
Salute e salvezza:

Dispositivi, pratiche e discorsi nell'Italia contemporanea

Matteo Di Placido



Università degli studi di Torino

ISBN: 9788875903435

CC BY 4.0

Creative Commons Attribution 4.0 International

Salute e salvezza: Dispositivi, pratiche e discorsi nell'Italia contemporanea ©
2025 by Matteo Di Placido is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this
license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



L'immagine di copertina è un mosaico realizzato da Maria Cesare
all rights reserved, 2025).

Indice

Introduzione

Verso un nuovo sacro?

Introduzione	1
I casi studio	4
Una nota di metodo	9
Il contesto di studio: Il campo religioso e spirituale in Italia	11
Una guida alla lettura	14

Capitolo 1

Per un approccio critico allo studio sociologico del nesso "salute e salvezza"

Introduzione	16
Un nuovo oggetto di studio?	20
Per un approccio critico allo studio sociologico del nesso "salute e salvezza"	27

Capitolo 2

Spiritualità e cura in Ospedale

Introduzione	34
L'organizzazione sociale dell'ospedale e l'inclusione della spiritualità nella cura	37
Infermieri, pazienti e rappresentanti religiosi: voci a confronto	41
Riflessioni conclusive	66

Capitolo 3

La meditazione: Terapeutiche del buddhismo italiano

Introduzione	73
Genesi, sviluppi e confini del buddhismo italiano	77
Buddhismo, scienza e cultura terapeutica	82
Riflessioni conclusive	98

Capitolo 4

Insegnare lo yoga come professione di cura: Tra saperi esperti, pratiche e narrazioni del sé

Introduzione	102
Insegnare lo yoga come professione di cura	107
Professionalizzazione, saperi esperti e sperimentazione individuale	112
Tra cura di sé e cura degli altri	117
Riflessioni conclusive	124

Conclusioni

Introduzione	128
Il volume in breve	128
Alcune note comparative	132
Nota finale e spunti di ricerca	136

Bibliografia	142
---------------------	-----

Introduzione

Verso un nuovo sacro?

Introduzione

Questo volume esplora, seppure in modo preliminare, i confini porosi e mutevoli tra sacro¹ e salute nell'Italia contemporanea. Tradizionalmente concepito in opposizione strutturale al profano o al secolare, il sacro oggi si presenta sempre più ibridato – se non addirittura ridefinito – da logiche pratico-discorsive legate alla salute. Lo studio sociologico di questo “nuovo sacro”, in linea con “lo studio della spiritualità contemporanea nell'Italia cattolica”, “rivela il rapporto dialettico che lega il religioso, lo spirituale e il secolare” (Palmisano 2025, p. 44). All'interno di questa dialettica, il volume si concentra su quelle “esperienze di sacro che non sono collocabili stabilmente in un ambito distinto e separato dal secolare, ma che sconfinano continuamente tra le molteplici sfere laiche della società, combinandosi in modo eclettico e innovativo con fonti di significato e linguaggi eterogenei” (Palmisano 2025, p. 44).² Più precisamente, la tesi proposta nelle pagine seguenti è che, tra le varie sfere laiche della società, sia proprio la salute a giocare oggi un ruolo privilegiato nel definire sia i confini sia i tratti distintivi del sacro contemporaneo.

La progressiva trasformazione del sacro attraverso logiche terapeutiche e medicalizzanti, intrecciandosi con la svolta

¹ Per una panoramica delle ricerche scientifiche esistenti e degli studi teorici sulla categoria del sacro da una prospettiva interdisciplinare si veda Righetti (2014).

² Per una proposta teorica che tenta di tenere insieme le sfere mutevoli ed interconnesse tra religione, spiritualità e secolare, si rimanda a Stolz et al., (2016).

soggettivista tipica delle spiritualità contemporanee,³ contribuisce a delineare un campo polimorfo, multiplo e plurale, in cui l'orizzonte del sacro non solo dialoga con il benessere personale, ma sempre più spesso ne diventa un suo elemento centrale.

I tre casi studio analizzati nel volume – l'inclusione delle cure spirituali e la *governance* della diversità religiosa negli ospedali (Capitolo 2), le pratiche terapeutiche della meditazione buddhista (Capitolo 3) e l'insegnamento dello yoga come professione di cura (Capitolo 4) – offrono tre prospettive emblematiche del sacro contemporaneo. Pur nelle loro specificità, infatti, queste esperienze condividono alcuni elementi strutturali che ne definiscono l'articolazione interna: il potere generativo dei dispositivi, siano essi ospedalieri, religiosi o di insegnamento, di costituire – tramite pratiche e discorsi⁴ legati tanto all'universo della salute quanto a quello della salvezza – soggettività conformi alle proprie logiche pratico-discorsive.

'*Salute e Salvezza*' nasce dall'esigenza di indagare, alla luce delle trasformazioni del panorama religioso contemporaneo, come gli universi pratico-discorsivi del sacro e della salute si sovrappongano,

³ Watts, Cerchiaro e Schnabel (2023, p. 3) commentano questa sovrapposizione tra la svolta soggettivista e quella spirituale sottolineando che già "Heelas e Woodhead propongono quella che chiamano la *tesi della soggettivizzazione* per spiegare la svolta verso la spiritualità: la logica culturale della svolta soggettiva si allinea con quella della spiritualità – la sacralizzazione dell'io interiore". Questa citazione, così come tutte le citazioni tratte da scritti in altre lingue utilizzate in seguito, sono state tradotte in italiano dall'autore di questo volume.

⁴ In linea con la tradizione Foucaultiana definisco "discorso" un "insieme di pratiche regolate" (2023 [1969]) e il concetto di dispositivo, introdotto da Foucault nel primo volume della '*Storia della sessualità*', come una rete di relazioni di potere che inquadra gli esseri umani come soggetti e oggetti del potere stesso e in cui "la stimolazione dei corpi, l'intensificazione dei piaceri, l'incitamento al discorso, la formazione di conoscenze speciali, il rafforzamento dei controlli e delle resistenze, sono collegati l'uno all'altro, in accordo con alcune grandi strategie di conoscenza e di potere" (1978 [1976], pp. 105-106).

si ibridino o si scontrino in diversi contesti di pratica, e come gli attori sociali coinvolti navigano tra i confini porosi di queste dimensioni. Il volume contribuisce a svelare i dispositivi, le pratiche e i discorsi che, all'interno, all'esterno e ai margini delle istituzioni mediche e religiose tradizionali, così come nelle cosiddette nuove spiritualità, offrono risorse culturali, materiali e simboliche riconducibili al "nesso salute e salvezza" (Berzano 2004; Bontempi e Maturo 2010; Camassa 2016; Dei 2004, 2014; Giordan 2009; Morandi 2007; Schirripa 2012) – un legame finora poco esplorato dalla sociologia.

Attraverso questa analisi, il volume mira a discutere, da una prospettiva sociologica, i vecchi e nuovi orizzonti di senso che emergono nelle riconfigurazioni odierne della relazione tra cura del corpo e cura dello spirito.⁵ Come hanno sottolineato Christopher G. Ellison e Jeffrey S. Levin (1998, p. 700) nella loro – seppur datata – rassegna della letteratura, l'interesse per il nesso tra salute e salvezza è cresciuto notevolmente negli ultimi decenni, sia nella cultura popolare sia in diverse discipline accademiche e professionali. Basti pensare alle serie televisive, ai libri di *self-help*, agli eventi e ai festival olistici che alimentano una crescente industria del benessere spirituale. Allo stesso tempo, questa tematica è al centro di riflessioni e sperimentazioni cliniche in ambiti come l'infermieristica e la medicina, dove la dimensione spirituale della cura viene sempre più

⁵ Come precisa Mario Cardano, "[c]ostituiva del nostro modo di essere nel mondo, la cura assume una configurazione speciale nel contesto della salute, dove questa pratica – soprattutto nell'età contemporanea – ha assunto un singolare livello di complessità. La cura della salute convoca un insieme composito di saperi, di professioni, di istituzioni e organizzazioni sociali, economiche e politiche. La cura della salute, inoltre, è di necessità una pratica riflessiva che assume – con finalità ora epistemiche, ora pragmatiche – il proprio agire come oggetto di osservazione" (Cardano 2015, p. 34).

integrata, specialmente nel fine vita. Anche le terapie alternative e complementari, tra cui spiccano la meditazione e lo yoga, rappresentano esempi emblematici di questa riscoperta del legame tra cura del corpo e cura dello spirito – temi che verranno approfonditi nei capitoli seguenti come casi paradigmatici di questa evoluzione.

Attraverso un'analisi approfondita dei tre casi studio, nei capitoli seguenti illustrerò come l'intersezione tra salute e salvezza non sia semplicemente una moda o un *trend* passeggero – come alcune letture più superficiali potrebbero suggerire – ma rappresenti, invece, l'espressione di cambiamenti epistemici più profondi. Questi cambiamenti incidono direttamente sulle strutture sociali, sulle dinamiche di azione e sugli apparati valoriali che definiscono il sacro, e più nello specifico il nesso salute e salvezza, nell'Italia di oggi.

I casi studio

La spiritualità in ospedale

Il primo caso studio, presentato nel capitolo *Spiritualità e cura in ospedale*, analizza la progressiva inclusione degli interventi di cura spirituale e la *governance* della diversità religiosa negli ospedali italiani.⁶ In particolare, il capitolo esplora le diverse interpretazioni del nesso tra salute e salvezza, così come vengono proposte da infermieri, pazienti e rappresentanti religiosi. Il materiale empirico qui discusso deriva da due progetti di ricerca distinti. Il primo, intitolato *Integrare spiritualità e medicina nella pratica dell'assistenza (RESPIRO)* – cofinanziato dalla Fondazione CRT insieme a diversi enti e

⁶ La cura spirituale, in linea con la letteratura di riferimento, “fa parte di un modello terapeutico complementare che nasce da una concezione olistica della salute e della malattia, intesa non solo nei suoi aspetti organici, ma come un'esperienza che riguarda il paziente a livello psicologico, sociale e spirituale” (Palmisano e Pannofino 2023b, p. 176).

organizzazioni locali e religiose (2019-2022)⁷ – aveva l’obiettivo di indagare la spiritualità dei pazienti ricoverati in un grande ospedale piemontese attraverso interviste in profondità.

Tuttavia, dopo un confronto con il Comitato Etico ospedaliero e le difficoltà legate alla pandemia da COVID-19⁸ – tema su cui tornerò nel capitolo 2 – il progetto ha subito una parziale ridefinizione. Oltre a 7 interviste e 2 focus group con infermieri, la ricerca ha incluso la somministrazione di 18 questionari sulla cura spirituale ai pazienti di Oncoematologia, nonché 8 interviste e 2 focus group con un gruppo di pazienti membri dell’Associazione Nazionale Emo-Dializzati (ANED).

Il secondo progetto, *Urban Governance of Religious Diversity* (2023-2025), è coordinato da Giuseppe Giordan (Università di Padova) e coinvolge, oltre alle Università di Torino e Padova, anche l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia e l’Università di Firenze. Il suo obiettivo è analizzare sociologicamente il dialogo interreligioso come espressione concreta della libertà di/dalla religione. Per integrare le prospettive raccolte dal progetto RESPIRO, questo capitolo attinge da 15 interviste semi-strutturate con rappresentanti religiosi di diverse confessioni attive a Torino, ponendo l’attenzione sulla gestione della

⁷ Il gruppo di ricerca del progetto era costituito da membri del dipartimento di Culture, Politica e Società dell’Università degli Studi di Torino, diretto da Stefania Palmisano (sociologa) e composto da Sara Campagna (infermiera), Mario Cardano (sociologo), Erika De Vivo (antropologa), Valerio Dimonte (infermiere), Alessandro Gusman (antropologo), Denise Lombardi (antropologa), Patrizia Massariello (infermiera), Nicola Pannofino (sociologo), Martina Vanzo (dottoranda in sociologia), Ilaria Zuanazzi (giurista) e da chi scrive.

⁸ In sintesi, la ricerca azione trascende l’assunto della neutralità della ricerca sociale e un mero interesse teorico con l’intento esplicito di migliorare il funzionamento della realtà sociale studiata. Di conseguenza, è di particolare importanza la collaborazione e l’alleanza tra ricercatori e attori sociali in tutte le fasi della ricerca.

diversità religiosa e i diritti dei pazienti non cattolici nelle strutture ospedaliere.

Dalla lettura congiunta di questo materiale empirico emerge un intricato mosaico di esigenze e prospettive, che spaziano da dinamiche organizzative e istituzionali a considerazioni di natura professionale ed esistenziale. In ospedale si sviluppano diverse rappresentazioni della cura congiunta di corpo e anima, dove logiche biomediche e un approccio olistico entrano spesso in tensione, sia sul piano epistemico che su quello pratico. Come verrà approfondito nel Capitolo 2, i dispositivi, le pratiche e i discorsi sulla cura spirituale e sulla *governance* della diversità religiosa, infatti, danno forma a una pluralità di modalità – non sempre riconosciute dalla scienza biomedica o dalle logiche istituzionali ospedaliere – per interpretare e vivere il legame tra cura del corpo e cura dello spirito negli ospedali italiani.

La meditazione: Terapeutiche del buddhismo italiano

Il secondo caso studio, discusso nel capitolo *La meditazione: Terapeutiche del buddhismo italiano*, si basa interamente su materiale empirico raccolto nell'ambito del progetto *Il Buddhismo in Italia. Una ricerca sull'Unione Buddhista Italiana (2022-2023)*. L'obiettivo principale di questo progetto era descrivere e interpretare il posizionamento del buddhismo nella società italiana, in relazione al ruolo ancora influente della Chiesa cattolica e alle dinamiche emergenti del pluralismo religioso. Tra i risultati principali di questa ricerca è emersa la presenza di modelli di "appartenenza religiosa multipla" (Berghuijs 2017; Steele 2016) e di "pratica religiosa multipla" (Yang e McPhail 2023) tra i buddhisti italiani (Giordan et al., 2025; Giordan, Palmisano e Zoccatelli 2025). Più nello specifico, nel panorama spirituale e religioso italiano, l'appartenenza religiosa multipla così come

l'incontro tra pratiche e discorsi appartenenti alla sfera del sacro e della salute, stimola gli attori sociali ad esplorare, spesso simultaneamente, una pluralità di tradizioni religiose e spirituali alla stregua di vere e proprie risorse terapeutiche. Dal punto di vista metodologico, il progetto ha adottato un approccio misto, combinando interviste, osservazione partecipante, questionari e ricerca d'archivio, per offrire una visione approfondita di queste e altre dinamiche.⁹

Il Capitolo 3 si basa interamente sul materiale qualitativo raccolto nel progetto, attraverso una lettura selettiva di 318 interviste qualitative e 15 visite di campo in centri buddhisti affiliati all'Unione Buddhista Italiana (UBI), selezionati per tradizione, posizione geografica e dimensioni. Dalla ricerca emerge che, per i praticanti italiani, il buddhismo è percepito come uno stile di vita, una psicologia razionale o ancora una pre-religione, caratterizzata da un'impronta non dogmatica e intrinsecamente terapeutica.

Le terapeutiche del buddhismo italiano, come evidenziato nel capitolo 3, si sviluppano prevalentemente attorno alla pratica della meditazione. La "terapeutica buddhista" non solo legittima la sperimentazione e il consumo di beni spirituali, siano essi buddhisti o non, ma offre ai praticanti strumenti di auto-ottimizzazione che operano all'intersezione tra cura del corpo, della mente e dell'anima –

⁹ Le 318 interviste qualitative sono così suddivise: 137 con praticanti buddhisti italiani associati all'UBI; 51 con esponenti non buddhisti della società civile italiana; e 130 con praticanti buddhisti appartenenti a scuole e/o tradizioni non incluse nell'UBI. Abbiamo inoltre somministrato ai loro leader 57 questionari sulle attività, le dimensioni e gli orientamenti dei centri affiliati all'UBI; 68 ai membri del Consiglio Direttivo dei centri; e 447 questionari a praticanti buddhisti italiani. Infine, il progetto si proponeva anche di ricostruire i contorni e la porosità dei confini del buddhismo in Italia attraverso una mappatura online di tutti i centri buddhisti del paese anche al di fuori dell'ombrello organizzativo dell'UBI. I risultati principali di questa ricerca sono presentati nel volume *'Buddhismi multipli'* a cura di Giuseppe Giordan, Stefania Palmisano e PierLuigi Zoccatelli (2025).

un aspetto che, secondo molti, il cattolicesimo non sembra essere in grado di fornire. Infine, il capitolo dimostra come la centralità della salute nel sacro contemporaneo non riguardi esclusivamente contesti come quello ospedaliero, dove è già protagonista, ma influenzi anche il campo strettamente religioso, incidendo sulle rappresentazioni sociali, gli ambiti di applicazione e le esperienze concrete della meditazione buddhista nell'Italia di oggi.

Insegnare lo yoga come professione di cura: Tra saperi esperti, pratiche e narrazioni del sé

Il terzo caso studio nasce da un progetto di ricerca etnografica sulle pedagogie dello yoga (2017–in corso), avviato con un dottorato di ricerca presso l'Università di Milano-Bicocca (2017–2020) e proseguito grazie al supporto dell'assegno di ricerca *Tra Salute e Salvezza: le Nuove Spiritualità del Corpo nell'Italia Contemporanea* (2022–2023), condotto presso l'Università di Torino. Basandosi su 47 interviste condotte tra il 2017 e il 2024 con insegnanti di yoga, insegnanti in formazione e praticanti, il capitolo analizza la professionalizzazione di ciò che in letteratura è noto come “yoga moderno” o “yoga anglofono transnazionale” (De Michelis 2004; Singleton 2010), ovvero lo yoga così come lo conosciamo noi oggi.

Più in particolare, il capitolo esplora come la pratica contemporanea sia influenzata simultaneamente da logiche pratico-discorsive provenienti dal campo della salute e da quello della salvezza. Questa dinamica contribuisce alla proliferazione di forme specifiche e adattabili di auto-trasformazione, modellando la pratica dello yoga in modi che rispondono tanto alle esigenze di benessere fisico e mentale, quanto a quelle spirituali ed esistenziali. Come afferma Joseph Alter (2022, p. 50):

La popolarità mondiale dello yoga oggi si basa sulla promessa di salute e forma fisica olistica. La pratica posturale è diventata un fenomeno globale per una serie di motivi, non ultimo il fatto che si dice che sia diversa e migliore di altre forme di esercizio e di auto-sviluppo.

Situando la mia analisi dell'insegnamento dello yoga come professione di cura all'interno di più ampi processi di medicalizzazione del sacro, il capitolo esplora il rapporto tra insegnante e studente, evidenziando come il primo sia spesso percepito come detentore di un sapere esperto. Se trasmesso correttamente, tale sapere permette al praticante di diventare autonomo nella gestione della propria cura attraverso specifiche forme di lavoro corporeo. Questa pratica è profondamente legata a logiche di auto-condotta, auto-responsabilità e auto-realizzazione, favorendo percorsi biografiche – e talvolta professionali – dove ricerca di senso e benessere personale risultano così intrecciati da essere indissociabili.

Inoltre, il capitolo analizza il contesto più ampio nel quale questi percorsi e esperienze prendono forma, mostrando come i dispositivi dell'industria dello yoga abbiano un ruolo centrale nella definizione del repertorio pratico-discorsivo dello yoga contemporaneo, che, come verrà approfondito, fa della salute il proprio principio organizzativo.

Una nota di metodo

Da un punto di vista metodologico, questi tre casi studio sono stati selezionati sulla base di considerazioni diverse. Riprendendo la teorizzazione di Robert Stake (1995), si tratta di casi studio "intrinseci", ovvero scelti per la loro unicità e per l'analisi delle logiche pratico-discorsive che li caratterizzano.

Tuttavia, l'inclusione delle cure spirituali in ospedale, la crescente legittimazione della meditazione come pratica terapeutica, e l'istituzionalizzazione dello yoga come professione di cura sono anche casi studio "strumentali" (sempre secondo Stake), nel senso che la loro analisi permette di approfondire un fenomeno comune a tutti: il nesso tra salute e salvezza. In questo senso, che si parli di come pazienti e infermieri navigano i limiti e le opportunità degli interventi di cura spirituale e delle politiche ospedaliere, di come i praticanti buddhisti utilizzano la meditazione come tecnica terapeutica o di come l'insegnamento dello yoga assuma caratteristiche tipiche delle professioni di cura, il tema centrale rimane sempre la declinazione e l'ibridazione della cura del corpo e dello spirito in diversi contesti di pratica.

La tesi principale del volume, come già discusso, sostiene che la salute rappresenti un "nuovo sacro", in cui la tensione verso il trascendente si attenua in favore di forme di ricerca di senso, spiritualità e benessere prevalentemente – anche se non esclusivamente – immanenti. In questo quadro, come sottolinea nuovamente Stake (1995), i casi studio selezionati offrono un contributo significativo allo sviluppo teorico e concettuale della sociologia, in particolare rispetto al nesso tra salute e salvezza, ancora poco esplorato. Inoltre, questi casi studio consentono di generalizzare alcuni risultati ad altri contesti con caratteristiche simili, un aspetto su cui tornerò nelle conclusioni del volume.

Le pagine che seguono sono quindi un tentativo di mettere a sistema alcune delle riflessioni e dei dibattiti che, a partire dagli ultimi decenni e all'intersezione tra sociologia della religione, sociologia

della salute e teoria sociale, hanno iniziato a problematizzare le variegate forme di significazione che la relazione tra cura del corpo e cura dello spirito può assumere all'interno di diversi contesti di pratica e dal punto di vista degli attori sociali coinvolti.

Il contesto di studio: Il campo religioso e spirituale in Italia

A differenza della pluralità di progetti di ricerca da cui trae il suo materiale empirico, questo volume si concentra su un singolo oggetto di studio: il nesso tra salute e salvezza. L'analisi si sviluppa attraverso tre contesti istituzionali, ciascuno rappresentativo dei cambiamenti più ampi nel campo religioso e spirituale italiano,¹⁰ e foriero di dispositivi, pratiche e discorsi inerenti alla cura congiunta di corpo e spirito. Prima di approfondire, nei capitoli seguenti, la progressiva istituzionalizzazione delle cure spirituali negli ospedali italiani, le terapeutiche del buddhismo nostrano e l'insegnamento dello yoga come professione di cura, è fondamentale contestualizzare l'oggetto di studio all'interno del più ampio panorama socioculturale di riferimento.

L'approfondimento del contesto socioculturale è particolarmente rilevante nello studio del nesso tra salute e salvezza in Italia, un paese che, fino a poco tempo fa, veniva descritto come quasi monoliticamente cattolico (Pace 2021). Il cattolicesimo, infatti, "pervade molti settori della vita sociale e mantiene la sua influenza sui valori comuni" (Cipriani 1993, p. 91; si veda anche Garelli 2020). Oggi, tuttavia, il campo religioso e spirituale italiano è caratterizzato da un pluralismo crescente e dalla progressiva legittimazione di nuove

¹⁰ Si vedano, per una panoramica delle ricerche su questi temi, i capitoli raccolti del volume *'Dalla spiritualità alle spiritualità: Vent'anni di studi sociologici in Italia (2005-2025)'* (Giordan, Palmisano e Piraino 2025).

forme di spiritualità, sia come espressioni religiose, sia come oggetto di analisi accademica (Camorrino 2024; Giordan 2018; Giordan, Palmisano e Piraino 2025; Palmisano e Pannofino 2020, 2021, 2023a). Come evidenzia l'antropologa Eugenia Roussou (2021, p. 5), "la presenza di spiritualità alternative in paesi come l'Italia, la Spagna e la Grecia è diventata evidente, rivendicando un ruolo importante all'interno del paesaggio religioso di paesi europei che sono stati direttamente legati al credo cristiano". Questa evoluzione solleva importanti questioni, tra cui, il ruolo del corpo (Giordan 2009), la dimensione di genere (Giorgi e Palmisano 2024) e le ricerche di senso dei giovani italiani (Giordan e Sbalchiero 2020) sono solo alcuni esempi.

La sociologia della spiritualità, a partire dalla fine del secolo scorso, ha evidenziato le conseguenze della "svolta soggettivistica" nel campo religioso. Questo processo ha portato a legittimare il rapporto con il sacro non più sulla base dei dettami delle autorità religiose, ma attraverso la libertà di scelta individuale (Giordan 2025; si veda anche Palmisano 2025). Lo "spostamento dell'asse di legittimazione del sacro", come sottolinea Giordan (2025, p. 23), si muove "dall'istituzione al soggetto" e ha ridefinito profondamente tutti gli elementi che caratterizzavano il modo tradizionale di credere, dalla ritualità al rapporto con la verità, dalle credenze alle norme morali.

Questa evoluzione, in linea con la tesi del volume, evidenzia la ritrovata centralità della salute nei discorsi e nei repertori di pratiche del sacro contemporaneo. Come sostengono Watts, Cerchiaro e Schnabel (2024, p. 2), in riferimento alla svolta spirituale, "la crescente

diffusione della 'spiritualità', insieme all'appellativo di spirituale ma non religioso (SBNR) e agli spostamenti verso una 'religione' di auto-aiuto terapeutico anche tra i laici, illustra questo cambiamento".¹¹

Lo studio sociologico del nesso tra salute e salvezza in Italia è particolarmente significativo perché permette di cogliere le traiettorie di sviluppo, evoluzione e ibridazione del campo religioso e spirituale in un contesto culturale ancora fortemente segnato dal retaggio cattolico romano, ma al tempo stesso in profonda trasformazione (Diotallevi 2017, 2019; Garelli 2020; Berzano 2023; Giordan, Palmisano e Piraino 2025). Sono numerosi, anche in Italia, gli individui "spirituali ma non religiosi" (Fuller 2001; Mercadante 2014; Palmisano, Gilli e Lo Presti 2020), ossia persone che concepiscono la propria spiritualità come distinta dalla religione tradizionale, ma che tuttavia si affidano al lessico, ai valori e ai simboli del cattolicesimo, che traspongono nei nuovi universi spirituali con cui stanno sperimentando (Palmisano e Pannofino 2020, p. 82). Come verrà approfondito nei capitoli seguenti, questa dialettica è evidente anche nella pratica della meditazione buddhista e dello yoga, che spesso si intrecciano con l'eredità cattolica dei praticanti, in modi che variano tra continuità e opposizione. Nel contesto italiano, infatti, "la costruzione dell'identità spirituale, anche per coloro che si allontanano maggiormente dal sistema tradizionale cattolico di credenze e pratiche, non si distacca dal cattolicesimo, ma si costruisce in relazione ad esso" (Palmisano e Pannofino 2020, p. 78).

Queste riflessioni introduttive, come verrà approfondito nei capitoli seguenti, suggeriscono che salute e salvezza, così come sacro

¹¹ In linea con i dati a disposizione citati dagli stessi autori, il 22% degli americani si identifica come SBNR (Alper et al., 2023) di fronte ad una media europea dell'11% (Pew Research Center 2018).

e secolare, non dovrebbero essere intesi come concetti in opposizione strutturale, bensì come dimensioni interconnesse, da analizzare anche in relazione alle loro sovrapposizioni, alleanze e conflitti, che non si limitano alla sfera semantica, ma si manifestano in pratiche, discorsi e strutture sociali oggettive e oggettivanti.

Una guida alla lettura

Questo volume propone un percorso attraverso alcune delle forme specifiche e singolari che il nesso tra salute e salvezza assume nel panorama religioso e spirituale dell'Italia contemporanea. Sebbene approfondisca diverse declinazioni di questo legame – nel contesto ospedaliero (Capitolo 2), nella terapeutica buddhista (Capitolo 3) e nella costruzione sociale e discorsiva dello yoga come professione di cura (Capitolo 4) – il volume non pretende di offrire una disamina esaustiva delle molteplici forme in cui si articola la cura congiunta del corpo e dello spirito nell'Italia di oggi.

Dal punto di vista empirico, il volume è inevitabilmente limitato nella sua estensione e nella selezione dei casi studio. Tuttavia, sul piano teorico, si propone come promotore di una linea di ricerca poco esplorata dalla sociologia italiana, soprattutto negli ultimi anni. Questo approccio, in sede introduttiva solo abbozzato e che fa della disamina critica della salute uno dei suoi assi portanti, può essere applicato all'interpretazione di diversi contesti di pratica, offrendo una chiave di lettura per la trasformazione del sacro contemporaneo. Nel Capitolo 1, definirò i contorni di questo approccio critico allo studio del nesso tra salute e salvezza, sottolineando l'importanza di analizzare le esperienze e le storie di vita degli attori sociali alla luce dei dispositivi, delle pratiche e dei discorsi che influenzano la loro

quotidianità come infermieri, pazienti, praticanti buddhisti, insegnanti o praticanti di yoga.

Dopo un primo capitolo teorico, i successivi tre capitoli approfondiranno le dinamiche che caratterizzano la fioritura di questo nesso nei tre casi studio presi in esame. Nelle conclusioni, tornerò sull'importanza di affrontare lo studio sociologico del nesso salute e salvezza alla luce delle sue articolazioni in dispositivi, discorsi e pratiche e fornirò anche alcuni spunti per rafforzare questa agenda di ricerca e applicarla ad altri casi studio.

Capitolo 1

Per un approccio critico allo studio sociologico del nesso “salute e salvezza”

Introduzione

Questo capitolo fornisce le principali chiavi interpretative per l'analisi dei tre casi studio discussi nel volume, ponendo il nesso tra salute e salvezza al centro dell'indagine. Sebbene le proposte interpretative sulla relazione simbiotica tra cura del corpo e cura dello spirito siano ancora carenti, soprattutto dal punto di vista sociologico, in questo capitolo illustrerò come tale interconnessione possa rappresentare un punto focale per comprendere i cambiamenti socioculturali riguardanti il rapporto tra sacro e salute nell'Italia di oggi – come altrove. Di riflesso, è mio auspicio che le analisi proposte possano essere di interesse per la ricerca in diversi campi disciplinari, tra cui spiccano la sociologia della salute, la sociologia della religione e ancora la sociologia del corpo nonché la teoria sociale.¹²

A partire dagli anni Sessanta, secondo alcune interpretazioni, si è assistito a un processo di re-incantamento del mondo, ossia a una “rinascita” del fascino del sacro, declinato in un rapporto con il divino che può essere percepito come immanente e/o trascendente.¹³ Questa

¹² Sottolineando come il connubio tra spiritualità e cura ha radici antiche e forme differenti che richiedono di essere esplorate all'interno delle cornici storiche, discorsive e di pratiche che pertengono a declinazioni specifiche del nesso salute e salvezza, il capitolo riprende ed espande alcune riflessioni già anticipate in un contributo precedente (Di Placido e Palmisano 2025).

¹³ È importante ribadire come per altri autori, invece, l'epoca moderna e post-moderna siano caratterizzate non tanto da un cambiamento del sacro e delle religioni quanto da un loro indebolimento radicale e conseguente marginalizzazione politica, sociale e culturale (si veda ad esempio *'L'eclissi del sacro nella società industriale'* (1978) di Sabino Acquaviva. Al contrario, qui si sposa la tesi, ben sintetizzata da Benedetta Nicoli, Stefano Sbalchiero e Brandon Vaidyanathan

visione sacralizzante della vita, e quindi della natura, del corpo umano e dell'“invisibile”, ha comportato una progressiva riscoperta degli universi pratico-discorsivi della salute e della salvezza. Tra gli esempi più rilevanti figurano il quadro olistico tipico della *New Age* e delle spiritualità contemporanee (Filoramo 2020; Mossière 2022, 2023; Palmisano e Pannofino 2020, 2021), la centralità delle pratiche di guarigione collettiva e miracolosa nel revival pentecostale e carismatico (Althouse 2023; Csordas 1994; Schirripa 2012)¹⁴ e il successo delle cosiddette “medicine alternative e complementari” (CAM) e delle “medicine non convenzionali” (MNC), definite tali per il loro sviluppo al di fuori o ai margini della biomedicina occidentale (Brosnan, Vuolanto e Brodin Danell 2018; Gale 2014; Keshet e Simchai Saks 2015; Secondulfo 2009; Valeri 2007).¹⁵

Nell'Italia di oggi, così come nel mondo, per molti attori sociali, “la salute e la guarigione appaiono come metafore salienti per la salvezza e la santità” (McGuire 1993, p. 144). La salute viene progressivamente “vista come una forza spirituale, al punto da poter essere identificata come uno ‘stato di grazia’” (Giordan 2009, p. 231) e

(2025, p. 1) nella loro discussione dello “spiritual yearning” di biologi e chimici, che “mentre i processi di disincanto e di delegittimazione delle istituzioni religiose hanno indebolito i sistemi di credenze religiose, hanno anche prodotto, come risultato imprevisto, un rinnovato risveglio del desiderio spirituale ed esistenziale. Da questa prospettiva, la ricerca di significato e l'anelito spirituale nelle società occidentali contemporanee non è semplicemente una caratteristica residuale dell'esperienza umana; piuttosto, emerge con nuova forza e urgenza come conseguenza non intenzionale della stessa secolarizzazione”.

¹⁴ Chiara Thumiger (2021, p. 1), nella sua revisione della storia del concetto di olistico all'interno della cultura occidentale, argomenta che “[l]a nuova etichetta si è inserita in una storia più lunga, le cui fasi intellettuali moderne sono associate in particolare al vitalismo illuminista. Il dialogo o l'opposizione più ampia tra l'attenzione alla parte o al particolare e la nozione di intero o di generale sulla parte o sul particolare, tuttavia, è una presenza costante a vari stadi e livelli nella storia del pensiero occidentale, forse più che in altre tradizioni” (Thumiger 2021, p. 8).

¹⁵ Si veda Helen King (2020) per un approfondimento sulla recezione popolare, cioè emica, di forme di medicina pre-moderne (l'autrice usa l'espressione “antiche”) da parte della medicina olistica moderna.

la sua mancanza una colpa personale. Più nello specifico, come approfondirò nel seguito del volume, questa sacralizzazione della salute è particolarmente prominente ai margini delle religioni istituzionali – pur essendo rintracciabile anche nelle forme tradizionali del sacro – e trova la sua massima espressione nel *milieu* olistico.

Se, come ha mostrato Foucault nella sua *'Naissance de la Clinique'*, l'istituzionalizzazione della medicina – fenomeno naturalmente plurale, graduale e in continuo mutamento – ha segnato una disgiunzione tra gli universi pratico-discorsivi della salute e della salvezza all'interno dell'epistemologia moderna, la cura congiunta di corpo e anima continua a essere un elemento centrale in molte religioni e discipline spirituali. Inoltre, questa interconnessione è presente, spesso in modo esplicito, in molte pratiche di guarigione, come l'agopuntura, l'ayurveda e le medicine tradizionali (Camassa 2015; Dericquebourg 2004; Filoramo 1999; Secundulfo 2009).¹⁶

Ne consegue che il sacro non è mai scomparso del tutto, né si è mai distaccato completamente, dal dominio della salute. Al contrario, ha cambiato forma, spostandosi dal suo ruolo nelle religioni tradizionali al suo fiorire all'interno di “nuove” e/o “alternative” spiritualità. Queste, a loro volta, pongono una crescente attenzione sulla cura del corpo, il raggiungimento e il mantenimento della salute, e l'auto-realizzazione personale in questo mondo, piuttosto che su ricompense religiose extra-mondane (Burchardt 2020; Jain 2020; Mossière 2022).

¹⁶ Bury (2006, p. 5), riprendendo le riflessioni Foucaultiane, osserva che “la crescente influenza della medicina dimostrava come la scienza e la razionalità stessero diventando centrali nella costruzione di nuove forme di autorità legittima e di controllo sociale nella società moderna”, conquistando progressivamente orizzonti di senso prima sottoposti ai discorsi, alle pratiche e all'*expertise* di preti, guaritori e alchimisti.

In questo processo di spostamento del baricentro dal trascendente all'immanente, il concetto di "olismo" non è solo un progetto, una metodologia o un'interpretazione della realtà. Al contrario, Chiara Thumiger (2021, pp. 15–16) sottolinea che l'olismo è anche e soprattutto:

una serie complessa di domande e di strategie profondamente radicate nella vita umana incarnata e, di conseguenza, nella cultura umana e nell'epistemologia in generale. Queste domande possono cambiare forma, assumere forme contraddittorie, rifiutare le soluzioni antiche o suggerirne di nuove, senza mai risolvere in modo definitivo. Possono generare strategie intellettuali e accademiche molto diverse, persino opposte, per avvicinarsi ad altre tradizioni culturali, siano esse antiche o moderne. Ma il problema dell'esistenza umana incarnata, in equilibrio tra individualità e generalità, animale e ambiente, 'parti' e 'interi', è destinato a rimanere al centro della riflessione medica, biologica e filosofica, anzi, della nostra intera esperienza di esseri viventi.

Seguendo l'analisi di Thumiger (2021), diventa fondamentale – per ogni studio sociologico che intenda comprendere anche le implicazioni più profonde dei cambiamenti epistemici riguardanti il nesso tra salute e salvezza nell'Italia contemporanea – analizzare le logiche pratico-discorsive delle nuove e/o meno nuove forme di olismo e, più nello specifico, come queste si relazionano alle logiche epistemiche dominanti di matrice scienziata.

Come discuterò nei prossimi paragrafi, infatti, un complesso insieme di logiche olistiche e biomediche guida la riflessione, le scelte

e le prese di posizione degli attori sociali, emergendo da dispositivi specifici, venendo socialmente riprodotte attraverso pratiche definite e prendendo forma attraverso discorsi situati in contesti di apprendimento e professionali distinti. In altre parole, se la salute sta progressivamente conquistando aree del sapere tradizionalmente riservate al sacro, il modello di salute che sottende a questa colonizzazione, specialmente in riferimento alle spiritualità contemporanee, è un modello olistico valutato, però, secondo i criteri propri della biomedicina e della scienza moderna.

Un nuovo oggetto di studio?

La letteratura medico-infermieristica e la cura spirituale

Negli ultimi anni, nonostante la pluralità di voci e sistemi di conoscenza che hanno contribuito allo sviluppo del nesso tra salute e salvezza come oggetto di studio autonomo, la sua analisi è stata prevalentemente condotta da studiose e studiosi di infermieristica e medicina. Questa letteratura si concentra in particolare sull'inclusione degli interventi di cura spirituale in ambito ospedaliero (Balboni e Peteet 2017; Harrad et al., 2019; Otis-Green 2015), soprattutto nel contesto delle cure palliative (Bormolini, Ghinassi e Milanese 2024; Gusman 2018; Lombardi e Gusman 2025; Mantini et al., 2022; Puchalski et al., 2020; Vanzo e Lombi 2024; Walter 2002). Tale interesse riflette il progressivo riconoscimento, anche da parte di istituzioni transnazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'importanza di affiancare alle cure tradizionali un'attenzione mirata al vissuto spirituale e religioso del paziente.¹⁷ Il fine vita, per la

¹⁷ Più nello specifico, l'OMS considera la salute spirituale come la quarta dimensione – oltre alla salute fisica, mentale e sociale – di un efficace approccio alla salute pubblica (Dhar, Chaturvedi e Nandan 2013).

sua natura, pone domande esistenziali profonde, coinvolgendo pazienti, familiari e operatori socio-sanitari. Per questo motivo, è diventato un ambito privilegiato per l'inclusione di interventi di cura spirituale (Saunders 2000).

Con il progressivo sviluppo di questo filone di studi e di pratica medico-infermieristica, la cura spirituale si è diffusa anche oltre le cure palliative, interessando, tra gli altri ambiti, il trattamento del COVID-19 (Ferrell et al., 2020; Timmins et al., 2022; Papadopoulos et al., 2021), l'offerta di formazione in materia di assistenza spirituale (McSherry et al., 2020; McSherry, Boughey e Attard 2021; van Leeuwen et al., 2020) e il ruolo della religione e della spiritualità nel trattamento psicologico e psichiatrico (Culliford 2002; Neathery, Taylor e He 2020; Nita 2019; Shamsi, Khoshnood e Farokhzadian 2022).

Gli studi di riferimento dimostrano che la spiritualità rappresenta una componente fondamentale per la salute e il benessere di un individuo (Lucchetti et al., 2019; Oman 2018; Timmins e Caldeira 2019; Lombi 2024). Essa è percepita come una risorsa cruciale nel processo di cura, influenzando il senso di sé personale e la relazione con gli altri, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. A questo proposito, la *Commission of Accreditation of Healthcare Organizations*, istituzione operante a livello globale, ha formalmente approvato l'importanza della spiritualità nelle sue politiche sui diritti dei pazienti, includendo la cura pastorale e i servizi spirituali come parte integrante dell'assistenza sanitaria—un tema su cui tornerò più approfonditamente nel Capitolo 2.

Un aspetto centrale emerso da queste politiche e dalla recente letteratura sull'assistenza spirituale è la sua impostazione

eminentemente olistica. Il concetto di olistismo sottolinea l'interconnessione tra le dimensioni fisica, psicologica, sociale e spirituale di una persona (Radbruch et al., 2020) e l'importanza di considerare i pazienti e i loro vissuti di malattia e guarigione alla luce di queste interconnessioni. Come emerge dalla letteratura discussa, nel fine vita – così come in altri contesti di cure spirituali in ambito ospedaliero – gli interventi proposti vengono generalmente analizzati non solo in termini olistici, ma anche in riferimento ai protocolli di valutazione e intervento biomedici.

Una recente revisione della letteratura evidenzia come l'olismo venga spesso evocato come quadro teorico di riferimento per la fornitura di cure palliative e/o come approccio complementare alla biomedicina (Bryk et al., 2022). Tuttavia, dallo studio citato emerge anche una scollatura netta tra riflessione teorica e pratica medico-infermieristica (Bryk et al., 2022, p. 26). Alla luce della dominanza biomedica,¹⁸ si può comprendere come, anche quando esplicitamente teorizzato e applicato – nel fine vita o attraverso interventi di cura spirituale – l'approccio olistico debba accomodare le logiche clinico-diagnostiche, spesso più standardizzate e standardizzanti, proprie della biomedicina stessa. Questo compromesso inevitabilmente ne limita l'applicazione e la *ratio*.

L'approccio olistico comprende un'ampia gamma di pratiche sanitarie che si discostano dalla medicina occidentale tradizionale.

¹⁸ Hoenders et al., (2024, p. 4), nella loro revisione della strategia dell'OMS sulla medicina tradizionale, complementare e integrativa, sottolineano come "la medicina, così come viene insegnata nelle università e praticata nella maggior parte degli ospedali accademici, è comunemente chiamata biomedicina ed è il sistema sanitario predominante nel mondo occidentale. La sua posizione dominante non è dovuta solo ai progressi scientifici, ma è fortemente influenzata da fattori sociali, culturali, economici e politici, che ne determinano la costruzione e l'evoluzione".

Nonostante il suo utilizzo sempre più diffuso e il crescente interesse nella ricerca, l'integrazione nei sistemi sanitari resta limitata a causa di diversi ostacoli. Tra questi, la mancanza di investimenti, che incide sulla quantità e qualità degli studi, e la scarsa formazione, che ne frena il riconoscimento in ambito accademico e clinico sono solo i principali. A ciò si aggiungono difficoltà metodologiche, legate alla mancanza di standardizzazione, che ostacolano l'applicazione di un approccio olistico all'interno di modelli di ricerca biomedici riducendone l'accettazione nel panorama sanitario (Raja et al., 2024).

Come sottolineano Lucy Selman et al., (2014), sebbene un modello olistico per le cure palliative dovrebbe partire dalla comprensione della malattia, della guarigione e della spiritualità come esperienze eminentemente culturali, spesso le logiche pratico-organizzative delle professioni sanitarie – tra cui la pratica basata sulle *performance*, la scarsità di tempo per ogni paziente e i lunghi turni di lavoro – impongono di privilegiare la raccolta e l'analisi di informazioni clinico-diagnostiche, trascurando la dimensione sociale e culturale di queste esperienze e narrazioni.

Nonostante il ruolo pionieristico e i meriti della letteratura sopra citata, l'approccio olistico – specialmente se applicato alle cure spirituali – tende a proporre una comprensione a storica ed essenzializzante della spiritualità, ignorando il fatto che “i discorsi sociali intorno alla spiritualità e alla religione hanno punti in comune, ma anche differenze tra contesti internazionali” (Pesut et al., 2008, p. 2804) e tra diversi periodi storici. Come sostiene la sociologa della religione Meredith McGuire (2008, p. 12), le pratiche sociali e i discorsi su religione e spiritualità sono “vissuti in un tempo e in un contesto

culturale particolari”. Inoltre, “la religione [così come la spiritualità] esiste in un contesto sociale, è modellata da quel contesto sociale e, a sua volta, spesso lo influenza” (McGuire 1997, p. xiii; si veda anche Palmisano 2025).

Naturalmente, lo stesso vale per le visioni di salute, malattia e guarigione, che – come evidenziato dall’antropologia medica – sono culturalmente e socialmente connotate in modi differenti a seconda del contesto storico e sociale. In altre parole, né la religione, né la spiritualità, né la salute (o la malattia) possono essere considerate costrutti monolitici. Di conseguenza, non possono essere approcciate come categorie universali ma come pratiche, esperienze e discorsi eminentemente culturali. Dal punto di vista sociologico, infatti, è necessaria un’attenta disamina critica, che tenga insieme il punto di vista degli attori sociali con lo studio dei processi di produzione, circolazione e trasformazione di specifiche nozioni di religione, spiritualità, salute e malattia. In questo senso, agire e organizzazione sociale paiono profondamente connessi e lo studio dell’uno non può prescindere dalla comprensione dell’altro.

Oltre alle scienze della salute: Per uno sguardo sociologico

Oltre alla letteratura medico-infermieristica, il connubio tra cura del corpo e cura dello spirito ha iniziato ad essere esplorato anche da studiosi e studiosi di discipline quali le *medical humanities*, l’antropologia e, in misura minore, la sociologia. Tra le aree di ricerca più feconde, spicca lo studio delle esperienze di malattia e guarigione dei pazienti, spesso affrontato attraverso l’approccio della medicina narrativa (Charon 2021; Poggio 2007). Questo approccio, nato in aperta polemica con la biomedicina, e in particolare con il modello dell’*evidence-based medicine*, mira a valorizzare le diverse esperienze

soggettive legate alla malattia come parte integrante del percorso di cura.

Nella medicina narrativa, la malattia viene analizzata secondo tre dimensioni: *illness*, ossia la dimensione soggettiva della malattia, così come percepita dal paziente; *disease*, ovvero la dimensione diagnostica e professionale della patologia, legata alla prospettiva medica; e *sickness*, la dimensione sociale della malattia, spesso caratterizzata da una connotazione moralizzante nei confronti della persona malata e del suo “ruolo sociale” (Twaddle 1973, 1994). Integrando questi livelli di analisi, la medicina narrativa intende arricchire il percorso di cura, offrendo un quadro più completo e umano della malattia.¹⁹ In quest’ottica, nonostante si faccia promotore di una concezione olistica della salute, l’approccio narrativo “ha un valore che va oltre il piano etico, in quanto fornisce ai professionisti della salute una maggiore accuratezza diagnostica e una maggiore direzione terapeutica” (Cardano 2016, p. 63).

Accanto al tentativo di onorare le storie di vita dei pazienti (Charon 2021; si veda anche Spinsanti 2023), un altro filone di ricerca in rapida espansione – anche in Italia – riguarda la *governance* della diversità religiosa in ambito ospedaliero (Baccetto 2023; Cadge 2012; Collicutt 2022; Garrett 2002; Gilliat-Ray 2005; Giorgi, Giorda e Palmisano 2022; Levin 2020, 2022; Lüddeckens, Hetmanczyk e Stein 2021; Meintel 2025; Mol 2002). Questa prospettiva presta particolare attenzione al modo in cui la diversità religiosa – in un paese a maggioranza cattolica come l’Italia – influenza l’organizzazione

¹⁹ Si vedano anche Cipolla e Maturo (2008) e Maturo (2009, 2024).

sociale, i repertori di pratiche e i discorsi sulla cura spirituale in ospedale (Palmisano e Pannofino 2023a; Pavolini e Quaglia 2024).

Oltre a questi filoni emergenti, un classico della ricerca scientifico-sociale sulle intersezioni tra religione e salute è il libro *'Paging God'* della sociologa Wendy Cadge (2012). Basandosi su interviste e osservazioni condotte tra infermieri, medici e cappellani in diversi ospedali statunitensi, Cadge dimostra che – nonostante la razionalizzazione degli interventi medici – la spiritualità e la fede continuano a svolgere un ruolo centrale nell'ambiente sanitario. In particolare, la sua ricerca evidenzia come il sacro rimanga una forza pervasiva e spesso decisiva, anche in un ambito altamente scientifico come quello delle cure mediche contemporanee.

Analogamente, pur adottando un approccio più socio-storico, Levin propone di considerare religione e medicina come le due principali istituzioni della storia occidentale (Levin 2020). Inoltre, l'autore mette in luce il modo in cui le concezioni del sacro e della salute di ispirazione *New Age* stanno penetrando nei contesti sanitari tradizionali, attraverso la diffusione di medicine complementari e alternative e di interventi di cura spirituale (Levin 2022).

Allo stesso modo, Mar Grier et al., (2025) identificano due processi complementari che caratterizzano l'inclusione di spiritualità alternative negli ospedali: la scientificizzazione delle pratiche delle CAM per allinearle ai sistemi sanitari tradizionali e la crescente spiritualizzazione degli ambienti sanitari, soprattutto nelle cure palliative (Grier et al., 2025, p. 1). Abbiamo già discusso della spiritualizzazione degli ambienti sanitari nel paragrafo precedente, con particolare attenzione al fine vita e all'approccio olistico. Il primo

di questi due processi, invece, si manifesta attraverso il concetto di evidenza scientifica, considerato un marcatore simbolico fondamentale, che influenza l'accettazione o il rifiuto delle terapie CAM tra gli operatori sanitari (Griera et al., 2025, p. 1).

Questi studi, grazie alla loro attenzione alle interazioni tra le dimensioni micro, meso e macro del nesso tra salute e salvezza, forniscono un solido punto di partenza per lo sviluppo di un approccio critico. Questo approccio deve essere capace di integrare il punto di vista degli attori sociali con l'analisi dei dispositivi attraverso cui pratiche e discorsi specifici – come quelli sulla cura spirituale, la meditazione e l'insegnamento dello yoga – vengono propagati, socialmente riprodotti e interiorizzati dagli attori sociali stessi.

Per un approccio critico allo studio sociologico del nesso “salute e salvezza”

In linea con le critiche avanzate dagli studi sociali più influenti su religione, spiritualità e medicina, questo volume sostiene che le attuali concettualizzazioni di religione e spiritualità, così come emergono dalla letteratura e dalla pratica sanitaria, tendono a promuovere una comprensione semplificata della spiritualità. Essa viene spesso concepita in termini essenzializzanti, individualizzata e antitetica alle religioni tradizionali.

Questa semplificazione è dovuta solo in parte alle prospettive disciplinari proprie della medicina, dell'infermieristica, della psicologia e della teologia, da cui originano queste concettualizzazioni. Influiscono anche la natura multistrato di categorie come “religione” e “spiritualità” (Toniol, Mossière e Monnot 2023; Palmisano e Pannofino 2020, 2021; Watts 2020) nonché la

mancanza di designazione chiara e l'indeterminazione semantica del concetto stesso di spiritualità, che ne facilita interpretazioni parziali e prive della necessaria comprensione storico-sociale.

Come sottolinea Paul Bramadat (2019), è proprio questa indeterminazione semantica a rendere la spiritualità particolarmente suscettibile a una varietà di interpretazioni. Di conseguenza, la scarsità di ricerche sociologiche sul nesso tra salute e salvezza ha lasciato spazio a letture poco informate, che non tengono conto delle complesse interazioni tra cura del corpo e cura dell'anima, nei diversi contesti istituzionali, socioculturali e storici in cui queste prendono forma.

Altrove, insieme a Stefania Palmisano e Fiona Timmins, ho argomentato che la salute è diventata un registro pervasivo che sta progressivamente colonizzando anche quei segmenti del mondo sociale tradizionalmente regolati dalle premesse salvifiche del sacro. In questo senso, per comprendere appieno il panorama religioso e spirituale contemporaneo, è fondamentale che i sociologi della religione includano nelle loro analisi l'ambito terapeutico e medico. Questa prospettiva consente di cogliere le trasformazioni, le continuità e le rotture che le concezioni attuali del sacro devono alla salute, al suo mantenimento e alla sua coltivazione – considerata sempre più una forma di salvezza tra le più seducenti, malleabili e simbolicamente ricche disponibili nelle società contemporanee (Di Placido, Palmisano e Timmins 2023, p. 178).

Seguendo questa linea di ricerca, il volume si propone come un contributo – seppur parziale – allo studio sociologico del nesso tra salute e salvezza. Oltre a indagare le crescenti sovrapposizioni tra cura

del corpo e cura dello spirito in ambito ospedaliero, nella pratica meditativa buddhista e nell'insegnamento dello yoga, questo volume sostiene che la sociologia debba analizzare l'inclusione della religione e della spiritualità nei contesti di cura e la diffusione di nuove forme di spiritualità basate sulla ricerca della salute, alla luce dei processi storici, discorsivi e pratici che ne caratterizzano la costruzione sociale, l'uso e la diffusione, all'interno di specifici dispositivi – che possono essere religiosi, politici o terapeutici. Da queste riflessioni preliminari, ne deriva che il compito della sociologia, così come declinato nelle pagine seguenti, non è soltanto quello della comprensione, ma anche della critica. Se la sociologia si sottrae all'analisi critica – sia dell'inclusione della spiritualità nei contesti sanitari, sia del suo sviluppo socioculturale come fenomeno sociale in espansione – rischia di diventare complice, soprattutto in un contesto come quello italiano, di un progetto essenzializzante e con sfumature confessionali, tema su cui tornerò nel capitolo 2.

L'inclusione della spiritualità nei contesti sanitari, per esempio, rischia di essere strumentalizzata da politiche assistenziali neoliberiste, incentrate sulla responsabilità personale – del paziente e del personale ospedaliero – e affiancate dalla progressiva aziendalizzazione delle cure. Alcune delle logiche discorsive e pratiche più diffuse in questo ambito riguardano il ricorso alla spiritualità per mitigare il burnout di medici e infermieri (De Diego-Cordero et al., 2021) – sovraccaricati da un intenso carico di lavoro e dalla carenza di personale – e l'enfasi su pratiche e interventi incentrati sulla responsabilità del paziente e degli operatori sanitari, piuttosto

che su interventi sistemici e strutturali (Fries 2008; Mavelli 2020; Lartey e Moon 2020).

Di conseguenza, questi processi possono promuovere una forma di disciplinamento che porta all'inclusione della religione e della spiritualità nei contesti sanitari come tecnologia di controllo, contribuendo alla creazione di "corpi docili" (Foucault 1977). In questo scenario, gli individui vengono contestualizzati principalmente in base agli imperativi economici dell'efficienza, della produttività e della *performance* lavorativa, piuttosto che alla promozione di una cura olistica, integrata e trasformativa. Come verrà approfondito nel Capitolo 2, numerose voci mettono in discussione l'efficacia degli interventi di cura spirituale, che sembrano rispondere più a logiche istituzionali e di accreditamento che a iniziative concrete per la promozione dei diritti e dell'accesso alle cure dei pazienti.

Tuttavia, queste derive neoliberali non riguardano soltanto l'inclusione della spiritualità nei contesti sanitari, ma si manifestano anche nel campo religioso, spirituale e terapeutico dell'Italia contemporanea. Come osserva Andrea Jain (2020, p. 18) in riferimento al contesto statunitense, "la popolarità delle tecnologie per il rilassamento, l'auto-miglioramento, l'auto-cura e la gestione dello stress [...] riflette la salienza di modelli di soggettività che danno priorità alla capacità del soggetto di rispondere ed esercitare il controllo sui propri sentimenti in risposta alla precarietà".

In questo nuovo intreccio epistemico tra costruzione identitaria, ricerca di senso e successo personale, alcune risorse simbolico-materiali di matrice religiosa – come la meditazione buddhista o la pratica dello yoga, percepite come esotiche dal pubblico italiano –

diventano mezzi autentici ed efficaci per gestire emozioni e atteggiamenti, in relazione a un ideale sempre più pervasivo di auto-realizzazione. Come sottolinea Altglas (2014, p. 282):

Questo ideale, pur essendo desiderato dagli attori sociali, riflette anche le richieste sempre più forti di autonomia e flessibilità che vengono loro rivolte. Così, le risorse religiose esotiche, insieme ad altre tecniche religiose e terapeutiche, contribuiscono alla più ampia tendenza alla psicologizzazione della vita sociale contemporanea.

Nelle società odierne, specifiche concezioni della salute, del sacro e del *continuum* politico-economico competono per informare la cultura legittima in campi disparati, dalla medicina alla religione, fino a all'economia politica²⁰ (Di Placido, Strhan e Palmisano 2022). In questo contesto, come chiarisce Géraldine Mossière (2023, p. 1), "l'attuale entusiasmo per la spiritualità come narrazione popolare è generalmente attribuito alle riconfigurazioni religiose contemporanee generate dai processi di secolarizzazione e a un certo disincanto verso le religioni considerate autoritarie o istituzionali".

Pur senza tentare una ricostruzione sistematica della sociologia della spiritualità (Giordan, Palmisano e Piraino 2025), è essenziale ricordare che la secolarizzazione e il declino dell'adesione alle religioni tradizionali hanno favorito il fiorire di una pluralità di forme "nuove" e/o "alternative" di relazione con il sacro. Queste nuove forme si centrano sull'autorità interna dei soggetti, sull'esperienza diretta e

²⁰ In linea con un approccio Foucaultiano sarebbe più corretto parlare di una micro-fisica dell'economia politica, ovvero di quei processi e strategie che permettono alle strutture oggettive dell'ordine economico-politico di venire incorporate – sia tramite forme di disciplinamento che di auto-condotta – dagli attori sociali stessi.

sulla fusione degli orizzonti della salute, del sacro e dell'auto-realizzazione (Heelas 1996; Heelas e Woodhead 2005; Jain 2020). Come afferma Righetti (2018, p. 13, in Lombi 2024, p. 12):

Se è innegabile che ancora molti si affidano alle tradizionali istituzioni religiose, è anche vero che non pochi aderiscono alla loro dottrina in modo selettivo e che almeno una parte degli individui rifiuta la giurisdizione di un'autorità esterna su una materia considerata tanto interiore e personale come la ricerca del sacro.

Pur riconoscendo il ruolo crescente lasciato alle scelte individuali nelle spiritualità contemporanee, rispetto alle religioni tradizionali, è necessario sottolineare come il contesto culturale, sociale ed economico²¹ in cui il campo religioso e spirituale si sviluppa – così come i capitali a disposizione dei diversi attori sociali – influenza drasticamente tanto le opportunità, quanto i limiti delle possibili traiettorie di accesso al sacro. Questo tema, seppur declinato in modo diverso nei tre casi studio, attraversa l'intero volume. Con questa attenzione alle dinamiche sociali di produzione, circolazione e consumo della cura spirituale, della meditazione buddhista e dell'insegnamento dello yoga, nei capitoli successivi analizzerò come diversi dispositivi, pratiche e discorsi contribuiscono all'articolazione contemporanea del nesso tra salute e salvezza nell'Italia di oggi.

Seguendo l'approccio Foucaultiano, con il termine dispositivo intendo quegli apparati attraverso i quali specifici discorsi (sulla salute, sulla verità, sulla moralità) e specifiche pratiche – che i

²¹ Per un esempio in questa direzione si veda la ricerca di matrice antropologica di Deirdre Meintel (2025), la quale mette in luce la tensione tra sapere (teorico) e sapere pratico (*know-how*) alla base dell'inclusione delle cure spirituali in ospedale nella regione di Montreal, Canada.

praticanti interiorizzano e riproducono all'interno delle strutture sociali che abitano – si intrecciano nella produzione di modelli di azione e di pensiero, siano essi terapeutici, religiosi o spirituali. Come osserva Callewaert (2017, p. 49), “sia la storia sociale di Foucault che l'analisi di Bourdieu delle strutture di un campo e delle disposizioni di habitus insistono sulla discontinuità storica, sul pensare in relazioni invece che in termini di sostanze”. Seguendo questa prospettiva, il volume intende svelare qualsiasi naturalismo in riferimento alla cura congiunta di corpo e anima mettendo in luce, di converso, le contingenze storiche ed epistemiche che caratterizzano specifici universi pratico-discorsivi così come i processi attraverso i quali questi ultimi si fanno corpo ed esperienza.

Capitolo 2

Spiritualità e cura in Ospedale

Introduzione

Come argomentato in precedenza, il campo religioso e spirituale italiano sta attraversando profondi mutamenti tra cui la progressiva erosione dei confini tradizionali tra cura del corpo e cura dello spirito e la conseguente contrapposizione – e/o alleanza – tra scienze mediche, religione e spiritualità. Che si parli di secolarizzazione (per indicare il supposto declino della religiosità tradizionale), di pluralismo religioso (specialmente alla luce del proliferare delle così dette “minoranze religiose” e delle fedi migranti) o ancora di re-
incanto del mondo (in riferimento all’emergere di nuove forme di spiritualità di matrice olistica), l’ospedale offre un contesto privilegiato per lo studio sociologico di alcuni di questi processi di trasformazione. Più nello specifico, lo studio del campo religioso e spirituale in ospedale, oltre a identificare limiti e opportunità della progressiva inclusione di interventi di cura spirituale (Di Placido e Palmisano 2023a), permette anche di esplorare, e da una pluralità di prospettive, alcune delle logiche di *governance* della diversità religiosa così come dell’organizzazione sociale delle cure.

L’obiettivo di questo capitolo è quindi di chiarire come la cura congiunta del corpo e dello spirito sia disciplinata, nel contesto ospedaliero, dalla progressiva inclusione di interventi di cura spirituale nonché da quelle logiche di *governance* che ne determinano l’applicazione. Come vedremo, l’approccio olistico alla base degli interventi di cura spirituale trova nelle logiche istituzionali e

organizzative dell'ospedale nonché nelle pratiche di *governance* vigenti, dei limiti concreti alla sua inclusione – non solo *de iure* ma anche *de facto* – all'interno della pratica medico-infermieristica.

Un esempio che unisce, in maniera esemplare, questo interesse per l'inclusione delle cure spirituali e la *governance* della diversità religiosa in ospedale è il progetto 'La Cura dello Spirito'. Nato nel 2006 presso la Città della Salute e della Scienza di Torino ad oggi è implementato in diversi ospedali di tutta la penisola.²² Tra le iniziative principali – e, al tempo, pioneristiche – introdotte del progetto, figurano l'istituzione di spazi di preghiera aconfessionali o multi-confessionali (noti come “stanze del silenzio”), l'offerta di diete differenziate per tradizione religiosa, trattamenti delle salme personalizzati e il supporto spirituale rivolto ai pazienti di fede non cattolica.

Più nello specifico, il progetto prevede anche che “i pazienti ricoverati nei principali ospedali della Regione Piemonte possono richiedere il supporto spirituale di un rappresentante della propria religione, qualsiasi essa sia”.²³ Questo rappresentante, noto in letterature come “assistente spirituale”, risponde all'esigenza, individuata dal *management* ospedaliero, di garantire un sostegno religioso e spirituale anche a quei pazienti che non si riconoscono nella tradizione cattolica. In questi casi, infatti, la presenza dei cappellani

²² Sono 17 le realtà locali (tra quelle cittadine e quelle regionali) che implementano il progetto 'La Cura dello Spirito' mentre simili progetti, supportati sul piano metodologico e formativo dai coordinatori del progetto pilota, sono ad oggi implementati anche presso: l'Azienda Ospedaliera di Bologna (Policlinico S. Orsola-Malpighi), l'Azienda Sanitaria di Firenze (Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze), l'ASL Roma B (Ospedale Sandro Pertini di Roma), AO di rilievo nazionale (A. Cardarelli di Napoli) e l'ASL 1 Imperiese (Ospedale di Sanremo). Per maggiori informazioni si veda [A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Chi siamo](#) maggio 06, 2025.

²³ [A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino - Progetto "La cura dello Spirito"](#) ultimo accesso 13 marzo 2025.

ospedalieri non è sufficiente a soddisfare pienamente tali necessità. L'assistente spirituale può essere quindi considerato una figura "quasi professionale" che, integrata nel lavoro dell'*équipe* medico-sanitaria, si occupa di rispondere ai bisogni spirituali e religiosi dei pazienti non cattolici (VandeCreek 2010).

Nelle prossime pagine, facendo dialogare il materiale empirico dei progetti di ricerca *Integrare spiritualità e medicina nella pratica dell'assistenza* (RESPIRO) (2019-2022) e *Urban Governance of Religious Diversity* (2023-2025), mostrerò come sia l'inclusione di interventi di cura spirituale sia la *governance* della diversità religiosa in ospedale contribuiscano a influenzare i contorni e le declinazioni specifiche del nesso salute e salvezza così come esperito dai diversi attori sociali coinvolti nell'erogazione e nella ricezione delle cure.

Il capitolo è strutturato come segue: *in primis*, discute brevemente l'organizzazione sociale dell'ospedale alla luce della progressiva inclusione di interventi di cura spirituale, mostrando come il contesto ospedaliero si riveli un campo pieno di sfide e opportunità per tutti gli attori coinvolti, dai pazienti ai rappresentanti religiosi, fino al personale medico-infermieristico e il *management* ospedaliero stesso. Dopo aver introdotto il progetto 'La Cura dello Spirito' e le sue logiche organizzative e istituzionali, il capitolo mette a confronto i punti di vista di infermieri, pazienti e rappresentanti religiosi sulla cura spirituale. Da queste analisi emerge che alcuni dei conflitti che animano il più ampio campo religioso e spirituale italiano, per esempio in riferimento al maggior riconoscimento simbolico nonché alle maggiori risorse economiche e materiali della chiesa cattolica rispetto alle altre confessioni religiose, si trovino – declinati in forma

specifica – anche all’interno del contesto ospedaliero e delle sue logiche pratico-istituzionali. Le esperienze vissute, soprattutto dai pazienti, paiono inevitabilmente assoggettate ad alcuni dei dispositivi che regolano la relazione tra confessioni religiose e Stato italiano, le logiche *top-down* di alcuni interventi di *governance* nonché la mancanza di formazione specifica e aconfessionale per medici e infermieri.

L’organizzazione sociale dell’ospedale e l’inclusione della spiritualità nella cura

La nascita dell’ospedale in quanto istituzione sociale secolarizzata dedicata alla cura delle malattie da parte di professionisti della salute è un’innovazione relativamente ‘recente’, frutto di un lento processo di evoluzione caratterizzato da elementi di rottura e di continuità con le istituzioni della cura che lo hanno preceduto (Risse 1999). Alcune di queste istituzioni, come il tempio di Asclepio in Grecia antica, gli *hospitals* medioevali e ancora le prime istituzioni di accoglienza per i poveri, i malati e altre figure socialmente marginali la cui evoluzione è stata magistralmente trattata da Foucault, a fianco a funzioni specifiche di cura erano anche regolati da logiche pratico-discorsive di matrice religiosa. Gli echi di questa parentela tra cura del corpo e cura dello spirito all’interno delle istituzioni da cui poi l’ospedale moderno ha preso forma, sono ancora visibili, per esempio, nel numero e nell’importanza di strutture sanitarie di matrice cattolica nel nostro paese: all’inizio del XXI secolo, secondo un’indagine condotta dalla Comunità Episcopale Italiana (CEI), ammontavano a 5.243 (Marchesi 2001) mentre i dati riguardanti agli ultimi due decenni – al meglio delle mie conoscenze – non sono ancora stati raccolti.

L'ospedale moderno così come lo conosciamo non è soltanto un luogo di cura ma è anche – se non soprattutto – un complesso contesto organizzativo, all'interno del quale prendono forma pratiche, ruoli e interazioni guidate da logiche pratico-discorsive che fanno della salute il loro principio cardine.²⁴ Più precisamente, gli ospedali si caratterizzano per essere delle “strutture-in-processo” (Strauss 1978), ovvero “frutto di un ordine negoziato [...] in continua tensione tra la pianificazione delle attività e la contingenza degli eventi” (Bruni e Rossi 2020, p. 250).

Linda Lombi, nella sua disamina di alcuni dei “processi trasformativi” che hanno interessato i contesti sanitari negli ultimi anni, menziona quattro aspetti specifici, che ben testimoniano la natura processuale che caratterizza l'organizzazione sociale ospedaliera (Lombi 2024, p. 24): il cambiamento demografico ed epidemiologico delle nostre società; la pluralità di punti di vista e visioni dei concetti di salute, malattia e guarigione che, come abbiamo già detto, non sono di univoca interpretazione; i cambiamenti di ruolo dei pazienti a cittadini-utenti e quindi ad un coinvolgimento più attivo nel processo di cura; ed infine, l'umanizzazione delle cure, un approccio che, parimenti a quello olistico, mette i bisogni fisici, psicologici e sociali del paziente al centro e tenta di comprendere la complessità dell'esperienza di malattia oltre la dimensione biomedica.

Secondo Lombi sono proprio questi cambiamenti che hanno contribuito “a sollecitare l'inclusione della spiritualità tra le componenti essenziali del benessere delle persone” (ibidem).

²⁴ In altre parole, la rottura epistemica tra salute e salvezza è, nell'alveo della cultura occidentale, in gran parte un lascito della progressiva istituzione della scienza medica che diventa, grazie al sapere esperto del medico, l'unico sistema di conoscenze di cura legittime.

L'ospedale moderno è quindi un "ambito in continua evoluzione" dove "avanzamenti delle tecnologie, vincoli di budget e trasformazioni sociali", ma ancora di più "l'incontro con persone di diversa etnia e cultura pone sfide d'integrazione nella cura e nell'accoglienza" (Proserpio et al., 2014, p. 281).

Una discussione approfondita di questi processi sociali come di queste sfide, seppure di rilievo, non può trovare spazio in questo capitolo. Quello che, però, è necessario articolare con più precisione è come la progressiva inclusione delle cure spirituali all'interno degli ospedali rappresenti, oltre che l'esito di più profondi cambiamenti socioculturali (così come riflessi negli habitus religiosi e spirituali contemporanei) anche lo sviluppo di logiche organizzative più ampie: da un lato, l'inclusione delle cure spirituali in ambito ospedaliero risponde alla crescente legittimità di approcci olistici e alla diffusione delle così dette terapie alternative e/o complementari. In questo senso, le cure spirituali debbono essere intese come l'espressione di un più ampio cambiamento epistemico all'interno della medicina che vede il confronto, lo scontro e in alcuni casi anche l'ibridazione tra approcci biomedici e approcci più attenti all'esperienza dei pazienti (approcci olistici, la medicina narrativa, le *medical humanities*); dall'altro lato, le logiche di *governance* della diversità religiosa in ospedale impongono, alla luce del pluralismo religioso attuale, la necessità di ampliare l'offerta di servizi in conformità con la differenziazione dei bisogni, esigenze e richieste di diverse confessioni religiose. È all'intersezione di questi processi organizzativi di più ampio respiro che si snodano alcuni degli aspetti essenziali della relazione tra cura del corpo e cura dello spirito negli ospedali italiani.

Rispetto al processo di inclusione delle cure spirituali in ambito ospedaliero, per esempio, emerge “la necessità di fondare le pratiche assistenziali su evidenze scientifiche” (Proserpio et al., 2014, p. 281; si vedano anche Griera et al., 2025), sottolineando come la cura del corpo e dello spirito, se non altro nella sua applicazione ospedaliera, debba convergere verso logiche scientifiche, professionali e organizzative che rispondono a necessità epistemiche di stampo biomedico e che quindi ne limitano e regolano l’applicazione concreta.

Rispetto alla *governance* della diversità religiosa in ospedale, il cui obiettivo sarebbe di migliorare i rapporti tra i diversi gruppi, minimizzare il rischio di controversie e, in una prospettiva più ampia, promuovere la coesione sociale (Breskaya, Finke e Giordan 2021),²⁵ la mediazione tra logiche organizzative-istituzionali, le esigenze dei pazienti e il potere di rappresentanza dei diversi gruppi religiosi si rivela spesso problematica.

Il prosieguo del capitolo cercherà di evidenziare come il legame tra salute e salvezza sia intrecciato con diversi dispositivi, tra cui quelli ospedalieri che regolano l’erogazione dei servizi di cura spirituale e quelli politico-amministrativi che gestiscono le relazioni tra le confessioni religiose presenti in Italia e lo Stato. In questo senso, il punto di vista di infermieri, pazienti e rappresentanti religiosi è solo un aspetto delle analisi proposte, le quali sono principalmente

²⁵ Più nello specifico, seguendo la definizione di Martínez Ariño (2019, p. 366), la *governance* della diversità religiosa è la “regolazione interna ed esterna della diversità religiosa attraverso “meccanismi di coordinamento dell’azione che forniscono capacità intenzionali di regolazione, compresa la co- e l’autoregolazione” (Bader 2007: 873) e non esclusivamente attraverso leggi e regole. I processi di *governance* coinvolgono altri attori oltre allo Stato, tra cui le stesse comunità religiose, ma anche reti e associazioni interconfessionali e altre forme di corporate *governance*, come il partenariato pubblico-privato”.

indirizzate alla comprensione della dimensione sociale – e non solo individuale – del nesso tra salute e salvezza così come declinato all'interno degli ospedali italiani.

Infermieri, pazienti e rappresentanti religiosi: voci a confronto

Il punto di vista degli infermieri è stato raccolto attraverso 7 interviste semi-strutturate con gli operatori del reparto di Oncoematologia della Città della Salute e della Scienza di Torino, integrate da 2 focus group con gli stessi. Quello dei pazienti, più ampio e articolato, è stato ricostruito tramite 8 interviste in profondità con membri dell'Associazione Nazionale Emo-Dializzati (ANED), 2 focus group e l'analisi del *Questionario sulla spiritualità in ospedale*, una versione in lingua italiana del questionario inglese HOPE, somministrato in forma anonima a 18 pazienti dagli infermieri del reparto di Oncoematologia. Infine, il punto di vista dei rappresentanti religiosi è stato delineato attraverso 4 interviste in profondità con assistenti spirituali di fedi diverse da quella cattolica, condotte nell'ambito del progetto RESPIRO, e 15 interviste semi-strutturate con rappresentanti di diverse confessioni religiose, svolte all'interno del progetto *Urban Governance of Religious Diversity* (2023–2025).

Questo campione variegato – sia per metodo che per estensione – offre una prospettiva ampia sui diversi punti di vista degli attori sociali coinvolti nella cura spirituale e sul loro posizionamento in ospedale. In altre parole, triangolando le specificità di ciascun campione di dati disponibile, questo materiale empirico consente riflessioni precise su come i diversi ruoli sociali – dall'infermiere al paziente fino al rappresentante religioso – si associno a concezioni differenti della cura spirituale, delle modalità con cui dovrebbe essere

esercitata e della distribuzione diseguale delle risorse tra la fede di maggioranza, più istituzionalizzata nei contesti ospedalieri, e le altre confessioni religiose. Questa pluralità di visioni sulla cura spirituale è infatti vincolata dalla disparità nella distribuzione delle risorse tra gli attori sociali coinvolti, così come dai loro diversi poteri di rappresentanza e rappresentazione. Tale squilibrio ha conseguenze tangibili non solo sul piano simbolico, ma anche su quello organizzativo, influenzando le forme legittime che la cura congiunta del corpo e dello spirito può assumere oggi nel contesto ospedaliero italiano.

La voce degli infermieri: Il bisogno spirituale dei malati

In questa sezione discuterò della percezione del bisogno spirituale dei malati dal punto di vista dei professionisti della cura, infermieri *in primis*. Come afferma Linda Lombi (2024, p. 14), “dal punto di vista del professionista sanitario, esplorare e considerare gli orientamenti religiosi e spirituali del paziente non rappresenta solo un imperativo etico, legato al tema dell’umanizzazione e della personalizzazione delle cure, ma può rappresentare anche un potente strumento per promuovere l’alleanza terapeutica”. Nell’esperienza degli infermieri intervistati, come sottolinea Daniela e in linea con la letteratura di riferimento (Ciappino et al., 2024; Lombi e Gusman 2025; Savini, Alberti e Tinti 2023; Vanzo e Lombi 2024), i bisogni spirituali dei pazienti sono principalmente legati al fine vita:

è proprio legata al fine vita la richiesta. Più che altro arriva dal familiare, perché sono loro che ci chiedono se è possibile fare accedere il sacerdote, magari il sacerdote di fiducia. Perché comunque ci sono quelli ospedalieri che la domenica passano,

che se [i pazienti] vogliono chiami, però c'è spesso la richiesta di proprio quello che è il sacerdote di fiducia.

Dalle parole di Daniela emerge che il bisogno spirituale dei pazienti – anche attraverso la mediazione dei familiari – è prevalentemente di matrice cattolica. Per soddisfare questo bisogno, oltre ai cappellani dell'ospedale (tema su cui tornerò in seguito), vi è anche la possibilità di essere visitati dal proprio “sacerdote di fiducia”. Tuttavia, come vedremo, questa possibilità risulta più complessa per i pazienti di fede non cattolica che desiderano incontrare il proprio leader religioso, e non solo l'assistente spirituale della loro confessione.

Un altro aspetto da evidenziare è la presenza di pazienti “multietnici”, per usare il termine emico dell'intervistata, i cui bisogni e richieste non sempre possono essere soddisfatti dalla presenza dei cappellani o dei sacerdoti di fiducia:

Poi come dicevo prima [...] il fatto che ci siano pazienti multietnici, abbiamo approcci con diversi tipi di religione. Quindi delle volte le richieste sono anche di tipo particolare, non particolare, sono legati ad una spiritualità diversa a quella a cui posso essere abituata io che sono cattolica [...], ho avuto un paziente buddhista, uno taoista e adesso ho scoperto, perché non lo sapevo, della parte ortodossa, che ci sono l'ortodosso tradizionale, il rito nuovo, il rito vecchio, che hanno comunque delle dinamiche diverse e sacerdoti diversi, con abitudini e magari necessità di fare accedere più persone, di riti, rituali legati anche alla luce, candele, piuttosto che, e quindi diversi da quelli che conoscevo.

La pluralità di sensibilità religiose con cui gli infermieri si confrontano nella loro pratica professionale, come emerge dall'estratto di intervista appena introdotto, rivela da un lato il desiderio di supportare il paziente coinvolgendo assistenti spirituali o leader religiosi della sua fede e dall'altro la percezione delle religioni diverse da quella cattolica come esotiche, se non addirittura "altre". Simona, per esempio, afferma che "io mi confondo con le religioni, non le conosco bene", come si evince dalla sua sovrapposizione tra islam e buddhismo:

Ho avuto anche io qualche esperienza di quel tipo, rosario piuttosto che il buddhista che mettesse il tappetino per terra e facesse la preghiera al sole, poi io mi confondo con le religioni, non le conosco bene, quindi per me sono tutti, per dire, del mondo Orientale, piuttosto che Afgano, io dico buddhisti ma sbaglio sicuramente, perché Buddha era un altro tipo di religione, qual era la religione? [si rivolge ai colleghi che le suggeriscono] Bravissimi, musulmana, che ha tanti tipi di sfumature.

In questo senso, come sottolineato da Hodge (2013) nella sua discussione della "valutazione spirituale implicita", la mancanza di formazione e di consapevolezza rispetto alla diversità di pratiche e credenze religiose dei propri pazienti, oltre a rappresentare un ostacolo potenziale per il riconoscimento dei bisogni spirituali, può portare gli infermieri a "inavvertitamente comunicare mancanza di rispetto [...] riguardo a questioni potenzialmente sensibili" (2013, p. 225). Al di là dei bisogni spirituali dei pazienti non cattolici, che secondo gli infermieri vengono espressi esplicitamente solo in una minoranza di casi, Simona osserva che anche le manifestazioni di

religiosità cattolica sono piuttosto sporadiche e limitate a situazioni specifiche, come guardare la messa in televisione o richiedere la comunione:

Quello che mi capita di vedere sono i pazienti che guardano la messa della domenica. Si sentono accompagnati da questo rituale cattolico del nostro papa che dice la messa, non c'è sempre lui però forse in tv, ogni tanto ci sono anche dei sostituti. E poi bisogno religioso, qualcuno che vuole fare la comunione, ma molto di rado, quest'anno nessuno, l'anno scorso nessuno.

Il dato più significativo, poiché evidenzia la principale criticità nell'inclusione degli interventi di cura spirituale dal punto di vista degli infermieri, riguarda il senso di inadeguatezza con cui si trovano a confrontarsi di fronte al bisogno spirituale dei pazienti:

Però poi alla fine la cercano in noi questa cosa più che dal cielo o da qualche altra parte. Ed io proprio da questo punto di vista, come supporto non so proprio come, dove indirizzarli, ecco, quindi se voi avete gli indirizzi datemeli così glieli do anche a loro.

Dal punto di vista degli infermieri, i pazienti manifestano un bisogno di natura relazionale che trascende qualsiasi affiliazione o sensibilità religiosa. Tuttavia, come emerso nell'estratto precedente, i professionisti non si sentono adeguatamente preparati a rispondervi. Questo dato sottolinea la necessità di rafforzare e ampliare la formazione sulle cure spirituali in ambito infermieristico, riconoscendola come una risorsa fondamentale per una gestione corretta ed efficace della *governance* religiosa in ospedale (Di Placido e Palmisano 2023a).

Massimiliano, riprendendo alcune riflessioni su come identificare, in pratica, i bisogni spirituali dei pazienti, riflette sul fatto che la gestualità e la ritualità quotidiana possano essere elementi fondamentali per una valutazione preliminare, e quindi eventualmente per il supporto, di specifici bisogni spirituali:

Alcune volte, appunto a parte le esperienze legate al fine vita dove viene richiesta la presenza del cappellano o comunque una modalità di accompagnamento, di assistenza spirituale, alle volte sono i gesti dei pazienti che anche senza dirtelo te lo fanno capire. Ad esempio, pazienti orientati verso la religione musulmana, può capitare di entrare nel momento della terapia, piuttosto che in un altro momento e trovarli nel momento della preghiera. Oppure può anche capitare di vedere alcuni pazienti cattolici che hanno il rosario tra le mani, è capitato anche questo. Quindi è più legato [...], o la richiesta è diretta, esplicita, oppure indiretta attraverso la gestualità, la ritualità in cui si può incappare.

Questa richiesta indiretta, oltre a segnalare l'appartenenza religiosa del paziente o il conforto ricercato nella preghiera, rischia di rimanere tale, soprattutto a causa della mancanza di una formazione specifica tra gli infermieri. Daniela, proseguendo nella riflessione sulla complessità dell'identificazione del bisogno spirituale dei pazienti e sulla relazione professionale con gli stessi, condivide le strategie che adotta nei casi delicati in cui le esigenze di cura si intrecciano con le manifestazioni di fede durante la *routine* ospedaliera. Infine, Daniela afferma con decisione che, a suo avviso, l'attenzione agli aspetti

spirituali e religiosi dei pazienti dovrebbe essere di competenza di altre figure professionali:

Cerco di rispettare le esigenze del paziente, qualunque sia la sua religione, cerco di cogliere quali siano le esigenze, senza disturbare. E dove invece c'è bisogno di disturbare perché è il paziente che mi chiede aiuto allora intervengo dove riesco. Solo che è un campo veramente difficile dove intervenire, almeno per quanto mi riguarda, dare le risposte adeguate insomma. Come ci sono gli psicologi per la psiche ci saranno anche i religiosi per dare delle indicazioni religiose insomma.

In conclusione, sebbene il materiale empirico rappresenti il punto di vista di professionisti impiegati presso la Città della Salute e della Scienza, un ospedale all'avanguardia nella sperimentazione e nell'implementazione di protocolli di cura spirituale, è emersa una totale mancanza di formazione su questo tema, accompagnata dalla disinformazione degli infermieri riguardo alle iniziative messe a disposizione dall'ospedale.

Questo dato è di fondamentale importanza poiché sottolinea, ancora una volta, la necessità di promuovere ricerca e formazione per "equipaggiare" gli infermieri con gli strumenti adeguati ad affrontare con competenza il sempre più diversificato bisogno spirituale dei pazienti. Acquisire tali competenze, a giudizio di chi scrive, favorirebbe anche l'implementazione di progetti come 'La Cura dello Spirito'. Infatti, oltre agli aspetti gestionali e organizzativi che coinvolgono l'Azienda Sanitaria, l'amministrazione locale e gli enti religiosi, sono proprio gli infermieri che, per mandato professionale, dovrebbero identificare, valutare e intervenire per rispondere ai

bisogni di cura spirituale dei pazienti, seguendo un modello assistenziale olistico e sensibile alla diversità religiosa. La natura *top-down* di questo progetto, come approfondirò nel proseguo, combinata alla carenza di formazione, ha finora limitato l'efficacia delle iniziative proposte e, soprattutto, la capacità degli infermieri di intercettare i bisogni spirituali dei pazienti, in particolare di quelli di fede non cattolica.

La voce dei pazienti: Il questionario e le esperienze di malattia

Le voci dei pazienti discusse in questa sezione emergono da due fonti di dati differenti: dalla somministrazione sperimentale di una versione tradotta e rielaborata del questionario HOPE (Anandarajah e Hight 2001) sviluppata dal gruppo di ricerca in seno al progetto RESPIRO e rinominato 'Questionario sulla spiritualità in ospedale'; e dalle interviste e focus group condotti con un gruppo di pazienti membri dell'Associazione Nazionale Emo-Dializzati (ANED).

L'acronimo HOPE, che rappresenta anche le quattro aree tematiche esplorate dal questionario, indica: le fonti di significato esistenziale dell'individuo (Hope); l'appartenenza a una comunità religiosa (Organised religion); le credenze e le pratiche spirituali svolte individualmente (Personal spirituality and practice); e l'impatto della spiritualità sul percorso di cura (Effects on medical care). A causa della pandemia e delle stringenti regole di accesso all'ospedale, la somministrazione dei questionari HOPE ai pazienti del reparto di Oncoematologia è stata interamente gestita dagli infermieri, previa formazione specifica da parte del gruppo di ricerca in due incontri *ad hoc*. Le interviste ed i focus group con i pazienti ANED, invece, offrono una preziosa – seppur limitata – scorta di narrazioni personali dove il

nesso salute e salvezza si svela in rapporto a spiritualità ed esperienza di malattia nel caso dei pazienti nefropatici.

Il questionario sulla spiritualità in ospedale: Oltre il sacro tradizionale

Il questionario, compilato in forma anonima dai pazienti ospedalizzati nel reparto di Oncoematologia, dopo una sezione dedicata alle variabili socio-demografiche e alla durata e la frequenza dei ricoveri ospedalieri, consta di quattro sezioni:

Sezione 1. *Ciò che è importante nella vita* Sezione 3. *Credenze e pratiche personali*

(a) C'è qualcosa che ti dà un senso di speranza e di pace, o un significato nella vita? (a) Hai delle credenze personali o delle pratiche che svolgi in modo individuale?

(b) A cosa o a chi ti appoggi nei momenti di difficoltà? (b) Se sì, quali fra queste credenze o pratiche ti fanno stare meglio?

Sezione 2. *Gruppo di appartenenza* Sezione 4. *Suggerimenti per il percorso di cura*

(a) Fai parte di una chiesa, di un gruppo religioso o di una comunità spirituale? (a) La malattia ti impedisce di vivere la tua spiritualità?

(b) Se sì, in che modo questa appartenenza è importante per te? (b) In che modo gli infermieri o i medici potrebbero aiutarti a vivere la tua spiritualità?

Tabella 1: Il Questionario sulla spiritualità in ospedale

È importante sottolineare che, sebbene questo questionario offra una panoramica preliminare sulla relazione tra la cura del corpo e quella dello spirito dal punto di vista dei pazienti, non è stato culturalmente

validato, ovvero adattato al nuovo contesto socioculturale di applicazione.²⁶ Nonostante questa lacuna metodologica, i dati che seguono – soprattutto se analizzati alla luce delle interviste condotte con i pazienti e del più ampio materiale empirico discusso in questo capitolo – possono contribuire a restituire un’immagine più accurata del punto di vista dei pazienti rispetto al tema delle cure spirituali.

Questa analisi si sviluppa in un contesto diverso dal fine vita, ma ugualmente segnato dalla cronicizzazione dell’esperienza di malattia (Burrai, Micheluzzi e Apuzzo 2020; Egnew 2018; Hajdarevic 2024; Jowsey 2016), articolando una riflessione sul “prima” e sul “dopo” nella percezione individuale del proprio percorso biografico (Cardano 2008).²⁷ Comprendere l’esperienza vissuta dell’insorgenza di una malattia, così come della sua cronicizzazione, permette di acquisire conoscenze indispensabili per garantire cure adeguate, capaci di supportare i pazienti non solo dal punto di vista biomedico. Come sottolinea ancora Cardano, “[i]l sé, così come il corpo, è frantumato e la narrazione è l’unico strumento che può essere utilizzato per costruire un nuovo legame tra presente e futuro, l’unico strumento che può dare un senso all’esperienza della malattia (Cardano 2016, p. 63). Prendere in considerazione questo aspetto, come invita a fare la medicina narrativa, diviene essenziale nell’ottica di poter erogare cure basate sulla necessità dei pazienti, oltre che su quelle imposte dai protocolli clinico-diagnostici.

²⁶ Per una guida su come si possano validare culturalmente e linguisticamente strumenti di ricerca (come i questionari) sviluppati a partire da un interesse specifico per un particolare contesto socioculturale si veda, con un focus sulla ricerca sociale in infermieristica, Costi, Finotto e Gradellini (2018).

²⁷ Si veda Michael Bury (1982) per un approfondimento del concetto, ampiamente utilizzato dalla letteratura sociologica, di “rottura biografica”.

Il profilo biografico dei pazienti coinvolti mostra che, con sole tre eccezioni (uno tra i 30 e i 40 anni e due tra i 40 e i 50 anni), la maggior parte ha un'età compresa tra i 50 e gli 80 anni. Per quanto riguarda l'identità di genere, il campione è equamente suddiviso tra 9 uomini e 9 donne. Dal punto di vista religioso, con tre eccezioni (un paziente musulmano, un testimone di Geova e un cattolico praticante), la maggior parte dei pazienti si identifica come credente non praticante, con un retroterra culturalmente cattolico.

La prima sezione del questionario, dedicata all'analisi di ciò che è importante nella vita del paziente, rivela una sostanziale omogeneità nelle risposte. I pazienti tendono ad attribuire significato esistenziale principalmente alle relazioni con gli affetti più cari, come familiari e amici. In alcuni casi, anche la natura, gli animali domestici, e – tra i pazienti più religiosi – la fede, svolgono un ruolo centrale. Rispetto a questa prima sezione del questionario, la dimensione strettamente religiosa tende a diluirsi in un quadro più ampio di necessità che, nella maggior parte dei casi, ruotano attorno al desiderio di benessere, salute e relazione. Di conseguenza, dal punto di vista dei pazienti, ciò che la letteratura definisce come “existential advocacy” (EA) – ovvero lo sforzo del personale infermieristico nel promuovere il diritto all'autodeterminazione dei pazienti, aiutandoli a comprendere la loro situazione olistica di salute e benessere e a chiarire i propri valori (Grant e Reed, 2024) – assume un ruolo fondamentale nella comprensione dei processi di significazione legati all'esperienza di malattia, cura e guarigione.

La seconda dimensione del questionario, relativa all'appartenenza a una comunità religiosa, rivela che la maggior parte

dei pazienti coinvolti nella ricerca non è membro attivo di una congregazione, con tre eccezioni: un paziente musulmano, un testimone di Geova e un cattolico praticante. Sebbene questi dati siano preliminari e descrittivi – nonché tratti da un campione limitato – risultano comunque utili per evidenziare i confini mutevoli delle traiettorie di appartenenza e della partecipazione a gruppi religiosi, in particolare all'interno della maggioranza cattolica del paese (Garelli 2020; Giordan et al., 2025). Infatti, come dimostra la letteratura specialistica, il panorama religioso e spirituale italiano sta attraversando profonde trasformazioni, influenzando radicalmente i processi tradizionali di socializzazione, appartenenza e scelta religiosa (Crespi e Ricucci 2021). Questo tema sarà esplorato più nel dettaglio nei capitoli 3 e 4, rispettivamente in riferimento al buddhismo e allo yoga in Italia.

La terza dimensione del questionario, relativa alle credenze e pratiche personali, mostra una sostanziale omogeneità di risposte, indipendentemente dal profilo religioso dei pazienti. In particolare, la preghiera, soprattutto praticata privatamente, risulta essere l'attività più diffusa, seguita dalla meditazione. In modo più residuale, emergono anche pratiche meno strettamente legate ai repertori religiosi tradizionali, come lettura, ascolto musicale e tempo trascorso nella natura. Come evidenziato da studi precedenti, alcune attività secolari possono fungere da fonti di significato spirituale nella vita dei pazienti (Crisp 2010). Di conseguenza, le credenze e pratiche personali citate dai pazienti suggeriscono che la loro esperienza del nesso tra salute e salvezza possa essere interpretata come un'esperienza di soglia ("thresholds") (Cobussen 2017). Partendo da una concezione

della spiritualità “nella e attraverso la musica”, Cobussen (2017) teorizza l’esperienza spirituale in termini erratici, richiamando implicitamente il concetto di “seeking spirituality” (Wuthnow, 1998), ed enfatizzando la dimensione extra-linguistica e non-discorsiva del sacro. In questo senso, che si tratti di preghiera, musica, lettura o tempo trascorso nella natura, le credenze e pratiche personali dei pazienti rimandano a un universo di confine tra ciò che è tradizionalmente considerato religioso e/o spirituale e più ampi campi di azione e conoscenza del sacro e del secolare (Palmisano e Pannofino 2021; Palmisano 2025).

La quarta e ultima dimensione del questionario riguarda l’impatto della spiritualità nel percorso di cura. Le risposte ottenute, distribuite su un *continuum* tra disillusione e apprezzamento della relazione con gli operatori sanitari, rivelano una sensibilità più articolata rispetto alle altre sezioni del questionario. Più nello specifico, alcuni pazienti hanno espresso un posizionamento ambivalente, fornendo risposte vaghe ed elusive (“non so”). Tuttavia, metà dei pazienti ha evidenziato un approccio relazionale, sottolineando come l’inclusione della spiritualità nel percorso di cura non passi solo attraverso pratiche e rituali religiosi, ma soprattutto attraverso la capacità del personale medico-infermieristico di offrire “supporto nei momenti di depressione” e “ascolto” al paziente nella quotidianità della vita, dentro e fuori dall’ospedale. Anche “vicinanza” e “rispetto” emergono come dimensioni cruciali per un’esperienza relazionale e di cura soddisfacente. Più precisamente, i pazienti manifestano il desiderio di non essere ridotti al ruolo di soggetti malati, con tutto ciò che questo implica in termini di

dipendenza dagli altri, mancanza di *agency* e fragilità. Al contrario, vogliono essere riconosciuti e trattati come persone a tutto tondo.²⁸ Qui, l'esigenza dei pazienti è di essere riconosciuti "come persona" che "non è solo la malattia ma molto di più: storia, sentimenti, sensibilità".

A fronte dell'impossibilità di condurre interviste con i pazienti ospedalizzati, questi questionari restituiscono un primo riscontro sull'importanza della spiritualità dei pazienti nel fronteggiare e dare significato alla propria malattia. I questionari sono anche uno strumento di facile somministrazione che impegnano gli infermieri per un tempo ridotto, senza incidere sul loro carico di lavoro giornaliero in reparto. I dati che consegnano, tuttavia, non sono esaustivi. Lo strumento del questionario non consente di approfondire in modo adeguato l'esperienza soggettiva del paziente né consente di osservare come la dimensione spirituale associata alla malattia cambi nel tempo lungo i diversi momenti del percorso terapeutico. Per sopperire a tale limite si potrebbe impiegare un ulteriore strumento discusso dalla letteratura di riferimento, la così detta "spiritual life map" (Hodge 2005), il cui scopo è di mettere a sistema le fonti primarie di significato e di speranza durante il corso della vita dei pazienti, o ancora il così detto "implicit spiritual assessment" (Hodge 2013):

Utilizzando una terminologia che è implicitamente di natura spirituale, una valutazione implicita permette agli operatori di identificare e rendere operative dimensioni dell'esperienza del cliente che possono essere critiche per un servizio efficace, ma che altrimenti verrebbero trascurate (Hodge 2013, p. 223).

²⁸ Per alcuni approfondimenti sul concetto noto in letteratura con l'espressione di "sick role" si vedano Parsons (1975), Shilling (2002) e Frank (2013).

Va sottolineato, inoltre, che le informazioni raccolte con i questionari o con una valutazione spirituale implicita costituiscono solo la fase iniziale del processo di cura spirituale. All'individuazione dei bisogni spirituali, infatti, dovrebbero seguire la pianificazione e l'implementazione di interventi personalizzati che siano in grado di rispondere alle richieste del malato (Timmins e Caldeira 2019).

Esperienze di donazione d'organo: Dalla sacralità dell'organo al legame sociale

I dati presentati nella sezione precedente acquistano ulteriore rilevanza sociologica alla luce delle interviste biografiche approfondite condotte con un gruppo di pazienti membri dell'Associazione Nazionale Emo-dializzati (ANED). Le interviste, realizzate sia in presenza che online, avevano lo scopo di ricostruire il percorso di vita dei pazienti e di cogliere la presenza di bisogni spirituali associati all'esperienza di malattia.²⁹

Dall'analisi di questo materiale empirico emerge una concezione implicita di spiritualità: le narrazioni di malattia e di trapianto d'organo, seppur intrecciate a un repertorio pratico-discorsivo tipicamente associato al sacro, vi fanno riferimento in maniera implicita (Palmisano e Pannofino 2023b). All'analisi della natura implicita della spiritualità del paziente nefrologico, il capitolo aggiunge un'interpretazione dell'esperienza del dono come propedeutica alla formazione del legame sociale tra pazienti e personale infermieristico nonché al "debito dei corpi" tra pazienti e donatori.

²⁹ Questo materiale empirico è stato raccolto da Nicola Pannofino e preliminarmente discusso e analizzato in Palmisano e Pannofino (2023b).

Alla luce della specificità delle narrazioni di malattia emerse dalle interviste ai pazienti, l'esperienza di donazione d'organo si rivela come il principio organizzativo di queste testimonianze. Ricevere un organo è interpretato dagli intervistati "come un dono miracoloso o straordinario per il quale i pazienti sviluppano sentimenti di gratitudine che li portano ad assegnare all'organo una connotazione sacra e a percepire un legame spirituale con il donatore" (Palmisano e Pannofino 2023b, p. 183). Indipendentemente dalle credenze religiose personali, il percorso della malattia si intreccia con un insieme di valori, emozioni e modi di vivere spiritualmente l'esperienza stessa di malattia. Questi elementi risultano peculiari e distintivi nel caso del trapianto del rene, contribuendo a plasmare una percezione unica della malattia e della guarigione (Mettifogo et al., 2018).

Nel caso dei pazienti intervistati, l'esperienza della donazione d'organo si articola in una varietà di modalità e sfumature, che vanno dal sentimento di gratitudine al legame spirituale con il donatore, fino alla sacralizzazione dell'organo donato e alla percezione della continuità/discontinuità biografica (Palmisano e Pannofino 2023b). Facendo riferimento a ciò che Foucault definisce, nel contesto della sua analisi del dispositivo matrimoniale, come "debito dei corpi" (Foucault 2019 [2018], p. 260), è possibile mettere a fuoco la "doppia responsabilità" che deriva sia dall'economia pratico-simbolica del trapianto sia dall'esperienza stessa della donazione:

C'è qualcuno che dà un nome a questo organo per farlo sentire più appartenente a sé stessi [...]. Hai una doppia responsabilità: devi far stare bene i tuoi organi e anche far stare bene

quell'organo lì, perché è l'organo di quella persona che sopravvive in te [...]. Ti porti dentro la storia di un'altra persona. C'è un cambiamento nel rapporto con l'altro perché hai un pezzo di te che deriva dal prossimo, ma non sapendo chi è cerchi di fare qualcosa per restituire al prossimo ciò che dal prossimo hai avuto.

Palmisano e Pannofino (2023b, p. 185) evidenziano come la spiritualità associata alla malattia renale è fortemente presente, seppur espressa in forma implicita. In questo ambito di cura, l'esperienza del trapianto di rene facilita un'interpretazione spirituale della malattia, comune a tutti gli intervistati. Inoltre, è proprio attraverso questa esperienza – le cui sfumature spirituali, pur significative, rimangono prevalentemente implicite – che è possibile comprendere più a fondo come il “debito dei corpi” rappresenti un elemento chiave nei processi di costruzione dei legami sociali in ambito socio-sanitario.

Riprendendo alcune riflessioni classiche della tradizione sociologica francese e la loro rielaborazione all'interno del M.A.U.S.S. (Movimento Anti-Utilitarista nelle Scienze Sociali) – fondato a Parigi nel 1981 da un gruppo interdisciplinare di studiosi – il dono emerge come l'elemento fondante della genesi del legame sociale. Esso rappresenta anche il mezzo attraverso il quale gli attori sociali contribuiscono alla creazione di relazioni, e quindi della società stessa (Aime 2002, p. xii).

Applicando queste riflessioni all'esperienza della donazione d'organo, si può affermare che essa non è semplicemente il risultato di un dispositivo medico, inserito nell'organizzazione delle cure, ma

costituisce anche un dono in senso più ampio, capace di rinsaldare il legame sociale tra gli attori sociali coinvolti su più livelli:

Il trapianto ti apre uno squarcio nella vita che ti fa vedere cose diverse. È una cosa che ti apre il cuore. Questa persona che neanche mi conosceva mi ha fatto rinascere.

In altre parole, i significati attribuiti dai pazienti alla loro esperienza di donazione d'organo vanno oltre la dimensione individuale – per quanto emotivamente connotata – per estendersi a una dimensione collettiva, primariamente sociale. In questo contesto, l'esperienza del dono, indipendentemente dal fatto che venga interpretata attraverso un vocabolario religioso o implicitamente spirituale, rimanda sempre a relazioni sociali situate, codificate all'interno dei repertori pratico-discorsivi della cura, della salvezza e del percorso di guarigione:

Pur non conoscendolo [il donatore] lo ricordo con una riconoscenza enorme [...] Sono credente ma non frequento: però tutti gli anni, il 31, faccio dire una messa in ricordo per il dono di quel rene.

Nel giorno del trapianto io ricordo la persona con una attività per associazioni di beneficenza, io faccio una donazione in memoria di quella persona.

Soffermandoci ancora sull'esperienza della donazione, in particolare sulle sue funzioni sociali, è possibile apprezzare la multidimensionalità delle narrative raccolte. Da un lato, il trapianto può rappresentare un *turning point* nella vicenda biografica del paziente, promuovendo sentimenti di gratitudine, un legame spirituale con il donatore e persino una sacralizzazione dell'organo

donato. Tuttavia, il trapianto è anche un dono in un altro senso: “Il dono, in questo caso, diventa promotore di relazioni” (Aime 2002, p. xiii). Riprendendo la definizione di Jacques Godbout (1993, p. 30), è un dono “ogni prestazione di beni o servizi effettuata, senza garanzia di restituzione, al fine di creare, alimentare o ricreare il legame sociale tra le persone”. Di conseguenza, nell’esperienza del trapianto del rene, il dono si costruisce socialmente attraverso l’interazione tra paziente, donatori e operatori sanitari, mediante la condivisione di pratiche, valori e aspettative strettamente connesse a un “debito dei corpi” che si esprime – prevalentemente – attraverso un linguaggio implicitamente spirituale.

Le esperienze di malattia, cura e guarigione dei pazienti, analizzate attraverso il questionario e le interviste, rivelano un panorama composito, caratterizzato da una forte interconnessione tra cura del corpo e cura dell’anima. A prescindere dalla propria appartenenza religiosa, i pazienti condividono l’esigenza di trovare conforto nella relazione, di accettare la propria condizione senza patologizzarla e di onorare il dono ricevuto prendendosene cura.

Infine, riprendendo il lavoro di Palmisano e Pannofino (2023b, p. 181), è importante sottolineare che, sebbene la maggior parte degli strumenti di indagine dei bisogni spirituali dei pazienti non abbia ancora ricevuto una validazione culturale per il contesto italiano, strumenti come il questionario HOPE evidenziano due livelli di spiritualità in ambito clinico: da un lato, come fenomeno sociale che si estende oltre i confini delle religioni tradizionali concretizzandosi nell’esperienza vissuta dei pazienti; dall’altro lato in quanto metodo, o strategia a disposizione dei professionisti della salute, per rilevare la

spiritualità dei pazienti in modo indiretto (Palmisano e Pannofino 2023b, p. 181). In quanto metodo per identificare i bisogni spirituali, la cura spirituale, al pari della cura infermieristica più in generale, è eminentemente relazionale, e per questo non può essere limitata alle sole logiche biomediche. Questa prospettiva richiama ancora una volta la necessità di una formazione specifica e di competenze adeguate, affinché gli infermieri siano equipaggiati per affrontare il confronto con la dimensione spirituale, che spesso rimane implicita e quindi difficile da concettualizzare.

La voce dei rappresentanti religiosi: Il sacro in ospedale?

Negli ultimi quindici anni – e a partire dal progetto originario presso la Città della Salute e della Scienza di Torino – sono stati implementati progetti di ‘Cura dello Spirito’ in molti ospedali italiani. Tra le altre iniziative, questi progetti prevedono l’introduzione di luoghi di preghiera aconfessionali o multi-confessionali (stanza del silenzio), diete e trattamento delle salme personalizzate e supporto spirituale ai pazienti non cattolici. In particolare, l’introduzione della figura dell’assistente spirituale,³⁰ nata dalla necessità identificata dal *management* ospedaliero di fornire supporto religioso e spirituale anche a tutti quei pazienti che non si riconoscono nella fede cattolica, verrà qui presa in esame sulla base di 4 interviste in profondità con assistenti spirituali e rappresentanti religiosi dell’Unione Buddhista Italiana, dell’Unione Induista Italiana, della Chiesa Valdese e della Comunità Ebraica torinese condotte all’interno del progetto RESPIRO e 15 interviste semi-strutturate a rappresentanti religiosi di queste e

³⁰ L’assistente spirituale, una figura ‘quasi professionale’ che, inserita all’interno del lavoro di cura svolto dall’*equipe* medico-sanitaria, si occupa del supporto ai bisogni spirituali e religiosi dei pazienti non cattolici (VandeCreek 2010).

altre religioni, raccolte all'interno del progetto *Urban Governance of Religious Diversity*.

Il primo dato di rilievo riguarda i diversi istituti giuridici a cui sono sottoposti i cappellani cattolici e gli assistenti spirituali delle altre fedi religiose coinvolte nel progetto.³¹ I primi sono pienamente integrati nell'organico dell'ospedale grazie alle garanzie dei Patti Lateranensi nei confronti della confessione cattolica. Sono, inoltre, professionisti pagati dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) anche se selezionati dalla Curia, e dispongono sia di orari che di spazi preposti per il loro lavoro di supporto religioso e spirituale. Al contrario, gli assistenti spirituali sono coinvolti a titolo puramente volontario, non hanno uno spazio riservato allo svolgimento delle loro mansioni all'interno delle strutture ospedaliere e i loro nominativi, così come i loro recapiti telefonici, non sono disponibili pubblicamente ma sono raccolti in una *brochure* consegnata e custodita nei reparti ospedalieri, o in alcuni casi, come nell'ospedale di Verduno, dalla stessa cappellania ospedaliera.

Da questa diversa regolamentazione discendono anche differenze sostanziali nella procedura per poter accedere al supporto

³¹ Per avviare il progetto, l'ufficio URP ha dovuto definire le linee di selezione dei rappresentanti religiosi da coinvolgere. Una prima scelta è stata fatta considerando l'importanza numerica dei fedeli sul territorio. Sulla base di questo criterio l'ufficio URP ha selezionato quindi le religioni con almeno 30.000 appartenenti sul suolo italiano, privilegiando quelle riconosciute come Enti di Culto o con l'Intesa con lo Stato. Infine l'ultima condizione posta era l'adeguarsi alle linee etiche dell'ospedale per il rispetto della condizione di fragilità dei pazienti. Sulla base di questi criteri sono state contattate le associazioni maggiormente rappresentative e, una volta identificati i rappresentanti religiosi, è stato ratificato un protocollo di intesa *ad hoc*. Alla luce degli accordi avvenuti le religioni coinvolte sono: Chiesa ortodossa romena, Chiesa Ortodossa del Patriarcato di Mosca, Chiesa Ortodossa di Vecchio Calendario, Chiesa Cristiana Evangelica Battista, Chiesa Evangelica Valdese, Chiesa Cristiana Avventista del Settimo Giorno, Assemblee di Dio, Evangelici, Pentecostali, Assemblea dei Fratelli, Chiesa Evangelica Apostolica, Esercito della Salvezza, Comunità Ebraica di Torino, Associazione Islamica delle Alpi, Unione Induista Italiana, Buddismo Vajrayana: Centro Buddha della Medicina.

spirituale di un cappellano o di un assistente spirituale. Se i cappellani sono più facilmente reperibili perché presenti in ospedale, un paziente, o un parente interessato a interloquire con un rappresentante di un'altra religione deve richiederne il contatto al personale ospedaliero. Ne consegue che il coinvolgimento degli assistenti spirituali non cattolici è, in linea di principio, ad opera del personale ospedaliero il quale però non è sempre informato della possibilità – o persino dell'esistenza – della figura dell'assistente spirituale.

Inoltre, tale differenza di *status* è stata ulteriormente acuita dalla pandemia da COVID-19, la quale ha costretto ad una ridefinizione radicale dell'accesso alle strutture ospedaliere da parte di figure esterne (*in primis* i parenti dei malati) con la conseguenza che i cappellani dell'ospedale, in quanto integrati nell'organico dello stesso, hanno potuto continuare il loro lavoro, pregiudicato invece per gli assistenti spirituali in quanto 'esterni' all'organizzazione sociale dell'ospedale. Le parole di questo rappresentante religioso chiariscono alcune di queste dinamiche:

Nel sistema italiano l'unica confessione religiosa che abbia diritto alla cappellania è quella cattolica [...]. Vedi il paradosso, in Italia tu puoi avere delle persone qualificate formate professionalmente per questo lavoro che però non potrebbero esercitarlo perché non appartengono alla confessione cattolica e poi magari dei cappellani cattolici che sono lì perché sono stati messi lì, però non hanno formazione.

Questa asimmetria di posizionamento tra assistenti spirituali e cappellani emerge anche in altre interviste. Per esempio, un altro

rappresentante religioso sottolinea che “Non mi è mai capitato di essere chiamato da un operatore sanitario” mentre è più comune che la famiglia del degente lo contatti poiché la sua confessione religiosa “è una comunità abbastanza piccola”, “per cui se una persona è in ospedale lo so quasi istantaneamente”. Altri intervistati, facendo riferimento al progetto ‘La Cura dello Spirito’ e alla sua implementazione in diverse strutture sanitarie locali, regionali e nazionali, sottolineano una crescente attenzione verso le esigenze e i bisogni spirituali dei pazienti non cattolici anche se non trasversale a tutte le realtà:

Per esempio negli ospedali [...] cambia molto, forse a seconda delle realtà ospedaliere di turno, però c’è sempre una crescente attenzione anche alle necessità del paziente induista, quindi anche alla possibilità di andare incontro a quelle che possono essere le esigenze, insomma, durante la degenza. Ovviamente è anche diverso, non si può fare una generalizzazione, sarebbe un po’ limitante come tentativo forse. Alcune realtà sono più magari di stampo cattolico e quindi c’è un po’ meno questo aspetto [...]. Però devo dire che c’è una crescente sensibilità, quello sì anche proprio da parte degli operatori sanitari stessi, da parte delle direzioni sanitarie.

I protocolli che sono stati fatti sono utili perché la persona chiede, loro hanno i riferimenti, ti possono chiamare e il ministro di culto o l’assistente può andare, ha il permesso di farlo, può entrare in contesti dove non potresti entrare eccetera eccetera e professare quello che in quel momento è quello che chiede il paziente,

capisci? Il momento della morte. Quello è un altro momento critico.³²

Dalle interviste è anche emerso che progetti e iniziative come la ‘Cura dello Spirito’ e l’introduzione della figura dell’assistente spirituale, pur essendo riconosciute come eccellenze locali e nazionali, non siano privi di problematiche. Infatti, se la firma dei protocolli per l’attuazione dei progetti di cura spirituale è apprezzata per lo sforzo di riconoscere i bisogni e garantire i diritti religiosi e spirituali dei pazienti non cattolici, queste iniziative hanno spesso un carattere verticistico dove le logiche istituzionali – nonché la centralità della religione di maggioranza – prendono il sopravvento sulle voci e le esigenze dei gruppi religiosi:

A Verduno, per esempio, ho fatto notare che è tutto bello, bellissimo, un ospedale super moderno e così via. Perché con l’ospedale veramente, con tutta la volontà che hanno di lavorare seriamente anche in campo interreligioso. Ma all’interno, per esempio, la Chiesa cattolica gestisce tutto questo aspetto del

³² Il caso del buddhismo ne è un chiaro esempio, come evidenzia Cristina Vargas in un post sul blog *Si può dire morte*, riferendosi proprio al progetto ‘La Cura dello Spirito’. Come sottolineato nel precedente estratto di intervista e come ribadito nelle parole di Vargas, le credenze religiose e le logiche medico-organizzative spesso risultano difficili da conciliare: “[a]lcuni anni fa, grazie ed un’iniziativa dell’ASL Città della Salute e della Scienza di Torino, i rappresentanti delle più riconosciute comunità religiose presenti sul territorio intrapresero un dialogo interreligioso con i referenti ospedalieri sul tema dei riti funebri. Da questo percorso nacque un’integrazione al Regolamento di Polizia Mortuaria che oggi è stata estesa a tutto il Piemonte. In quella occasione, i rappresentanti del Buddhismo Zen e Sokka Gakkai, entrambi italiani, affrontarono il nodo dei 3 giorni successivi al decesso. Come era chiaro a tutti, per la struttura era impossibile attendere 72 ore prima di rimuovere la salma dal reparto. Poteva però essere fatto tutto il possibile per garantire un trattamento il più rispettoso possibile della persona deceduta, informando gli infermieri e il personale della concezione della morte propria del Buddhismo e adottando la maggior cura possibile durante l’esecuzione delle procedure igieniche e durante il trasporto della persona in camera mortuaria” (Vargas 2025).

rapporto tra l'ospedale e le altre confessioni religiose. Capite cosa voglio dire? Voglio dire, parliamone, certo, parliamone!

Un altro intervistato argomenta che "i contesti pubblici come scuole e ospedali sono quelli dove la gestione della diversità religiosa è più complessa e dove le difficoltà sono più evidenti". In questi contesti, il sistema a doppio binario del Concordato e delle Intese tutela la religione di maggioranza e quelle firmatarie ma non garantisce gli stessi diritti, anche in merito all'assistenza spirituale dei degenti, a tutte le confessioni religiose:

l'accesso agli ospedali che nelle religioni regolate dalle Intese sono garantite dalle Intese, ma con l'Islam che è la seconda regione, terza forse a Torino perché prima ci sono gli ortodossi, loro non possono entrare in ospedale ad assistere un loro fratello o in carcere mentre il prete e il pastore valdese grazie all'Intesa può entrare quando vuole senza chiedere permesso perché è regolato da questa legge. Nello Stato italiano l'assistenza spirituale è garantita. Loro non ce l'hanno garantita. Allora è questo che le istituzioni dovrebbero capire e dovrebbe farsi proattive, non devono aspettare che le comunità islamiche facciano una battaglia in Parlamento o al Comune di Torino o all'ASL del Piemonte per poter entrare in ospedale.

Di conseguenza, è necessario sottolineare come gli interventi di cura spirituale e le logiche di *governance* della diversità religiosa in ospedale impattino sulla declinazione che, all'interno di diversi dispositivi della cura e attraverso logiche pratico-discorsive specifiche, il nesso salute e salvezza assume nel contesto ospedaliero italiano. Più nello specifico, la quantità, qualità e convertibilità del capitale – materiale,

simbolico e sociale – a disposizione delle diverse confessioni religiose determinano quali fedi sono tutelate nello spazio pubblico, e in particolare in ospedale, e quali rimangono alla periferia del quadro istituzionale. In questo contesto, se la concezione di salute dominante in ospedale è quella biomedica, la concezione di salvezza attraverso la quale viene filtrata la legittimità e la possibilità di presenza all'interno degli ospedali di rappresentanti di altre confessioni religiose, è ancora quella cattolica.

I rappresentanti religiosi lamentano che spesso le iniziative di cura dello spirito rispondono a logiche organizzative-istituzionali – ospedaliere, religiose e di *governance* – piuttosto che alle esigenze dei pazienti (spesso implicite e difficili da intercettare) o dei gruppi religiosi (specialmente i non firmatari dell'Intesa o quelli non compresi all'interno dei protocolli dei progetti di cura dello spirito). Questi dati, sommati alla mancanza di formazione in materia di cure spirituali, contribuiscono a riprodurre uno scenario, quello italiano, in cui le cure spirituali e l'attenzione alla diversità religiosa dei pazienti sono relegate alla periferia dell'istituzione ospedaliera.

Riflessioni conclusive

Letti congiuntamente, i dati discussi in questo capitolo rivelano un quadro composito e in continua trasformazione per quanto concerne lo sviluppo dell'inclusione di interventi di cura spirituale nel contesto ospedaliero così come per la *governance* della diversità religiosa. Questi processi, che naturalmente richiedono di essere analizzati l'uno in relazione all'altro, hanno un ruolo significativo nel definire i confini, i contenuti e le possibili articolazioni del nesso salute e salvezza all'interno del contesto ospedaliero per diverse categorie di attori

sociali. È proprio in ospedale, infatti, che un approccio olistico alla cura si trova gioco-forza inquadrato all'interno di logiche organizzative, istituzionali e professionali basate su principi epistemici, quelli della biomedicina e della *evidence-based-medicine*, strutturalmente antitetici ai propri. Allo stesso tempo, l'ospedale è anche un contesto privilegiato per lo studio di come lo statuto giuridico di una confessione religiosa ne determini la presenza, o se non altro l'accesso, proprio in questo contesto organizzativo. È quindi alla luce di questa doppia opposizione – tra modello olistico e modello biomedico da una parte e tra confessioni religiose firmatarie dell'Intesa e non firmatarie – che si possono meglio comprendere le diverse declinazioni di salute e salvezza offerte dagli infermieri, dai pazienti così come dai leader religiosi delle confessioni minoritarie.³³

Secondo gli infermieri, i bisogni spirituali e/o religiosi dei pazienti, soprattutto di quelli non cattolici, trovano risposta principalmente attraverso le logiche di cura proprie della professione, la sensibilità del personale e le esigenze individuali di ciascun paziente, piuttosto che attraverso interventi di cura spirituale strutturati e di matrice *top-down*. Più nello specifico, gli infermieri intervistati hanno sottolineato che i bisogni spirituali, sia per i pazienti cattolici che per quelli di altre confessioni religiose, non sono all'ordine del giorno e che quando presenti, vengono spesso intercettati in

³³ Per un'opposizione strutturalmente e qualitativamente simile, questa volta tra scienze umane e sociali e biomedicina, si veda Cardano (2015). Cardano, riprendendo alcune argomentazioni di Gallino (1991), discute di come i pregiudizi che si hanno verso la sfera valoriale, disciplinare e metodologica di una disciplina diversa dalla propria "non di rado, si traduce in una disposizione normativa, per la quale si ritiene che la scienza altra, di norma la più debole e dunque la sociologia, si debba uniformare ai modelli ontologici, all'epistemologia e, per quanto possibile, ai metodi delle scienze più forti, che nel territorio della salute sono le discipline biomediche" (Cardano 2015, p. 40).

maniera implicita. La concezione della cura congiunta di anima e corpo che emerge dalle interviste con gli infermieri rivela, sebbene sia sostanzialmente praticata in modo implicito e nonostante la mancanza di una formazione adeguata, che rientra all'interno del mandato professionale. Questa prospettiva non è però condivisa da tutti, in quanto viene sollevato il problema, di natura epistemica, che un bisogno spirituale necessiti dell'attenzione di uno specialista dell'anima e non di un infermiere. È alla luce di questa riflessione che si evince come interventi di matrice *top-down* faticino ad essere recepiti e implementati, in ospedale così come in altre istituzioni complesse, al di là di una dimensione cerimoniale.

Anche la voce dei pazienti privilegia un'interpretazione della cura spirituale legata alla dimensione relazionale. I pazienti ospedalizzati coinvolti nella ricerca sottolineano come sia per loro più importante essere trattati come persone a tutto tondo, piuttosto che essere definiti esclusivamente dalla loro malattia. Pur coltivando le proprie credenze e pratiche spirituali individualmente, i pazienti descrivono un'intima connessione con la loro vita interiore, spesso al di fuori dei confini delle religioni tradizionali, con il fine di attribuire significato alla propria esperienza di malattia. Più nello specifico, i pazienti ospedalizzati hanno sottolineato una pluralità di modi – spesso al di fuori dei confini delle religioni tradizionali – attraverso i quali coltivano la loro spiritualità e affrontano il percorso di malattia e/o guarigione. Tra questi, emergono la sacralizzazione della dimensione relazionale così come della lettura, dell'ascolto della musica e della natura.

Rispetto all'esperienza dei pazienti emodializzati, invece, emerge una forma di spiritualità che, facendo del dono d'organo il suo principio organizzativo, è al contempo privata e individuale, ma anche profondamente relazionale e sociale. L'esperienza del dono, oltre a rappresentare un possibile orizzonte di sacralizzazione della vita, dell'organo donato e del donatore (Palmisano e Pannofino 2023b), costituisce un tassello cruciale nella genesi del legame sociale tra donatori, curanti, pazienti e famiglie, così come della pratica medico-infermieristica stessa. Questo legame sociale, come ho articolato in maniera preliminare nelle pagine precedenti, emerge da un "debito dei corpi" che simultaneamente allunga l'orizzonte della vita, sacralizzandola, e responsabilizza il paziente nel prendersi cura di sé e dell'organo donato.

Infine, il capitolo ha evidenziato le sfide concrete per la libertà religiosa dei pazienti, in particolare dei non cattolici, e per la *governance* della diversità religiosa in ospedale. I rappresentanti religiosi lamentano, in modo unanime, un trattamento diseguale rispetto ai cappellani cattolici, nonché l'implementazione di protocolli di cura spirituale che rispondono più alle logiche istituzionali dell'organizzazione sanitaria, piuttosto che ai bisogni effettivi e alle richieste di intervento dei pazienti e dei loro ministri di culto non cattolici. La principale conseguenza di questo scenario è che, nell'esperienza dei rappresentanti religiosi, il cattolicesimo tende a influenzare le visioni della cura congiunta del corpo e dell'anima, legittimate all'interno del contesto ospedaliero.

In linea con un approccio critico allo studio sociologico del nesso tra salute e salvezza, le analisi presentate in questo capitolo

evidenziano come la cura spirituale, pur essendo un diritto garantito dalla Costituzione, rimanga – almeno nelle sue manifestazioni esplicite – una forma residuale di cura. Inoltre, le sue logiche pratico-discorsive in Italia risultano inevitabilmente influenzate dal retaggio culturale cattolico, nonché dalla pervasiva presenza di religiosi cattolici negli ospedali. Tuttavia, se sul piano istituzionale, progetti come ‘La Cura dello Spirito’ rappresentano delle avanguardie nazionali, sul piano pratico mettono in luce molte delle tensioni che attraversano il campo religioso e spirituale italiano. Sia dentro sia fuori dagli ospedali, il quadro giuridico di una confessione, le risorse disponibili e la sua rappresentazione sociale – più o meno positiva – contribuiscono a delineare un intricato mosaico di limiti e opportunità per ogni tradizione religiosa.

Su un *continuum* che va dalle logiche pratico-istituzionali formali e dagli interventi *top-down*, fino a quelli informali e *bottom-up*, il nesso tra salute e salvezza, e più nello specifico la cura spirituale, emerge come un oggetto sociologico di grande interesse. Questa prospettiva permette di esplorare come la sensibilità religiosa nazionale stia mutando, con conseguenze significative sia sul piano istituzionale, sia sulla *governance* della diversità religiosa in ospedale. Se cura del corpo e cura dello spirito stanno attraversando una ritrovata convergenza negli ultimi decenni le cure spirituali sono certamente uno dei campi di studio più fertili per investigare, *in fieri*, la progressiva sacralizzazione della salute *vis-à-vis* la medicalizzazione del sacro che questo capitolo ha iniziato, in via preliminare, a tracciare, in riferimento al contesto italiano. Un primo risultato che emerge da una tale analisi, richiamando la doppia opposizione tra modello olistico e

modello biomedico da una parte e tra confessioni religiose firmatarie dell'Intesa e non firmatarie dall'altra, riguarda la sostanziale discrepanza tra piano teorico e piano pratico.

Infatti, sia all'interno della professione infermieristica, che teorizza un modello olistico di cura in cui la dimensione spirituale è riconosciuta come fondamentale, sia nei dispositivi di *governance* della diversità religiosa, che sottolineano l'esigenza di offrire interventi capaci di rispondere a una cittadinanza sempre più etnicamente, culturalmente e religiosamente diversificata, esiste un divario tra letteratura, buone pratiche e realtà concreta. Sono molteplici le ragioni per cui l'implementazione delle cure spirituali e le più ampie politiche di *governance* della diversità religiosa incontrano difficoltà nel tradursi in pratiche efficaci. Fra tutte, questo capitolo ha evidenziato la natura *top-down* di alcuni progetti come 'La Cura dello Spirito', la mancanza di formazione adeguata, la pervasività – culturale così come organizzativa – del cattolicesimo in ospedale e il diverso statuto giuridico delle confessioni religiose. Ne consegue che il modello olistico e l'attenzione alle esigenze delle minoranze religiose, per lo meno nel contesto italiano, nonostante uno statuto teorico di rilievo nei rispettivi campi non siano facilmente traducibili all'interno dell'organizzazione ospedaliera e della pratica infermieristica. In conclusione, le visioni di salute e salvezza ricostruite a partire dalle esperienze degli infermieri, dei pazienti e dei leader religiosi, che siano in opposizione strutturale alle logiche biomediche (per lo meno sul piano teorico) e all'influenza cattolica o più o meno complementari ad esse, devono comunque essere analizzate considerando l'influenza

determinante di questi processi sulla loro produzione, circolazione e legittimazione nell'Italia di oggi.

Capitolo 3

La meditazione: Terapeutiche del buddhismo

italiano

Introduzione

Relativamente presto nella storia del buddhismo, il Buddha fu associato al titolo di “grande medico”, suggerendo che la sua fuga dal *samsāra* fosse la cura definitiva per la sofferenza sia mentale che fisica (Newcombe 2021, p. 160).³⁴

Nonostante la rilevanza, a livello nazionale e internazionale, di “nuove” formazioni religiose e spirituali incentrate sulla salute e sul benessere, l’analisi sociologica delle logiche di sovrapposizione tra religione e salute all’interno del buddhismo contemporaneo è un oggetto di studio ancora poco esplorato sebbene sociologicamente promettente. Questa mancanza di interesse per gli interstizi tra cura del corpo e cura dello spirito nel buddhismo è dovuta a due ragioni diverse, ma ugualmente importanti.

In primo luogo, le radici storiche – orientaliste ed essenzializzanti – degli studi buddhisti e la loro preferenza per l’analisi filologica, filosofica e testuale del canone buddhista

³⁴ Il corrispettivo Pali del termine sofferenza è *dukkha*, anche se, “come rilevano i filologi, la traduzione di *dukkha* è alquanto difficile, poiché non indica una generica sofferenza, ma un diffuso malessere, un disagio, una afflizione complessiva. Il buddhismo è costruito attorno a questo semplice concetto, di cui fornisce una elaborata riflessione. L’origine del malessere è identificata, in sintesi, nell’ignoranza (*avijjā*), da cui sono descritte derivare, in sofisticate analisi sulla generazione delle cognizioni e delle abitudini, tutte le problematiche umane. In una successiva elaborazione, l’ignoranza è identificata come *moha*, ed è parte di una triade di “veleni” assieme all’attaccamento (*lobha* o *rāga*) e all’odio (*dosa* o sanscrito *dveṣa*). Ancora una volta, con la metafora dei veleni, il buddhismo si propone come terapia al male umano” (Divino 2023, p. 274).

(Guglielmi, Di Placido e Castagnetto 2025) e in secondo luogo, il progressivo allineamento tra specifiche pratiche di matrice buddhista e interventi terapeutici, nonché la loro valutazione scientifica. Sebbene in parte superato da studi più recenti (Baumann 2019, 2023; Cassaniti 2015; Prebish e Baumann 2002), l’impatto dell’eredità orientalista e filologica dei così detti *Buddhist Studies* continua a esercitare una certa influenza sulla ricerca contemporanea, confinando gli studi sociologici ai margini della disciplina. D’altro canto, la “scoperta” della *mindfulness* – accanto alla nota apertura del Dalai Lama alla scienza occidentale e alla sua epistemologia – ha ulteriormente contribuito a favorire la convergenza tra buddhismo e scienze mediche e psicologiche, spiegando così, in una certa misura, perché le critiche culturali alla mercificazione del buddhismo si concentrano di solito sulla *mindfulness* e sul suo attuale posizionamento all’intersezione tra il mercato terapeutico e quello spirituale, ma non sul buddhismo in sé (Chen 2022; Ditrich 2016; Purser 2019).³⁵

Alcuni studi, come ‘*Global History of Buddhism and Medicine*’ di Salguero (2015) e le ricerche di Federico Divino (2021, 2023) sulla terapia buddhista, rappresentano eccezioni di rilievo. Queste ricerche approfondiscono, rispettivamente, il legame tra buddhismo e medicine tradizionali, nonché le concezioni del corpo e della malattia proprie della medicina buddhista, analizzandole dal punto di vista dell’antropologia medica. Queste ricerche, inoltre, sottolineano anche gli elementi di continuità tra la medicina buddhista e altre tradizioni e sistemi di conoscenze del Sud-est asiatico, come l’Ayurveda e lo yoga,

³⁵ Alcune eccezioni, per quanto riguarda lo studio del buddhismo in Italia, sono rappresentate dagli studi di Squarcini e Sernesi (2006), Bianchi (2015) e i già citati Giordan, Palmisano e Zoccatelli (2025).

accanto alla progressiva bio-medicalizzazione della meditazione. Da questa letteratura emerge che se “nella concezione medica che sottende al buddhismo antico, la malattia era vista principalmente come il risultato di blocchi nel flusso degli umori e degli elementi che circolano nel corpo” e “[l]e sue cause erano attribuite al fatto che gli umori non si trovavano nelle loro sedi appropriate all’interno del corpo, ma anche a fattori ambientali, come il clima e l’alimentazione, nonché a fattori mentali o a cause divine” (Friedlander 2010, p. 51; citato in Divino 2023, p. 279) ad oggi le terapeutiche del buddhismo sono assimilabili a quelle proprie del contesto terapeutico contemporaneo. È proprio quest’ultimo, quindi, che sarà l’oggetto di analisi privilegiato delle prossime pagine.

In questo capitolo, partendo dall’analisi di 267 interviste qualitative a praticanti buddhisti italiani appartenenti a diversi gruppi e/o tradizioni raccolte all’interno del progetto *Il Buddhismo in Italia* (2022-2023), propongo un’analisi sociologica della pratica meditativa – emersa come centrale in tutte le tradizioni buddhiste esplorate – in quanto principale dispositivo che contribuisce all’attuale costruzione sociale, pratica e discorsiva del buddhismo italiano all’intersezione tra il campo religioso e quello terapeutico. Seguendo questa linea di analisi, il capitolo mostra come la meditazione possa essere compresa come una tecnologia terapeutica del sé dove i confini tra sacro e secolare, individuo e collettività e salute e salvezza vengono a sfumare. Questi confini, infatti, sono soggetti a continue ridefinizioni sia nell’esperienza individuale dei praticanti che nella più ampia episteme buddhista contemporanea e la sua vicinanza al campo terapeutico così come a quello scientifico. In questo senso, la

meditazione si rivela come una tra le molteplici “tecnologie terapeutiche della felicità, del benessere emotivo e dell’auto-miglioramento” (Salmenniemi 2017, p. 611) che animano il campo religioso e spirituale, anche italiano, all’interno del più noto contesto delle “spiritualità post-cristiane” (Houtman et al., 2021). Più nello specifico, caratteristiche organizzative delle spiritualità post-cristiane come perennialismo, *bricolage*, immanenza, vitalità del cosmo, olistico, la centralità del sé e una certa epistemologia esperienziale, rappresentano anche alcune delle chiavi interpretative attraverso le quali il buddhismo italiano è progressivamente assimilabile – e nell’esperienza dei praticanti, assimilato – all’alveo delle nuove spiritualità.

Il buddhismo è un esempio paradigmatico della progressiva convergenza e delle strategie di legittimazione reciproca tra alcuni attori del campo religioso e la scienza nonché la medicina occidentali. Questi processi di convergenza, inoltre, sono tra i tratti più caratterizzanti del così detto “modernismo buddhista” (McMahan 2008), ovvero il tentativo e la capacità del buddhismo – così come anche di altre religioni – di adattarsi a nuovi contesti geografici, sociali e culturali e all’episteme di uno specifico periodo storico.

Dopo una breve nota sulla genesi del buddhismo in Italia e una panoramica delle principali organizzazioni attive nel paese, il capitolo presenta le voci dei praticanti alla luce dei processi di costruzione sociale e discorsiva del buddhismo in relazione al campo terapeutico. Qui, la meditazione emerge come una tecnologia terapeutica del sé il cui portato trasformativo – sia in termini spirituali che terapeutici – non si esaurisce nei momenti formali di pratica – siano essi coltivati in

solitudine o collettivamente – ma, al contrario, permea la quotidianità dei praticanti. In conclusione, il capitolo evidenzia come – per caratteristiche endogene, ovvero legate alla sua articolazione interna, e per caratteristiche esogene, come per esempio la progressiva psicologizzazione del sacro in corso negli ultimi decenni – il buddhismo italiano diviene sempre più intellegibile alla stregua di una nuova spiritualità piuttosto che di una religione tradizionale, sollevando importanti questioni di carattere definitorio all'intersezione tra prospettive emiche ed etiche.

Genesi, sviluppi e confini del buddhismo italiano

Tralasciando lo statuto incerto della presenza buddhista nella regione che oggi corrisponde all'Italia sin dall'epoca greco-romana, il buddhismo – come sostiene PierLuigi Zoccatelli (2025, p. 30) – ha iniziato a suscitare l'interesse delle *élite* socioculturali italiane tra il XVIII e il XIX secolo. Verso la fine del XIX secolo, in Italia, così come negli altri paesi occidentali, si sono verificate le prime conversioni, segnando l'inizio di una graduale espansione del buddhismo nel paese. Nei decenni successivi, questo processo ha favorito la diffusione più strutturata di diverse realtà buddhiste, consolidandone la presenza nel panorama religioso e culturale nazionale.³⁶

Tra i principali attori che hanno contribuito alla ricezione, sviluppo e promozione del buddhismo in Italia, è importante ricordare Salvatore Ciuffi (1897-1966), Eugenio Frola (1906-1962), Giuseppe Tucci (1894-1984) e Giovanni Gentile (1875-1944). Ciascuno, a suo modo, hanno giocato un ruolo significativo nella diffusione del

³⁶ In questa sezione mi concentrerò solamente sugli aspetti essenziali del campo buddhista italiano, rimandando, per una disamina più dettagliata, al già citato lavoro di Zoccatelli (2025), Guglielmi (2025), Falà (2016) e Rivadossi (2024).

buddhismo nel paese. Ciuffi, figura nota e rispettata in Birmania e India come monaco itinerante, portò in Italia la tradizione theravāda, grazie alla collaborazione di Eugenio Frola (Introvigne 2015). Tucci e Gentile, invece, furono tra i fondatori di alcuni degli istituti di ricerca più importanti sul buddhismo, tra cui l'Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente (IsMEO), fondato nel 1933 e rinominato Istituto Italiano per l'Africa e l'Oriente (IsIAO) nel 1995. Inoltre, sostennero la traduzione del canone tibetano e la promozione degli insegnamenti tradizionali attraverso figure autorevoli come Ghesce Jampel Senghe (1914-1981) (Zoccatelli 2025, p. 31).

Questo processo fu accompagnato – se non accelerato – dal crescente interesse per il buddhismo Zen negli ambienti della controcultura e della produzione culturale, sia letteraria che cinematografica. Ne sono esempi emblematici il romanzo *Siddhartha* (1922) di Hermann Hesse (1877-1962) e film come *Piccolo Buddha* (1993), diretto da Bernardo Bertolucci (1941-2018), *Sette anni in Tibet* (1997), diretto da Jean-Jacques Annaud (1943-), e *Kundun* (1997), diretto da Martin Scorsese (1942-). Come chiarisce Zoccatelli (2025, p. 31):

Questi spunti letterari e cinematografici, insieme con la notorietà del XIV Dalai Lama, hanno sicuramente favorito anche la diffusione del buddhismo in Italia (su cui cfr. Falà 1996a, 1996b), dove maestri buddhisti orientali sono arrivati più tardi rispetto alla Gran Bretagna o alla Francia, sia per la virtuale assenza d'immigrazione, sia per la mancanza di legami coloniali con Paesi a maggioranza buddhista.

Tra gli esempi più recenti che hanno contribuito alla ricezione e diffusione del buddhismo in Italia – e in particolare della meditazione come tecnica terapeutica – spiccano i lavori di Corrado Pensa (1939-2024), Giulio Cesare Giacobbe (1945-) e la rapida diffusione della *mindfulness*.

Dal punto di vista istituzionale, il buddhismo in Italia è animato da una pluralità di attori e organizzazioni, tra cui emergono, per numero di aderenti, presenza sul territorio e ruolo di rappresentanza presso le istituzioni italiane, l'Unione Buddhista Italiana (UBI) e l'Istituto Buddista Italiano Soka Gakkai (Soka Gakkai).

L'UBI è stata fondata nel 1985 da Vincenzo Piga (1921-1998) – pioniere del buddhismo italiano e promotore di realtà fondamentali come l'Istituto Gelug (Lama Tzong Khapa), l'Istituto Samantabhadra e il primo monastero theravāda in Italia (Santacittarama). Inizialmente, l'UBI contava 9 Centri di diverse tradizioni, ma negli anni successivi altri 9 Centri si sono uniti, continuando a crescere fino agli attuali 68 Centri.

Fin dalla sua fondazione, l'obiettivo principale dell'UBI è stato quello di “costituire un'associazione di Centri buddhisti delle varie tradizioni che potesse essere il punto di riferimento unico di fronte allo Stato e alle istituzioni”, riflettendo la concezione che Piga aveva del buddhismo attraverso le lenti di quello che chiamava Ekayāna, ossia “un unico buddhismo, in cui i diversi buddhismi dialogano tra loro trovando quell'unità di fondo pur nell'eterogeneità”. Tale approccio ecumenico, inclusivo e democratico caratterizza ancora oggi la specifica visione del buddhismo promossa dall'UBI che “come unione di Centri [...] mira a sostenere e rappresentare l'intero movimento

buddhista nel rispetto di tutte le tradizioni storiche”. Secondo stime recenti, oggi l’UBI conta circa 80.000 membri, di cui solo un terzo è costituito da migranti (Dessi 2024).

Nonostante il riconoscimento formale dell’UBI attraverso l’Intesa con lo Stato italiano firmata nel 2007 e ratificata nel 2013, il buddhismo in Italia comprende una pluralità di organizzazioni che contribuiscono alla diversità e alla complessità delle sue forme. Tra queste spicca la Soka Gakkai, anch’essa firmataria dell’Intesa con lo Stato italiano nel 2016 e, proprio come l’UBI, membro dell’Unione Buddhista Europea (EBU). La Soka Gakkai è la realtà buddhista con il maggior numero di aderenti in Italia, contando circa 96.000 praticanti, delineandosi di fatto come l’unico vero *competitor* dell’UBI.

Le origini della Soka Gakkai risalgono alla scuola Nichiren, ed essa fu fondata nel 1930 da Tsunesaburo Makiguchi (1871-1944) e Josei Toda (1900-1958), due educatori giapponesi convertiti al buddhismo Nichiren, con l’intento di creare una “Società educativa per la creazione di valore”. Nei decenni successivi, con una sempre maggiore inclusione dei laici, la Soka Gakkai si è espansa rapidamente anche in Occidente, Italia compresa. Come evidenzia Zoccatelli (2020), le prime presenze del movimento in Italia risalgono al 1961, mentre la sua branca italiana nasce ufficialmente solo alcuni anni dopo, nel 1970.

Oltre all’UBI e alla Soka Gakkai esistono in Italia diverse comunità di buddhismo etnico, tra cui quelle cinese, vietnamita e srilankese, nonché altri gruppi e tradizioni non affiliati a queste organizzazioni, come l’associazione Essere Pace e i movimenti neo-buddhisti come Shinnyo-En.

È importante sottolineare che l'affiliazione al buddhismo produce numeri variabili, considerando che molti praticanti – come evidenziato da Obadia (2009) – non identificano il buddhismo come una religione, ma piuttosto come una pratica spirituale o filosofica. Secondo le stime del CESNUR (2023), in Italia ci sono attualmente circa 358.000 praticanti di tradizioni buddhiste, pari allo 0,6% della popolazione residente. Più nello specifico, nel 2023 il numero di praticanti buddhisti in Italia era di circa 121.300 – escludendo i membri della Soka Gakkai, che da sola conta 96.700 fedeli ed è la principale organizzazione buddhista del Paese. A questi si aggiungono circa 140.000 buddhisti “etnici” immigrati da Paesi asiatici (Introvigne e Zoccatelli 2024).

Come sottolinea giustamente Rivadossi, “[n]onostante i dati e le stime, è importante tener presente che è molto difficile calcolare quanti sono effettivamente i buddhisti in un determinato contesto e questo si lega alla difficoltà di definire chi è buddhista e cosa sia il buddhismo” (Rivadossi 2024, p. 192). Nel proseguo del capitolo, non tutte le testimonianze dei praticanti riflettono un'appartenenza religiosa in senso tradizionale. Al contrario, emerge con maggiore frequenza il racconto di chi si relaziona al buddhismo, al suo apparato dottrinale e valoriale e alle sue tecniche, con un approccio pragmatico, orientato al benessere individuale.

In sintesi, ciò che è fondamentale sottolineare in questa sede – e di duplice interesse per le analisi successive – è che, parallelamente alla crescente presenza del buddhismo in Italia, è aumentato anche il suo studio sociologico, in particolare negli ultimi decenni (Bielli 2023; Dessì 2024; Giordan, Palmisano e Zoccatelli, 2025). Questa diffusione

è riconducibile sia all'indebolimento della religione maggioritaria, sia alla capacità del buddhismo di adattarsi a diversi contesti socioculturali, offrendo un ampio ventaglio di risorse pragmatiche, dove gli universi della scienza e della cura si intrecciano con quelli religiosi e spirituali.

Le interviste che seguono sono state condotte con praticanti appartenenti a centri e tradizioni legati all'UBI, alla Soka Gakkai e alla più ampia galassia di centri e organizzazioni buddhiste presenti in Italia. Pertanto, le analisi proposte in questo capitolo non si riferiscono a una scuola, tradizione o istituzione specifica, ma rappresentano un primo tentativo di disamina dell'immaginario sociale del buddhismo e, più nello specifico, della meditazione come tecnica terapeutica. Questa riflessione si inserisce nel quadro più ampio dello studio sociologico della cura del corpo e dello spirito nell'Italia di oggi.

Il profilo socio-demografico dei praticanti buddhisti intervistati mostra una lieve prevalenza di donne. Dal punto di vista anagrafico, il gruppo più rappresentato ha un'età compresa tra i 41 e i 61 anni, mentre i giovani, salvo alcune eccezioni, non sembrano costituire una fascia rilevante tra i buddhisti italiani. Per quanto riguarda il livello di istruzione, i 267 praticanti buddhisti appartenenti a diverse tradizioni e gruppi, le cui testimonianze sono selettivamente discusse nei paragrafi seguenti, presentano un capitale culturale significativamente superiore alla media nazionale.³⁷

Buddhismo, scienza e cultura terapeutica

L'attuale successo del buddhismo all'interno di un campo religioso e spirituale sempre più affollato – se non addirittura ibrido – è dovuto

³⁷ Per ulteriori informazioni su questi e altri aspetti del profilo-socio demografico dei buddhisti in Italia si rimanda a Giordan, Palmisano e Zoccatelli (2025).

alla sua capacità di costruire ponti all'interno e all'esterno di diversi sistemi di sapere, uno su tutti la scienza moderna, e in particolare la psicologia e le neuroscienze (Cabezón 2003; Samuel 2014; Wallace 2003). Anche in Italia, il buddhismo è "generalmente abbastanza moderato da evitare la fissazione dogmatica con le concezioni tradizionali, ed è relativamente adattabile, accomodando le nuove conoscenze scientifiche man mano che si presentano" (Lu e Joosse 2024, p. 226). Più nello specifico, "considerando il ruolo di primo piano che ad oggi ricopre nel mondo clinico, a seguito di un processo caratteristico di transculturazione che ha portato la biomedicina ad "appropriarsi", a suo modo, della meditazione, traslata e riadattata nella *mindfulness* e nelle sue sempre più rigide forme cliniche protocollate al pari di una psicoterapia" (Divino 2023, p. 271), il buddhismo è entrato a pieno titolo nel panorama socioculturale italiano.

Molti studiosi riconoscono che la crescente affinità tra buddhismo e scienza sia uno dei fattori chiave alla base della sua diffusione transnazionale e transculturale, nonché della sua accoglienza positiva in Occidente (Baumann 2019; De Silva 2014; Harding, Hori e Soucy 2020; Payne 2021). Questo connubio tra buddhismo e scienza, in cui – come vedremo – la ricerca dell'equilibrio psicologico e del benessere individuale svolgono un ruolo centrale, rappresenta anche una caratteristica paradigmatica di come il buddhismo viene percepito e rappresentato nell'immaginario collettivo dei praticanti italiani. Ne è un esempio il seguente estratto a opera del Maestro Tetsugen Serra:

Quindi la meditazione è veramente il punto, il fulcro, sta diventando sempre più importante. Le neuroscienze si occupano sempre di più della meditazione, gli psicologi, gli psicoanalisti. Chiunque si occupi della mente non può non occuparsi della meditazione e quindi anche noi dobbiamo trovare un po' di tempo durante il giorno per fermarci, farla entrare come pratica non solo detossificante ma come qualità della nostra vita. Se vogliamo veramente stare nel qui e ora e far fronte, soprattutto oggi, a questa mutevolezza, a questa incandescenza della vita dobbiamo fare entrare la meditazione che non è un aspetto religioso, togliamo le candele, togliamo gli incensi, togliamo tutto quello che può essere l'aspetto religioso, è un aspetto della nostra mente.³⁸

Studi precedenti sulla cultura terapeutica e la psicologizzazione della società hanno analizzato come diverse tecnologie terapeutiche – spesso intrecciate con elementi religiosi – abbiano permeato la cultura popolare contemporanea (Altglas 2014; Illouz 2008; Madsen 2014; Mossière 2022). Questi studi evidenziano inoltre come tali tecnologie abbiano favorito la nascita di vere e proprie industrie (Busfield 2006) e contribuito all'emergere della cosiddetta “società terapeutica” (Wright 2011). Questa letteratura sottolinea che le tecnologie terapeutiche giocano un ruolo centrale nella definizione delle concezioni contemporanee della soggettività (Nehring e Röcke 2023; Rimke 2000; Rose 1998), basate su principi di auto-imprenditorialità, auto-responsabilità e auto-governo. Inoltre, chiarisce come queste

³⁸ [Meditazione 3.0, la cura del pensiero | Maestro Tetsugen Serra | TEDxPadova](#) ultimo accesso 16 marzo 2025.

possano essere utilizzate creativamente all'interno di specifiche sottoculture e attraverso *performance* di consumo da parte di diversi gruppi e attori sociali (Lopes et al., 2014).

Il buddhismo, come approfondiremo nelle prossime pagine, viene interpretato dai praticanti italiani proprio in questo modo: come uno "stile di vita", una "filosofia" e/o una "psicologia" razionale, non dogmatica e ateistica, che offre strumenti per affrontare i grandi interrogativi della vita. Di conseguenza, la meditazione assume il ruolo di una tecnologia terapeutica del sé e, in alcuni casi, contribuisce a legittimare la sperimentazione e il consumo di beni spirituali di matrice buddhista. Questi ultimi, più che essere considerati in quanto tali, vengono interpretati come strumenti di auto-ottimizzazione, situati all'intersezione tra la cura del corpo, della mente e dell'anima.

In questo quadro, come sottolineano Pace, Guizzardi e Garelli (2003, p. 308, in Squarcini 2006, p. 115) in riferimento al contesto italiano, "per gli italiani fuori dal cattolicesimo sembrano esservi poche possibilità d'immaginare il senso di identità collettiva" ma allo stesso tempo "la ricerca della salvezza non passa più esclusivamente attraverso la chiesa cattolica, ma sempre di più per l'individuo e le sue scelte personali".

La tesi centrale di questo volume è che le scelte personali e l'ampio ventaglio di offerte religiose e spirituali – che vanno oltre la tradizione cattolica maggioritaria – si organizzano sempre più attorno a dispositivi e logiche pratico-discorsive in cui la salute e il benessere soggettivo assumono un ruolo primario. Di conseguenza, queste dinamiche influenzano profondamente i repertori di azioni e le pratiche disponibili agli attori sociali coinvolti, contribuendo a

ridefinire il modo in cui la spiritualità viene vissuta e interpretata nel contesto contemporaneo.

La meditazione: Una tecnologia terapeutica del sé?

La meditazione è la pratica più diffusa tra i buddhisti italiani, indipendentemente dal livello di esperienza: dai praticanti di lungo corso ai novizi, fino a coloro che si avvicinano alla disciplina in modo occasionale. Pur esistendo numerose concezioni e tecniche specifiche, la meditazione buddhista è caratterizzata da una centralità trasversale alle diverse tradizioni, scuole e insegnanti. Per questo motivo, la meditazione è considerata la pratica buddhista per antonomasia e si declina in una varietà di forme, dalle sessioni individuali a quelle collettive. All'interno di istituzioni come l'UBI i corsi di meditazione rappresentano uno dei pilastri dell'offerta formativa.

La meditazione non si limita all'apprendimento di una semplice tecnica, ma si inserisce in un contesto più ampio di socializzazione, con l'obiettivo di favorire una trasformazione profonda dell'esperienza dei partecipanti. Il seguente estratto, tratto da un video promozionale sul corso *ABC della meditazione*, illustra efficacemente questi processi di apprendimento, attraverso le parole della Venerabile Constance Connie Miller:

ABC della meditazione è un programma che insegna i componenti di base della meditazione. Mettiamo enfasi durante il corso a imparare la consapevolezza, da una parte, e la concentrazione [dall'altra]. Se fai meditazione hai bisogno di consapevolezza e concentrazione. Se hai una vita quotidiana hai bisogno di consapevolezza e concentrazione. Questi elementi danno a chiunque, a ciascuna persona, una base per portare

avanti una pratica meditativa in qualsiasi tradizione che uno sceglie [...]. Cerchiamo semplicemente di dare alle persone una scatola di strumenti, di diversi esercizi, diversi approcci per sviluppare la capacità di essere presente nella propria vita, nel fare le semplici cose con più attenzione invece di essere da un'altra parte.³⁹

Come approfondiremo nel proseguo del capitolo, consapevolezza e concentrazione – pilastri fondamentali della pratica meditativa – rivestono un ruolo essenziale non solo durante la pratica formale, ma anche nella vita quotidiana dei praticanti. Nei momenti di crisi o di difficoltà esistenziale ed emotiva, queste qualità possono trasformarsi in risorse terapeutiche e, in alcuni casi, diventare vere e proprie ancore di salvezza, offrendo un sostegno concreto per affrontare le sfide della vita:

C'è stato un periodo della mia vita in cui ero in grosse difficoltà, anche psicologiche. Mi sono ritirato all'eremo di Camaldoli per una settimana. In quel frangente lì c'erano diversi ospiti e uno di questi ospiti era una signora anziana, allora anziana, che era di Roma, una restauratrice d'arte, e abbiamo cominciato a parlare. Io non conoscevo assolutamente nulla di meditazione, di queste cose qui, nulla, tantomeno di buddhismo e di Zen. Parlando, così, quindi le esprimevo le mie angosce, eccetera, avevo una mente completamente fuori da ogni ben di Dio, mi fa: "Questa sera tu puoi sederti sul letto a gambe incrociate e fissare un punto sul letto. Poi dimmi – dice – com'è andata". Bene, l'ho fatto. Nel momento in cui ho iniziato a fissare un punto sul letto a gambe

³⁹ [ABC della Meditazione – Imparare a meditare](#) ultimo accesso 17 marzo 2025.

incrociate la mia mente si è calmata; l'ho sentita proprio fisicamente fermarsi. Allora ho detto, "Beh, qui c'è sotto qualcosa. Devo scoprire cosa c'è". Lì ho iniziato il mio percorso.

Un po' di irrequietezza sicuramente. Poi, avevo bisogno di strumenti per stare meglio, quindi pensavo che la meditazione li avrebbe dati. Così è stato. Quindi ho cercato di usare quegli strumenti, il respiro diaframmatico, e ha funzionato.

Più lo vedo, più mi fa tenerezza perché vedo che tanta gente che approda ai centri, soprattutto quelli con educazione e soprattutto quelli con risorse finanziarie, sono persone disperate psicologicamente.

Dalle interviste analizzate, emerge come la ricerca della salute rappresenti una delle principali costruzioni pratico-discorsive alla base di quei processi di ricerca spirituale che – sempre più spesso – si sviluppano ai margini delle religioni tradizionali. Questo fenomeno caratterizza le storie dei praticanti buddhisti intervistati, indipendentemente dalla loro tradizione o gruppo di riferimento.

Alcuni di loro sottolineano di essersi avvicinati al buddhismo attraverso pratiche olistiche come yoga, shiatsu, reiki e arteterapia. Gianna, nell'estratto seguente, riflette questa dinamica di "seeking spirituality" (Wuthnow 1998), in cui i praticanti attraversano liberamente esperienze differenti, guidati esclusivamente dall'autorità del proprio sé. Marco, invece, enfatizza il carattere sperimentale che permea la sua pratica meditativa, sottolineando un approccio in continua evoluzione:

Sì, allora io [...] diciamo che dopo una lunga ricerca personale [...] anche molto confusa, come un po' tutti, quindi fin anche dagli anni più giovanili, anche dell'università, l'interesse sulle filosofie orientali, a un certo punto – come dire – ho capito un po' di più, ho avuto un po' più di chiarezza su quelli che potevano essere i miei interessi. Ci sono arrivata anche tramite cose anche un po' più [...] forse non tanto inusuali, però, tipo anche delle canzoni di Battiato.

Allora, io cambio spesso. Mi piace molto ascoltare le meditazioni fatte da altre persone. Mi piace molto ascoltare la voce e sceglierlo in base alla voce. Mi affascina [...]. Ecco, a seconda di poi come mi sento, se voglio andare sul femminile oppure [...] su quello che cerco. E cerco di praticarlo, insomma, per almeno ventuno giorni, ecco. Sì, quella cosa che poi lo dovresti assorbire, insomma. Sì, e poi cambio. Però ci sono sempre delle meditazioni fisse che faccio. Una è di Brian Weiss e un'altra di Louise Hay, e poi yoga nidra, sì.

Il buddhismo italiano, come emerge dagli estratti di intervista analizzati, si inserisce all'interno di un più ampio panorama di discipline e pratiche, con cui condivide un approccio olistico e pragmatico orientato al benessere dei praticanti. Di conseguenza, per molti buddhisti intervistati, il buddhismo è percepito come un insieme di risorse, sia pratiche che simboliche, capaci di offrire strumenti per affrontare le sfide della vita contemporanea, una funzione che, al contrario, la religione cattolica di appartenenza non sembra poter soddisfare.

Questa percezione è legata al modo in cui i praticanti vedono il buddhismo: un sistema di conoscenze che permette di interagire con altri ambiti del sapere, primo fra tutti il mondo delle scienze terapeutiche e psicologiche, ampliando così le possibilità di interpretazione e applicazione della pratica buddhista:

Appunto, ti dicevo, ho un master in *Gestalt counseling*. Il *Gestalt counseling* è un tipo di approccio che è molto olistico. È una parola, lo so, molto utilizzata, però in questo caso non me ne viene un'altra. Tra le scuole di riferimento c'è lo Zen, la teoria del campo è molto simile, è molto simile alla filosofia Zen. Quindi da lì [...] E nel caso dello Zen e di [nome del monastero], in particolare, io, appunto, l'ho scoperto con il mio corso di *counseling*. Dopo circa sette, otto anni ho avuto un lutto molto importante, per cui mi sono fatta accompagnare in questo momento molto tragico da un approccio terapeutico, psicologico e, andando in questo studio, sul tavolino della sala d'attesa c'era un foglio, una *brochure* di [nome del centro].

Molti praticanti italiani sottolineano la vicinanza – se non addirittura le convergenze – tra buddhismo e scienze della mente (psicologia, psicoterapia, neuroscienze). In alcuni casi, sono stati proprio dei professionisti della salute mentale a consigliare ai propri pazienti la pratica meditativa come strumento di supporto. Non mancano, inoltre, i casi di praticanti che si avvicinano alla meditazione per motivi legati alla professione o agli studi in questi campi. Ne è un esempio Sara, studentessa di psicologia, attratta dalle intersezioni tra il buddhismo e il suo percorso di studio:

Io studio psicologia all'università. Quindi affronto una tematica più occidentale, scolasticamente. Quello che cerco, è di trovare un po' una, diciamo, una sinergia, un equilibrio fra l'aspetto più della psicologia occidentale e psicologia orientale. Perché, in realtà il buddhismo è una forma di psicologia orientale. E quindi, sì, venire qua, per questo lato aiuta molto, penso [...]. Noto che molte tecniche che esistono nella psicoterapia o nel buddhismo, a volte hanno sempre una certa somiglianza. Sono solo espresse in modo diverso, con concetti diversi, ma spesso sono cose veramente molto, molto simili.

Un aspetto su cui vale ancora la pena soffermarsi, al fine di comprendere più a pieno come buddhismo e scienze della mente – nell'esperienza dei praticanti – convergano, riguarda proprio la dimensione terapeutica della pratica meditativa. Infatti, la convergenza tra buddhismo e scienze della mente non avviene solo a livello discorsivo ma si legittima nell'esperienza terapeutica della meditazione così come esperita dai praticanti. Nel seguente estratto Veronica, praticante di lungo corso, sottolinea – differenziando pratica Zen e *mindfulness* – che la pratica meditativa contribuisce a riallinearla sul piano corporeo, psicologico e persino spirituale:

Allora una cosa che per me è diversa da tutte le altre pratiche meditative che ho provato – adesso c'è la *mindfulness*, tutte quelle robe lì – è che è il contrario di quello che ti aspetti, per cui quando fai *mindfulness* c'è qualcuno che ti parla, anche quando [...] beh, in tanti tipi di meditazione, meditazione più guidata, c'è qualcuno che ti parla, ti dice cosa fare [...], è un po' come se dalla testa tu cerchi di riallacciare il corpo: ascolti il respiro, ascolti

quello, fai [...]. Invece qua la medaglia si rovescia e, almeno per quello che sento io, dal corpo – che prende una posizione che inizialmente è un po' faticosa, ma che quando poi la provi è molto [...], non saprei come dire, mi riallinea [...] cioè, quando finisco meditazione sono più dritta, mi sento più centrata, nel senso proprio che ho il respiro più aperto, ho le anche che sono quasi dritte e dal corpo questo si riflette anche alla mente. Quindi è un po' come se, attraverso il corpo, anche la mente prenda un'altra postura. Questo per me è quello che faccio.

Questo riallineamento, in cui corpo e mente si rivelano profondamente interdipendenti, può richiedere un apprendistato più o meno lungo per essere interiorizzato con successo. Per beneficiare pienamente degli effetti della meditazione, sono necessari dedizione, tempo e possibilmente una guida esperta. Giuseppe, per esempio, sottolinea che nel suo caso “c'è stata un'acquisizione nel corso del tempo, quindi, di tecniche”. Subito dopo, però, precisa il tipo di meditazione che predilige:

Io penso che la meditazione analitica comunque faccia parte dell'essere umano, anche inconsapevolmente tutti lo facciamo. Però, poi, quando acquisisci – come dire? – il *know-how* [...] cioè, se sai come fare le cose, sai anche che, cioè, degli aspetti tu li praticavi anche già in precedenza. Poi, insomma, c'è la meditazione concentrativa, che è quella più legata alla respirazione, e la meditazione analitica, quindi, insomma, il focalizzarsi su degli aspetti, che forse per me è più [...], io la sento più inerente al mio tipo di personalità. Questo mi consente – come dire? – di acquisire una maggiore consapevolezza, di

cercare di calmare la mente, mi aiuta, insomma, nella quotidianità. Questo sì.

È proprio questa capacità del buddhismo – del suo apparato valoriale e delle sue tecniche meditative – di integrarsi nella quotidianità che sarà oggetto di indagine nella prossima sezione.

Concludendo questa prima disamina delle esperienze dei buddhisti italiani, è importante sottolineare come la meditazione venga prima di tutto cercata ed esperita per il suo potenziale trasformativo. A questo proposito, va evidenziato come la meditazione assuma il ruolo di una vera e propria tecnologia terapeutica del sé, orientata all'auto-miglioramento dei praticanti. Le logiche esoteriche delle terapeutiche del buddhismo, quando presenti, vengono quindi reinterpretate in chiave salutistica e di benessere personale.

Pragmatiche buddhiste: Meditazione e sacro quotidiano

Da quanto detto fino a ora, il buddhismo in Italia gode di una rappresentazione sociale come pragmatico, vicino al panorama delle spiritualità contemporanee e all'universo scientifico e terapeutico piuttosto che alle religioni tradizionali. Inoltre, la pratica delle tecniche meditative – che sia portata avanti individualmente o come parte di processi di apprendimento, socializzazione e formazione più strutturati – è parte integrante di quei percorsi di auto-coltivazione attraverso i quali i praticanti cercano attivamente il loro posto nel mondo. Come chiarisce un Direttore di un centro buddhista affiliato all'UBI, il buddhismo “più che applicarlo lo vivi, quindi è una

weltanschauung, quindi un punto di vista sul mondo e soprattutto su di te, sulla tua natura e sulla tua esistenza”.⁴⁰

Il tema dell’utilità degli insegnamenti buddhisti nella vita di tutti i giorni o più precisamente l’influenza che la pratica prolungata della meditazione può avere nella vita quotidiana, è uno dei temi più diffusi in tutte le interviste condotte con i buddhisti italiani, a prescindere dalla loro tradizione e/o gruppo di riferimento. Nel seguente estratto, il già citato Maestro Tetsugen Serra esplora questo tema:

Come si pratica nella vita quotidiana? Svegliandosi al mattino, occupandosi di tutte le attività che uno ha, io sono Abate di più di un tempio quindi ho parecchie cose a livello organizzativo. Poi riunioni, incontri e diffusione del *Dharma*, degli insegnamenti e ritiri. Questa è la quotidianità. Uno, se non è un Abate si alza al mattino, va a lavorare, torna a casa la sera, ha la sua vita sociale, questa è la pratica dello zen nella quotidianità. Non è assolutamente diversa da quella di un’altra persona. Quello che cambia naturalmente è la qualità, i contenuti, gli atteggiamenti, sono gli stati di condizione o di meno condizionamento della mente.⁴¹

Questo estratto richiama la possibile rilevanza di diverse lenti di lettura di matrice sociologica. Tra queste, espressioni come “sacro quotidiano”, “sacro domestico” o ancora “religiosità popolare” e “lived religion” sono solo alcune delle più pertinenti. Per esempio,

⁴⁰ [Sulle orme del Buddismo Zen e della Meditazione | documentario di Edoardo Baviera](#) ultimo accesso 16 marzo 2025.

⁴¹ [Sulle orme del Buddismo Zen e della Meditazione | documentario di Edoardo Baviera](#) ultimo accesso 16 marzo 2025.

Berzano, Castegnaro e Pace (2014, p. 5), in riferimento alla religiosità popolare, argomentano che:

Nello scambio fra le risposte elaborate e offerte da sistemi organizzati ed esperti di credenza religiosa e i molti e mutevoli bisogni individuali di rassicurazione e speranze terrene di riuscita nella vita, di consolazione e conforto alle difficoltà quotidiane e, in generale, di ricerca del significato del vivere e del morire, c'è tendenzialmente uno scarto, un'eccedenza di senso.

È proprio questo scarto che il buddhismo italiano sembra particolarmente capace di colmare, da un lato grazie alla sua vicinanza con gli universi della scienza e della salute – evidente soprattutto in quelle tecniche terapeutiche incentrate sul benessere individuale che stanno al confine tra il campo terapeutico e quello religioso – e dall'altro grazie alla sua ricezione in Italia dove il buddhismo è percepito come un sistema di conoscenze che, rispetto alla religione cattolica di maggioranza, presenta caratteristiche antitetiche e quindi – secondo la logica dell'esotismo religioso – più seduttive (Altglas 2014; Lucia 2020). Una praticante di un centro buddhista del nord Italia, per esempio, nota che il motivo che la ha portata a ricercare gli insegnamenti buddhisti:

è stato proprio il passaggio vero e proprio dal cristianesimo, dal cattolicesimo praticamente al buddhismo. Perché nel cattolicesimo non avevo più risposte o stimoli particolari. Quindi, mentre il buddhismo comunque mi ha dato una, mi ha aiutato ad avere una visione diversa, nel senso di quella che è la

realtà e del modo, quindi, anche secondo me diverso e per me che funziona meglio, di relazionarmi con, appunto, con la realtà. L'appartenenza al buddhismo, però, è più spesso uno stile di vita piuttosto che un'appartenenza religiosa in senso stretto. Come descrive Daniele, intervistato durante un soggiorno di ricerca in un istituto buddhista del centro Italia:

Non mi sento appartenente completamente alla cultura del buddhismo Mahayana per esempio. Però, se intendiamo buddhismo come ricerca interiore, come intenzionalità al benessere personale e di ogni essere ti dico di sì. Le attività, in realtà, si svolgono momento per momento. Perché ti insegnano, sì, che c'è la meditazione, magari io faccio una meditazione mattutina e una magari la sera. Se sono in posti come questo, magari anche il pomeriggio. Però poi, in realtà, la pratica si svolge in ogni istante. Direi, di base, anche quella di una compassione per il prossimo, una, come qua la chiamano, un'"amorevole gentilezza".

Se è vero che molte religioni – come per esempio il cattolicesimo – e discipline spirituali sono *in primis* sistemi di credenze e di pratiche che tendono e pretendono di "dare ordine e forma all'extra-ordinario cui gli individui si rivolgono per ottenere consolazione ed eventuali benefici materiali" (Berzano, Castegnaro e Pace 2014, p. 5), il buddhismo sembra, invece, allo stesso tempo meno ambizioso ma più efficace. Ad ogni modo, come sottolineano Jessica, una praticante buddhista di un centro del sud Italia, e Maurizio, un praticante buddhista di un'altra tradizione, non è sempre facile capire a pieno la

portata degli insegnamenti che, di fatto, richiedono di essere vissuti in prima persona per essere compresi pienamente:

Il rapporto è stato un po' difficile all'inizio, perché ovviamente non è tanto la resistenza nell'imparare o quello che mi dicevano [i maestri], ma il fatto che io non riuscissi a capire, perché c'è una logica diversa, cioè, pensavo che si potessero capire le cose che ci diceva durante lo Zazen, perché la maestra ci leggeva degli estratti di altri maestri e io pensavo che potessi riuscire a capirli dalla spiegazione, più dalla spiegazione che dal viverli.

Il mio percorso all'interno di questa tradizione è stato [...], è stata una crescita esponenziale, ma anche graduale allo stesso tempo. Perché [ho] capito che gli insegnamenti vanno praticati, vanno subito messi in pratica per assimilarli realmente. Quindi questa è una cosa fondamentale. Ho iniziato a svolgere questa attività di studio e di pratica, studio e pratica.

In questo senso, la meditazione buddhista si delinea come capace di guidare – in maniera utile e pragmatica – i praticanti nella loro vita quotidiana. Come sottolinea Roberto, “il buddhismo non è una religione che si esprime in quell'ora e mezza della messa domenicale, ma è una religione pervasiva che influenza la vita a trecentosessanta gradi”. Considerando questo focus concreto e orientato all'azione quotidiana, la meditazione così come vissuta da molti dei praticanti buddhisti intervistati sembra più vicina a una tecnica terapeutica che a una religione in senso stretto. Questa parentela tra buddhismo e universo terapeutico, naturalmente, è in larga parte l'esito dello sviluppo esponenziale di pratiche come la *mindfulness*, dove lo sforzo

di presentare il buddhismo – o meglio, la meditazione – in riferimento ai suoi benefici per la salute piuttosto che all'interno di un'etica e/o soteriologia specifica, ha contribuito alla costruzione pratico-discorsiva del buddhismo come inerentemente positivo per la salute (Husgafvel 2021).

Riflessioni conclusive

Come argomentato nelle pagine precedenti, il buddhismo in Italia – e in particolare la meditazione – sembra avvicinarsi più alle spiritualità contemporanee o al campo delle medicine alternative e complementari piuttosto che al campo delle religioni tradizionali. La categoria stessa di religione, come ormai consolidato nel canone sociologico, è un concetto di matrice occidentale che spesso non si adatta all'interpretazione di forme di relazione con il sacro – proprio come il buddhismo – nate e sviluppate in seno ad altre visioni del mondo (Dubuisson 2003; Horii 2019; McCutcheon 1997, 2015; Spickard 2017). Lu e Joosse (2024, p. 223), tra gli altri, evidenziano come “il buddhismo è decisamente non occidentale per origine e diffusione storico-geografica ed è apparentemente ateistico”. Come chiariscono questi autori, “[e]ntrambi questi fatti hanno contribuito a rendere il buddhismo un oggetto esotico e ingombrante per i primi sociologi della religione” e aggiungerei, per il campo di studi noto come *Buddhist Studies* e il più ampio campo dello studio sociale della religione (sociologia della religione, *Religious Studies* e antropologia della religione).

Lasciando da parte la questione definitoria qui è importante sottolineare non solo che la categoria accademica di religione fatica ad adattarsi al buddhismo come fenomeno socio-storico e culturale, ma

anche che questa inadeguatezza è riflessa nell'esperienza stessa dei praticanti italiani. Per loro, infatti, il buddhismo risulta affascinante proprio perché non è una religione o, più esattamente, come sottolinea Lorenzo, perché rappresenta una sorta di "pre-religione":

Il buddhismo è prima di tutto una pre religione, una ricerca della risposta alla domanda "perché sto soffrendo?" e quindi non è una ricerca di aiuto in un'entità esterna o nei santi ma nel cambiare il tuo punto di vista! È quasi una psicologia.

Come argomentato nelle pagine precedenti, anche nei casi in cui i praticanti distinguono nettamente tra pratiche meditative buddhiste e innovazioni come la *mindfulness*, la dimensione terapeutica così come la ricerca di benessere sono sempre menzionate. In tal senso, i dati discussi in questo capitolo corroborano alcune delle analisi portate avanti da altri studiosi. Stefania Palmisano e Nicola Pannofino, per esempio, hanno recentemente avanzato una tipologia di spiritualità contemporanee nell'Italia di oggi tra cui annoverano le così dette "spiritualità del benessere e della salute" (Palmisano e Pannofino 2020, 2021). Queste spiritualità, caratterizzate dalla ricerca del sacro nella salute, ovvero da una ricerca di benessere interpretata in chiave olistica e dalla relazione tra corpo-mente-spirito per risvegliare il Sé profondo, sembrano trovare nel buddhismo italiano una declinazione paradigmatica.

La meditazione è per i buddhisti intervistati una vera e propria tecnologia terapeutica del sé dove i confini tra sacro e secolare, individuo e collettività e salute e salvezza vengono a sfumare sia nell'esperienza individuale dei praticanti che nella più ampia rappresentazione sociale del buddhismo. La vicinanza di quest'ultimo

al campo terapeutico così come a quello scientifico testimoniamo questa convergenza.

Il capitolo ha anche evidenziato che diventare buddhisti o più semplicemente impararne alcune tecniche, richiede un'esposizione più o meno intensa e/o dedicata a specifici dispositivi di socializzazione.⁴² In tal senso, la meditazione è parte integrante di quei dispositivi di socializzazione al buddhismo che contribuiscono alla costruzione pratico-discorsiva dell'esperienza stessa dei praticanti. È infatti durante le meditazioni serali presso i centri o le abitazioni dei praticanti, o durante ritiri, periodi di formazione o eventi specifici, che vengono trasmesse, interiorizzate e socialmente riprodotte quelle rappresentazioni condivise – e quindi legittime – di cosa sia il buddhismo, come debba essere praticato e per quali scopi. Questa osservazione è di particolare importanza perché riconduce le esperienze raccolte – e le letture che i praticanti offrono della cura congiunta di corpo, mente e spirito attraverso la pratica meditativa – al contesto sociale entro il quale prendono forma. In altre parole, lo studio sociologico dell'esperienza dei buddhisti intervistati non si limita all'esperienza individuale del singolo praticante, ma si sviluppa all'interno di un complesso mosaico di attori, discorsi e processi sociali.

Di fronte alla concezione del buddhismo come non religioso o pre-religioso, per comprendere pienamente l'intersezione tra salute e salvezza nella terapeutica buddhista contemporanea, è fondamentale considerare anche l'insegnamento, l'apprendimento e la

⁴² Per una proposta sullo studio socio-antropologico di religione e spiritualità come luoghi di apprendimento situati si veda Utriainen et al., (2024).

socializzazione. Questi aspetti ne determinano la diffusione come un insieme di risorse – o tecniche – dalla grande portata trasformativa e dal carattere adogmatico. Allo stesso tempo, processi come la psicologizzazione o la terapeutizzazione del sociale stanno progressivamente colonizzando anche la sfera pratico-discorsiva del sacro e del religioso tradizionale, incluso il buddhismo. La ricerca di senso in cui si addentrano i praticanti buddhisti intervistati – spesso inserita in una concezione olistica della salute – rappresenta l’espressione di cambiamenti socioculturali più ampi, dove le logiche della salute e della salvezza, e soprattutto la loro ibridazione legittimata da un approccio pragmatico e quasi scienziato, giocano un ruolo determinante. Che, come sottolineano le ricerche, sia “innegabile un profondo interesse del buddhismo per la concezione medica, il che include una peculiare visione della malattia, il malessere umano posto come il centro della missione salvifica del messaggio buddhista, nonché una lunga e comprovata tradizione di vera e propria pratica medica presente fin dalle origini della comunità buddhista indiana” (Divino 2023, p. 287), non significa che queste terapeutiche siano giunte immutate ai giorni nostri. Al contrario, la centralità della dimensione terapeutica all’interno del buddhismo – nelle sue forme pre-moderne così come nelle sue varianti più *mainstream* – evidenzia la necessità di studiarla proprio in relazione ai processi di trasformazione – epistemici, pratici e discorsivi – che gli sottendono. L’analisi proposta è, in questo senso, solo un tentativo preliminare di mostrare come questi processi di trasformazioni siano riflessi, influenzandone la costituzione, anche nelle narrazioni dei praticanti buddhisti intervistati.

Capitolo 4

Insegnare lo yoga come professione di cura: Tra saperi esperti, pratiche e narrazioni del sé

Introduzione

[...] ‘ecco lo *yoga*, l’agnello di *Śiva* che toglie i peccati del mondo’ (Squarcini 2022, p. 1168).

Lo yoga, più ancora dell’inclusione delle cure spirituali in ospedale o della meditazione buddhista come pratica terapeutica, è oggetto di un crescente interesse, sia da parte degli scienziati sociali sia, trasversalmente, dei ceti medi urbani, da Nuova Delhi a New York, da Roma a Melbourne, fino a Buenos Aires e Stoccolma.

Il motivo di questo vero e proprio boom, o *yogaphilia*, è principalmente riconducibile alla costruzione sociale e discorsiva che definisce lo yoga come inerentemente benefico. A questa narrazione globale contribuiscono non solo i numerosi attori sociali alla ricerca di forme alternative di religiosità o di cure olistiche, ma anche, su scala più ampia, l’industria del benessere, con i suoi dispositivi di produzione, promozione e consumo. Inoltre, istituzioni come le Nazioni Unite e l’Organizzazione Mondiale della Sanità, con i loro *endorsement*, sostengono una visione medicalizzante dello yoga, caratterizzata da toni biopolitici.⁴³

⁴³ La storia del legame tra pratica yoga e biomedicine è lunga e articolata. Basti pensare che già a “partire dal diciannovesimo secolo, gli yogi e gli asceti sono stati sottoposti a test biomedici per misurare le pulsazioni, la pressione sanguigna, la respirazione e, più recentemente, a varie tecnologie di *imaging* cerebrale. I primi esperimenti erano un tentativo di esplorare e verificare le affermazioni di “conquiste” (*siddhis*) e “cure” yogiche con criteri biomedici” (Newcombe 2021, p. 157). Più nello specifico, questa “enfasi sui *gold standard* biomedici nel determinare l’efficacia delle terapie e nell’elaborare sistemi di formazione per i terapeuti ha portato a una distorsione dei sistemi indigeni di medicina verso prodotti e servizi standardizzati” (Newcombe 2021, pp. 159-160).

Squarcini, nella sua analisi critica sull'istituzione dell'International Day of Yoga nel 2015 da parte delle Nazioni Unite, evidenzia come lo yoga sia stato presentato sulla scena globale come una panacea universale, capace di offrire benefici tanto terapeutici quanto spirituali. Secondo questa lettura critica, tale rappresentazione contribuisce a una sorta di universalizzazione e depoliticizzazione dello yoga, trasformandolo da pratica con profonde radici culturali e religiose a strumento globale di benessere e salute:⁴⁴

L'umanità sofferente e ammalata necessita, più di ogni altra cosa, del benefico e salvifico – se non 'miracoloso' – rimedio universale detto *yoga*. Trattasi di una 'antica cura', univoca e certa, che da secoli l'India prescrive al mondo intero e che è ora pronta nuovamente a donare a tutti gli abitanti del pianeta, uomini, donne, vecchi e bambini. Di conseguenza, una volta informati che sono tanti e tali i benefici a cui può condurre la 'cosa' chiamata *yoga*, tutti coloro che patiscono dei mali del mondo e sono mossi da amor proprio non si attarderanno a iniziare la pratica (Squarcini 2022, p. 1170).

Sebbene i dati sul numero di praticanti di yoga in Italia non siano del tutto attendibili, sembra che sempre più persone scelgano di avvicinarsi a questa disciplina. Spesso, il punto di partenza è una problematica di salute, che può variare da un semplice mal di schiena fino a disturbi più complessi come insonnia o depressione, spingendo così molti a intraprendere un percorso sul materassino di yoga.⁴⁵

⁴⁴ Squarcini sottolinea inoltre come tale visione sia promossa strategicamente da attori politici, tra cui il governo indiano, con l'obiettivo di rafforzare il *soft power* culturale del paese.

⁴⁵ Dal punto di vista numerico è possibile notare un graduale nonché progressivo aumento di interesse verso lo yoga con circa 2 milioni di praticanti, 20.000 centri su tutto il territorio nazionale (soprattutto nel centro-nord, con un aumento di oltre il 100% dal 2010) e un reddito generato di

L'esempio di Daria, insegnante di acroyoga, o yoga acrobatico, è solo uno tra i molti che ho potuto documentare durante la ricerca:

Ho iniziato a fare yoga perché avevo dei dolori alla schiena. Quindi un'esigenza piuttosto semplice e come tale avevo un approccio assolutamente empirico: "Fa male!". E ho iniziato a vedere che questa cosa iniziata per caso, trascinata da altre persone, era positiva nel senso che ho iniziato ad avere dei benefici e non avevo più mal di schiena. Così ho continuato ad andare avanti così per molti anni.

Mentre lo yoga "è diventato un *genere a sé stante*, caratterizzando una vasta gamma di stati mentali, pratiche, simboli, beni e oggetti" (Obadia 2024, p. 1), la nascita e lo sviluppo degli *yoga studies* hanno contribuito alla sua progressiva legittimità come oggetto di studio. Dal punto di vista della sociologia della conoscenza, "L'osservazione più saliente non riguarda più il numero di persone che praticano lo yoga, o quanto spendono per queste pratiche, ma come, a seguito di questi numeri in crescita, si sia ampliato lo studio accademico dello yoga e della meditazione" (Newcombe e Ciołkosz 2017, p. 117). Come osserva giustamente l'antropologa Daniela Bevilacqua (2021, p. 394), "questi interessi accademici si sono sviluppati in modo adeguato solo dopo che Elizabeth De Michelis (2004) ha pubblicato il suo studio sullo "yoga moderno" e le sue varie sottocategorie, fornendo l'input e il substrato teorico generale necessari allo sviluppo degli *yoga studies*". Dopo il suo contributo il campo è fiorito (soprattutto nei Paesi

quasi 200 milioni di euro (Zinola 2017). Inoltre, un sondaggio condotto su 7.000 intervistati ha rilevato che yoga e pilates sono praticati dal 10,5% delle donne e dal 7% degli uomini, corrispondenti a circa 2,39 milioni di appassionati tra i 18 e i 65 anni (Faravelli 2023).

anglofoni) e si è progressivamente affermato attraverso reti professionali istituzionalizzate (SOAS Center of Yoga Studies, la piattaforma online Modern Yoga Research e l'unità Yoga in Theory and Practice dell'American Academy of Religion), iniziative editoriali⁴⁶ e proposte educative.⁴⁷

Lo studio dello yoga sta quindi prendendo piede in diversi contesti nazionali, soprattutto grazie alla progressiva istituzionalizzazione dei così detti *yoga studies*, ma la ricerca sociologica sullo yoga in Italia è ancora carente.⁴⁸ Inoltre, gli *yoga studies* – riproducendo le sensibilità metodologiche delle discipline che li caratterizzano – hanno fino a ora privilegiato lo studio dei testi delle tradizioni dello yoga, la genesi di scuole e lignaggi specifici e solo più recentemente anche l'origine di quelle forme di pratica che, tra culto del corpo e della salute, esotismo e mercificazione del sacro, caratterizzano lo yoga così come praticato nelle sue forme più diffuse (Jain 2020; Lucia 2020; Mallinson e Singleton 2017; Miller 2024; Newcombe e O'Brien-Kop 2021).

⁴⁶ Come sottolineano Wildcroft, Newcombe e Von Ostrowski (2024, p. 2), “Sono state fondate nuove riviste, tra cui *The Journal of Yoga Studies*, *Race and Yoga Journal* e *The Journal of Applied Yoga Studies*, e un recente numero speciale della *Annual Review of the Sociology of Religion* (volume 14, 2023) era incentrato su “The Sociology of Yoga, Meditation, and Asian Asceticism”. [Inoltre], [è] stato pubblicato un numero impressionante di tesi di dottorato innovative ed entusiasmanti e di monografie, in un'ampia gamma di discipline. Sociologi, studiosi di religione, etnografi, scienziati culturali e accademici di altre discipline stanno sempre più osservando, analizzando, interpretando e descrivendo gli sviluppi dello yoga contemporaneo”.

⁴⁷ L'Università Ca' Foscari di Venezia, la School of Oriental and African Studies (SOAS) dell'Università di Londra, l'Università di Amburgo, la Loyola Marymount University di Los Angeles e, infine, la Naropa University di Boulder, in Colorado, offrono tutte master in *yoga studies*).

⁴⁸ Per alcune eccezioni si vedano: Bertolo (2013), Bertolo e Giordan (2016); Di Placido e Palmisano (2023b); Mangiarotti (2023); Mori e Squarcini (2019); Squarcini (2006, 2022); Squarcini e Mori (2008) e Mori e Squarcini (2019).

Nonostante lo studio dello yoga stia progressivamente acquisendo uno statuto indipendente dallo studio di fenomeni – o processi – sociali che ne caratterizzano fortemente la ricezione – come la *New Age*, l’Orientalizzazione dell’Occidente o ancora lo sviluppo del campo delle spiritualità contemporanee o delle medicine alternative e complementari – sono pochi gli studi empirici di matrice sociologica che esaminano l’esperienza vissuta dei praticanti. È convinzione di chi scrive che per acquisire un punto di vista più sfaccettato su come lo yoga venga esperito nell’Italia di oggi, sia opportuno partire proprio dal punto di vista dei praticanti per poi, come in un percorso a ritroso, identificare come questi punti di vista si posizionino – in maniera più o meno conforme – gli uni rispetto agli altri nonché rispetto alle rappresentazioni dominanti dell’industria dello yoga, inclusa quella dell’insegnamento. Infatti, e non è un elemento trascurabile, la pratica dello yoga è, anche in Italia, ampiamente collocata all’interno dei dispositivi di un’industria proliferante, quella dell’insegnamento dello yoga, sottoposta a crescenti processi di professionalizzazione, regolamentazione e istituzionalizzazione nonché a esplorazioni subculturali anche molto diverse fra loro (Newcombe 2019; Wildcroft 2020, 2024).⁴⁹

In questo capitolo, partendo dalla disamina di 47 interviste con insegnanti, insegnanti in formazione e praticanti di yoga condotte all’interno di un progetto etnografico di più ampio respiro sulle pedagogie dello yoga, discuterò di come la pratica contemporanea sia, simultaneamente, influenzata da logiche pratico-discorsive provenienti dal campo della salute così come da quello della salvezza,

⁴⁹ Per alcuni studi sulla professionalizzazione dello yoga si vedano Mangiarotti (2022), Clarke (2024) e Wildcroft (2024).

contribuendo alla proliferazione di forme specifiche – e individualmente adattabili – di auto-trasformazione. Muovendo dall'analisi dell'insegnamento dello yoga come una professione di cura, il capitolo discute di come, all'interno della cornice della relazione tra insegnante e studente, il primo venga spesso considerato il detentore di un sapere esperto che, se correttamente veicolato e appreso, rende autonomo il praticante nella sua capacità di prendersi cura di sé attraverso specifiche forme di lavoro corporeo. È a partire da questa esperienza di trasmissione e apprendimento prima e auto-determinazione poi, che le narrazioni dei praticanti analizzate nei seguenti paragrafi prendono forma così come, in maniera spesso sincretica e poco ortodossa, anche i registri pratico-discorsivi della salute e della salvezza da cui essi attingono.

Insegnare lo yoga come professione di cura

Fare l'insegnante di yoga, una professione emergente, poco regolamentata e in larga parte basata su logiche auto-imprenditoriali e in balia di un mercato flessibile e dai contorni poco definiti, è un'occupazione che sta acquisendo crescente visibilità, anche se, come sottolineano Wildcroft, Newcombe e von Ostrowski (2024, p. 4):

È difficile trovare ancora dati affidabili, ma sembra che un numero significativo di insegnanti di yoga stia abbandonando la professione, le nuove iscrizioni ai programmi di formazione per insegnanti stanno rallentando e i tassi di reddito sono congelati o in calo da qualche tempo, almeno nel mondo anglofono.

L'interpretazione più diffusa di questa nuova figura professionale, è quindi quella di un professionista che segue, nella speranza di trarne profitto, le logiche di mercato e le necessarie strategie di auto-promozione e *branding* delle proprie attività di insegnamento in un

contesto caratterizzato da precarietà, competizione e incertezza (Clarke 2024). In questo capitolo, propongo una lettura che affianchi a questa interpretazione anche un tentativo di teorizzare l'insegnamento dello yoga come un "lavoro di cura", inteso, seguendo studi precedenti, sia come "prendersi cura" (*to care*) che come "curare" (*to cure*) (Burgio et al., 2023, p. 7).⁵⁰ Come vedremo nel proseguo del capitolo, "[a]ttribuire a una dimensione complessa come la cura la valenza di *lavoro* rischia di appiattare e di circoscrivere a precisi ambiti (economici e razionali) il delicatissimo intreccio tra le molteplici implicazioni dell'agire 'affettivo', mettendone in luce esclusivamente gli aspetti 'mercificabili'" (Barazzetti 2006).⁵¹ È proprio all'interno di questo intreccio che le esperienze di insegnamento dello yoga come lavoro di cura prendono forma nell'Italia di oggi:

Lo yoga è diventato la mia vita. Cioè vivere in quello che è un contesto yogico, sia da un punto di vista pratico, logistico, perché tutta la mia vita ruota intorno a questa cosa, in realtà è diventato un lavoro, la mia passione, il mio impegno eccetera. Oltre a essere la mia pratica quotidiana, perché dedico molte, molte ore del mio tempo libero a questa disciplina, è diventata anche il contenitore della mia vita. Ma non il contenitore solo dal punto di vista del muoversi all'interno di un *milieu*, è diventato un contenitore davvero come principio, come vita, come riscoperta,

⁵⁰ Come chiarisce Cristina Palmieri (2003), la cura è una dimensione esistenzialmente intrinseca all'essere umano. Il concetto così come le pratiche della cura vengono a costituirsi come esito di diverse forze, di cui di seguito solo le principali: la morale, che sia atea o religiosa, includendo naturalmente le letture che gli attori sociali – in coformità o in contrasto – danno di essa; diversi saperi esperti, tra cui medicina, la psicologia e la pedagogia sono forse tra i più pervasivi; e infine la cura di sé, per la quale gli attori sociali necessitano le risorse necessarie, sia in termini materiali che simboliche e di tempo libero.

⁵¹ [Doppia presenza e lavoro di cura. Interrogativi su alcune categorie interpretative](#) ultimo accesso 23 marzo 2025.

come conoscenza di sé, come approfondimento del mio essere, anche se ormai lo faccio da molti anni, in ogni caso è un lavoro senza fine, no? Proprio perché è qualcosa che non finisce mai, è sempre in approfondimento.

E allora cerco di farli appassionare a questo [lo yoga], di fargli capire che alla fine questo è un modo di affrontare la vita, uno strumento che può essere di supporto, che esce dal tappetino, non è solo sul tappetino, non si esaurisce sul tappetino.

Spesso, il linguaggio utilizzato dagli insegnanti sembra mettere l'accento, non tanto sulla dimensione economica dell'insegnamento, quanto sull'importanza e il desiderio di condividere qualcosa che, per loro, è la loro vita:

Condividere qualcosa che mi fa stare bene, che mi ha fatto stare bene, per così dire, mi aiuta anche a radicarmi un po' di più.

Parlando di insegnamento, quello che avevamo allora [quando ho iniziato a insegnare] e quello che abbiamo ora, abbiamo persone che pensano che lo yoga sia fantastico e poi vogliono dividerlo.

Ho lavorato in un ufficio, ho gestito dei negozi, e quei lavori non mi sono mai sembrati davvero adatti a me, sai, lo facevo solo per lo stipendio, sì, ma questo [...] è più una chiamata e lo yoga mi ha dato un modo per farlo.

La costituzione socio-demografica degli insegnanti, in Italia come a livello internazionale, sembra ricalcare quella dei praticanti buddhisti

discussi nel capitolo precedente con l'eccezione dell'età media, che per i secondi è più alta e per il genere, che per i primi è marcatamente femminile. Clara, insegnante di yoga di lungo corso, sottolinea che prima di insegnare yoga "io facevo tutt'altro nella vita. Quando ho scelto di fare questo mestiere lo ho scelto avendo una base economica buona". La maggior parte degli insegnanti, infatti, sono "appartenenti alle classi privilegiate o agli strati superiori della classe media" e trovano nello yoga, oltre che una possibile fonte di reddito, "una pratica incentrata sull'autocontrollo/rinnovamento emotivo con l'obiettivo di raggiungere dimensioni spirituali" (Frayse et al., 2025, p. 1). Questo coinvolgimento, cognitivo, somatico e spirituale, è imprescindibile nel guidare gli insegnanti di yoga a navigare le logiche, quelle dell'industria dell'insegnamento, che riproducono quei processi di precarizzazione della vita lavorativa etichettati nella letteratura di riferimento come "flexploitation" (Morgan, Wood e Nelligan 2013). Infatti, secondo la recente Riforma dello Sport del luglio 2023, attuata a partire dal 1° gennaio 2024 – quindi in vigore da poco più di 12 mesi nel momento in cui scrivo –, per monetizzare le proprie attività di insegnamento gli insegnanti di yoga dovranno: o essere i proprietari o co-proprietari di uno studio; oppure possedere una partita IVA (codice identificativo necessario per le attività commerciali e private). Ciò significa che gli insegnanti che finora hanno insegnato yoga come secondo lavoro accanto a una carriera primaria in altri campi che richiedono la registrazione in un albo professionale (come infermieri, psicologi e avvocati, tra gli altri), dovranno affrontare un complesso processo amministrativo per essere pienamente legittimati, a livello normativo, a insegnare yoga. Questi

profili, se interessati a continuare a insegnare yoga come lavoro secondario o con l'intento di farne la loro principale fonte di reddito, si trovano di fronte a tre possibili scenari alternativi: in primo luogo, dovranno ricevere l'approvazione da parte del proprio datore di lavoro per richiedere una partita IVA; in secondo luogo, potranno aprire uno studio (eventualmente abbandonando le loro precedenti carriere); in terzo luogo, potranno continuare a insegnare senza compenso monetario e riconoscimento legale del loro lavoro. Questo nuovo scenario legale, se non ci saranno ulteriori modifiche, inciderà ancora di più sulla necessità degli insegnanti di affidarsi alle proprie capacità e risorse imprenditoriali per poter insegnare legalmente e trarre benefici economici dalla propria attività nell'Italia di oggi:

Io sono una libera professionista, ho scelto di aprire la partita IVA più o meno un anno fa per darmi un'autorevolezza diversa in ambito lavorativo e promuovermi in modo nuovo, diverso, più serio perché in realtà quello che ti propongono è venti, venticinque euro, pagamento a fine mese, lettere di incarico annuali, o comunque periodiche.

A rendere più incerto il percorso nel mondo dell'insegnamento dello yoga in Italia, ancora prima che le difficoltà di strutturare una carriera economicamente sostenibile, vi è il lungo – e spesso continuo – apprendistato che i praticanti devono attraversare per divenire insegnanti di successo nonché la pluralità di sistemi di certificazione, scuole e organizzazioni presenti nel nostro paese:

C'è chi si specializza, chi insegna yoga, chi pilates, chi posturale. Diciamo che un insegnante di yoga è portato a continuare a formarsi! Vale a dire, capire che per aiutare, per far sì che il lavoro

che svolge sia sempre più efficace, deve avere più conoscenze e più competenze.

Io ho veramente continuato a studiare in questi quasi dieci anni di insegnamento.⁵²

Lo scenario che si sta delineando, quindi, è quello di una professione elitaria ma allo stesso tempo flessibile e precaria. La maggior parte delle insegnanti, così come delle praticanti di yoga, sono di genere femminile. Lasciando da parte possibili letture essenzializzanti che associno al genere femminile una vocazione innata alla cura, quello che emerge dalle interviste è un quadro composito – fatto di esperienze, incontri e sperimentazione personale – dove la figura dell’insegnante di yoga – a prescindere dalla sua identità sessuale e di genere – è quella di guida, spesso non solo in merito alla pratica sul materassino.

Professionalizzazione, saperi esperti e sperimentazione individuale

Gli insegnanti di yoga, specialmente se a loro volta formatori, sono da intendersi come i mediatori di una serie di saperi esperti che si configurano, di volta in volta e a seconda del contesto socioculturale di riferimento, con accenti più marcati verso la conoscenza dei testi classici della tradizione yoga, il repertorio di pratiche (fisiche, respiratorie e sottili) nonché un sapere oggettivante sul corpo umano così come proposto dagli schemi interpretativi della medicina e della scienza occidentali più in generale. Nell’estratto seguente, parte di un più ampio video promozionale sull’insegnamento dello yoga,

⁵² [Come diventare Insegnante di Yoga? Guida ai Teacher Training](#) ultimo accesso 22 marzo 2025.

emergono le seguenti aree di *expertise* che, secondo Denise Dellagiacomma, un insegnante dovrebbe coltivare:

La meditazione secondo me deve essere centrale in una pratica e in un *teacher training*, così come la parte dedicata all'anatomia, è importante conoscere il nostro copro e il corpo in generale. È importante anche sapere come si assiste, sapere come si mettono le mani sul corpo di un nostro studente per correggergli la postura. È importante anche sapere come comunicare, una parte anche dedicata all'insegnamento vero e proprio perché ogni volta che insegniamo yoga è come se facessimo *public speaking*.⁵³

Questi saperi esperti, acquisiti attraverso una formazione che come abbiamo visto è continua e che può vantare gradi diversi di vicinanza all'autenticità percepita dell'India pre-moderna a seconda della scuola o organizzazione in cui un insegnante si forma, per essere efficacemente trasmessi necessitano di specifiche forme di "lavoro corporeo" (Gimlin 2007, p. 353), definito come:

(i) il lavoro svolto sul proprio corpo, (ii) il lavoro retribuito svolto sul corpo degli altri, (iii) la gestione dell'esperienza emotiva incarnata e l'interazione, e (iv) la produzione o la modifica dei corpi attraverso il lavoro.

Come chiariscono i seguenti estratti di intervista, il prendersi cura – se non in maniera più indiretta il curare – che gli insegnanti di yoga mettono in atto durante le loro classi, fanno del corpo e del lavoro del, sul e con il corpo un principio cardine. Per molti insegnanti, infatti, le possibilità trasformative offerte dallo yoga sono innanzitutto la conseguenza di una diversa attenzione verso il proprio corpo. Tale

⁵³ [Come diventare Insegnante di Yoga? Guida ai Teacher Training](#) ultimo accesso 22 marzo 2025.

attenzione a sé stessi, come osserva Viola, offre ai praticanti “l’opportunità di incontrare sé stessi, di essere liberi, quindi di acquisire quella consapevolezza, quel radicamento, quella fluidità che permette di non perdere la bussola e quindi di fare scelte libere”. Il punto di vista di Viola trova riscontro anche nelle parole di Denise, Roberta e Franca, le quali sottolineano a loro volta la centralità della dimensione somatica e di auto-guarigione che caratterizza le terapeutiche dello yoga contemporaneo:

Se ci fermiamo semplicemente alla pratica fisica, sicuramente al suo interno c’è una grande parte di terapia. Prima di tutto, tutte le posizioni sono studiate per dare salute ed estensione a la colonna vertebrale. E quindi tutto parte da lì.

Lavorando con lo yoga non si fa un’analisi razionale, come dire, ma vai a stimolare la guarigione, l’auto-guarigione. La stragrande maggioranza di coloro che si avvicinano allo yoga ha qualcosa da curare [...] molti sono convinti che faccia molto bene. Sì, forse c’è qualcosa di intrinsecamente terapeutico nello yoga, sì, che nella sua assunzione positiva diventa cambiamento ma comunque è una sorta di auto-guarigione, di auto-cura. Forse non vi sentite così male da andare dal medico, state più o meno bene, più o meno male, più o meno bene e volete sentirvi bene, che diamine, no? Lo provate e vedete che vi fa bene e vi dà benessere.

Insegnare yoga come una professione di cura comporta anche un certo “lavoro emotivo” (Hochschild 2002) – oltre che corporeo – da parte degli insegnanti. In questo senso, anche se all’interno di cornici

giuridiche e di etiche professionali dallo statuto differente – per storia, sviluppo e istituzionalizzazione – insegnare yoga comporta molte delle sfide e di conseguenza richiede molte delle competenze che servono nelle professioni educative e di cura in senso più ampio. In primo luogo, insegnare yoga come professione di cura sembra richiedere agli insegnanti la capacità di “stare tra” (Palmieri 2003 [2001]; Burgio 2023, p. 81) l’uso consapevole degli strumenti pedagogici acquisiti e il proprio sentire interiore, avendo come obiettivo principale – o mandato – la sicurezza e il benessere dei propri studenti. Come sottolineano Burgio et al., (2023, p. 33-34), la professionalizzazione:

rende visibili una serie di pratiche e abilità legate alla cura che, da attitudini ‘naturali’ femminili, divengono competenze di apprendere. Tuttavia, al contempo, si fanno prevalere tutta una serie di saperi tecnici (più legati al *cure* che al *care*) [...] basati su una ‘razionalità scientifica’ opposta a quella che Waerness (1984) chiama “razionalità della cura”, dove la prima si basa su metodologie di lavoro impersonale, rigido e standardizzato che oppongono razionalità e strumentalità a emozione espressività.

Il seguente estratto esemplifica a pieno questa tensione tra conoscenza tecnica e sensibilità personale che gli insegnanti affrontano nel trasmettere la propria visione di cosa sia lo yoga e di come debba essere praticato:

D’altra parte, è importante la tecnica? Non ne sono così sicura. Nessuno insegna veramente la tecnica. È importante se si insegna agli insegnanti. Allora bisogna insegnare la tecnica. Ma conosco molti insegnanti che non ne sanno nulla, ma quando fanno una

lezione gettano un pezzo del loro cuore in mezzo alla stanza e fanno una grande lezione.

Per prendersi cura dei propri allievi, secondo alcuni punti di vista, non è così importante padroneggiare gli elementi tecnici – per esempio in riferimento al corretto allineamento del corpo – o attenersi a protocolli standardizzati, quanto essere in grado di trasmettere la propria passione per la pratica. Al contrario, sono molte le voci che prediligono stili pedagogici più normativi, dove l'insegnante guida minuziosamente – utilizzando sia descrizioni verbali che il proprio corpo come modello di riferimento – la classe in tutte le sue fasi. Quello che però accomuna entrambi questi modi di intendere l'insegnamento così come tutto quel ventaglio di posizioni *in-between*, è la libertà con cui i praticanti si relazionano alla loro esperienza incorporata:

Quindi è incredibilmente libero, più imparo a conoscerlo e più mi stupisco, wow, è davvero così completo, ed è così, in un certo senso, molto inclusivo per le persone di diversi greggi, diverse esperienze, c'è spazio, c'è qualcosa che si applica a chiunque e non c'è alcun limite su "devi farlo in questo modo", è solo, alla fine della giornata, tutto un invito, provalo, funziona? Sì, funziona, continuate a farlo. Se non funziona non tenerlo, non farlo. Sono sempre stata così affascinata quando ho scoperto che in uno dei *sutra* dello yoga si dice: "Credere in un potere superiore, oppure no".

In maniera simile alle logiche di adattamento ai bisogni individuali che abbiamo discusso nel capitolo precedente in riferimento alla meditazione buddhista, anche lo yoga è socialmente e discorsivamente costruito come uno strumento pragmatico capace di

impattare positivamente sulla propria vita. Dal punto di vista degli insegnanti, è la condivisione di qualcosa che amano che li spinge a dedicarsi a questa attività nonostante le difficoltà intrinseche a una carriera professionale – per molti – incerta e flessibile. Coltivare, come ho spesso sentito dire dagli insegnanti di yoga, una mente da principiante, sembra essere un ulteriore requisito per interfacciarsi sia al mondo della formazione che dell’insegnamento: “C’è una cosa importante nella pratica dello yoga che non smetterò mai e mai di condividere con i miei studenti, coltivare la mente e l’atteggiamento del principiante”.⁵⁴

Tra cura di sé e cura degli altri

Insegnare yoga, specialmente se con scopo di lucro e quando si tratta della principale se non unica fonte di reddito di un insegnante, è foriero di un’ulteriore ambivalenza, quella tra la cura di sé – anche e soprattutto in termini materiali – e la cura degli altri. Gli insegnanti si trovano quindi a vivere lo yoga sia come strumento di *self-care* o di ricerca personale che come professione. Nella loro esperienza, tempo libero e tempo produttivo, o vita privata e carriera professionale, si intersecano fino a confondersi: “Insegnare yoga non è un lavoro fisso, è un lavoro precario, è un lavoro che devi anche crearti con molto impegno, molto studio”, o ancora, come sottolinea Roberta:

aver sostituito lo yoga ad un lavoro [...] che quindi porta con sé tutta quella roba lì, io lavoro fino a quell’ora lì e poi non lavoro più, nello yoga non esiste. Lo yoga è essere ventiquattro ore al giorno, quindi non stai a guardare gli orari.

⁵⁴ [Come diventare Insegnante di Yoga? Guida ai Teacher Training - YouTube](#) ultimo accesso 22 marzo 2025.

Anche qualora un'insegnante riuscisse a mantenersi interamente con l'insegnamento dello yoga, la "opzione migliore" è per Mario quella di portarlo avanti solamente come lavoro secondario frutto della passione, dell'interesse personale e della condivisione di qualcosa di positivo. Giovanna, per esempio, sottolinea che "insegnare yoga come tutti i lavori, dipende quanto ti applichi, dipende quanto ti dedichi a desiderare, quanto vuoi che questo sia un introito primario o secondario e che tipo di insegnanti di yoga vuoi essere". Secondo lei, quegli insegnanti che "hanno deciso di fare un certo tipo di carriera, di vendere sé stessi, e di farlo un certo tipo di modo", dal loro punto di vista, "fanno bene" anche se, come sottolinea Roberta, un repentino cambio di carriera verso l'insegnamento dello yoga non è auspicabile:

 siccome non voglio più fare la segretaria, piuttosto che l'impiegata, piuttosto che lavorare come manager in un'azienda [...] – cioè, c'è gente che ha lasciato lavori della Madonna, cioè cose pazzesche – bensì voglio insegnare yoga, così non funziona.

Gli insegnanti intervistati sono concordi nel sottolineare che sia più opportuno arrivare a insegnare yoga come coronamento di un percorso di ricerca basato sulla pratica personale piuttosto che come una scelta professionale maturata dall'insoddisfazione della propria situazione lavorativa. Se quindi l'industria dell'insegnamento non è carente di nodi problematici, come la durata e la qualità della formazione, i prezzi spesso proibitivi e la mancanza di una *governance* specifica a livello nazionale, l'insegnamento offre una ulteriore possibilità di approfondimento e formazione continua.

Un'altra dimensione, cruciale sia dal punto di vista dell'organizzazione sociale dello yoga contemporaneo ma anche e

soprattutto per una sua interpretazione come lavoro di cura, è quella della comunità. Al di là dei gruppi e/o organizzazioni – e non sono poche nel mondo nello yoga – dal carattere settario e dai confini fisici, simbolici e pratico-discorsivi impermeabili, il panorama del così detto “post-lineage yoga” (Wildcroft 2020) è invece caratterizzato da una pluralità di scuole, gruppi e/o tradizioni dal carattere marcatamente meno normativo e con gerarchie e relazioni meno vincolanti. Non di meno, anche all’interno di questo panorama fluido, caratterizzato da diverse esplorazioni sotto-culturali (in termini sociologici) e dalla centralità dell’autorità del sé dei praticanti, si possono creare dinamiche comunitarie dal grande portato di significazione per i praticanti stessi.

Questi gruppi o comunità non solo favoriscono legami di apprendistato, ma anche relazioni di amicizia e vicinanza, fondate principalmente sull’interesse condiviso per la pratica dello yoga. Allo stesso tempo, stabiliscono criteri di inclusione ed esclusione che variano a seconda del contesto, definendo chi può farne parte e chi, invece, viene relegato ai margini di queste comunità di pratica.⁵⁵ La partecipazione protratta a uno stesso gruppo, può, nel tempo, portare alla costruzione di quelle che Maffesoli (1996) chiama “neo-tribe”, ovvero raggruppamenti transitori di attori sociali che, per un periodo circoscritto di tempo e in spazi definiti, coltivano in condivisione con gli altri membri, pratiche specifiche. Che si tratti di legami sociali transitori se non effimeri, come il concetto di “neo-tribe” sembrerebbe suggerire, o di formazioni comunitarie più strutturate e longeve nel tempo, è la pratica condivisa che, in prima istanza, funge da principio

⁵⁵ Per un approfondimento sull’accessibilità e inclusività dello yoga per praticanti con “identità marginalizzate” si veda il lavoro di Brown (2024).

organizzativo. Ne consegue che per comprendere la natura includente/escludente dello yoga contemporaneo è necessario capire chi ne siano i praticanti. Infatti, se come sottolineano molti degli insegnanti che ho intervistato – riprendendo un *topos* molto diffuso nell'industria dello yoga – lo yoga “è per tutti”, in realtà emergono alcune barriere, sia di natura materiale (economica, culturale e sociale) che di natura simbolica, rispetto a chi di fatto pratica yoga nell'Italia di oggi.

Nella mia esperienza di ricerca ho quasi sempre incontrato ambienti omogenei dal punto di vista socio-demografico, popolati prevalentemente da donne di origine caucasica, dai trenta ai cinquant'anni e spesso impegnate in carriere remunerative ma difficoltose. Il caso di Roberta è esemplificativo:

Fino a quattro anni fa facevo una vita molto differente. Ero *manager* di una multinazionale [...]. Rappresento proprio le persone che si fanno mangiare dalla grande città e dal sogno della grande città, ovvero se lavori sodo puoi avere tutto, ed è vero, ma questo ha un prezzo enorme, ovvero che tu hai tutto ma che cos'è questo tutto? È vero, magari hai un conto in banca rigoglioso, hai un ego smisurato, hai la soddisfazione dei tuoi genitori, hai il riconoscimento sociale, ma sei felice? Io non lo ero. La disponibilità economica così come anche il capitale corporeo e le abilità fisiche, sono dei fattori di selezioni per chi, avendo le risorse a disposizione, può decidere con più facilità di intraprendere questo percorso di trasformazione – o “passaggio” – proprio attraverso lo yoga:

tutto parte sempre dalla nostra intenzione, qual è la nostra intenzione, perché dovremmo iscriverci ad un *teacher training*? Quindi è una domanda che facciamo innanzitutto a noi stessi e le risposte possono essere diverse [...]. E anche vero però che può darsi che andiamo a cercare la risposta proprio in questa esperienza perché l'esperienza del *teacher training* non è solamente formazione ma è quasi sempre, devo dire, è un viaggio trasformativo, un viaggio che ci permette di entrare in profondo contatto con noi stessi oltre che abbracciare e approfondire la pratica.⁵⁶

Per la mia esperienza personale fare un corso di formazione ha sempre rappresentato un grande cambiamento. Il primo corso di formazione che ho fatto ha davvero cambiato la mia vita.⁵⁷

Tornando al ruolo degli insegnanti, essi trasmettono i saperi esperti necessari agli studenti per attendere con competenza alla propria esperienza incorporata del fare – e imparare ad osservare gli effetti – dello yoga. In particolare, gli insegnanti guidano i praticanti verso la “armonia interiore”, il “rispetto di sé stessi” e “ritrovare la connessione” con le proprie esigenze. Come sottolinea Francesca, per gli insegnanti il ritorno primario, più che essere di natura economica, è rappresentato da uno scambio più profondo con i propri studenti: “sotto in realtà c'è lo scambio energetico, di quello che tu stai trasmettendo e di quello che poi le persone ti rimandano”. Questa dimensione di scambio, iscritta sia nel mandato pedagogico

⁵⁶ [Come diventare Insegnante di Yoga? Guida ai Teacher Training - YouTube](#) ultimo accesso 22 marzo 2025.

⁵⁷ [Consigli per diventare Insegnanti di Yoga](#) ultimo accessi 23 marzo 2025.

dell'insegnamento che nella logica sottile dello scambio energetico evocato nell'estratto precedente, richiede uno sguardo simultaneamente concentrato sull'unità della classe e su ogni singolo studente:

[insegnare yoga] è bello ma è faticoso perché bisogna prepararsi. Ogni classe è diversa, ogni studente è diverso, se vuoi farlo in ottica di benessere delle persone che vengono da te è difficile perché bisogna avere anche quello sguardo al singolo e non alla classe generica, tipo *fitness*.

Se, infatti, nei suoi contesti di origine lo yoga veniva trasmesso oralmente attraverso una catena ininterrotta che, da maestro a discepolo, connette i fondatori di uno specifico lignaggio a tutti gli altri membri, con la sua professionalizzazione lo yoga è oggi prevalentemente insegnato collettivamente. Come sottolinea Cappellato (2022, p. 27 citato in Burgio et al., 2023, p. 24), infatti, "la professionalizzazione è un processo di legittimazione di alcuni saperi a scapito di altri, che da forma a confini e gerarchie professionali e ideali di cura divergenti". In questo senso, se le analisi proposte in questo capitolo possono offrire una base di generalizzazione anche ad altri contesti geografico-culturali al di fuori dall'Italia, rimane da chiarire che sono molte le maniere di intendere lo yoga come una professione. Qui abbiamo discusso, e in maniera parziale, come l'universo della cura del corpo e della cura dello spirito rappresentino i registri pratico-discorsivi più utilizzati dagli insegnanti di centri yoga di una grande città del nord Italia che, letti nella loro interezza, sembrano confermare la rappresentazione dominante dello yoga promossa da organizzazione come la YANI (Yoga Associazione

Nazionale Insegnanti) e l'Associazione Italiana Iyengar Yoga. In un comunicato congiunto al precedente Ministro della Salute Roberto Speranza, queste organizzazioni definivano lo yoga – nonché la sua professionalizzazione – come segue:

Questa disciplina ha come obiettivo lo sviluppo dell'individuo, della sua consapevolezza e del suo benessere. L'insegnante di Yoga non è un professionista sanitario e non svolge attività riservate alle professioni sanitarie, tuttavia, anche alla luce dell'attuale nozione estensiva di "salute" definita dall'OMS come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia", lo Yoga viene impiegato anche in ambito terapeutico come risorsa complementare e aggiuntiva, sempre e comunque su indicazione e sotto la vigilanza e la responsabilità di personale medico sanitario.⁵⁸

Gli "immaginari della salute" dello yoga (Hauser 2021), così come declinati all'interno dell'esperienza degli insegnanti, in alcune delle associazioni principali del nostro paese o ancora dall'industria dello yoga in senso più ampio, sono in larga parte coincidenti. Lo yoga emerge come una disciplina olistica, adatta a tutti e dal portato trasformativo. Inoltre, specialmente negli ultimi decenni, i corsi di formazione per diventare insegnanti di yoga sono aumentati in maniera esponenziale, insidiando, in alcuni casi, i perimetri di diverse professioni della salute dallo statuto più consolidato, un tema che meriterebbe una ricerca a sé stante.

⁵⁸ [COMUNICATO STAMPA :: Associazione Iyengar Yoga](#) ultimo accesso 21 marzo 2025.

Riflessioni conclusive

Palmieri (2003, p. 12) sottolinea che “[s]olo negli ultimi tempi si è iniziato a parlare molto di cura in ambito pedagogico e non solo all’interno di esso”, aggiungendo che “la sensazione che laddove si cura, di cura si parli poco”. Nel caso dell’insegnamento dello yoga, al contrario, la cura di sé e degli altri appare come una cifra definitoria e spesso esplicitata. Diventa quindi cruciale capire non solo se si parli di cura in un contesto specifico ma proprio come venga a costituirsi quell’insieme di dispositivi, pratiche e discorsi che contribuiscono a regolare che cosa sia la cura. In questo capitolo ho cercato di delineare alcune tra le istanze che contribuiscono a fare dell’insegnamento dello yoga una professione di cura, evidenziando anche alcuni scenari problematici e limiti di questa lettura.

Come suggerito nell’introduzione di questo capitolo, sono molti i riconoscimenti – così come è tanta la promozione – che lo yoga sta ricevendo a livello globale. Questa fama – alimentata dai dispositivi della medicalizzazione oltre che da certe forme di *soft power* ad opera del Primo Ministro indiano – è spesso confermata dall’esperienza dei praticanti nonché socialmente riprodotta all’interno di contesti di pratica che fanno del mantenimento della salute il loro obiettivo principale. Cionondimeno, la salute coltivata con la pratica è solo uno dei beni che caratterizzano l’economia pratico-discorsiva dell’industria dello yoga, a fianco, per esempio, ad una ricerca di carattere più spirituale se non addirittura professionale.

Le storie degli insegnanti discusse in questo capitolo mostrano come insegnare yoga nell’Italia di oggi rappresenti una scelta conscia, spesso in rottura con le traiettorie lavorative precedenti e dove oltre alla dimensione materiale di auto-sostentamento anche lo scambio

energetico e la condivisione della pratica sono tratti definitivi. Diventare insegnanti di yoga richiede l'acquisizione di una serie di saperi esperti che, quando trasmessi efficacemente, dovrebbero garantire ai praticanti la capacità di relazionarsi al proprio vissuto personale e ai propri processi di significazione di sé, degli altri e del mondo, in maniera più consapevole. La competenza però non basta e accanto allo studio e all'esperienza necessari per condurre una classe o ancora di più per guadagnarsi da vivere insegnando yoga, contano la determinazione, la passione e la capacità di condivisione. È qui che un vero e proprio "scambio energetico", nelle parole di un'insegnante intervistata, avviene, ed è qui che il mandato professionale dell'insegnante di yoga prende forma. Da questa lettura dell'insegnamento dello yoga come professione di cura emergono, però, anche degli elementi di ambiguità.

Le storie degli insegnanti, naturalmente ognuna con le sue specificità, rivelano traiettorie lavorative caratterizzate da incertezza, flessibilità e precarietà. Se alcuni hanno il privilegio di non dover dipendere dalle loro entrate come insegnanti, per molti altri l'insegnamento dello yoga è la fonte di reddito primaria. Per questi insegnanti, rivelano le interviste, è quindi particolarmente importante trovare delle strategie per navigare il doppio statuto dello yoga nelle loro vite, e quindi non reificare lo yoga come una mera occupazione. Rimanere consapevoli delle motivazioni che hanno portato a praticare così come del ruolo dello yoga come percorso di ricerca, sono solo alcune delle strategie che gli insegnanti adottano.

In questo senso, mi pare di poter cogliere – pur con le dovute differenze e specificità – che l'insegnamento dello yoga abbia dei tratti

in comune con altre arene professionali attive nell'industria del tempo libero, del benessere e del *fitness* così come anche di alcune professioni creative. Gli insegnanti di yoga, in maniera simile ad altre professioni come musicisti, disegnatori e attori, solo per fare alcuni esempi, trovano nella loro occupazione qualcosa di più che una fonte di reddito. Insegnare yoga, come disegnare fumetti o suonare uno strumento musicale a livello professionale, è uno stile di vita, un'aspirazione identitaria e in alcuni casi una vera e propria vocazione. L'insegnamento dello yoga, inoltre, sembra minacciare il perimetro di alcuni campi del sapere e arene professionali alle quali va via via affiancandosi se non addirittura sostituendosi come medicina alternativa e/o complementare.⁵⁹ Per capire a pieno la portata che lo yoga contemporaneo ha all'interno del nesso salute e salvezza varrebbe la pena di investigare, tra altri aspetti rilevanti, corsi universitari – in facoltà di medicina e/o infermieristica o ancora di psicologia o scienze motorie – dove l'insegnamento dello yoga viene riproposto in dialogo con la scienza biomedica e più in generale con la scienza occidentale. Se lo studio dei *curricula* universitari può rivelare molto su come cura del corpo e cura dello spirito si intersecano nella

⁵⁹ Nonostante la dimensione di cura sia una delle dimensioni che più caratterizzano l'insegnamento dello yoga e la sua progressiva professionalizzazione, molti tra gli insegnanti concordano nel sottolineare che il tipo di cura offerto durante la pratica non deve sostituirsi a cure di tipo psicologico e/o medico. Gli insegnanti, al netto nelle potenzialità terapeutiche dello yoga, sembrano concordare che in alcuni casi di conclamato disagio e per problematiche specifiche la pratica non sia una cura ma al massimo un supporto aggiuntivo da integrare nel più ampio lavoro di cura con il personale qualificato. In questa maniera, si evince come se da un punto di vista organizzativo e istituzionale, ovvero dei dispositivi di professionalizzazione dello yoga, possano emergere delle possibili aree di conflitto con i dispositivi dell'istituzione medica, è anche vero che questo processo può creare delle sovrapposizioni con il mandato di altre professioni maggiormente istituzionalizzate, come per esempio medici, psicologi o ancora fisioterapisti, un campo ancora tutto da esplorare.

costruzione pratico-discorsiva dello yoga contemporaneo, anche lo studio dei *curricula* dei corsi di formazione per diventare insegnanti di yoga può mostrare linee di continuità, rotture e sovrapposizioni tra sistemi di conoscenze differenti, dalla medicina all'anatomia, fino al sanscrito e alla storia dello yoga.

Resterebbe poi ancora da mostrare, attraverso studi etnografici e ricerche di caso, come questi discorsi vengono trasmessi – in pratica – durante la formazione e poi ancora dagli insegnanti durante le loro classi. In questo senso, salute e salvezza, anche per quanto riguarda lo yoga, sono modellate da una pluralità di dispositivi – che vanno da quelli della formazione a quelli prettamente terapeutici – che ne contribuiscono a delineare i contorni. Gli insegnanti sono quindi i principali mediatori culturali di specifiche declinazioni di questo nesso che, di volta in volta, trova la sua specifica articolazione in scuole, tradizioni e/o insegnanti diversi.

Conclusioni

Introduzione

Questo volume prende le mosse da una tesi centrale: all'interno del "rapporto dialettico" che lega "il religioso, lo spirituale e il secolare" nell'Italia contemporanea (Palmisano 2025, p. 44), la salute occupa una posizione privilegiata nel definire i confini porosi e mutevoli del sacro e nel modellare alcuni dei suoi tratti distintivi.

Secondo questa prospettiva, la salute ha assunto negli ultimi decenni uno statuto quasi religioso, in linea con le trasformazioni del campo religioso e spirituale italiano. Questo cambiamento sembra sovvertire le principali traiettorie di azione e significazione del mondo proposte dalla religione cattolica, a favore di percorsi di ricerca incentrati prevalentemente sul benessere individuale. Questa tesi iniziale trova conferma nei modi in cui gli universi pratico-discorsivi del sacro e della salute si sovrappongono, ibridano e/o scontrano all'intersezione tra il campo religioso e spirituale e quello terapeutico.

Tali dinamiche sono esemplificate attraverso i tre casi studio discussi nel volume: le cure spirituali e la *governance* della diversità religiosa in ospedale (Capitolo 2); le terapeutiche della meditazione buddhista in Italia (Capitolo 3); e l'insegnamento dello yoga come professione di cura (Capitolo 4).

Il volume in breve

Il Capitolo 2 ha messo in luce il quadro complesso e in continua evoluzione degli interventi di cura spirituale in ospedale e delle logiche di *governance* della diversità religiosa che ne regolano l'applicazione. L'analisi dei punti di vista di infermieri, pazienti e

leader religiosi evidenzia una discrepanza significativa tra il livello istituzionale e la quotidianità ospedaliera. Secondo gli infermieri, i bisogni spirituali e religiosi dei pazienti – soprattutto di quelli non cattolici – trovano risposta più attraverso la pratica quotidiana della professione, la sensibilità del personale e le esigenze individuali di ciascun paziente, piuttosto che mediante interventi di cura spirituale imposti dall'alto. Di conseguenza, emerge una concezione della cura integrata di anima e corpo, che, pur essendo spesso implicita, non è supportata da percorsi formativi adeguati. Questa lacuna nella formazione ostacola il pieno riconoscimento della cura spirituale nei contesti ospedalieri e sanitari. Tuttavia, nonostante queste difficoltà, tale approccio viene comunque integrato nella pratica professionale infermieristica e trova nella relazione tra personale sanitario e pazienti una forma concreta di applicazione.

Anche i pazienti tendono a interpretare la cura spirituale come un elemento fortemente relazionale, privilegiando la dimensione di attenzione e rispetto più che l'assistenza religiosa o la cura spirituale in senso tecnico. Per i pazienti, essere trattati come persone nella loro totalità risulta più desiderabile che essere meramente identificati dal proprio ruolo sociale proprio in quanto pazienti. Sebbene la spiritualità emerga spesso come esperienza personale e intima, anche per i pazienti che hanno preso parte alla ricerca essa si sviluppa frequentemente al di fuori delle religioni tradizionali, diventando un mezzo per dare senso alla propria esperienza di malattia. A tal proposito, per comprendere meglio queste esperienze, così come quelle di molti italiani, è opportuno richiamare la categoria sociologica di "spirituale ma non religioso" (Fuller 2001; Mercadante 2014;

Palmisano, Gilli e Lo Presti 2020). Più precisamene, questa categoria sociologica indica la presenza di approcci personalizzati al sacro che però non implicano, necessariamente, un'adesione a una religione istituzionalizzata. Di converso, come testimoniato dalle esperienze dei pazienti discusse nel capitolo 2, pratiche e credenze individuali promuoverebbero forme di ricerca di significato al di fuori del perimetro del religioso tradizionale, contribuendo ad evidenziare la permeabilità tra spiritualità in ospedale – e più nello specifico la spiritualità dei pazienti – e il più ampio campo religioso e spirituale italiano.

Dal punto di vista dei rappresentanti religiosi, esistono sfide concrete legate alla libertà di religione, soprattutto per i pazienti non cattolici e per la *governance* della diversità religiosa in ospedale. Secondo i rappresentanti religiosi, infatti, il trattamento riservato ai ministri di culto non cattolici è ineguale rispetto a quello ricevuto dai cappellani cattolici e i protocolli di cura spirituale sembrano rispondere più alle logiche istituzionali dell'organizzazione sanitaria che ai bisogni reali dei pazienti e delle loro richieste di assistenza spirituale. La principale conseguenza di questo scenario è che, nell'esperienza dei rappresentanti religiosi, il cattolicesimo – grazie, o a causa, della sua posizione privilegiata nell'ordinamento giuridico italiano – continua a influenzare le visioni di cura congiunta del corpo e dell'anima, determinando quali pratiche di cura spirituale vengano legittimate all'interno del contesto ospedaliero e quali, invece, ne vengano relegate ai margini.

Il Capitolo 3, basandosi sull'analisi delle esperienze dei praticanti buddhisti italiani, appartenenti a diversi gruppi e tradizioni, ha

proposto una lettura sociologica della pratica meditativa. La meditazione, emersa come elemento centrale in tutte le tradizioni esplorate, è il principale dispositivo che contribuisce all'attuale costruzione sociale, pratica e discorsiva del buddhismo italiano, collocandolo all'intersezione tra il campo religioso e quello terapeutico. Seguendo questa prospettiva, il capitolo ha mostrato come la meditazione si configuri come una "tecnologia terapeutica del sé", in cui i confini tra sacro e secolare, individuo e collettività, salute e salvezza tendono a sfumare. Più nello specifico, il dissolversi di confini netti tra, per esempio, salute e salvezza, riguarda tanto l'esperienza individuale degli attori sociali quanto la più ampia episteme buddhista contemporanea.

La meditazione rientra tra le molteplici "tecnologie terapeutiche" che favoriscono il benessere emotivo, la felicità e l'auto-miglioramento (Salmenniemi 2017, p. 611). Queste dinamiche animano il campo religioso e spirituale, anche in Italia, nel più ampio contesto delle "spiritualità post-cristiane" (Houtman et al., 2021). Più nello specifico, concetti come perennialismo, bricolage, immanenza, vitalità del cosmo, olistico, centralità del sé e una certa epistemologia esperienziale, tipici delle spiritualità post-cristiane, rappresentano anche chiavi interpretative attraverso cui il buddhismo italiano viene progressivamente assimilato, e nell'esperienza dei praticanti vissuto, come parte del *milieu* delle nuove spiritualità. L'attuale successo del buddhismo in un campo religioso e spirituale sempre più affollato – se non addirittura ibrido – è dovuto alla sua capacità di costruire ponti tra diversi sistemi di sapere, in particolare con la scienza moderna, la psicologia e le neuroscienze.

Il Capitolo 4, basandosi sull'analisi delle esperienze di insegnanti, insegnanti in formazione e praticanti di yoga, ha evidenziato come la pratica contemporanea sia influenzata simultaneamente da logiche pratico-discorsive provenienti dal campo della salute e da quello della salvezza. Questa intersezione ha favorito la proliferazione di forme specifiche e individualmente adattabili di auto-trasformazione. Analizzando l'insegnamento dello yoga come professione di cura, il capitolo ha discusso il rapporto tra insegnante e studente. Da questa disamina emerge che l'insegnante viene spesso considerato il detentore di un sapere esperto che se correttamente trasmesso e appreso, renderebbe autonomo il praticante nella capacità di prendersi cura di sé attraverso specifiche forme di lavoro corporeo. Tuttavia, il capitolo ha anche evidenziato che queste esperienze di cura di sé e di lavoro corporeo devono essere comprese sia come soggetto che come oggetto dei dispositivi dell'industria dello yoga chiarendo come le esperienze degli attori sociali intervistati debbano essere comprese alla luce della progressiva istituzionalizzazione dello yoga come professione di cura.

Alcune note comparative

Anche se la dimensione comparativa tra i casi studio discussi nel volume non ha avuto un ruolo centrale nel design della ricerca, è opportuno, in questa sede, riflettere su come le varie declinazioni del nesso salute e salvezza proposte in ospedale, incontrate nelle terapeutiche del buddhismo italiano o ancora veicolate attraverso gli insegnamenti dello yoga come una professione di cura, differiscano le une dalle altre nonostante alcuni denominatori comuni.

In primis, le forme di cura congiunta di anima e corpo all'interno del contesto ospedaliero, frutto soprattutto della progressiva

inclusione di interventi di cura spirituale e di una *governance* attenta alla diversità religiosa, rivelano la marcata influenza della biomedicina e il diverso statuto delle minoranze religiose rispetto alla fede di maggioranza. In questo senso, l'approccio olistico e incentrato sull'esperienza di malattia e di guarigione dei pazienti trova nella dominanza dell'approccio biomedico – così come nella sostanziale mancanza di formazione in materia di cure spirituali tra gli infermieri – un ostacolo non solamente pratico – e quindi legato alle *routine* professionali – ma anche epistemico. In maniera speculare, lo statuto garantito per legge ai rappresentanti religiosi cattolici e favorito dall'attuale organizzazione sociale delle cure – che prevede la presenza di una cappellania cattolica in molti ospedali ma non di strutture analoghe per le altre confessioni – limita di fatto la presenza in ospedale di assistenti spirituali non cattolici e contribuisce a influenzare con tinte confessionali le possibili declinazioni della cura congiunta di anima e corpo nelle corsie ospedaliere. I punti di vista degli infermieri, dei pazienti e dei leader religiosi confermano queste analisi, rivelando la pluralità di forme – così come le discrepanze, le sovrapposizioni e gli interessi comuni – che la cura congiunta di anima e corpo può assumere nel contesto ospedaliero nell'Italia di oggi.

Le terapeutiche del buddhismo Italiano, ricostruite a partire dalle storie di vita dei praticanti buddhisti, rivelano un'ulteriore declinazione del nesso salute e salvezza all'interno del campo religioso e spirituale. Socialmente e discorsivamente costruito come adogmatico, pre-religioso e costituito da un insieme di insegnamenti pragmatici volti al confronto diretto e al superamento della sofferenza (*in primis* personale), il buddhismo viene rappresentato in antitesi alla

religione cattolica di maggioranza, percepita come incapace di fornire le risorse di senso necessarie per affrontare le sfide del mondo contemporaneo. Cruciale, in questo contesto, è anche l'alleanza che il così detto "modernismo buddhista" è stato capace di intessere con la scienza, e in particolare con la psicologia e le neuroscienze, la quale ha giocato un ruolo di rilievo nel terapeutizzare il buddhismo spogliandolo di molti dei suoi tratti dottrinali, etici e/o esoterici, e nel costruire ponti epistemici tra pratica buddhista e scienza occidentale. In questo senso, il buddhismo italiano mostra la marcata influenza del così detto *milieu* olistico ed è, proprio per la sua rappresentazione sociale, ricezione e sviluppo nel contesto nazionale, più facilmente riconducibile all'alveo delle nuove spiritualità – dove la salute è una preoccupazione cardine – piuttosto che al religioso tradizionale. La cura congiunta di anima e corpo che i praticanti buddhisti ritrovano nella meditazione si rivela come una tecnologia terapeutica del sé, che, basandosi su una concezione olistica della salute, una ricerca di benessere personale e la libera scelta degli attori sociali, riproduce istanze (stereo)tipiche del campo terapeutico piuttosto che di quello religioso in senso stretto.

In altre parole, se la cura congiunta di anima e corpo trova in ospedale ostacoli di natura epistemica, organizzativa e di *governance*, nel caso delle terapeutiche del buddhismo fiorisce in seno a quel *milieu* olistico descritto come in netta rottura con il modello autoritativo delle religioni tradizionali e il loro portato trascendentale. Infatti, è proprio "[l]'indebolimento del fondamento autoritativo e la sua dislocazione dalla sfera trascendentale al Sé profondo" a determinare "il crescente successo di questa inedita relazione sociale con il dominio del sacro

che, tra le altre cose, dipende dalla capacità di queste ultime di gratificare peculiari istanze psicologiche tipiche del soggetto postmoderno” (Camorrino 2024, p. 172). Seguendo la lettura proposta, “la configurazione culturale” delle così dette nuove spiritualità così come quella del buddhismo italiano o ancora dell’insegnamento dello yoga, “potrebbe[ro] coincidere con l’emergenza di tratti narcisistici” (Camorrino 2024, p. 172) che troverebbero nella progressiva commistione tra registro terapeutico e spirituale il loro palcoscenico privilegiato.

La concezione dominante del nesso salute e salvezza che caratterizza la progressiva professionalizzazione dell’insegnamento dello yoga come professione di cura mostra diverse somiglianze con quelle della terapeutica buddhista. Così come il buddhismo, lo yoga in Italia è un esempio paradigmatico di “spiritualità del benessere” o della salute e così come il buddhismo trova nel discorso medico-terapeutico e scientifico una forte legittimazione. Nell’esperienza degli insegnanti, insegnare yoga come una professione di cura richiede il bilanciamento minuzioso tra logiche di ricerca personale e lavorative, bilanciamento non sempre trovato a causa del carattere precario, flessibile e poco regolamentato della professione. Inoltre, essendo lo yoga più vicino a uno stile di vita che ad un lavoro nel senso classico del termine, molti insegnanti – senza giudicare chi sceglie altrimenti e decide di fare dell’insegnamento dello yoga la propria professione primaria – preferiscono insegnare come secondo lavoro proprio per tutelare il carattere sacrale e trasformativo della pratica *vis-à-vis* la sua mera trasposizione in fonte di reddito. La cura congiunta di anima e corpo che lo yoga offre è, in questo quadro, la principale risorsa

prodotta dai dispositivi dell'industria dello yoga, la quale, all'intersezione tra diverse forme di sapere (anatomia, filosofia e pedagogia), genera forme di cura in cui il registro biomedico e quello olistico sono ibridati a tal punto da non poter essere compresi se non l'uno in riferimento all'altro. Contrariamente a quanto abbiamo potuto osservare in ospedale, dove le possibili declinazioni nel nesso salute e salvezza trovano degli ostacoli soprattutto sul piano epistemico e organizzativo, le pedagogie della salute (e della cura) dello yoga contemporaneo mostrano come diverse forme di sapere – spesso con presupposti epistemici divergenti tra loro – si legittimano e rafforzano vicendevolmente, garantendo forme di ricerca e di benessere individuale fino a pochi decenni fa sostanzialmente inedite in quanto fenomeno di massa. Insegnare yoga come una professione di cura, in sintesi, equivale a fornire ai praticanti gli strumenti necessari per prendersi cura di sé in maniera autonoma, adattando alle proprie esigenze il repertorio pratico-discorsivo a cui si è esposti durante la formazione.

Nonostante queste diversità, e in linea con un approccio critico allo studio sociologico del nesso salute e salvezza, lo studio del funzionamento di specifici dispositivi – siano essi religiosi, spirituali e/o terapeutici – rivela che il loro obiettivo primario è la costituzione di soggettività conformi alle proprie logiche pratico-discorsive. Ne consegue che è proprio alla luce del potere regolatorio – e produttivo – di specifici dispositivi che è necessario interpretare le esperienze degli attori sociali discusse nei capitoli precedenti.

Nota finale e spunti di ricerca

La sociologia della spiritualità ha fino ad ora, con solo alcune eccezioni, privilegiato lo studio dell'impatto della già discussa svolta

soggettivistica della cultura contemporanea, “un processo che porta a legittimare il rapporto con il sacro non più a partire dai dettami delle autorità religiose, ma dalla libertà di scelta del soggetto” (Giordan 2025, p. 23) a discapito dello studio delle dinamiche di potere, delle forme di autorità e dei dispositivi del sacro contemporaneo. Questo volume, al contrario, ha tentato di tenere insieme lo studio sociologico delle esperienze degli attori sociali coinvolti con un’analisi del più ampio contesto culturale, focalizzandosi sul potere generativo di specifici dispositivi di “sapere/potere” (Foucault 1980). Di conseguenza, questo volume si inserisce nell’alveo di quegli approcci di matrice più critica (Altglas e Wood 2018; Di Placido 2022; Wood e Altglas 2010; Steensland, Kucinskas e Sun 2022; Wood e Bunn 2009) ribadendo, come recentemente discusso da Giordan (2025, p. 23), che:

la sociologia della spiritualità dovrebbe affinare ulteriormente le proprie analisi situando puntualmente la/le spiritualità all’interno dei vari contesti socioculturali, analizzando come viene concretamente praticata, tenendo ben presente che essa non si può comprendere adeguatamente al di fuori delle dinamiche di potere che regolano ogni interazione sociale

Le diverse declinazioni del nesso salute e salvezza così come le esperienze degli attori sociali discusse nei capitoli precedenti sono, in questa prospettiva, “il frutto di un complesso processo di negoziazione tra la libertà di scelta degli individui e i vincoli posti da diverse istituzioni sociali, siano esse politiche, religiose, giuridiche, educative o mediche” (Giordan 2025, p. 24). In tal senso, se il primo contributo del volume è stato quello di mostrare la crescente importanza dell’universo pratico-discorsivo della salute all’interno

del campo religioso e spirituale italiano, il secondo contributo è quello di riportare l'attenzione della comunità sociologica ai processi di socializzazione, disciplinamento e riproduzione sociale delle spiritualità contemporanee. Anche se i casi studio del volume non rappresentano che un frammento delle possibili declinazioni del nesso salute e salvezza nell'Italia di oggi, l'approccio proposto può essere applicato anche ad altri casi studio, contesti socioculturali e fenomeni sociali.

Un esempio, nell'ottica di vagliare la generalizzabilità dei risultati dei casi studio di questo volume nonché sottoporli a una disamina comparativa, potrebbe essere quello di esplorare il nesso salute e salvezza in ospedale, all'interno delle terapeutiche del buddhismo e dell'insegnamento dello yoga in altri contesti nazionali dal campo religioso e spirituale più o meno simile a quello italiano. Il confronto con paesi cattolici come Spagna, Irlanda o Polonia, così come con paesi con una diverse fede di maggioranza e diversi dispositivi per la regolamentazione della diversità religiosa come il Regno Unito, la Russia o gli Stati Uniti, potrebbe chiarire ulteriormente come la cura congiunta del corpo e dello spirito sia ormai un fenomeno dalla portata globale, seppure con declinazioni specifiche: queste ultime, non riflettendo solamente l'agire e le rappresentazioni sociali degli attori coinvolti, rivelano anche il funzionamento e l'organizzazione sociale di specifiche istituzioni e i loro dispositivi di regolamentazione, che potrebbero essere quindi esplorati in maniera comparativa enfatizzando somiglianze e differenze tra contesti nazionali. Tali analisi, più nello specifico, potrebbero esplorare se e come la therapeuticizzazione della

meditazione buddhista o ancora la professionalizzazione dello yoga così come descritte in riferimento al contesto italiano seguono percorsi analoghi anche in altri Paesi.

Un'altra possibilità sarebbe quella di investigare il ruolo della religione di maggioranza nel determinare le forme legittime di cura spirituale nei contesti ospedalieri di diversi paesi e, di converso, chiarire qual è lo spazio – sociale, materiale e simbolico – riservato alle fedi così dette minoritarie, oppure esplorare se e come i punti di vista degli infermieri, dei pazienti e dei rappresentanti religiosi assumano forme simili in contesti nazionali differenti. Le implicazioni di tale studio sarebbero, oltre che di interesse disciplinare per i sociologi e le sociologhe della religione e della salute, anche di grande interesse per la professione medico-infermieristica e per il *management* ospedaliero.

Ancora, una ricerca comparativa potrebbe chiarire se e come le logiche olistiche proprie delle cure spirituali, della meditazione buddhista e dell'insegnamento dello yoga siano le medesime in diversi contesti socioculturali o se, di converso, assumano forme altamente glocalizzate che riflettono le specificità del contesto nazionale, le sfide e le opportunità offerte da diversi contesti di pratica.

In conclusione, segnalo come particolarmente fertile la possibilità di applicare l'approccio critico proposto in questo volume a un fenomeno sociale in grande ascesa, la "conspirituality", "un ibrido tra teoria del complotto e spiritualità alternativa" (Ward e Voas 2011, p. 103). Questo fenomeno, soprattutto a partire dalla recente pandemia da COVID-19, ha colonizzato molti spazi sociali, specialmente nel mondo digitale (Langguth et al., 2023).

Con questo termine ci si riferisce a tutta quella galassia di esperienze, attori e network sociali, in alcuni casi fortemente influenzati “dall’iper-visibilità degli influencer populistici di estrema destra e dalla predominanza delle visioni cospirazioniste classiche” (Griera et al., 2022, p. 193), che ibridano “messaggi spirituali, visioni alternative sulla salute e la guarigione, punti di vista anti-vax e teorie cospirative in modi e gradi diversi” (ibidem).⁶⁰ Come evidenziano Ward e Voas (2011, p. 111), la “conspirituality” è ormai parte di un mercato spirituale, in cui le persone scelgono i prodotti che meglio si adattano alle loro convinzioni e preferenze. In questo contesto, la “conspirituality” si basa su alcuni tratti distintivi: diffidenza verso le istituzioni tradizionali, pluralizzazione delle visioni del mondo e libera scelta degli attori sociali, aspetti che caratterizzano anche il panorama religioso e spirituale contemporaneo.

Ad ogni modo, “c’è un ampio divario” tra questi due fenomeni: “il primo è a prevalenza maschile, spesso conservatore, generalmente pessimista e tipicamente interessato all’attualità” mentre il secondo “è prevalentemente femminile, liberale, consapevolmente ottimista e in gran parte incentrato sul sé e sulle relazioni personali” (Ward e Voas 2011, p. 104). Se la “conspirituality” è davvero un fenomeno sociale capace di fare sintesi tra due realtà in apparenza così distinte come le teorie della cospirazione e il *milieu* olistico ciò si deve, almeno in parte, alla progressiva preoccupazione per la propria salute – da proteggere e tutelare dall’ingerenza dei poteri forti – così come alla colonizzazione della salute del campo religioso e spirituale più ampio. In questo senso, considerare il fenomeno della “conspirituality” come

⁶⁰ Per alcuni approfondimenti delle sovrapposizioni tra *milieu* olistico e cospirazionista si vedano anche Walker, Remski e Beres (2023) e Gerrand (2025).

un'ulteriore declinazione del nesso salute e salvezze potrebbe rivelarsi utile per capire quali siano i dispositivi, i discorsi e le pratiche, che, all'interno di questa galassia multipla e polimorfa, determinino maggiormente specifiche visioni di salute e di sacro all'intersezione tra teorie della cospirazione e spiritualità contemporanee.

Bibliografia

- Acquaviva, S.S. (1971). *L'eclissi del sacro nella civiltà industriale: dissacrazione e secolarizzazione nella società industriale e postindustriale*. Milano: Comunità.
- Aime, M. (2002). Introduzione. In M. Mauss, *Saggio sul dono: Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche* (a cura di M. Aime, pp. vii–xxviii). Torino: Einaudi.
- Alper, B. A., Rotolo, M., Tevington, P., Nortey, J., & Kallo, A. (2023). Who are 'Spiritual but Not Religious' Americans? *Pew Research Center*, December 7. <https://www.pewresearch.org/religion/2023/12/07/who-are-spiritual-but-not-religious-americans/>
- Altglas, V. (2014). *From yoga to Kabbalah: Religious exoticism and the logics of bricolage*. Oxford: Oxford University Press.
- Altglas, V., & Wood, M. (2018). *Bringing back the social into the sociology of religion*. Leiden: Brill.
- Alter, J.S. (2022). The ethics of yoga and the spirit of godmen: Neoliberalism, competition, and capitalism in India. *Social Analysis*, 66(1), 48–68.
- Althouse, P. (2023). Inner healing, embodied emotions, and the therapeutic culture of Christian healing ministries: SPS Presidential Address 2023. *Pneuma*, 45(2), 177–199.
- Baccetto, L. (2023). Spiritualizing psychiatry: Transpersonal psychology, DSM, and Brazilian research about spirituality. *Social Compass*, 70(4), 481–497.
- Balboni, M. J., & Peteet, J. R. (2017). *Spirituality and religion within the culture of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Barazzetti, D. (2006). Doppia presenza e lavoro di cura. Interrogativi su alcune categorie interpretative. *Quaderni di sociologia*, 40, 85–96.

-
- Baumann, M. (2019). Buddhism in Europe: History, current state of affairs, and adaptations to European large-scale social trends. In T. N. Tu (Ed.), *Buddhism around the world* (pp. 163–178). Hanoi: Religion Publisher.
- Baumann, M. (2023). Discovering and appropriating the Buddha: Scholarly studies of the so-called southern Buddhism in nineteenth-century Europe. In S. K. Licha & H.-M. Krämer (Eds.), *Learning from the West, learning from the East* (pp. 284–308). Leiden: Brill.
- Berghuijs, J. (2017). Multiple religious belonging in the Netherlands: An empirical approach to hybrid religiosity. *Open Theology*, 3(1), 19–37.
- Bertolo, C. (2013). *Soggettività e yoga*. Padova: Unipress.
- Bertolo, C., & Giordan, G. (2016). *Spiritualità incorporate: Le pratiche dello yoga*. Milano: Mimesis.
- Berzano, L. (2004). Salute del corpo e dello spirito nella New Age. *Religioni e Società*, 48, 24–28.
- Berzano, L. (2023). *Senza più la domenica: Viaggio nella spiritualità secolarizzata*. Torino: Effatà Editrice.
- Berzano, L., Castegnaro, A., & Pace, E. (2014). *Religiosità popolare nella società post-secolare: Nuovi approcci teorici e nuovi campi di ricerca*. Padova: Edizione Messaggero Padova.
- Bianchi, M. A. (2015). Incontrando Buddha ci si incontra: La conversione allo dzogchen in due reti associative in Francia e in Italia. *Etnografia e ricerca qualitativa*, 8(1), 133–154.
- Bielli, T. (2023). Exploring individualisation processes in Western Buddhism: A multi-thematic analysis of interviews with English and Italian practitioners. *Interdisciplinary Journal for Religion and Transformation in Contemporary Society*, 9(1), 146–18.

-
- Bormolini, G., Ghinassi, A., & Milanese, S. (2024). *La cura spirituale: Meditazione e cura integrale nella malattia e nella preparazione alla morte*. Roma: Edizioni la Parola.
- Božek, A., Nowak, P. F., & Blukacz, M. (2020). The relationship between spirituality, health-related behavior, and psychological well-being. *Frontiers in Psychology*, 11, 1997. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01997>
- Bramadat, P. (2019). A bridge too far: Yoga, spirituality and contested space in the Pacific Northwest. *Religion, State and Society*, 47(4), 491–507.
- Brosnan, C., Vuolanto, P., & Brodin Danell, J. A. (2018). *Complementary and alternative medicine: Knowledge production and social transformation*. London: Palgrave Macmillan.
- Brown, S. S. J. (2024). Spirituality: A significant factor in yoga access for people with marginalised identities? *Annual Review of the Sociology of Religion*, 14, 100–123.
- Bryk, A., Roberts, G., Hudson, P., Harms, L., & Gerdtz, M. (2024). The concept of holism applied in recent palliative care practice: A scoping review. *Palliative Medicine*, 37(1), 26–39.
- Burchardt, M. (2020). Salvation as cultural distinction: Religion and neoliberalism in urban Africa. *Cultural Sociology*, 14(2), 160–179.
- Burgio, G., Cannito, M., Ferrero Camoletto, R., & Ottaviano, C. (2023). *Maschilità e lavori di cura: Esperienze e pratiche tra sex worker, educatori e infermieri*. Pisa: ETS.
- Burrai, F., Micheluzzi, V., & Apuzzo, L. (2020). Humanization of Care: Innovation and Health Care Model. *Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi*, 32(1), 47–52.

-
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 2, 167–182.
- Cabezón, J. I. (2003). Buddhism and science: On the nature of the dialogue. In B. A. Wallace (Ed.), *Buddhism and Science: Breaking new ground* (pp. 35–68). New York: Columbia University Press.
- Cadge, W. (2012). *Paging God: Religion in the halls of medicine*. Chicago: University of Chicago Press.
- Callewaert, S. (2017). Foucault's concept of dispositif. *Praktische Grunde*, 1(2), 29–52.
- Camassa, G. (2016). Salute e salvezza alla fine dei tempi. *Studi Classici e Orientali*, LXII, 87–109.
- Camorrino, A. (2024). *Da Dio all'Io: Riflessioni sul sacro. Un saggio di sociologia della religione*. Milano: Mondadori.
- Cappellato, V. (2022). *Ripensare la non autosufficienza: Logiche di cura a confronto*. Roma: Carocci.
- Cassaniti, J. (2015). *Living Buddhism: Mind, self, and emotion in a Thai community*. Cornell: Cornell University Press.
- Cardano, M. (2008). Disuguaglianze sociali di salute: Differenze biografiche incise nei corpi. *Polis*, 22(1), 119–148.
- Cardano, M. (2015). Corpi e storie: Traiettorie di un confronto interdisciplinare. *Salute e società*, 14(3), 34–43.
- Cardano, M. (2016). Bodies and tales: Grounds for an interdisciplinary exchange between medical and social sciences. *European Quarterly on Political Attitudes and Mentalities*, 5(4), 60–66.
- CESNUR. (2023). Dimensioni del pluralismo religioso in Italia. In M. Introvigne & P. Zoccatelli (Eds.), *Le religioni in Italia*. Recuperato da <https://cesnur.com/dimensioni-del-pluralismo-religioso-in-italia>

-
- Chen, C. (2022). *Work pray code: When work becomes religion in Silicon Valley*. Princeton: Princeton University Press.
- Cipolla, C., & Maturo, A. (2008). Il modello ESA: Una lettura socio-psicobiologica della malattia. *Salute e Società*, 3, 219–225.
- Clarke, M. (2024). Yoga and the gig economy: Pandemic, precarity and yoga teacher labour. *Religions of South Asia*, 18(1–2), 190–214.
- Cobussen, M. (2017). *Thresholds: Rethinking spirituality through music*. London: Routledge.
- Collicutt, J. (2022). Religion, brains and persons: The contributions of neurology patients and clinicians to understand human faith. *Zygon*, 57(3), 616–634.
- Costi, E., Finotto, S., & Gradellini, C. (2018). The linguistic and cultural validation of a tool to evaluate the cultural competence in nurses. *Professioni Infermieristiche*, 71(2), 89–94.
- Csordas, T. J. (1994). *The sacred self: A cultural phenomenology of charismatic healing*. Berkeley: University of California Press.
- Crespi, I., & Ricucci, R. (2021). Giovani, religione e pluralismo culturale: Percorsi identitari e socializzazione. *Culture e Studi del Sociale*, 6, 3–12.
- Crisp, B. R. (2010). *Spirituality and social work*. Surrey: Ashgate.
- Culliford, L. (2002). Spiritual care and psychiatric treatment: An introduction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 249–258.
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: A public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3-5.
- De Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing Outlook*, 70(1), 64–77.

-
- De Silva, P. (2014). *An introduction to Buddhist psychology and counselling: Pathways of mindfulness based therapies*. New York Palgrave Macmillian.
- Dei, F. (2004). Salute e salvezza: Spunti per una discussione. *Religioni e Società*, 48, 9–23.
- Dei, F. (2014). Il sacro domestico: Religione invisibile e cultura materiale. *Lares*, 80(3), 523–540.
- Dericquebourg, R. (2004). Le cure spirituali: Terapie sociologiche? *Quaderni di Sociologia*, 35, 119–129.
- Dessì, U. (2024). Italian Zen and the ways of globalization. In L. Obadia & E. Pace (Eds.), *Annual Review of the Sociology of Religion. Volume 14 (2023)* (pp. 50–40). Leiden: Brill.
- De Michelis, E. (2004). *A history of modern yoga: Patanjali and western esotericism*. London: Continuum.
- Diotallevi, L. (2017). *Fine corsa: La crisi del Cristianesimo come religione confessionale*. Bologna: Edizioni Dehoniane.
- Diotallevi, L. (2024). *La messa è sbiadita: La partecipazione ai riti religiosi in Italia dal 1993 al 2019*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino Editore.
- Divino, F. (2021). *Meditazione e Terapia: Dalle origini della pratica meditativa buddhista, all'indagine in etnopsichiatria sulle sue applicazioni cliniche*. Padova: Edizioni Diodati.
- Divino, F. (2023). Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 23(54), 271–298.
- Di Placido, M. (2022). The satsang dispositif: Mooji's teachings, power, authority, and self-transformation. *Journal of Contemporary Religion*, 37(3), 457–474.

-
- Di Placido, M. (2024). The yoga field: A Bourdieusian account of yoga's contested status, malleable character and hybrid nature. In L. Obadia & E. Pace (Eds.), *Annual Review of the Sociology of Religion. Volume 14* (2023) (pp. 41–58). Leiden: Brill.
- Di Placido, M., & Palmisano, S. (2023a). L'assistenza spirituale nella cura: Applicazioni e limiti. *Studi di Sociologia*, 83–96.
- Di Placido, M., & Palmisano, S. (2023b). A preliminary genealogy of yoga in Italy: Between religion and contemporary spirituality. *Religions*, 14(6), 800. <https://doi.org/10.3390/rel14060800>
- Di Placido, M., & Palmisano, S. (2025). Salute e salvezza: Genealogia della spiritualità nelle pratiche di cura. *Salute e Società*, 1, 132–144.
- Di Placido, M., Palmisano, S., & Timmins, F. (2023). Institutional, nurses' and patients' spiritual imaginaries compared: Sociological notes from the field. *Fieldwork in Religion*, 18(2), 158–183.
- Di Placido, M., Strhan, A., & Palmisano, S. (2022). Modern postural yoga and the health-spirituality-neoliberalism nexus. *Fieldwork in Religion*, 18(1), 1–19.
- Ditrich, T. (2016). Buddhism between Asia and Europe: The concept of mindfulness through a historical lens. *Asian Studies*, 4(1), 197–213.
- Dubuisson, D. (2003). *The Western construction of religion: Myths, knowledge, and ideology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Egnew, T. R. (2018). A narrative approach to healing chronic illness. *The Annals of Family Medicine*, 16(2), 160–165.
- Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25(6), 700–720.
- Esposito, M., & Meglio, L. (2024). Introduzione. *Salute e Società*, 1, 5–7.

-
- Falà, M. A. (2016). *Un altrove possibile: Viaggio tra vissuti e immaginari del Dharma in Italia*. Napoli: Guida.
- Faravelli, S. (2023). *Statistiche yoga 2025: Tutti i dati sulla disciplina più in voga del momento*. [Statistiche Yoga 2025: Tutti I Numeri Sulla Disciplina - MyBeautik](#), ultimo accesso 28 maggio, 2025).
- Ferrell, B. R., Handzo, G., Picchi, T., Puchalski, C., & Rosa, W. E. (2020). The urgency of spiritual care: COVID-19 and the critical need for whole-person palliation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 7–11.
- Filoramo, G. (1999). *Millenarismo e new age*. Bari: Dedalo.
- Filoramo, G. (2020). La gnosi come via di redenzione. *Humanitas: Rivista bimestrale di cultura*, LXXV(6), 921–933.
- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica: Una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and punish*. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality. Volume I: An introduction*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Edited by Colin Gordon. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (2019). *Le confessioni della carne: Storia della sessualità 4*. Milano: Feltrinelli.
- Foucault, M. (2023). *La sessualità: Corso all'Università di Clermont-Ferrand (1964) e il discorso sulla sessualità, Corso all'Università di Vincennes (1969)*. Milano: Feltrinelli.
- Frank, A. W. (2013). From sick role to practices of health and illness. *Medical Education*, 47(1), 18–25.
- Frayse, M., Garcia, M.-C., Bataille, P., & Lefevre, B. (2025). Yoga practice through the prism of the quest for excitement: Emotional renewal and

-
- transcending the physical realities of the body. *International Review for the Sociology of Sport*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/10126902251321723>
- Friedlander, P. (2010). The Body and the World in Buddhism. In E. Burns, & K. Coleman White (Eds.), *Medicine, Religion, and the Body* (pp. 51-67). Leiden: Brill.
- Fries, C. J. (2008). Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review*, 17(4), 353–367.
- Gale, N. (2014). The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805–822.
- Gallino, L. (1992). *L'incerta alleanza: Modelli di relazioni tra scienze umane e scienze naturali*. Torino: Einaudi.
- Garelli, F. (2020). *Gente di poca fede: Il sentimento religioso nell'Italia incerta di Dio*. Bologna: il Mulino.
- Garrett, C. (2002). Spirituality and healing in the sociology of chronic illness. *Health Sociology Review*, 11(1–2), 61–69.
- Gerrand, V. (2025). Mapping conspiritual radicalization: The intersection of conspiracy movements, spirituality and radicalization. In M. Grossman & H. A. Hellyer (Eds.), *Rethinking Religion and Radicalization: Terrorism and Violence Twenty Years After 9/11* (pp. 271–288). London: Bloomsbury Academic.
- Gilliat-Ray, S. (2005). From 'chapel' to 'prayer room': The production, use, and politics of sacred space in public institutions. *Culture and Religion*, 6(2), 287–308.
- Gimlin, D. (2007). What is 'body work'? A review of the literature. *Sociology Compass*, 1, 353–370.

-
- Giordan, G. (2009). The body between religion and spirituality. *Social Compass*, 56(2), 226–236.
- Giordan, G. (2018). La spiritualità come sfida alle religioni: Credere e far credere nell'Europa plurale. *Annali di Scienze Religiose*, 11, 61–65.
- Giordan, G. (2025). Spiritualità al plurale: Il rapporto con il sacro nell'epoca della libertà di/dalla religione. In G. Giordan, S. Palmisano, & F. Piraino (Eds.), *Dalla spiritualità alle spiritualità: Vent'anni di studi sociologici in Italia (2005–2025)* (pp. 23–33). Roma: Carocci.
- Giordan, G., Palmisano, S., & Piraino, F. (2025). *Dalla spiritualità alle spiritualità: Vent'anni di studi sociologici in Italia (2005–2025)*. Roma: Carocci.
- Giordan, G., & Sbalchiero, S. (2020). *La spiritualità in parole: Autonomia degli stili*. Milano: Mimesis.
- Giordan, G., Palmisano, S., Zoccatelli, P. L., Breskaya, O., & Sbalchiero, S. (2025). Multiple Buddhism in a Catholic country: Measuring religious belonging and practice across traditions in Italy. *Social Compass*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00377686251319914>
- Giordan, G., Palmisano, S., & Zoccatelli, P. L. (2025). *Buddhismi multipli: Identità, credenze e pratiche del buddhismo italiano*. Milano: Mondadori.
- Giorgi, A., Giorda, M. C., & Palmisano, S. (2022). The puzzle of Italian religious freedoms: Local experiments and complex interactions. *Religions*, 13(7), 1–14.
- Giorgi, A., & Palmisano, S. (2024). *Donne e religioni in Italia: Itinerari di ricerca*. Bologna: il Mulino.
- Godbout, J. T. (1993). *Lo spirito del dono*. Torino: Bollati Boringhieri.

-
- Grant, J. B., & Reed, S. M. (2024). Existential advocacy in nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum*, 1. <https://doi.org/10.1155/2024/8475749>
- Griera, M., Morales i Gras, J., Clot-Garrell, A., & Cazarín, R. (2022). Conspirituality in COVID-19 times: A mixed-method study of anti-vaccine movements in Spain. *Journal for the Academic Study of Religion*, 35(2), 192–217.
- Griera, M., Irrazábal, G., Martínez-Cuadros, R., & Olmos Alvarez, A. L. (2025). ‘Scientifying’ spirituality or spiritualising biomedicine? Exploring the interplay in healthcare practices in Argentina and Spain. *Journal of Beliefs & Values*, 1–23.
- Guglielmi, M., Di Placido, M., & Castagnetto, M. (2025). Studiare il buddhismo: Prospettive di ricerca. In G. Giordan, S. Palmisano, & P. Zoccatelli (Eds.), *Buddhismi multipli: Identità, credenze e pratiche del buddhismo italiano* (pp. 1–23). Milano: Mondadori.
- Guglielmi, M. (2025). Per una mappatura del buddhismo non UBI. In G. Giordan, S. Palmisano, & P. Zoccatelli (Eds.), *Buddhismi multipli: Identità, credenze e pratiche del buddhismo italiano* (pp. 181–204). Milano: Mondadori.
- Gusman, A. (2018). Mourir chez soi: Le cas de la médicalisation du domicile en Italie. *Ethnologie Française*, 171, 503–514.
- Hajdarevic, S., Norberg, A., Lundman, B., & Hörnsten, Å. (2025). Becoming whole again—Caring for the self in chronic illness: A narrative review of qualitative empirical studies. *Journal of Clinical Nursing*, 34(3), 754–771.
- Harding, J., Hori, S. G., & Soucy, A. (2020). *Buddhism in the global eye: Beyond East and West*. London: Bloomsbury Academic.

-
- Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., & Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomedica for Health Professions, 90*(4), 44–55.
- Hauser, B. (2021). The health imaginary of postural yoga. *Anthropology & Medicine, 28*(3), 297–319.
- Heelas, P. (1996). *The New Age movement: The celebration of the self and the sacralization of modernity*. Oxford: Blackwell.
- Heelas, P., & Woodhead, L. (2005). *The spiritual revolution: Why religion is giving way to spirituality*. Malden, MA: Blackwell.
- Hodge, D. R. (2005). Spiritual life maps: A client-centered pictorial instrument for spiritual assessment, planning, and intervention. *Social Work, 50*(7), 77–87.
- Hodge, D. R. (2013). Implicit spiritual assessment: An alternative approach for assessing client spirituality. *Social Work, 58*(3), 223–230.
- Hoenders, R., Ghelman, R., Portella, C., Simmons, S., Locke, A., & Cramer, H. (2024). A review of the WHO strategy on traditional, complementary, and integrative medicine from the perspective of academic consortia for integrative medicine and health. *Frontiers in Medicine: Family Medicine and Primary Care, 11*, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1395698>
- Horii, M. (2019). Historicizing the category of “religion” in sociological theories: Max Weber and Emile Durkheim. *Critical Research on Religion, 7*, 24–37.
- Houtman, D., Tromp, P., Ai, A. L., Harris, K. A., & Wink, P. (2021). Post-Christian spirituality: Misconceptions, obstacles, prospects. In A. L. Ai, P. Wink, R. F. Paloutzian, & K. A. Harris (Eds.), *Assessing spirituality*

-
- and religion in a diversified world: Beyond the mainstream perspective* (pp. 35–57). New York: Springer New York.
- Husgafvel, V. (2021). Meditation in contemporary contexts: Current discussions. In S. Newcombe & K. O'Brien-Kop (Eds.), *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies* (pp. 22–36). London: Routledge.
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul: Therapy, emotions, and the culture of self-help*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Introvigne, M. (2015). Buddhismo. In *Enciclopedia Treccani*. Recuperato il 17 marzo 2025 da Treccani.
- Introvigne, M., & Zoccatelli, P. L. (2024). Introduzione al Buddhismo. In M. Introvigne & P. L. Zoccatelli (Eds.), *Le Religioni in Italia*. Torino: CESNUR. Recuperato il 18 marzo 2025 da CESNUR.
- Jain, A. (2020). *Peace love yoga: The politics of global spirituality*. New York: Oxford University Press.
- Jowsey, T. (2016). Time and chronic illness: A narrative review. *Quality of Life Research*, 25, 1093–1102.
- Keshet, Y., & Simchai, D. (2014). The 'gender puzzle' of alternative medicine and holistic spirituality: A literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 77–86.
- King, H. (2020). 'Treating the patient, not just the disease': Reading ancient medicine in modern holistic medicine. In C. Thuminger (Ed.), *Holism in ancient medicine and its reception* (pp. 400–424). Leiden, The Netherlands: Brill.
- Langguth, J., Filkuková, P., Brenner, Schroeder, D.T., & Pogorelov, K. (2023). COVID-19 and 5G conspiracy theories: Long term observation

-
- of a digital wildfire. *International Journal of Data Science Analytics*, 15, 329–346
- Lartey, E. Y., & Moon, H. (2020). *Postcolonial images of spiritual care: Challenges of care in a neoliberal age*. Eugene, OR: Pickwick Publications.
- Levin, J. (2020). *Religion and medicine: A history of the encounter between humanity's two greatest institutions*. Oxford: Oxford University Press.
- Levin, J. (2022). New age healing: Origins, definitions, and implications for religion and medicine. *Religions*, 13. <https://doi.org/10.3390/rel13090777>
- Lombardi, D., & Gusman, A. (2025). Healing and the spiritual dimension in hospital patient care in Italy. *Religions*, 16, 524. <https://doi.org/10.3390/rel16040524>
- Lombi, L. (2024). *La cura spirituale: Sfide e prospettive per una medicina centrata sulla persona*. Milano: Vita e Pensiero.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H., Pegado, E., & Rodrigues, C. (2014). Medications, youth therapeutic cultures and performance consumptions: A sociological approach. *Health*, 19(4), 430–448.
- Lu, Y., & Joosse, P. (2024). Underneath the peace: Shaolin monks' views on the relationship between Buddhism and science. *Religion*, 55(1), 222–242.
- Lucchetti, G., Peres, M., & Damian, R. (2019). *Spirituality, religiousness, and health*. Cham: Springer.
- Lucia, A. (2020). *White utopias: The religious exoticism of transformational festivals*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Lüddeckens, D., Hetmanczyk, P., & Stein, J. (2021). *Routledge handbook of religion and medicine*. London: Routledge.
- Madsen, O. J. (2014). *The therapeutic turn*. London: Routledge.

-
- Mallinson, J., & Singleton, M. (2017). *Roots of yoga*. London: Penguin Books.
- Mangiarotti, E. (2022). *The body of yoga: Women in the representation and the practice of contemporary yoga* (PhD dissertation). University of Genoa, Genoa.
- Mangiarotti, E. (2023). The politics of tending to the body: Women doing yoga in Genoa (Italy). *European Journal of Women's Studies*, 30(1), 22–36.
- Mantini, A., Ricciotti, M. A., Meloni, E., Tummolo, A. M., Dispenza, S., & Barillaro, C. (2022). Existential dimension and spiritual assistance in the “A. Gemelli” University Hospital in Rome: A cross-disciplinary and sacramental enhanced dynamical approach in palliative care. *Religions*, 13, 53. <https://doi.org/10.3390/rel13010053>
- Marchesi, G. (2001). Le istituzioni sanitarie cattoliche in Italia. *La Civiltà Cattolica*, 152(3618), 604–613.
- Maturo, A. (2009). I mutevoli confini della medicalizzazione: Prospettive e dilemmi del miglioramento umano. *Salute e società*, 2, 1000–1019.
- Maturo, A. (2024). *Il primo libro di sociologia della salute*. Torino: Einaudi.
- Mavelli, L. (2020). Neoliberalism as religion: Sacralization of the market and post-truth politics. *International Political Sociology*, 14(1), 57–76.
- McCutcheon, R. T. (1997). *Manufacturing religion: The discourse on sui generis religion and the politics of nostalgia*. New York: Oxford University Press.
- McCutcheon, R. T. (2015). The category “religion” in recent publications: Twenty years later. *Numen*, 62, 119–141.
- McGuire, M. (1993). Health and spirituality as contemporary concerns. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 527(1), 144–154.

-
- McGuire, M. (1997). *Religion: The social context*. Belmont: Wadsworth Publishing Company.
- McGuire, M. (2008). *Lived religion: Faith and practice in everyday life*. Oxford: Oxford University Press.
- McMahan, D. L. (2009). *The making of Buddhist modernism*. Oxford: Oxford University Press.
- McSherry, W., Boughey, A., & Attard, J. (2021). *Enhancing nurses' and midwives' competence in providing spiritual care through innovative education and compassionate care*. Cham: Springer.
- McSherry, W., Ross, L., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A., & the EPICC Network. (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some development in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 55–71.
- Meintel, D. (2025). Un savoir et un savoir-faire: Les intervenants en soins spirituels. *Revue interdisciplinaire d'études religieuses*, 32(2), 1–16.
- Mettifogo, M., Burrari, F., Dorigo, V., & Zampieri, C. (2018). Strategie ed efficacia della medicina narrativa nei pazienti nefrologici: Una revisione della letteratura. Parte 2. *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*, 30(1), 50–54.
- Miller, C. (2024). *Embodying transnational yoga: Eating, singing, and breathing in transformation*. London: Routledge.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press.
- Morgan, G., Wood, J., & Nelligan, P. (2013). Beyond the vocational fragments: Creative work, precarious labour and the idea of

-
- 'flexploitation'. *The Economic and Labour Relations Review*, 24(3), 397–415. <https://doi.org/10.1177/1035304613500601>
- Mori, L., & Squarcini, F. (2019). *Nel nome dello yoga: Filosofia, disciplina, stile di vita*. Milano: Solferino.
- Mossière, G. (2022). Introduction: Spirituality, well-being and the neoliberal canopy. In G. Mossière (Ed.), *New spiritualities and the cultures of well-being* (pp. 1–14). Cham: Springer.
- Mossière, G. (2023). Introduction to theme issue from spirituality to spiritualities. *Anthropologica*, 65(1), 1–14.
- Neathery, M., Taylor, E. J., & He, K. (2020). Perceived barriers to providing spiritual care among psychiatric mental health nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, 572–579.
- Nehring, D., & Röcke, A. (2023). Self-optimisation: Conceptual, discursive and historical perspectives. *Current Sociology*. <https://doi.org/10.1177/00113921221146575>
- Newcombe, S. (2019). *Yoga in Britain: Stretching spirituality and educating yogis*. Sheffield: Equinox.
- Newcombe, S. (2021). Yoga and meditation as a health intervention. In S. Newcombe & K. O'Brien-Kop (Eds.), *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies* (pp. 156–168). Abingdon: Routledge.
- Newcombe, S., & Ciołkosz, M. (2017). Guest editorial. *Religions of South Asia*, 11(2–3), 117–122.
- Newcombe, S., & O'Brien-Kop, K. (2021). *Routledge Handbook of Yoga and Meditation Studies*. Abingdon: Routledge.
- Nicoli, B., Sbalchiero, S., & Vaidyanathan, B. (2025). Beyond disenchantment: How science awakens spiritual yearning. *Religions*, 16, 458. <https://doi.org/10.3390/rel16040458>

-
- Nita, M. (2019). "Spirituality" in health studies: Competing spiritualities and the elevated status of mindfulness. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1605–1618.
- Obadia, L. (2009). *Il Buddismo in occidente*. Bologna: Il Mulino.
- Obadia, L. (2024). Sociological approaches to yoga and asceticism: An introduction. In *Annual Review of the Sociology of Religion. Volume 14 (2023)* (pp. 1–14). Leiden: Brill.
- Pace, E. (2021). *Diversità e pluralismo religioso*. Villa Verucchio: Pazzini Editore.
- Palmieri, C. (2003). *La cura educativa: Riflessioni ed esperienze tra le pieghe dell'educare*. Milano: FrancoAngeli. (Original work published 2001)
- Palmisano, S. (2025). Spiritualità contemporanea in Italia, secondo atto: Tra nuove e vecchie lenti interpretative. In G. Giordan, S. Palmisano, & F. Piraino (Eds.), *Dalla spiritualità alle spiritualità: Vent'anni di studi sociologici in Italia (2005–2025)* (pp. 35–45). Roma: Carocci.
- Palmisano, S., & Pannofino, N. (2020). *Contemporary spiritualities: Enchanted worlds of nature, wellbeing and mystery in Italy*. London: Routledge.
- Palmisano, S., & Pannofino, N. (2021). *Religione sotto spirito: In viaggio nelle nuove spiritualità*. Milano: Mondadori.
- Palmisano, S., & Pannofino, N. (2023a). The (Un)Expected gift: Implicated religion in the kidney transplant experience. *Implicit Religion*, 25(1–2), 175–191.
- Palmisano, S., & Pannofino, N. (2023b). *Damanhur: An esoteric community open to the world*. Cham, Switzerland: Palgrave MacMillan.
- Papadopoulos, P., Lazzarino, R., Wright, S., Logan, P. E., & Koulouglioti, C. (2021). Spiritual support during COVID-19 in England: A scoping study of online sources. *Journal of Religion and Health*, 60, 2209–2230.

-
- Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257–278.
- Pavolini, E., & Quaglia, V. (2024). Professioni sanitarie, sistemi sanitari e religione: Un nesso complesso. *Social Policies*, 12(2), 267–286.
- Payne, R. K. (2021). *Secularizing Buddhism: New perspectives on a dynamic tradition*. Boulder, CO: Shambala.
- Pesut, B., Fowler, M., Taylor, E. J., Reimer-Kirkham, S., & Sawatzky, R. (2008). Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2803–2810.
- Pew Research Center. (2018). Being Christian in Western Europe. *Pew Research Center*.
- Poggio, B. (2007). Così lontane, così vicine: Ricomporre il legame tra pratica narrativa e pratica medica. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 1(2007), 141–148.
- Prebish, C., & Baumann, M. (2002). Westward Dharma: Buddhism beyond Asia. In *University of California Press* (pp. 485–504). Berkeley, CA: University of California Press.
- Proserpio, T., Piccinelli, C., Arice, C., Petrini, M., Mozzanica, M., Veneroni, L., & Clerici, C. A. (2014). Il supporto ai bisogni spirituali nella cura ospedaliera: Prospettive di integrazione nell'ospedale moderno. *Recenti Progressi in Medicina*, 105(7), 281.
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional spiritual care education curriculum: A milestone toward the provision of spiritual care. *Journal of Palliative Medicine*, 23(6), 777–784.
- Purser, R. (2019). *McMindfulness: How mindfulness became the new capitalist spirituality*.

-
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., et al. (2020). Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *Journal of Pain Symptom Management, 60*, 754–764.
- Raja, M., Cramer, H., Lee, M. S., Wieland, L. S., & Ng, J. Y. (2024). Addressing the challenges of traditional, complementary, and integrative medicine research: An international perspective and proposed strategies moving forward. *Perspectives on Integrative Medicine, 3*(2), 86–97.
- Righetti, N. (2014). The sacred in current social sciences research. *Italian Sociological Review, 4*(1), 133–163.
- Rimke, H. M. (2000). Governing citizens through self-help literature. *Cultural Studies, 14*(1), 61–78.
- Rivadossi, S. (2024). Donne e buddhismi in Italia: Il contributo delle praticanti nella storia di UBI e IBISG. In *Donne e religioni in Italia* (pp. 189–211). Bologna: Il Mulino.
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, J. R. (2025). From isolation to social (and psychedelic) integration: A sociology of collective effervescence and therapeutic community in psychedelic-assisted therapy. *Sociology of Health & Illness, 47*(1), e13872.
- Roussou, E. (2021). *Orthodox Christianity, New Age spirituality and vernacular religion: The evil eye in Greece*. London: Bloomsbury.
- Saks, M. (2015). Power and professionalisation in CAM: A sociological approach. In *Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicine* (pp. 30–40). London: Routledge.

-
- Salmenniemi, S. (2017). 'We can't live without beliefs': Self and society in therapeutic engagements. *The Sociological Review*, 65(4), 611–627.
- Samuel, G. (2014). Between Buddhism and science, between mind and body. *Religions*, 5(3), 560–579.
- Savini, M., Alberti, A., & Tinti, S. (2023). Fine vita nelle strutture ospedaliere: Qualità delle cure e vissuti infermieristici. Revisione della letteratura. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 25(2), 85.
- Schirripa, P. (2012). Salute e salvezza nei contesti pentecostali e carismatici. In P. Schirripa (Ed.), *Terapie religiose: Neoliberismo, cura, cittadinanza nel pentecostalismo contemporaneo*. Roma: CISU.
- Secondulfo, D. (2009). La genesi delle medicine alternative. In D. Secondulfo (Ed.), *Il mondo delle medicine alternative. Immagini, percorsi, pazienti*. Milano: Franco Angeli.
- Shamsi, M., Khoshnood, Z., & Farokhzadian, J. (2022). Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: Outcomes of an online spiritual care training program. *BMC Psychiatry*, 22(645). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04280-9>
- Shilling, C. (2002). Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *The British Journal of Sociology*, 53(4), 621–638.
- Singleton, M. (2010). *Yoga body: The origins of modern postural practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Stake, R. (1995). *Case study research*. Cham: Springer.
- Steele, L. G. (2016). Multi-religiosity: Research on ties to multiple faiths in the 21st century. *New Diversities*, 18(1), 37–52.
- Stensland, B., Kucinkas, J., & Sun, A. (2021). *Situating spirituality: Context, practice, and power*. Oxford: Oxford University Press.

-
- Spickard, J. V. (2017). *Alternative sociologies of religion through non-Western eyes*. New York: New York University Press.
- Spinsanti, S. (2023). Cure palliative e spiritualità: Armonie e dissonanze. *La Rivista Italiana di Cure Palliative*, 25(1), 50.
- Squarcini, F. (2006). *Ex Oriente lux, luxus, luxuria: Storia e sociologia delle tradizioni religiose sudasiatiche in Occidente*. Firenze: University of Firenze Press.
- Squarcini, F. (2022). Ecce yoga: Il miraggio del nome, il fantasma della salute e la concomitanza delle 'cose' qualsiasi. In F. Sferra & V. Vergiani (Eds.), *'Verità e bellezza' Essays in Honour of Raffaele Torella* (pp. 1167–1222).
- Squarcini, F., & Mori, L. (2008). *Yoga: Fra storia, salute e mercato*. Roma: Carocci.
- Squarcini, F., & Sernesi, M. (2006). *Il buddhismo contemporaneo: Rappresentazioni, istituzioni, modernità*.
- Stolz, J., Könemann, J., Purdie, M.S., Englberger, T., & Krüggeler, M. (2016). *(Un) believing in modern society: religion, spirituality, and religious-secular competition*. London: Routledge.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2019). *Spirituality in healthcare: Perspectives for innovative practice*. Cham: Springer.
- Timmins, F., Connolly, M., Palmisano, S., Burgos, D., Juárez, L. M., Gusman, A., Soriano, V., Jewdokimow, M., Sadłón, W., Serrano, A. L., Caballero, D. C., Campagna, S., & García-Peñuela, J. M. V. (2022). Providing spiritual care to in-hospital patients during COVID-19: A preliminary European fact-finding study. *Journal of Religion and Health*, 5, 1–21.

-
- Toniol, R., Mossière, G., & Monnot, C. (2023). Spirituality in debates: Politics, genealogy, and new movements. *Social Compass*, 70(4), 469–480.
- Thumiger, C. (2021). Introduction. In C. Thumiger (Ed.), *Holism in Ancient Medicine and Its Reception* (pp. 1–22). Leiden, The Netherlands: Brill.
- Twaddle, A. C. (1973). Illness and deviance. *Social Science & Medicine*, 7(10), 751–762.
- Twaddle, A. (1994). Disease, illness and sickness revisited. *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health*, 1–18.
- Utriainen, T., Husgafvel, V., Knott, K., & Illman, R. (2024). Editorial: Religion and spirituality as sites of learning. *Approaching Religion*, 14(2), 1-9.
- Valeri, A. (2007). La ricerca in medicina non convenzionale: Verso un nuovo modello di evidenza. In G. Giarelli, R. Roberti di Sarsina, & B. Silvestrini (Eds.), *Le medicine non convenzionali in Italia: Storia, problemi e prospettive d'integrazione*. Milano: Franco Angeli.
- Van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughey, A., Giske, T., Kleiven, T., et al. (2020). The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed-methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 973–986.
- Vanzo, M. (2025). L'anima in corsia: Definire spiritualità e religione nelle istituzioni di cura. In G. Giordan, S. Palmisano, & F. Piraino (Eds.), *Dalla spiritualità alle spiritualità: Vent'anni di studi sociologici in Italia (2005–2025)* (pp. 93–102). Roma: Carocci.

-
- Vanzo, M., & Lombi, L. (2024). L'assistenza spirituale nelle cure palliative: Quali strumenti e competenze per soddisfare i bisogni spirituali? *Salute e società*, 23(1), 65–82.
- Vargas, C. (2025). La morte nel Buddhismo e la spiritualità nei contesti ospedalieri. *Si può dire morte*. sipuodiremorte.it.
- Ward, C., & Voas, D. (2011). The emergence of conspirituality. *Journal of Contemporary Religion*, 26(1), 103–121.
- Yang, F., & McPhail, B. L. (2023). Measuring religiosity of East Asians: Multiple religious belonging, believing, and practicing. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 62, 217–475.
- Wallace, B. A. (2003). *Buddhism and science: Breaking new ground*. New York: Columbia University Press.
- Walker, J., Remski, M., & Beres, D. (2023). *Conspirituality: How new age conspiracy theories became a public health threat*. Toronto: Random House Canada.
- Walter, T. (2002). Spirituality in palliative care: Opportunity or burden? *Palliative Medicine*, 16(2), 133–139.
- Watts, G. (2020). Making sense of the study of spirituality: Late modernity on trial. *Religion*, 50(4), 590–614.
- Watts, G., Cerchiaro, F., & Schnabel, L. (2024). The spiritual turn and “feminization”: Turning a gender lens on spirituality. *Sociology of Religion*, *srae009*.
- Wildcroft, T. (2020). *Post-lineage yoga: From guru to #MeToo*. Sheffield: Equinox.
- Wildcroft, T. (2024). ‘The yoga police are real’: Recent reforms in the institutionalization of yoga teaching. *Religions of South Asia*, 18(1–2), 215–238.

-
- Wildcroft, T., Newcombe, S., & von Ostrowski, L. A. (2024). Theodora Wildcroft. *Religions of South Asia*, 18(2), 1–8.
- Wood, M., & Altglas, V. (2010). Reflexivity, scientificity and the sociology of religion: Pierre Bourdieu in debate. *Nordic Journal of Religion and Society*, 23(1), 9–26.
- Wood, M., & Bunn, C. (2009). Strategy in a religious network: A Bourdieuan critique of the sociology of spirituality. *Sociology*, 43(2), 208–303.
- Wright, K. (2011). *The rise of the therapeutic society*. New Academia Publishing, LLC.
- Wuthnow, R. (1998). *After heaven: Spirituality in America since the 1950s*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Zinola, A. (2017). Yoga: Trend e numeri di un fenomeno in crescita. *ManagerItalia*. Recuperato il 20 luglio 2024 da ManagerItalia.
- Zoccatelli, P. L. (2020). *Studiare la Soka Gakkai: Cinque testi*. Torino: CESNUR.
- Zoccatelli, P. L. (2025). Aspetti socio-storici della presenza buddhista in Italia. In G. Giordan, S. Palmisano, & P. L. Zoccatelli (Eds.), *Buddhismi multipli: Identità, credenze e pratiche del buddhismo italiano* (pp. 25–38). Milano: Mondadori.

agency; 54
 Alter; 8; 141
 analisi sociologica; 73
 apparati valoriali; 4
 appartenenza religiosa multipla; 6
 approccio critico; 14; 16; 27; 69; 103; 136; 139
 approccio olistico; 6; 22; 23; 26; 34; 67; 89; 133
 assistente spirituale; 35; 43; 60; 62; 64
 attori sociali; 3; 5; 7; 11; 15; 17; 20; 24; 27; 31; 32; 36; 41; 42; 57; 58; 67; 85; 102; 108; 119; 131; 132; 134; 136; 137; 140

 benessere personale; 2; 9; 93; 96; 134
 bisogni spirituali; 36; 42; 44; 46; 48; 55; 59; 60; 63; 67; 159; 163
 Bourdieu; 33; 164
 Buddha; 44; 61; 73; 78; 142
 buddhismo; 6; 7; 11; 44; 52; 64; 73; 74; 75; 76; 77; 78; 79; 80; 81; 82; 83; 85; 87; 88; 89; 90; 91; 93; 95; 96; 97; 98; 99; 100; 131; 132; 133; 134; 135; 138; 150; 151; 162; 165
Buddhist Studies; 74; 98

 Callewaert; 33; 144
 campo religioso e spirituale; 11; 13; 32; 34; 36; 70; 76; 82; 128; 131; 133; 137; 138; 140
 cappellani; 26; 35; 43; 61; 62; 69; 130
 Cardano; 3; 5; 25; 50; 67; 144
 casi studio; 2; 4; 9; 10; 14; 15; 16; 32; 128; 132; 138
 Chiesa cattolica; 6; 64
 confessioni religiose; 36; 39; 40; 41; 42; 65; 66; 67; 71
 conspirltuality; 139; 163
 conspirltuality; 140
 contesti di pratica; 3; 10; 11; 14; 124; 139

 corpo; 4; 6; 12; 14; 17; 18; 33; 34; 42; 50; 68; 69; 74; 91; 92; 99; 100; 105; 112; 113; 116; 130; 132; 134; 135; 138; 146
 costruzione pratico-discorsiva; 100; 127
 costruzione sociale; 14; 29; 75; 76; 102; 131
 cultura popolare; 3; 84
 cura congiunta di corpo e anima; 6; 18; 33
 cura del corpo; 3; 6; 7; 10; 11; 16; 18; 24; 28; 29; 34; 37; 39; 40; 49; 59; 70; 73; 82; 85; 122; 126
 cura dello spirito; 3; 6; 11; 16; 24; 29; 34; 37; 39; 60; 66; 70; 73; 122; 126
 cure spirituali; 2; 10; 11; 22; 23; 35; 39; 40; 45; 50; 66; 70; 71; 102; 128; 133; 139; 146

 Dalai Lama; 74; 78
 De Michelis; 8; 104; 146
 debito dei corpi; 56; 57; 59; 69
Dharma; 94; 148; 159
 dialettica; 1; 13
 dinamiche organizzative e istituzionali; 6
 Diotallevi; 13; 146
 discipline accademiche; 3
 discorsi; 1; 2; 3; 6; 7; 12; 14; 15; 18; 20; 23; 24; 26; 27; 32; 100; 124; 127; 140
 dispositivi; 3; 6; 9; 15; 20; 27; 29; 32; 37; 40; 65; 71; 85; 100; 102; 106; 124; 126; 127; 132; 135; 136; 137; 138; 140
 diversità religiosa; 2; 4; 6; 25; 34; 35; 36; 39; 40; 48; 65; 66; 69; 70; 71; 128; 130; 132; 138
 dono; 55; 56; 57; 58; 59; 69; 141; 150
 epistemologia; 18; 19; 67; 74; 76; 131

 fine vita; 4; 20; 22; 26; 42; 46; 50
 flexploitation; 110; 156
 Foucault; 2; 18; 30; 33; 37; 56; 137; 144; 148

Garelli; 11; 13; 52; 85; 149
generalizzabilità; 138
Giordan; 3; 5; 6; 11; 12; 13; 17; 31; 40; 52;
74; 81; 82; 105; 137; 142; 149; 150; 151;
158; 163; 165
governance; 2; 4; 6; 25; 34; 35; 36; 37; 39;
40; 45; 65; 66; 69; 70; 71; 118; 128; 130;
132; 134

immanenza; 76; 131
implementazione; 47; 55; 63; 69; 71
industria dello yoga; 106; 120; 123; 124;
132; 135
infermieristica; 3; 20; 21; 22; 24; 27; 35;
50; 60; 69; 71; 126; 139
International Day of Yoga; 103
istituzionalizzazione; 10; 11; 18; 105;
106; 115; 132
Italia; 1; 2; 1; 4; 6; 7; 8; 11; 12; 13; 14; 16;
17; 19; 25; 30; 32; 40; 52; 62; 70; 72; 74;
75; 76; 77; 78; 79; 80; 81; 82; 83; 93; 95;
96; 98; 99; 101; 103; 105; 106; 108; 109;
111; 122; 124; 128; 131; 133; 135; 138;
142; 145; 148; 149; 150; 153; 155; 158;
160; 163; 165
Italia contemporanea; 1; 2; 1; 128

lavoro corporeo; 9; 107; 113; 132
lavoro di cura; 60; 108; 119; 126; 142
libertà di scelta; 12; 137
logiche biomediche; 6; 60; 71
logiche pratico-discorsive; 1; 8; 9; 19; 37;
38; 65; 70; 85; 106; 132; 136
logiche terapeutiche; 1
Lombi; 20; 21; 32; 38; 42; 154; 163

medical humanities; 24; 39
medicalizzazione; 9; 70; 75; 124; 155
medicina; 3; 4; 17; 18; 20; 22; 24; 25; 26;
27; 31; 36; 39; 50; 74; 76; 102; 108; 112;
126; 146; 154; 156; 163
medicina narrativa; 24; 25; 39; 50; 156

medicine alternative e complementari;
17; 98; 106
meditazione buddhista; 2; 8; 13; 30; 32;
86; 97; 102; 116; 128; 138; 139
milieu olistico; 18; 134; 140
minoranze religiose; 34; 71; 133

Nazioni Unite; 102; 103
nesso salute e salvezza; 4; 136; 138
New Age; 17; 26; 106; 151; 160
Newcombe; 73; 102; 104; 105; 106; 107;
152; 157; 164
nuove spiritualità; 3; 76; 131; 134; 135;
158

oggetto; 3; 11; 12; 20; 70; 73; 93; 98; 102;
104; 132
Organizzazione Mondiale della Sanità;
20; 102
organizzazione sociale delle cure; 34
ospedale; 4; 6; 10; 26; 34; 35; 36; 37; 38;
39; 40; 41; 43; 45; 47; 48; 49; 53; 60; 61;
62; 63; 64; 65; 67; 68; 69; 70; 71; 102;
128; 130; 132; 133; 134; 136; 138; 159

Palmisano; 1; 4; 5; 6; 11; 12; 13; 16; 17;
24; 25; 27; 28; 31; 34; 45; 53; 56; 57; 59;
69; 74; 81; 82; 99; 105; 128; 129; 147;
149; 150; 151; 158; 162; 163; 165
Pannofino; 4; 5; 12; 13; 17; 26; 27; 53; 56;
57; 59; 69; 99; 158
pedagogie della salute; 136
Piraino; 11; 12; 13; 31; 149; 150; 158; 163
pluralismo; 6; 11; 34; 39; 145; 157
post-lineage yoga; 119
pratica religiosa multipla; 6
pratiche; 1; 2; 3; 6; 7; 8; 12; 13; 14; 15; 16;
17; 18; 20; 22; 23; 24; 26; 27; 29; 32; 35;
38; 40; 44; 48; 49; 52; 53; 59; 68; 71; 74;
85; 88; 89; 91; 96; 97; 102; 104; 108;
112; 115; 119; 124; 130; 140; 142; 143;
147; 150; 151; 165
processo di cura; 21; 38; 55

profano; 1
 professionalizzazione; 8; 106; 115; 122;
 126; 135; 138
 professione di cura; 2; 8; 9; 10; 11; 14;
 102; 107; 114; 124; 125; 128; 132; 135;
 136
 psicologizzazione; 31; 77; 84; 101

 quotidianità; 15; 53; 77; 93; 94; 129

 rappresentanti religiosi; 4; 5; 36; 40; 41;
 60; 61; 66; 69; 130; 139
 re-incanto del mondo; 34
 religione cattolica; 89; 95; 128; 133
 ricerca di senso; 9; 10; 30; 101

 sacro; 1; 2; 4; 7; 8; 9; 10; 12; 14; 16; 18; 20;
 26; 28; 31; 32; 49; 53; 55; 60; 70; 75; 77;
 93; 94; 99; 101; 105; 128; 130; 131; 134;
 136; 140; 144; 146; 149
 salute; 1; 2; 3; 4; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14;
 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 24; 25; 26; 27;
 28; 31; 32; 36; 37; 38; 40; 49; 51; 52; 59;
 65; 66; 67; 69; 70; 71; 73; 75; 85; 88; 90;
 95; 98; 99; 100; 103; 105; 106; 114; 123;
 124; 126; 128; 131; 132; 133; 135; 136;
 137; 138; 139; 140; 144; 155; 161; 162
 salvezza; 1; 2; 3; 4; 8; 10; 11; 13; 14; 15;
 16; 17; 18; 19; 20; 27; 28; 32; 36; 38; 40;
 49; 52; 58; 65; 66; 69; 70; 71; 75; 85; 87;
 99; 100; 106; 126; 131; 132; 133; 135;
 136; 137; 138; 144; 146; 147; 160
samsāra; 73
 sapere esperto; 9; 38; 107; 132
 scienza occidentale; 74; 126; 134
 secolare; 1; 14; 53; 75; 99; 128; 131; 142
self-care; 117
self-help; 3; 152; 160
 sociologia della religione; 10; 16; 144
 sociologia della salute; 16
 sociologia della spiritualità; 12; 31; 136;
 137
soft power; 103
 soggettività; 30; 84; 136
 soggetto; 12; 30; 132; 135; 137
 spazio pubblico; 66
 spirito; 4; 10; 14; 34; 40; 42; 49; 66; 82; 99;
 100; 138; 150; 158
 spirituale ma non religioso; 13; 129
 spiritualità alternative; 12; 26
 spiritualità contemporanee; 2; 17; 20; 32;
 93; 98; 99; 106; 138; 140
 Squarcini; 74; 85; 102; 103; 105; 156; 161;
 162
 Stake; 9; 10; 161
 strategie di legittimazione; 76
 strutture sociali; 4; 14; 33
 svolta soggettivista; 2

 teoria sociale; 11; 136
 terapeutizzazione; 101; 138
top-down; 37; 48; 67; 70; 71

 universi pratico-discorsivi; 2; 17; 18; 33;
 128

 Wildcroft; 105; 106; 107; 119; 164

 yoga; 2; 4; 8; 9; 10; 11; 13; 14; 15; 27; 29;
 30; 32; 52; 74; 88; 89; 102; 103; 104;
 105; 106; 107; 108; 109; 110; 111; 112;
 113; 114; 115; 116; 117; 118; 119; 120;
 121; 122; 123; 124; 125; 126; 128; 131;
 132; 135; 136; 138; 139; 141; 142; 143;
 145; 146; 147; 148; 151; 153; 154; 156;
 157; 161; 164

 Zoccatelli; 6; 74; 77; 78; 80; 81; 82; 145;
 150; 151; 153; 165