarpa, e raccoglie oltre 2000 oggetti, tra strumenti, testi, rimedi e materiali audiovisivi, di oltre 100 gruppi umani, legati alle diverse tradizioni mediche del mondo²¹. Gli oggetti non sono semplici reperti medici, ma testimonianze di saperi situati, dove anatomia, cosmologie, rituali e linguaggi si intrecciano. Ogni reperto museale si configura come un oggetto a significato stratificato: un farmaco, ad esempio, non è riducibile alla sua dimensione chimico-farmacologica, ma rappresenta un atto culturale, un gesto incorporato in una specifica visione del mondo. Il museo si distingue per un approccio metodologico che bilancia rigore scientifico e attenzione ai contesti di origine, evitando ogni forma di esotizzazione. Gli oggetti sono accompagnati da narrazioni documentate che ne restituiscono la funzione d'uso, il significato simbolico e il ruolo sociale all'interno dei sistemi terapeutici di provenienza.

L'obiettivo museale non si esaurisce nella conservazione del materiale, ma si estende a una riflessione critica sulla medicina stessa, evidenziando saperi e pratiche spesso marginalizzati o esclusi dalle epistemologie biomediche dominanti. Questa prospettiva è stata formalmente riconosciuta con l'istituzione, nel 2013, della Cattedra UNESCO in "Antropologia della Salute, Biosfera e Sistemi di Cura", che promuove un dialogo transdisciplinare tra saperi medici differenti. In tale contesto, il Museo di Etnomedicina "Antonio Scarpa" si configura come un nodo culturale di riferimento per la valorizzazione dei patrimoni bioculturali, secondo una prospettiva ecomuseale integrata.

La finalità epistemologica perseguita non si limita alla documentazione, ma implica la riattualizzazione critica delle tradizioni mediche, considerate come risorse potenziali per lo sviluppo di modelli di cura contemporanei, culturalmente sensibili ed ecologicamente sostenibili. Il Museo e la Cattedra operano in sinergia all'interno di una rete internazionale di musei ed ecomusei tematici dedicati alla salute e all'etnobotanica, impegnati nella valorizzazione del patrimonio bioculturale attraverso attività di ricerca transdisciplinare, partecipazione attiva delle comunità di riferimento, scambio di buone pratiche e promozione di forme di turismo esperienziale responsabile. In tale prospettiva, musei ed ecomusei si configurano come piattaforme operative per la salvaguardia e la riattivazione dei saperi etnomedici, a beneficio delle comunità locali e globali.

In questa rete annoveriamo, ad esempio, il progetto Hampi Muya nel Santuario Storico di Machupicchu. Questo giardino etnomedicinale rappresenta una sintesi avanzata tra archeologia, etnobotanica, etnomedicina e conservazione del patrimonio. Si sviluppa come estensione all'aperto del percorso museale esistente secondo una visione olistica del paesaggio culturale andino-amazzonico²². Le fondamenta teoriche di questo approccio affondano negli studi archeologici degli anni

²¹ Scarpa, 1994.

²² Bastante, 2018, p. 147.

‘50 sulla nozione di “luogo sacro” nelle Ande²³, che per primi evidenziarono la relazione simbiotica tra elementi naturali e cosmovisione indigena, concetto poi formalizzato nel riconoscimento UNESCO di Machupicchu come sito di eccezionale valore universale nel 1983.

L’impianto museografico realizza una perfetta continuità tra la ricostruzione della farmacopea incaica precoloniale e le pratiche etnomediche contemporanee ancora praticate nelle sei sezioni tematiche disposte su piattaforme terrazzate e dimostra come l’antico sistema di gestione dei biocorridori²⁴ abbia influenzato gli odierni modelli di uso sostenibile della biodiversità²⁵.

La sezione dedicata alle Piante Maestre è di particolare rilevanza scientifica, in essa convergono analisi etnofarmacologiche, studi sulla sacralizzazione del paesaggio e una rivoluzionaria museografia vegetocentrica che ribalta il tradizionale paradigma antropocentrico²⁶. Operativamente, il progetto funge da interfaccia tra saperi tradizionali documentati secondo gli standard UNESCO²⁷ e innovazione sociale, in quanto promuove filiere comunitarie per prodotti nutraceutici e biocosmetici²⁸. Questo modello di gestione di un paesaggio culturale fa comprendere come i siti patrimoniali da semplici spazi espositivi possono diventare laboratori attivi di innovazione bioculturale, dove la ricerca scientifica si traduce in concrete pratiche di sviluppo sostenibile.

Come ci ricorda Arjun Appadurai, la cultura non è mai un museo di significati cristallizzati, ma un laboratorio permanente dove si incontrano - e a volte si scontrano - le stratificazioni del passato e le proiezioni del futuro²⁹. Ogni strumento terapeutico, ogni ricetta tradizionale esposta nelle vetrine del museo porta con sé questa doppia vita: da un lato è documento di un sapere antico, dall’altro è promessa di possibilità ancora da esplorare.

In questa prospettiva, un museo come il Museo di Etnomedicina Antonio Scarpa, in connessione a un ecomuseo, se pur geograficamente lontano, come il giardino etnomedicinale nel Santuario Storico di Machupicchu, diventa un dispositivo dinamico, capace di riattivare significati.

Questa tensione feconda tra radici e orizzonti trasforma il museo da deposito di memorie a spazio di sperimentazione. Quel pettine rituale usato dagli sciamani siberiani, quella preparazione erboristica amazzonica: ciò che oggi cataloghiamo come ‘tradizione’ fu un tempo innovazione radicale, e potrebbe diventare ancora risorsa per immaginare nuove forme di cura.

²³ Pardo, 1957, pp. 112-115; Reinhard, 1983, p. 154.

²⁴ Bastante, 2018, pp. 134-138 e 141-145.

²⁵ National Research Council, 1989.

²⁶ Hall, 2011, p. 112 e 155.

²⁷ UNESCO, 2003.

²⁸ Gavazzi et al., 2019, p. 34.

²⁹ Appadurai, 2014, p. 81.

Il vero compito della cura musealizzata diventa allora custodire non solo gli oggetti, ma far sì che il dialogo tra i saperi non si interrompa, che le pratiche esposte continuino a interrogare la nostra idea di salute, a sfidare i nostri paradigmi terapeutici. Come le culture vivono di questo movimento perpetuo, così anche la medicina: bisogna onorare le eredità senza fossilizzarle e accogliere le trasformazioni senza cancellare le provenienze.

I musei che raccolgono testimonianze sulla salute e la malattia, quando abbandonano la logica dell'archivio per abbracciare quella del laboratorio, si trasformano in un crocevia dove i saperi terapeutici del passato germogliano in risposte per il futuro. Questo passaggio epocale dalla conservazione alla generatività ridefinisce radicalmente il concetto stesso di patrimonio: non più reliquia da custodire, ma linfa vitale che circola tra generazioni, tra discipline, tra memorie e innovazioni.

In questa prospettiva, la “promessa” del museo risiede nella sua capacità di trasformare la memoria in strumento di rigenerazione. La sfida allora è creare istituzioni abbastanza flessibili da essere al tempo stesso custodi e incubatori. Ecco che anche i musei che riguardano la medicina possono diventare il luogo dove la cura, intesa come atto insieme individuale, comunitario ed ecologico, ritrova la sua natura profonda di processo sempre in divenire.

3. Una sfida aperta

Se il primo paragrafo ha mostrato che la malattia è un'esperienza culturalmente mediata³⁰ e che le pratiche di cura sono “fatti sociali totali”³¹, e il secondo che i musei possono essere luoghi di “cura culturale”³², questa parte affronta la questione operativa: con quali strumenti costruire istituzioni all'altezza di questa sfida?

L'analisi antropologica ha evidenziato un paradosso: da un lato, le medicine tradizionali sono saperi viventi, radicati in relazioni comunitarie e contesti specifici (dalla lattazione agravidica come atto di resilienza collettiva agli icaros sciamanici come “tecnologia sonora della cura”³³); dall'altro, il museo tende a fissarli in oggetti statici, separati dalle reti di significato che li animano. Questo iato riflette storicamente rapporti di potere coloniale³⁴, gerarchie epistemiche³⁵ e processi di “spoliazione simbolica”³⁶.

³⁰ Kleinman, 1988, pp.3-5.

³¹ Mauss, 2002, pp. 155-157.

³² Peers & Brown, 2020, pp. 45-48.

³³ Brabec de Mori, 2015, p. 74.

³⁴ Sarr & Savoy, 2018, pp. 23-25.

³⁵ Fraser, 2009, pp. 112-115.

³⁶ Harrison et al., 2020, pp. 7-9.

L'approccio partecipativo proposto dai framework più avanzati (dalla curatela alla giustizia epistemica) non è una semplice "opzione tecnica", ma una necessità etica.

Se la cura si definisce nella relazione, allora anche la sua esposizione deve essere relazionale: non vetrina di oggetti, ma spazio di incontro tra saperi. Come progettare narrative immersive che restituiscano la multidimensionalità di un rituale di guarigione senza banalizzarlo? Come coinvolgere le comunità originarie non come "informatori" ma come decisori nella gestione del patrimonio? Come usare le tecnologie (dalla realtà aumentata agli archivi digitali) senza replicare dinamiche estrattive?

Le soluzioni ad oggi proposte³⁷ non sono ricette universali, ma sperimentazioni in divenire, che riconoscono un principio chiave: non esistono terapie senza contesto³⁸, e non dovrebbero esistere musei della cura senza relazione.

La "leggerezza nella cura" evocata da Hofmannsthal³⁹ – come forma di profondità dissimulata – e ripresa da Borgna come postura empatica e delicata⁴⁰, diventa anche metodo curatoriale: la capacità di entrare e uscire dalle storie degli altri con rispetto, di esporre senza appropriarsi, di documentare senza congelare.

La complessità delle pratiche analizzate – tra *embodied knowledge*⁴¹, cosmologie locali e saperi situati – solleva il problema cruciale della musealizzazione: come esporre senza disincarnare? Come tradurre in allestimento quella leggerezza della cura che nei contesti originari si manifesta come gesto relazionale, temporale e perfino sonoro (dagli icaros sciamanici ai sussurri delle levatrici)?

Il rischio, come notato da Krmpotich e Peers⁴², è che la musealizzazione produca una "morte sociale" degli oggetti: il pettine sciamanico siberiano esposto a Genova cessa di vibrare tra le mani del guaritore, la preparazione erboristica amazzonica si fossilizza in erbario. Contro questa desocializzazione, l'engagement museale contemporaneo propone strategie radicali: dalle residenze di guaritori tradizionali che riattivano periodicamente gli oggetti⁴³, alle installazioni sonore che ricreano l'ambiente acustico dei rituali⁴⁴.

La sfida è tradurre nelle politiche museali quell'approccio olistico che caratterizza le medicine tradizionali: se per gli Shipibo-Conibo la terapia è sempre

³⁷ Nielsen et al., 2020, pp. 34-37.

³⁸ Good, 1994, p. 65.

³⁹ Hofmannsthal, 1980, p. 56.

⁴⁰ Borgna, 2012, pp. 41-56.

⁴¹ Csordas, 1993.

⁴² Krmpotich e Peers, 2013, pp. 89-92.

⁴³ Bell et al., 2023, p. 156.

⁴⁴ Packer & Ballantyne, 2016, pp. 34-37.

evento multisensoriale (colori, suoni, movimenti), allora anche l'esposizione deve abbandonare il primato del visivo⁴⁵ per abbracciare una logica multimodale.

Tuttavia, ogni operazione di coinvolgimento sensoriale deve confrontarsi con questioni irrisolte, come sottolineano le critiche postcoloniali⁴⁶. C

Chi decide quali aspetti di un rituale possono essere resi “esperibili”? Come evitare che l'interattività scivoli verso una nuova forma di appropriazione? Come suggeriscono Morse e Munro⁴⁷, la risposta sta nell'adottare modelli di *governance* ibrida dove le comunità siano co-curatrici a pieno titolo, in processi continui di negoziazione che riconoscano la natura dinamica (e spesso sacra) dei saperi terapeutici.

Ogni pratica relativa alla salute e alla malattia può essere analizzata come un *fait social total*, secondo l'accezione maussiana, ossia come un sistema complesso che intreccia dimensioni materiali, relazionali e simboliche. Tale complessità implica, sul piano museologico, la necessità di una profonda riconfigurazione epistemologica. Un museo che intenda rappresentare e trasmettere i saperi legati alla cura non può più limitarsi a essere un contenitore neutro di oggetti, ma deve trasformarsi in un dispositivo di cura culturale. In questa prospettiva, la capacità di attivare forme di ascolto partecipato e interpretazione sensibile – ciò che Borgna definisce come il nucleo della relazione terapeutica autentica – diventa un presupposto imprescindibile.

Perché tale trasformazione sia effettiva, si rendono necessari almeno tre passaggi fondamentali. Anzitutto, l'abbandono del paradigma espositivo tradizionale, fondato su logiche classificatorie e oggettivanti, a favore di un approccio relazionale che riconosca il carattere processuale e situato delle pratiche terapeutiche. In secondo luogo, è essenziale l'adozione di un quadro etico rigoroso, capace di garantire non solo la conservazione materiale, ma anche – e soprattutto – quella semantica dei reperti, salvaguardandone la complessa stratificazione di significati. Infine, occorre un impegno operativo concreto, in grado di sostenere la natura vivente dei saperi tradizionali e la creazione di spazi dialogici continuativi con le comunità depositarie.

Tale approccio, che potremmo inquadrare come “museologia dei mondi della cura”, rappresenta non semplicemente un affinamento metodologico, ma una vera e propria riconfigurazione ontologica dell'istituzione museale.

⁴⁵ Classen, 2007, pp.45-48.

⁴⁶ Chilisa, 2019, pp. 67-70; Abu-Khafajah et al., 2022, p. 12.

⁴⁷ Morse & Munro, 2018, pp. 364 e 370.

Bibliografia

Abu-Khafajah, S., Badran, A., & Elliott, S.

- *Decolonizing museum documentation: A framework for inclusive cultural heritage*. Routledge, 2022.

Appadurai, A.

- *Il futuro come fatto culturale: Saggi sulla condizione globale*. Raffaello Cortina Editore, 2014.

Bastante, J.

- *Etnomedicina y gestión cultural en el Santuario Histórico de Machupicchu*. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC), 2018.

Bastante, J. M., & Fernández Flórez, A.

- “Avances de las investigaciones interdisciplinarias en Machupicchu”, in F. Astete & J. M. Bastante (a cura di), *Machupicchu: Investigaciones Interdisciplinarias – Tomo I*, Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, 2018, pp. 269-305.

Bell, J., Christen, K., & Turin, M.

- “Dynamic restitution: Digital tools for Indigenous knowledge repatriation”, *Museum Anthropology*, 46(1), 2023, pp. 15-29.

Borgna, E.

- *La cura delle fragilità*. Milano: Feltrinelli, 2012.

Bowden, P.

- *Caring: Gender-Sensitive Ethics*. Routledge, 1997.

Brabec de Mori, B.

- *Die Lieder der Richtigen Menschen: Musikalische Kulturanthropologie der indigenen Bevölkerung im Ucayali-Tal, Westamazonien*. Helbling Academic Books, 2015.

Brabec de Mori, B.

- “Singing to spirits: Embodied chants in Peruvian Amazonian healing”, *Ethnomusicology Forum*, 24(2), 2015, pp. 179-201.

Campo, C.

- *Gli Imperdonabili*. Milano: Adelphi, 1987.

Cesàrio, M., & Campos, R.

- “Integrated Museum Engagement Model: A framework for participatory health exhibitions”, *Museum Management and Curatorship*, 39(2), 2024, pp. 1-18.

Chilisa, B.

- *Indigenous research methodologies* (2^a ed.). SAGE, 2019.

Christen, K.

- “Tribal archives, traditional knowledge, and local contexts: Why the ‘s’ matters”, *Journal of Western Archives*, 6(1), 2015, pp. 1-18.

Classen, C.

- “Museum manners: The sensory life of the early museum”, *Journal of Social History*, 40(4), 2007, pp. 895-914.

Csordas, T. J.

- “Somatic modes of attention”, *Cultural Anthropology*, 8(2), 1993, pp. 135-156.

Dettwyler, K. A.

- *Breastfeeding: Biocultural perspectives*. Aldine de Gruyter, 1995.

Farrell, B., & Medvedeva, M.

- *Decolonizing the museum: A step-by-step guide for change*. Smithsonian Institution, 2019.

Foucault, M.

- “Technologies of the Self”, in L. H. Martin, H. Gutman & P. H. Hutton (a cura di), *Technologies of the Self: A Seminar with Michel Foucault*, University of Massachusetts Press, 1988, pp. 16-49.

Fraser, N.

- *Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world*. Columbia University Press, 2009.

Gavazzi, A., Perotti, G., & Re, T.

- “How to wear a forest. The intangible cultural heritage of healing biospheres in Camaldoli (IT), Lapland (FI), Chaparri (PE) and Mayantuyacu (PE)”, in J.-E. Baños

et al. (a cura di), *Good health, quality education, sustainable communities, human rights: The scientific contribution of Italian UNESCO Chairs and partners to SDGs 2030*, Firenze University Press, 2019, pp. 113-123.

Geertz, C.

- *Interpretazione di culture*. Trad. di E. Bona. Il Mulino, 2019. (Ed. orig. *The Interpretation of Cultures*, 1973).

Gebhart-Sayer, A.

- "The geometric designs of the Shipibo-Conibo in ritual context", *Journal of Latin American Lore*, 11(2), 1985, pp. 143-175.

Good, B. J.

- *Medicina, razionalità ed esperienza. Una prospettiva antropologica* (trad. M. Aime). Raffaello Cortina Editore, 1999.

Guerci, A.

- *Dall'antropologia all'antropopoiesi*. C. Lucisano Editore, 2007.

Hall, M.

- *Plants as persons: A philosophical botany*. State University of New York Press, 2011.

Harrison, R., Byrne, D., & Clarke, A.

- *Reassembling the collection: Indigenous agency and ethnographic museums*. SAR Press, 2020.

Hofmannsthal, H. von

- *Il libro degli amici*. Milano: Adelphi, 1980.

Kleinman, A.

- *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press, 1980.

- *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books, 1988.

Krmpotich, C., & Peers, L.

- *This is our life: Haida material heritage and changing museum practice*. UBC Press, 2013.

Lévi-Strauss, C.

- *Structural Anthropology* (trad. C. Jacobson & B. G. Schoepf). New York: Basic Books, 1963.

Marmot, M.

- “Social determinants of health inequalities”, *The Lancet*, vol. 365, n. 9464, 2005, pp. 1099–1104.

Mauss, M.

- “Les techniques du corps”, *Journal de Psychologie*, 1950.

Saggio sul dono. Torino: Einaudi, 2002. [ed. orig. 1925: *Essai sur le don*, L'Année Sociologique].

Mol, A.

- *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge, 2008.

Morse, N., & Munro, E.

- “Museums’ community engagement schemes, austerity and practices of care in two local museum services”, *Social & Cultural Geography*, vol. 19, n. 3, 2018, pp. 357-378.

Napier, A. D. et al.

- “Culture and health”, *The Lancet*, vol. 384, n. 9954, 2014, pp. 1607-1639.

National Research Council

- *Lost crops of the Incas: Little-known plants of the Andes with promise for worldwide cultivation*. National Academies Press, 1989.

Packer, J., & Ballantyne, R.

- “Conceptualizing the visitor experience: A review of literature and development of a multifaceted model”, *Visitor Studies*, vol. 19, n. 2, 2016, pp. 128-143.

Pardo, L. A.

- *Historia y arqueología del Cuzco*. Editorial H.G. Rozas, 1957.

Peers, L. L., & Brown, K.

- *Museums and Source Communities: A Routledge Reader* (2^a ed.). Routledge, 2020.

Reinhard, J.

- *Machu Picchu: The sacred center* (3^a ed. riv.). Nuevas Imágenes, 2007.

Rosa, H.

- *Resonance: A sociology of our relationship to the world* (trad. J. C. Wagner). Polity Press, 2016.

Sarr, F., & Savoy, B.

- *The restitution of African cultural heritage: Toward a new relational ethics* (trad. D. Dusinberre). Ministère de la Culture, 2018.

Scarpa, A.

- "La 'lactatio serotina' in Africa", *Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitologia*, XVIII (8), 1937, pp. 1-7.

- "Nouvelles acquisitions sur le phénomène de la 'lactatio agrauidica' ou 'serotina'", *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, VII, 1958, pp. 141-146.

- *Etnomedicina. Verità scientifiche, strane credenze e singolari terapie, meritevoli di verifica, delle medicine tradizionali dei popoli*. F. Lucisano Editore, 1980.

- *Viaggio fra le medicine tradizionali dei popoli. Itinerario per la visita al museo di Etnomedicina "Collezione Antonio Scarpa"*. Erga Edizioni, 1994.

Tuhiwai Smith, L.

- *Decolonizing methodologies: Research and Indigenous peoples* (2^a ed.). Zed Books, 1999.

UNESCO

- *Convention for the Safeguarding of the Intangible Cultural Heritage*. UNESCO, 2003.

World Health Organization – WHO

- *Traditional medicine strategy 2014–2023*. Geneva: WHO, 2014.

- *Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections*. Geneva: WHO, 2022.

- *Guidelines on mental health promotion and prevention for refugee and migrant populations*. Geneva: WHO, 2022.

