

# AM



60 / dicembre 2025

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA  
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



*In copertina:* ideogramma cinese che designa la malattia (bìng).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



---

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by  
Tullio Seppilli

*Biannual open access peer-reviewed online Journal*

60  
dicembre 2025  
December 2025



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

**Direttore**

Giovanni Pizza, Università di Perugia

**Comitato di redazione**

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

**Comitato scientifico**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlini, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Comitato tecnico**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplan Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

**Editor in chief**

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

**Editorial Board**

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresident of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresident of the SIAM, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

**Advisory Board**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibreau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Technical Board**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplan Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia



# AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology  
Founded by Tullio Seppilli

Indice  
Contents



n. 60, dicembre 2025  
n. 60, December 2025

---

*Editoriale*

- 9 Giovanni Pizza  
*Editoriale di AM 60*  
*AM 60 Editorial*

*Saggi*

- 11 Elisa Pasquarelli  
*Tra normalità e pre-demenza. Il Subjective Cognitive Decline (SCD) nel discorso biomedico sulla malattia di Alzheimer*  
*Between Normality and Pre-Dementia. The Subjective Cognitive Decline (SCD) in the Biomedical Discourse on Alzheimer's Disease*
- 43 Andrea Di Lenardo, Federico Divino  
*Terapeuti e Theravāda. Sull'attitudine alla "cura" di una comunità giudaica egizia e le sue similitudini con lo spirito medico degli antichi Buddhisti*  
*Therapeuta and Theravāda: On the Attitude to "Care" of an Egyptian Jewish Community and Its Similarities with the Medical Spirit of the Early Buddhists*

*Ricerche*

- 73 Maria Dorillo  
*Sistemi medici in dialogo. Pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese*  
*Medical Systems in Dialogue: Breath Practices in Chinese Buddhist Meditation*

- 99 Lorena La Fortezza  
*Navigare tra le contraddizioni. La presa in carico del minore autore di reato, tra cura, sostegno e controllo*  
*Navigating Contradictions. The Care of Juvenile Offenders between Support, Control, and Care*

- 137 Giacomo Pezzanera, Jean-Louis Aillon, Daniela Giudici  
*"Non affittiamo a neri": diritto alla casa, razzializzazione e salute mentale a Torino*  
*"We Do Not Rent to Black People": Housing Rights, Racialization, and Mental Health in Turin*

- 167 Matteo Valoncini  
*Corpi, digitalizzazione e datificazione:  
la generazione sociotecnica delle ontologie variabili*  
*Bodies, Digitization, and Datafication:*  
*The Socio-Technical Generation of Variable Ontologies*

*Riflessioni e racconti*

- 199 Sara Cassandra  
*Pensiero logico, pensiero illogico e pensiero analogico:  
medicina di confine tra pregiudizio e fraintendimento*  
*Logical Thinking, Illogical Thinking, and Analogical  
Thinking: Medicine at the Intersection of Prejudice  
and Misunderstanding*

*Recensioni*

- Tommaso Sbriccoli, *Rifare o trasformare il mondo.  
Politiche della memoria, economie della giustizia  
e forme della lotta nelle terapie rituali (e non  
solo...) / Remaking or Transforming the World:  
Politics of Memory, Economies of Justice, and Forms of  
Struggle in Ritual Therapies (and Beyond)* [Roberto  
Beneduce, *Il rancore del tempo. Follia, cura e violenza  
sull'altopiano dogon*], p. 205 • Francesco Scotti,  
*Una ricerca sui punti cardinali di una psichiatria  
di comunità in Italia / A Study on the Cardinal Points  
of Community Psychiatry in Italy*  
[Giuseppe A. Micheli, *In terra incognita: disegnare una  
società che cura dopo Basaglia*], p. 213

## *Editoriale di AM 60*

Giovanni Pizza

Università degli Studi di Perugia  
[giovanni.pizza@unipg.it]

Questo numero raccoglie testi di diverso argomento: due saggi e quattro ricerche.

I due saggi sono quello di Elisa Pasquarelli, con il quale aggiorna il suo percorso antropologico sull'Alzheimer e le demenze, e lo scritto a quattro mani di Di Lenardo e Divino, in cui i due autori mettono insieme gli sforzi per comparare i Terapeuti giudaici e i buddisti. Seguono 4 ricerche: Maria Dorillo, Lorena La Fortezza, Giacomo Pezzanera con Jean-Louis Aillon e Daniela Giudice, e infine Matteo Valoncini.

Dorillo dedica la sua ricerca alla Cina storica. La Fortezza alle contraddizioni presenti nell'ordinamento giuridico italiano relativo ai giovani. Pezzanera *et al.* è dedicato alla razzializzazione e al razzismo che impediscono agli stranieri che affluiscono al Centro Frantz Fanon per problemi connessi alla salute mentale di trovare casa a Torino. Valoncini riflette, sulla base di un'etnografia della digitalizzazione, sulla variabilità ontologica, concetto elaborato da Annemarie Mol.

È poi la volta di Sara Cassandra che tratta a modo suo, nella rubrica *Riflessioni e Racconti*, di “medicina di confine” e di “logicità e illogicità” del pensiero.

Infine ci sono le recensioni. Una di Sbriccoli e una di Scotti.

Questo è quanto siamo riusciti a fare con il n. 60.

Buona lettura!



## *Sistemi medici in dialogo*

### *Pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese*

Maria Dorillo

Università Ca' Foscari Venezia  
[mariadorillo@gmail.com]

#### *Abstract*

*Medical Systems in Dialogue: Breath Practices in Chinese Buddhist Meditation*

The present article offers a case study of the intersection between medical systems in premodern China by analyzing a passage from the Mohe zhiguan 摩訶止觀 (The Great Calming and Contemplation), where breath assumes a central role, intertwining somatic dimension and meditative path. Breath practices, on the one hand rooted in "traditional" Chinese medicine and on the other of Indian origin, are articulated as therapeutic tools aimed at promoting psychophysical well-being and meditative progress.

*Keywords:* breath, Buddhism and medicine, meditation, Mohe zhiguan 摩訶止觀, "traditional" Chinese medicine

#### *Introduzione*

Con la diffusione del buddhismo in Cina si assiste all'introduzione di un articolato *corpus* di idee e pratiche di natura medica. I testi buddhisti, che giungono attraverso traduzioni, adattamenti e rielaborazioni, contribuiscono in modo sostanziale all'arricchimento del panorama terapeutico cinese, instaurando un dialogo fecondo con le tradizioni mediche autoctone. Sebbene tali apporti siano stati integrati solo parzialmente all'interno della storia della medicina cinese, essi rappresentano una risorsa imprescindibile per comprendere l'articolazione e l'eterogeneità dei saperi medici nella Cina premoderna (SALGUERO 2018).

Un esempio emblematico di questa interazione si ritrova nel *Grande trattato su śamatha e vipaśyanā* (*Mohe zhiguan* 摩訶止觀; d'ora in avanti *MHZG*), un'opera attribuita a Tiantai Zhiyi 天台智顥 (538-97). Redatto direttamente in lingua cinese, il *MHZG* si configura come un manuale di meditazione

che, nella sua articolata ed estesa trattazione, dedica una specifica sezione all’osservazione della malattia. In questo contesto, l’esercizio meditativo si intreccia con precisi riferimenti terapeutici, testimoniando come, nel testo in questione, “meditazione” e “medicina” siano racchiuse in un medesimo orizzonte epistemologico.

In tal senso, particolarmente significativa è l’esposizione delle pratiche del respiro afferenti a due distinte tradizioni: da un lato, i “sei respiri *qi* 氣” (*liu qi* 六氣), propri della medicina “tradizionale”<sup>1</sup> cinese, dall’altro, i “dodici respiri *xi* 息” (*shierxi* 十二息), che affondano le loro radici nella tradizione indiana. Queste tecniche, sebbene sviluppatesi in contesti teorici differenti, sono presentate nel testo su un piano di complementarietà, ossia come strumenti terapeutici all’interno di un medesimo percorso di coltivazione e perfezionamento. Il lessico tecnico impiegato, così come la struttura argomentativa del *MHZG*, riflettono dunque una perfetta integrazione tra sistemi medici “tradizionali” e dottrina buddhista.

Il presente contributo si propone di avviare la riflessione a partire da una breve disamina dei fondamenti concettuali della cosiddetta medicina “tradizionale” cinese, con particolare attenzione alle modalità attraverso cui il buddhismo, sin dalle origini connesso alla sfera terapeutica, entra in dialogo con la tradizione locale. Tale premessa consente di delineare il quadro teorico entro cui si inserisce il *MHZG* e di comprendere le dinamiche attraverso le quali il testo mette in relazione, mediante un lessico e una struttura concettuale condivisi, due distinti sistemi medici. All’interno dell’opera, infatti, il respiro assume un ruolo centrale, configurandosi sia come strumento terapeutico in senso fisiologico, sia come mezzo per il progresso meditativo. L’analisi di questa sezione offre dunque l’occasione per esplorare l’articolazione del sapere medico nella Cina medievale, contribuendo al contempo a ripensare le categorie di “meditazione” e “medicina” come ambiti profondamente interrelati.

### *Un pluralismo medico “tradizionale”*

A partire dall’epoca Shang 商 (ca. 1600-1046 a.C.), in Cina si sviluppano forme di medicina legate al culto degli antenati, a testimonianza di come l’equilibrio tra il mondo dei vivi e l’aldilà fosse essenziale per il mantenimento di un buono stato psico-fisico (UNSCHULD 1985: 19-22). Su queste basi, la natura del sapere medico che si va formando dal periodo degli Stati Combattenti (ZHAN GUO 戰國, 453-221 a.C.) risulta essere pluralistica: pra-

tiche come la divinazione, gli esorcismi, le tecniche di controllo del respiro, i primi accenni di agopuntura e l'uso di *materia medica* coabitano in una dimensione variegata e stratificata. Gli “esperti di arti esoteriche” (*fangshi* 方士), interessati alla dimensione sottile del cosmo, si trovano spesso sovrapposti, per le loro pratiche, a figure come i *wu 巫* che risultano principalmente come specialisti nei rapporti con l'aldilà<sup>2</sup>. È proprio la varietà delle esperienze socioeconomiche ad aver favorito la nascita di molteplici sistemi terapeutici, ciascuno con le proprie teorie eziologiche, contribuendo così allo sviluppo di una medicina caratterizzata da pluralismo e diversità (UNSCHULD 1985: 12-14).

Tuttavia, la svolta decisiva si registra in epoca Han 漢 (206 a.C.-220 d.C.), quando la sistematizzazione delle conoscenze mediche conduce alla formulazione di un’ideologia medica della corrispondenza sistematica. Fondata sui concetti di *qi*, *yin-yang* 陰陽 e dei “cinque agenti” (*wu xing* 五行), tale concezione mette in relazione funzioni corporee e fenomeni cosmici, ponendo le basi della medicina “tradizionale”. Al tempo stesso, si sviluppano metodi specifici atti a contrastare le influenze delle forze demoniache, che impiegano talismani, formule rituali e sostanze magiche (STRICKMANN 2002).

In ogni caso, si ha menzione dei suddetti sistemi nella produzione testuale che, avvalendosi talvolta del riferimento a figure leggendarie come Huangdi 黃帝 (Imperatore Giallo) e Shennong 神農 (Divino Agricoltore) per rafforzare l’autorità dei testi, costituisce il nucleo teorico delle conoscenze mediche. Una delle principali opere di riferimento è il *Classico di medicina interna dell’Imperatore Giallo* (*Huangdi neijing* 黃帝內經) che, suddiviso internamente in *Questioni fondamentali* (*Suwen* 素聞) e *Perno spirituale* (*Lingshu* 靈樞), si occupa di eziologia, fisiologia, diagnosi e prevenzione<sup>3</sup>. A questo, si affianca il *Classico delle difficoltà* (*Nan jing* 難經) che tratta l’uso dei meridiani e i metodi diagnostici (UNSCHULD 2016). Ulteriori scritti fondamentali sono il *Classico delle erbe di Shennong* (*Shennong bencao jing* 神農本草經), prima opera sistematica di *materia medica*, e il *Classico sulle malattie causate dal freddo* (*Shanghan lun* 傷寒論), incentrato sulla durata e la natura delle malattie, e sui relativi trattamenti<sup>4</sup>.

Parallelamente alla preziosa tradizione ricevuta e alle numerose iscrizioni su ossa oracolari, gusci di tartaruga e bronzi, importanti contributi derivano anche dalle scoperte archeologiche, come il *corpus* di testi rinvenuto nel 1973 a Mawangdui 馬王堆 (Hunan 湖南) che, risalente al 168 a.C., rivela un’ampia gamma di pratiche, tra cui varie tecniche di controllo

del respiro, l'uso di erbe, l'esorcismo e alcune pratiche sessuali (COOK 2023: 9-28).

Configurandosi come un sistema in cui convivono saperi empirici e cosmologici, la medicina “tradizionale” cinese si fonda su principi teorici e pratici che intrecciano i processi fisiologici del corpo con il cosmo. Tra questi, il concetto di *qi* occupa una posizione centrale, rappresentando la sostanza fondamentale che pervade l'universo e regola ogni forma di vita e trasformazione. Il *qi*, strettamente connesso al respiro, si muove ciclicamente e incarna il legame tra microcosmo e macrocosmo. Le stesse origini grafiche del carattere, risalenti alle ossa oracolari della dinastia Shang e ai bronzi dell'epoca Zhou 周 (ca. 1100-256 a.C.), raffigurano vapori o sostanze gassose, suggerendo inizialmente un legame con il vapore derivato dalla cottura dei cibi. Solo in seguito il concetto ha assunto connotazioni più ampie, identificandosi con l'energia vitale corporea e la forza cosmica primordiale (STANLEY-BAKER 2022a).

Quanto all'ambito medico, l'uso del *qi* risulta attestato sin dal IV secolo a.C. in un manoscritto di divinazione ritrovato a Baoshan 包山 (Hubei 湖北), in cui i disturbi del *qi* sono associati alle malattie. Tali disfunzioni, nello specifico, includevano un movimento in “direzione opposta” (*ni* 逆), “verso l'alto” (*shang* 上) o “disordinato” (*luan* 亂), testimoniando l'inizio di una sistematizzazione delle patologie in termini di “eccesso” (*shi* 實) o “carenza” (*xu* 虛) di *qi*. Nel complesso, nell'ambito della medicina del periodo imperiale, vari termini descrivono, con diverse sfumature, il concetto di *qi*: il “*qi* reale” (*zhen qi* 真氣) si riferisce al flusso naturale che attraversa il corpo, mentre il “*qi* retto” (*zheng qi* 正氣) indica il corretto funzionamento corporeo, in opposizione al “*qi* obliquo” (*xie qi* 邪氣), causa di innumerevoli patologie. Altre espressioni di cui si ha menzione sono il “*qi* essenziale” (*jing qi* 精氣) e il “*qi* originario” (*yuan qi* 元氣) che rappresentano l'origine dell'energia vitale, trasmessa dai genitori e concentrata nei reni (COOK 2023: 15-16). Nel tempo, il *qi* diviene inoltre elemento centrale di tecniche terapeutiche daoiste, come le pratiche di “circolazione del *qi*” (*xing qi* 行氣), di “rimozione del *qi* patogeno” (*daoyin* 導引) e di “fusione del *qi*” (*he qi* 合氣), che daranno origine all’“alchimia interna daoista” (*neidan* 內丹)<sup>5</sup>.

Altro pilastro teorico della medicina cinese è la classificazione binaria *yin-yang*, fondata su due polarità opposte ma complementari che, a partire dal IV secolo a.C., vengono utilizzate per interpretare lo stato del corpo umano. Nella medicina della corrispondenza sistematica, questa dottrina permette infatti di classificare organi, funzioni e patologie. Nello specifico,

*yin* è associato al freddo, alla passività e al buio; *yang*, al calore, all'attività e alla luce. L'applicazione medica di questa teoria è testimoniata in testi come il *Canone di cauterizzazione degli undici canali yin-yang* (*Yin yang shiyi mai jiu jing* 隅陽十一脈灸經), dove i canali corporei sono organizzati secondo la loro natura *yin* o *yang*. Il *Perno spirituale*, ad esempio, integra questa classificazione con i sapori, gli organi e i processi cosmici, sottolineando la funzionalità pratica di tali categorie. Inoltre, in termini di metabolismo, *yin* rappresenta la sintesi, mentre *yang* la decomposizione; in termini di funzioni fisiologiche, *yin* delinea un processo di raffreddamento, umidificazione e inibizione, mentre *yang* un processo di riscaldamento, evaporazione e agitazione (UNSCHULD 2003; LIU Lihong 2019).

Tuttavia, parallelamente a tale visione dualistica, la medicina “tradizionale” cinese sviluppa anche una classificazione pentadica, articolata nella teoria dei cinque agenti: metallo, legno, acqua, fuoco e terra. Questi non sono da intendere come elementi statici, ma “agenti” in continua interazione, descritti attraverso cicli di “generazione” (*xiang sheng* 相生) e “controllo” o “distruzione” (*xiang ke* 相剋). La teoria dei cinque agenti diviene così uno strumento per comprendere i processi fisiologici e patologici, influenzando diagnosi e trattamenti. I testi del periodo Zhou, come il *Commentario di Zuo* (*Zuozhuan* 左轉) e gli *Annali di Lü Buwei* (*Lüshi chunqiu* 呂氏春秋)<sup>6</sup>, già presentano riferimenti a tale dottrina, ma è nel *Classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo*, e in particolare nelle *Questioni fondamentali*, che essa trova piena espressione, tramite associazioni a cinque sapori, organi, colori e direzioni (UNSCHULD 2003: 99-124). Pertanto, questa teoria diviene sia strumento per descrivere l'organismo umano come un sistema unico, fondato su sezioni e funzioni correlate, sia metodo per la diagnosi delle malattie e l'elaborazione di indicazioni pratiche.

In questo sistema complesso si inserisce anche la teoria dei “canali” (*jing* 經 o *mai* 脈), che si occupano di trasportare *qi* e sangue, e collegare gli organi interni, incarnando un concetto che riveste un ruolo centrale nelle prime nozioni cinesi di fisiologia e patologia. Sebbene il termine *jing* emerga solo successivamente nei testi rispetto a *mai*, entrambi designano percorsi attraverso cui fluiscono le sostanze vitali nell'organismo. Nel *Perno spirituale*, tali canali sono connessi a specifici organi, differenziandosi dai manoscritti del *corpus* di Mawangdui, dove queste associazioni risultano invece più limitate (HARPER 1998; UNSCHULD 2003).

Quanto agli organi interni, questi si trovano suddivisi in due categorie principali: i “cinque organi pieni” (*wu zang* 五臟) – cuore, fegato, milza,

polmone e reni – e i “sei organi cavi” (*liu fu* 六腑) – cistifellea, stomaco, intestino crasso, intestino tenue, vescica e “triplice focolare” (*sanjiao* 三焦)<sup>7</sup>. Questi sono classificati in base alla logica *yin-yang*: i pieni sono *yin*, i cavi *yang*. La loro funzione è sistemica più che anatomica, come dimostra l’uso di metafore burocratiche imperiali nelle *Questioni fondamentali*, dove gli organi sono presentati come funzionari del corpo (CHEN Yun-Ju 2022: 18). Inoltre, la concezione della medicina cinese si fonda sulla visione dell’organismo come un sistema integrato, regolato dal *qi*, dai canali e dagli equilibri *yin-yang* e pentadici. Il corpo è visto pertanto non come un’entità isolata, ma come parte inscindibile dell’universo, in cui ogni funzione interna è influenzata da fattori esterni, e solo osservando i cambiamenti nelle condizioni esterne è possibile comprenderne lo stato.

La stretta connessione tra corpo e ambiente emerge con chiarezza nell’ezio-  
logia, ossia nell’analisi delle cause delle malattie. Sebbene sia arduo delineare una storia precisa della concezione della malattia nella Cina premoderna, possono tuttavia essere individuate alcune linee guida fondamentali. A partire dal periodo Han, la malattia viene concepita come esito di squilibri, derivanti tanto da fattori ambientali quanto da comportamenti eccessivi o non correttamente armonizzati con l’ambiente esterno. Il benessere fisico è visto infatti come una condizione di equilibrio tra forze interne ed esterne, concetto che si riflette nell’impiego di teorie come quella del *qi*, *yin-yang*, dei cinque agenti e dei canali. Particolare attenzione è data ai “sei fattori esogeni” o “sei *qi*” (vento, freddo, calore, umidità, aridità e fuoco), ritenuti responsabili dell’insorgere delle patologie quando agiscono in modo violento o improvviso (Di Lu 2022: 222-23).

Accanto a questi, anche i fattori interni potevano essere all’origine delle malattie. Le emozioni, ad esempio, giocano un ruolo decisivo: felicità, rabbia, malinconia, preoccupazione, paura e terrore, se vissute in maniera eccessiva o prolungata, possono alterare l’equilibrio degli organi interni. Altri elementi disturbanti includono una dieta inappropriata, gli sforzi eccessivi e la mancanza di esercizio fisico (Cook 2023: 20-21). Tuttavia, a partire dalla dinastia Tang 唐 (618-906 d.C.) e, in modo più sistematico, durante i Song Meridionali (Nan Song 南宋, 1126-1279), si sviluppano classificazioni eziologiche più articolate, come quella proposta da Chen Yan 陳言 (1121-90) nel *Trattato sulle tre tipologie dei fattori patogeni* (*Sanyin jiyi bingzheng fanglun* 三因極一病證方論), dove le cause delle malattie vengono suddivise in “fattori interni” (*nei yin* 內因), “fattori esterni” (*wai yin* 外因) e “fattori né interni né esterni” (*bu nei wai yin* 不內外因; Di Lu 2022: 224). Quanto alle fonti, i manoscritti di Mawangdui fanno maggiormente riferimento a

cause generiche piuttosto che a fattori climatici specifici, a differenza delle *Questioni fondamentali*, dove vento, freddo e altri agenti vengono invece esplicitamente indicati come patogeni, sebbene senza una corrispondenza diretta e univoca tra sintomo e malattia. Una stessa patologia può infatti manifestarsi con sintomi differenti e, viceversa, condizioni patologiche diverse non indicano necessariamente malattie distinte.

Nel complesso, l'analisi di una patologia richiedeva una valutazione complessa che includesse elementi sociali, ambientali ed emotivi. Da qui lo sviluppo di un sistema diagnostico articolato, basato su quattro approcci principali che, con il tempo, sono divenuti i quattro metodi diagnostici della medicina cinese moderna: l'ispezione, l'auscultazione e la valutazione degli odori, il dialogo e l'esame del polso. Nello specifico, l'osservazione esterna – che comprende i primi due approcci – è strettamente connessa alla teoria dei cinque agenti, la quale, mediante l'associazione tra elementi, organi e colori, fornisce indizi fondamentali sulla natura della malattia. Il dialogo con il paziente consente invece di raccogliere informazioni più soggettive legate alle sensazioni personali, mentre l'esame del polso – che riflette il movimento del *qi* nei canali – si afferma come tecnica cruciale per individuare e localizzare le anomalie (UNSCHULD 2003: 241-52).

Per quanto riguarda le terapie, si distinguono quattro approcci principali: gli interventi invasivi, le terapie a caldo, l'uso di *materia medica* e gli esercizi fisici. Se in una fase iniziale il calore era impiegato per ottimizzare l'efficacia degli aghi – che fungevano da strumento per modificare il flusso del *qi* nei canali corporei – con il tempo si sviluppano trattamenti specifici come la cauterizzazione e la fumigazione, spesso utilizzati per espellere il freddo, trattare morsi di animali o alleviare intorpidimenti (UNSCHULD 2003: 266-71).

Altro pilastro dei metodi terapeutici è la *materia medica*, articolata attraverso due concetti distinti: i “farmaci” (*yao* 藥) e le “formule” (*fang* 方), che rimandano rispettivamente a una “*materia medica* di natura encyclopedica” (*bencao* 本草) e a “formulari” (*fangshu* 方書), questi ultimi organizzati in una raccolta di formule, amuleti e rituali. In tale contesto, opere come le *Prescrizioni per cinquantadue malattie* (*Wushier bingfang* 五十二病方), il *Classico delle erbe di Shennong* e il *Classico sulle malattie causate dal freddo* testimoniano l'uso di sostanze naturali (vegetali, animali e minerali) per curare disturbi interni o lesioni esterne, anche se, almeno fino all'XI secolo, tale uso non era ancora integrato con la teoria della corrispondenza sistematica. Difatti, come osserva Unschuld (2003: 284-313), solo a partire da quel periodo si

giunge allo sviluppo della cosiddetta “farmacologia della corrispondenza sistematica”. Nello specifico, fondamentale nello sviluppo della medicina fitoterapica è il *Compendio di materia medica* (*Bencao gangmu* 本草綱目), che organizza in modo sistematico una grande quantità di rimedi medicinali, conoscenze farmacologiche, botaniche e mineralogiche. In ogni caso, la letteratura farmaceutica si consolida solo sotto la dinastia Yuan 元 (1260-1368), anche grazie all'influenza del Daoismo, che valorizza pratiche comprendenti *materia medica* e formulari, inserite nella più ampia tradizione delle “tecniche di autocoltivazione” (*yangsheng* 養生), finalizzate al benessere dell'organismo (STANLEY-BAKER 2022b).

Su queste basi si inserisce il contributo del buddhismo, il cui impianto dottrinale – e terapeutico – si confronta e interagisce con la medicina “tradizionale”.

### *Buddhismo e medicina*

Il rapporto che lega la tradizione buddhista e la medicina si configura come intimo, profondo ed evidente, con radici che affondano nel buddhismo antico. Riconoscendo il nesso intrinseco tra la pratica ascetica e quella medica, e tenendo presente che al Buddha viene frequentemente attribuito l'epiteto di “asceta itinerante”, emerge chiaramente come i concetti di matrice medica costituiscano un elemento centrale e imprescindibile del pensiero buddhista (DIVINO 2021). Inoltre, sono numerose le occasioni in cui si menziona la figura del laico Jīvaka Kaumārabhṛtya, che si dedicava con attenzione alla somministrazione di unguenti e cibi specifici a fini terapeutici, ponendo in evidenza l'importanza che il buddhismo riconosceva al pensiero medico e all'utilizzo di sostanze curative per contrastare eventuali squilibri (ZYSK 1991). In tal senso, l'idea stessa di squilibrio diviene emblematica di una condizione di disagio, che lo stesso Buddha descrive durante il suo primo sermone come uno stato inevitabile dell'esistenza. La malattia, insieme a vecchiaia e morte, è dunque annoverata tra i cosiddetti “mali dell'esistere”.

L'indagine sulle origini di tale interconnessione richiede una menzione della medicina indiana<sup>8</sup>. Benché si riscontrino affinità tra le pratiche mediche menzionate nei testi buddhisti e quelle che saranno successivamente codificate nell'Āyurveda, non vi sono tuttavia testimonianze che attestino l'esistenza di un sistema medico āyurvedico compiutamente strutturato in epoca pre-buddhista. Come evidenziato da Divino (2023), le prime attesta-

zioni di concetti tecnico-medici associabili all'Āyurveda compaiono proprio all'interno del Canone pāli, rafforzando l'ipotesi formulata da Zysk (1991), secondo cui entrambe le tradizioni potrebbero derivare da una matrice comune riconducibile alle conoscenze mediche degli ambienti ascetici<sup>9</sup>.

Oltre a ciò, le norme del *vinaya* offrono numerose indicazioni di carattere medico e anatomico, che riflettono un processo di sistematizzazione delle pratiche di cura all'interno delle comunità monastiche. Tali testimonianze, pur appartenendo a una fase successiva e più organizzata della tradizione, contribuiscono a delineare un interesse terapeutico già presente nei primi ambienti buddhisti. I monaci ricevevano infatti una formazione medica di base e, nel tempo, svilupparono una farmacopea fondata su regole alimentari e sull'impiego di sostanze naturali, offerte principalmente dai laici. La *materia medica* comprendeva, ad esempio, alimenti come burro chiarificato, olio, miele, melassa, insieme a estratti vegetali e radici. Inoltre, la figura del monaco-guaritore, incaricato della cura fisica e del supporto dei malati, assumeva un ruolo cruciale. A tal proposito, Zysk (1991: 41-42) ricorda come, in alcune comunità, l'assistenza ai malati fosse tanto importante da prevedere il passaggio della ciotola del defunto – simbolo della vita monastica – a colui che se ne era preso cura.

Alla luce di ciò, risulta dunque chiaro che l'interesse del buddhismo per la medicina non sia né occasionale né secondario, bensì profondo e strutturato. Ciò rende imprescindibile un'analisi delle modalità attraverso cui l'argomentazione medica del buddhismo antico sia giunta e si sia integrata con la tradizione cinese. Nonostante l'introduzione del buddhismo in Cina è generalmente fatta risalire alla dinastia Han, fu nei secoli successivi che tale dottrina si radicò ufficialmente, fondendosi gradualmente con la civiltà cinese. Questo tuttavia non fu un processo passivo: al contrario, fu uno scambio vivace di idee e pratiche, attraverso il quale il buddhismo si integrò con vari aspetti della cultura locale (BIANCHI 2018: 402). Un elemento centrale nella diffusione del buddhismo furono le vie della seta, che permisero il flusso di testi, merci e conoscenze tra India e Cina.

In questo contesto, i traduttori svolsero un ruolo essenziale, rendendo accessibile un vasto repertorio di testi che influenzarono profondamente la cultura cinese. Le prime traduzioni, risalenti all'epoca Han e ai periodi dei Tre Regni (SAN Guo 三國, 221-65) e dei Jin Occidentali (Xi Jin 西晉, 265-316), sono dette "traduzioni antiche" (*guyi* 古譯). Pur essendo poco raffinate, esse segnarono l'inizio della trasmissione buddhista. Tra i primi traduttori ricordiamo An Shigao 安世高 (ca. 148-70) e Lokakṣema (ZHI Lou-

jiachen 支萎迦讖, II secolo). Successivamente, durante le Dinastie del Sud e del Nord (NAN Bei Chao 南北朝, 316-589), si svilupparono le “traduzioni vecchie” (*jiuyi* 舊譯), realizzate da équipe di traduttori che crearono una vera lingua letteraria buddhista. In questo periodo operarono Kumārajīva (Jiumoluoshi 鳩摩羅什, 344-413), Dharmakṣema (Tanwuchen 晉無讖, 385-433), Buddhabhadra (Fotuobatuoluo 佛陀跋陀羅, 359-429) e Paramārtha (Zhendi 眞諦, 499-569; BIANCHI 2018: 407-13).

Con la diffusione delle traduzioni, si affermarono anche le pratiche meditative: nel V secolo si ha testimonianza di maestri di meditazione che godevano di prestigio per le loro abilità. Come evidenzia Greene (2021: 17), fu proprio a partire dagli inizi del V secolo che la meditazione inizia a essere concepita come un aspetto da poter apprendere teoricamente e praticare. Tale concezione permise inoltre di gettare le basi per un contesto in cui si inserì la produzione di manuali di meditazione che, lunghi da intendersi come traduzioni dirette da testi indiani, figuravano come compilazioni a metà tra traduzioni e prodotti *ex novo*, natura che garantì loro uno *status* di prestigio in quanto accessibili a un pubblico specializzato (GREENE 2021: 95). Tra questi, ricordiamo il *Sūtra sulla concentrazione della meditazione seduta* (*Zuo chan sanmei jing* 坐禪三昧經) di Kumārajīva che, non corrispondendo ad alcuna categoria bibliografica indiana, si presenta come una preziosa fonte per la comprensione dell’esperienza meditativa buddhista in Cina (GREENE 2021: 16). Inoltre, tra VI e X secolo si sviluppò una terminologia stabile grazie alle “traduzioni nuove” (*xinyi* 新譯).

Oltre a ciò, pellegrini cinesi come Xuanzang 玄奘 (602-64) e Yijing 義淨 (635-713) viaggiarono in India per recuperare testi mancanti in Cina e tradurli; anche Faxian 法顯 (ca. 336/45-418/23) compì un viaggio simile, lasciando importanti resoconti. Lo stesso Yijing, ad esempio, fornì dettagliate informazioni su norme igieniche monastiche e pratiche di cura del corpo osservate nei monasteri di Nālandā (BIANCHI 2018: 408-23). Complessivamente, tutto questo materiale confluirà nel Canone buddhista cinese, già sistematizzato nel VI secolo.

Traduzioni e testi di meditazione ebbero un impatto significativo anche sulla medicina cinese locale, poichè numerosi testi buddhisti trasmessi in Cina contenevano nozioni mediche (LONG DARUI 2007). Un contributo notevole è rappresentato dai manoscritti ritrovati a Dunhuang 敦煌 (nord-ovest della Cina), che includono oltre ottanta documenti di contenuto medico. Come osservano Heirman e Torck (2012: 4), il trasferimento culturale di tali conoscenze comportò inevitabili adattamenti e trasformazioni,

dando origine a nuove forme di pratiche. In questo processo, il lessico e i concetti buddhisti furono rielaborati attraverso tecniche traduttive specifiche, come la translitterazione, la resa semantica o l'uso di termini equivalenti. Tali strategie, secondo Salguero (2010, 2022), evidenziano la natura dinamica e flessibile del sapere medico buddhista, che tra VI e VIII secolo giunse a consolidare i propri principi fondamentali nel contesto culturale cinese.

In ogni caso, il linguaggio buddhista incarna un'argomentazione medica non occasionale ma strutturale, volta non tanto a offrire consigli per il benessere fisico in senso stretto, quanto a promuovere un insieme di rettitudini che investono la sfera dell'azione, dell'intenzione e del linguaggio. Consolidata, in tal senso, è l'interpretazione delle quattro nobili verità, fondamento dottrinale del buddhismo, secondo un modello di tipo medico (DIVINO 2022) che presenta, a sua volta, notevoli affinità con la logica della medicina "tradizionale" cinese. In particolare, la "verità del patema" (cin. *kudi* 苦諦; san. *duḥkha-satya*) si rifà all'anamnesi, che nella medicina "tradizionale" cinese si articola nei quattro metodi diagnostici. La "verità dell'origine del patema" o "verità dell'accumulo del patema" (cin. *jidi* 集諦; san. *samudaya-satya*) corrisponde all'eziologia che, nel contesto "tradizionale", prende in esame le cause interne (come il *qi* patogeno e le reazioni emotive smodate) ed esterne (come i "sei fattori esogeni"). La "verità dell'estinzione del patema" (cin. *miedi* 滅諦; san. *nirodha-satya*) può essere letta come una forma di prognosi, collegandosi alla valutazione del *qi* e al riequilibrio di *yin-yang* nel sistema "tradizionale". Infine, la "verità della via" (cin. *daodi* 道諦; san. *mārga-satya*), tracciando un percorso verso l'affrancamento dai patemi, assume la funzione di terapia, che nella medicina "tradizionale" cinese comprende interventi invasivi, *materia medica* ed esercizi fisici e respiratori<sup>10</sup>.

In aggiunta, il buddhismo introduce un ampio *pantheon* di divinità dai poteri curativi, rituali, recitazioni di formule, costruzione di talismani e pratiche meditative. Nello specifico, *bodhisattva* come Guanyin 觀音 (Avalokiteśvara) e Puxian 普賢 (Samantabhadra) erano celebrati per le loro capacità curative ed erano spesso inseriti in particolari contesti rituali, in cui figuravano formule e gesti simbolici volti a garantire salute e longevità (BIRNBAUM 1989). Il desiderio di un'esistenza duratura, tanto quantitativa quanto qualitativa, era infatti ben radicato nella cultura cinese. Atto a estendere la durata di vita era anche l'impiego di brevi gruppi di parole dal forte valore sonoro (*dhāraṇī*) che, a partire dal VII secolo, si diffusero attraverso testi di carattere esoterico<sup>11</sup>.

L'introduzione del buddhismo in Cina diviene così veicolo di un vivace scambio interculturale, che ha dato in seguito origine a sviluppi dottrinali prettamente cinesi (CHEN Ming 2013). Oltre ai testi tradotti o ai manuali di meditazione, si svilupparono difatti correnti di pensiero denominate *zong* 宗 (“linea ancestrale”, “lignaggio spirituale”). Tali circoli non erano rigidi né settari: i monaci potevano seguire più insegnamenti contemporaneamente. Solo sotto la dinastia dei Song Settentrionali (Bei Song 北宋, 960-1127) il governo cercò di formalizzare l'associazione tra monasteri e lignaggi. I principali sviluppi dottrinali si concentrarono nelle tradizioni Tiantai, Huayan 華嚴, Chan 禪 e Terra Pura (*jingtu* 淨土). La Tiantai, di cui Zhiyi è il maggior esponente, si distinse per la sistematizzazione delle scritture buddhiste secondo un ordine gerarchico mediante la teoria della “classificazione degli insegnamenti” (*panjiao* 叛教), che poneva al vertice il *Sūtra del Loto*. La Huayan, incentrata sul *Sūtra della Ghirlanda*, valorizzò nello specifico una rivalutazione della realtà fenomenica, influenzando così anche il Chan (BIANCHI 2018: 426). Quest'ultimo, che fiorì soprattutto sotto i Song 宋 (960-1279), diede principale importanza alla meditazione e alla trasmissione diretta dell'insegnamento da maestro a discepolo. La Terra Pura, invece, si fondava sul culto del Buddha Amitābha e sulla speranza di rinascita nella sua terra di beatitudine.

Dalla fine della dinastia Tang e con l'inizio dei Song, la produzione in lingua cinese aumentò, mentre le traduzioni si fecero sempre più marginali. In questo modo, il Canone buddhista cinese si ampliò notevolmente. Quanto all'ambito medico, la dialettica buddhista giunta in Cina risulta intrinsecamente connessa all'atto terapeutico, sia nella sua forma pratica sia in senso metaforico e, integrata con il pluralismo medico “tradizionale”, dà così origine a nuove forme di conoscenza.

### *Note sul “patema” e la sua “cura”*

Al centro della dialettica buddhista si colloca il riconoscimento di una particolare condizione intrinseca all'esistenza umana, da cui prende forma un lessico complesso, volto ad articolarne e approfondirne la descrizione. Il termine sanscrito *duḥkha* (*ku* 苦) non si limita, infatti, a indicare un patema contingente, ma esprime una condizione di “disagio” o “profonda insoddisfazione” originata dall’“impermanenza” (cin. *wu chang* 無常; san. *anitya*). Questa condizione, tuttavia, non va interpretata in chiave pessimista, bensì realista, poiché rivela la vera realtà e natura delle cose.

L'esistenza, dunque, da un lato è segnata dall'inesorabile incedere del cambiamento, che si intreccia con il "ciclo ordinario di nascita e morte" (*samsāra*); dall'altro, l'insegnamento buddhista si propone di indagare la natura e la genesi di questa condizione. In tale prospettiva, la malattia si presenta come una manifestazione di *duḥkha*: essa può insorgere per l'indebolimento del corpo, soggetto a invecchiamento e deperimento, per effetto di sforzi fisici eccessivi, abitudini scorrette o mutamenti esterni. In questo contesto, il *karma* (*ye* 業) riveste un ruolo cruciale: strettamente connesso alla rigenerazione dell'esistenza fenomenica, agisce all'interno dell'incessante processo della "coproduzione condizionata" (cin. *shi er yin yuan* 十二因緣; san. *pratītyasamutpāda*), risultando responsabile del sopraggiungere delle malattie (BIRNBAUM 1989: 9).

Nel complesso, il corpo, in relazione a *duḥkha*, assume una centralità tanto in ambito medico, dove una conoscenza approfondita risulta imprescindibile, quanto nel contesto del pensiero buddhista. Esso è fonte di profonda insoddisfazione, poiché genera attaccamento; si configura come manifestazione evidente dei "sintomi" (cin. *xiang* 相; san. *lakṣaṇa/nimitta*)<sup>12</sup> della malattia, determinati da fattori ambientali e mentali; è oggetto e mezzo attraverso cui raggiungere il distacco, nell'ambito dell'osservazione delle sue impurità<sup>13</sup>.

Ne consegue che alla condizione di "disagio" corrisponde l'esistenza di una "cura". Estirpando *trṣṇā* (*ai* 愛) – la "sete", il "desiderio bramoso" che costituisce la radice di *duḥkha* – si giunge dunque alla cessazione di qualsiasi patema. A tal fine, il Buddha propone il perseguimento dello "scioglimento dei legami", condizione necessaria per sottrarsi a nuove costruzioni di identità (LO TURCO 2018: 37). Al riconoscimento della condizione di insoddisfazione si affianca quindi l'esistenza di un percorso terapeutico.

Da un lato, emerge una natura fortemente pratica della cura. La tradizione buddhista illustra infatti vari rimedi preventivi e terapeutici, quali l'uso di *materia medica*, amuleti, tecniche di meditazione, rituali e recitazione di testi. In tali pratiche, inoltre, la condotta morale assume un ruolo di primaria importanza, poiché l'impegno e la diligenza si configurano come fattori capaci di migliorare la propria condizione nella vita presente o nelle prossime esistenze, favorendo la generazione di "meriti" (*fu* 福; BIRNBAUM 1989: 3-8). Dall'altro lato, trascendendo la dimensione pratica, il processo di cura può essere inteso anche come percorso di coltivazione e perfezionamento. In tal senso, il Buddha è spesso metaforicamente presentato come il sommo medico, il cui "insegnamento" (cin. *fa* 法; san.

*dharma*) simboleggia la medicina, mentre gli esseri senzienti incarnano i pazienti.

Più precisamente, il percorso – o la terapia – che conduce alla cessazione di *duḥkha* si articola nelle pratiche del “nobile ottuplice sentiero” (cin. *ba sheng dao* 八聖道 o *ba zheng dao* 八正道; san. *ārya aṣṭāṅgika mārga*). In tale contesto, la meditazione rappresenta un aspetto fondamentale nella concezione della terapia buddhista (Lo TURCO 2018: 57-59) e, parte integrante del cammino del *bodhisattva* (*pusa* 菩薩) nei termini delle “sei perfezioni” (cin. *liu boluomi* 六波羅蜜; san. *śat-pāramitā*) nella tradizione Mahāyāna, essa implica l’osservazione di un oggetto che suscita meraviglia e ammirazione.

### *Un discorso sui respiri*

Zhiyi nacque a Jingzhou 荊州, nell’odierna provincia dell’Hubei, e visse a cavallo tra le dinastie Chen 陳 (557-89) e Sui 隋 (589-618). Sostenuto da entrambi i regimi, la sua figura riflette il crescente interesse nei confronti del buddhismo. La riunificazione promossa dai Sui, poi stabilizzata sotto i Tang, costituì infatti un fattore determinante per la diffusione del buddhismo nel territorio cinese. Fu proprio dopo la caduta della dinastia Chen che Zhiyi fece ritorno a Jingzhou, dove, nel 592, fondò il tempio Yuquan 玉泉寺, luogo in cui espose i suoi insegnamenti, confluiti due anni più tardi nella redazione del *MHZG* (HURVITZ 1980; SHINOHARA 1992).

Quest’opera, che si configura come un manuale di meditazione ricco di riferimenti dottrinali buddhisti in generale, presenta un metodo volto a guidare il praticante verso una reale comprensione della realtà, definita da Zhiyi come “insegnamento perfetto” (*yuan jiao* 圓教). Nello specifico, l’opera di cui disponiamo oggi, terza e ultima edizione, è articolata in dieci capitoli: i primi cinque offrono le fondamenta teoriche, mentre il sesto e, in particolare, il settimo si dedicano alla descrizione della pratica meditativa (SWANSON 1989). Il settimo capitolo, sebbene incompleto, costituisce circa due terzi dell’intera opera e illustra, nei termini di “dieci oggetti di meditazione”, una meditazione definita *zhiguan* 止觀, in cui i due momenti di *śamatha* e *vipaśyanā* del buddhismo antico risultano integrati (KANTOR 2002; POCESKI 2020). *Zhiguan*, infatti, rappresenta un esercizio meditativo in cui l’atto del silenziare è simultaneo all’osservazione attenta. Tra questi dieci temi di meditazione figura la malattia, analizzata all’interno di un articolato repertorio di pratiche, che comprendono visualizzazioni, rituali di pentimento, recitazione di *mantra* e tecniche di controllo del respiro.

Queste pratiche, che attingono a tradizioni differenti, testimoniano l'integrazione di concetti e terminologie proprie della medicina "tradizionale" cinese all'interno di una cornice buddhista.

Nel *MHZG* la malattia viene indicata con due termini principali, *bing* 痘 (o talvolta *binghuān* 痘患) e *ji* 疾, utilizzati in modo quasi intercambiabile in riferimento a uno stato generico di malattia. L'espressione *bing* ricorre frequentemente per indicare i sintomi della malattia, per classificare patologie legate a cause specifiche e per designare il tema di meditazione. In questo senso, si riferisce dunque a una condizione di afflizione generale. Parallelamente, *ji*, quando associato al "corpo" (*shen* 身), evoca l'idea di una manifestazione corporea di una particolare condizione di squilibrio. In ogni caso, entrambi i termini rinviano alla nozione di *ku*, facendo sì che la malattia venga concepita come una condizione intrinseca all'esistenza, in quanto determinata dalle leggi di causalità e inevitabilmente connessa alla presenza di un corpo fisico<sup>14</sup>. Difatti, la visione di un corpo soggetto alla retribuzione *karmica*, e quindi vincolato all'atto della nascita, può costituire un ostacolo al progresso meditativo. Inoltre, accanto a *bing* e *ji*, emerge anche *fannao* 煩惱 (o *nao* 惱), termine che, propriamente buddhista e caratterizzato da un ampio campo semantico, sembra indicare un'"afflizione" legata a specifiche cause, fungendo da categoria generale entro cui inserire vari tipi di patemi.

Tuttavia, se correttamente compresa, tale condizione può essere trasformata in uno strumento funzionale al percorso meditativo. In un primo momento, la malattia viene dunque presentata come parte degli ostacoli legati alla "retribuzione *karmica*" (*bao* 報) e viene altresì annoverata tra i "demoni della morte" (*si mo* 死魔), in quanto causa potenzialmente mortale (SWANSON 2018: 754). In ogni caso, poiché legata al corpo fisico, essa viene concettualizzata in termini somatici come risultato di uno squilibrio dei quattro elementi (terra, aria, fuoco e acqua), i quali assumono un ruolo centrale nella pratica meditativa, profilando così un'interconnessione tra la meditazione buddhista e la sfera medica.

Nel *MHZG*, la trattazione dell'esperienza della malattia si fonda su una duplice struttura interpretativa: da un lato i cinque organi pieni della medicina "tradizionale" cinese, dall'altro i quattro elementi della tradizione buddhista. Tale approccio permette di articolare le cause della malattia, delineandone l'eziologia attraverso entrambi i sistemi. Ad esempio, la patogenesi viene spiegata mediante i dodici anelli della coproduzione condizionata, mentre viene applicata contestualmente la categorizzazione binaria

*yin-yang*. Nello specifico, oltre allo squilibrio dei quattro elementi, le cause della malattia comprendono il consumo eccessivo di bevande e cibi, una pratica meditativa scorretta, l’azione di demoni e spiriti, l’influenza di Māra e, infine, gli effetti dell’azione *karmica*. Per queste forme di malattia – ritenute distruttive in quanto annientano la concentrazione meditativa – vengono proposti specifici metodi terapeutici volti a trattare la condizione patologica. Nel caso in cui tali disturbi si manifestino, il *MHZG* propone di fatti un ventaglio di rimedi da applicare in base alla natura della patologia e alle capacità dell’individuo.

Tra questi, risulta interessante l’esposizione dei sei respiri *qi*, ossia *chui* 吹, *hu* 呼, *xi* 嘸, *he* 呴, *xu* 嘘 e *shi* 嘒 che, propri della medicina “tradizionale” cinese, devono essere immaginati dal praticante attraverso un approccio analitico. Sebbene il testo non fornisca descrizioni dettagliate delle modalità di immaginazione, particolare attenzione è invece posta sugli effetti benefici derivanti dalla loro esecuzione. A tal proposito, il testo recita:

[...] Se è freddo, si impieghi *chui* come se si stesse espellendo del fuoco; (se) è caldo, si impieghi *hu*; (se) le centinaia di articolazioni sono doloranti, si impieghi *xi*, che cura anche (le malattie) del vento; se vi sono gonfiori irritanti e *qi* crescente, si impieghi *he*; se vi è un eccesso di muco, si impieghi *xu*; se si è affaticati, si impieghi *shi*. (L’utilizzo dei) sei *qi* per curare (le malattie) dei cinque organi pieni (può essere riassunto come segue): *he* cura il fegato; *hu* e *chui* curano il cuore; *xu* cura il polmone; *xi* cura i reni; *shi* cura la milza. E ancora, i sei *qi*, (se impiegati insieme,) possono curare un organo pieno: se l’organo è freddo, si impieghi *chui*; se è caldo, si impieghi *hu*; se è dolorante, si impieghi *xi*; se è vessato, si impieghi *xu*; se è affaticato e privo di energia, si impieghi *shi*. Lo stesso vale per gli altri quattro organi pieni. Inoltre, espirare dalla bocca elimina il freddo, (mentre espirare) dal naso elimina il calore interno. [...] Espirare dalla bocca elimina il calore, (mentre espirare) dal naso porta (aria) fresca all’interno. *Xi* (che esce) dalla bocca elimina il dolore rimuovendo il vento, mentre (*xi* che entra) dal naso porta calma e armonia all’interno. *He* (che esce) dalla bocca elimina le vessazioni, mentre il *qi* (che circola) nelle zone inferiori (del corpo) fa disperdere il muco. [...] *Xu* elimina i gonfiori, portando calma all’interno (mediante l’inspirazione dal) naso. *Shi* elimina la stanchezza, portando armonia all’interno (mediante l’inspirazione dal) naso. Si spiri e inspiri attentamente, evitando gli eccessi. (Se ciò) viene fatto correttamente, con incrementi e decrementi adeguati in base alla situazione, non solo si potranno curare le proprie malattie, ma si potrà anche aiutare gli altri<sup>15</sup>.

Queste sei tipologie di respiro risultano pertanto collegate al *qi* di un particolare organo e prendono il nome da una sillaba, la cui produzione ricorda il suddetto respiro. Il respiro *he*, ad esempio, definito anche come “respiro caldo”, si riferisce alla produzione di un respiro forte a bocca aperta e

viene impiegato per espellere calore, mentre il respiro *chui* consiste in una decisa espulsione d'aria attraverso le labbra leggermente socchiuse ed è associato a un'azione più diretta e mirata. Il respiro *hu*, invece, si configura come una semplice espirazione, più neutra e regolare, che richiama una condizione di equilibrio interno e armonizzazione. Il respiro *xu* si realizza mantenendo la bocca aperta in modo da favorire una gentile espulsione dell'aria direttamente dai polmoni; il respiro *xi*, a sua volta, si caratterizza per una lieve espirazione con la bocca appena dischiusa, che promuove l'espulsione dell'aria proveniente dall'interno del corpo. Infine, il respiro *shi* si presenta come un'espirazione dolce e rilassata, in grado di far fluire l'aria dalle labbra leggermente aperte in modo naturale (DESPEUX 2006).

Da questa esposizione emerge chiaramente come l'attenzione sia esclusivamente posta sull'espirazione, considerata come veicolo attraverso cui modulare, dirigere ed equilibrare il *qi*. Difatti, è in termini di qualità e modalità di espirazione che le diverse tipologie di respiro si distinguono tra loro: ogni suono-sillaba si configura dunque come una guida funzionale, che riflette la natura del respiro e la sua risonanza fisiologica. In tal senso, la produzione di questi sei respiri, intesi singolarmente come un processo consapevole e mirato che si adatta alla condizione del corpo e dell'organo interessato, assume una valenza terapeutica.

Ai sei *qi*, Zhiyi aggiunge i dodici respiri *xi*, anch'essi generati attraverso un esercizio di immaginazione:

[...] Impiegare il respiro per curare le malattie in contrasto con le otto percezioni tattili è (come segue): se a causa della percezione di 'pesantezza' insorgono le grandi malattie della terra, ci si avvalga principalmente dell'espirazione per curarle; se si genera la percezione di "leggerezza", che dà origine alle malattie del vento, ci si avvalga principalmente dell'inspirazione per curarle; se si genera la percezione di "freddo", che dà origine alle malattie dell'acqua, ci si avvalga principalmente dell'espirazione per curarle; se si genera la percezione di "caldo", che dà origine alle malattie del fuoco, ci si avvalga principalmente dell'inspirazione per curarle. Il resto va inteso allo stesso modo. [...] Inoltre, vi sono le distinzioni riguardanti l'utilizzo di dodici (tipologie di) respiro, ovvero (il respiro) superiore, (il respiro) inferiore, (il respiro) bruciato, (il respiro) profondo, (il respiro) crescente, (il respiro) decrescente, (il respiro) freddo, (il respiro) caldo, (il respiro) veloce, (il respiro) mantenuto, (il respiro) armonioso e (il respiro) supplementare. [...] Il respiro superiore cura le gravose malattie della terra; il respiro inferiore cura le fluttuanti malattie del vento; il respiro bruciato cura i gonfiori; il respiro profondo cura gli emaciamenti; il respiro crescente permette l'aumento dei quattro elementi. [...] Il respiro decrescente elimina tutte le malattie della membrana del cuore; il respiro freddo cura la febbre;

il respiro caldo cura i brividi; il respiro veloce cura le ostruzioni intestinali e i gonfiori (causati da) sostanze velenose; il respiro mantenuto cura i tremori e i turbamenti; il respiro supplementare cura le carenze; il respiro armonioso equilibra i quattro elementi. [...]<sup>16</sup>.

Come evidenzia Salguero (2014: 104), le dodici tipologie di respiro menzionate nel *MHZG* rinviano a tecniche di controllo del respiro (*prāṇāyāma*) proprie della medicina indiana e impiegate per promuovere la concentrazione meditativa. A conferma di ciò, nel *Classico di medicina interna dell'Imperatore Giallo* non si rinviene alcun richiamo a tali pratiche. Lo stesso *MHZG* impiega due termini distinti per riferirsi alle due tipologie di respiro, suggerendo così la consapevolezza della loro differente origine e funzione: da un lato il termine *qi*, dall'altro l'espressione *xi*, a indicare due approcci metodologici differenti. I sei *qi* sono difatti proposti come rimedio per le patologie dei cinque organi pieni, coerentemente con l'impianto teorico della medicina “tradizionale” cinese. I dodici respiri *xi*, invece, sono connessi alle otto percezioni tattili e figurano come un metodo di cura per i disordini dei quattro grandi elementi.

Tuttavia, come osserva Chen Dixuan (2024: 124-26), i dodici respiri *xi* presentano una strutturazione sistematica e un livello di elaborazione teorica che li distingue nettamente dalla tradizione indiana. Questo perché *Zhiyi* li inserisce all'interno di un impianto dottrinale organico e coerente. Difatti, tale sistematizzazione potrebbe rappresentare una delle prime testimonianze di codificazione completa di questi respiri, a differenza del panorama indiano dove invece appaiono in forme frammentarie. Tale discontinuità può essere compresa considerando lo sviluppo non lineare delle pratiche di *prāṇāyāma*, le quali si sono progressivamente modellate sotto l'influsso di differenti contesti filosofico-religiosi e attraverso una trasmissione prevalentemente orale (CHEN Dixuan 2024).

In definitiva, ciò che preme sottolineare in questa sede è che entrambi i sistemi, *qi* e *xi*, contribuiscono a delineare un quadro terapeutico in cui saperi differenti vengono integrati in funzione del medesimo percorso meditativo.

### *Considerazioni conclusive: meditazione come terapia*

Nel complesso, il *MHZG* delinea un cammino mahāyānico in cui la meditazione viene coltivata all'interno del percorso del bodhisattva. In questo contesto, la malattia, se compresa come simultaneamente priva di esistenza

intrinseca e convenzionalmente reale, perde ogni consistenza ontologica e si configura come un'illusione che altera la percezione della realtà così com'è. Secondo questa prospettiva, tale esperienza è comune a tutti gli esseri non ancora risvegliati e, per superarla, la pratica buddhista offre strumenti volti ad affrontare le afflizioni patologiche, intese come espressioni delle distorsioni che ostacolano una corretta comprensione del reale (SKORUPSKI 1999).

Il tema della malattia risulta così intimamente connesso tanto al sistema dottrinale elaborato da Zhiyi – come l'indissolubile binomio *zhiguan* – quanto ad alcuni dei principali assunti del buddhismo, quali i dodici anelli della coproduzione condizionata, le quattro nobili verità e la legge del *karma*. La meditazione, infatti, se non correttamente guidata, può generare squilibri somatici e favorire l'insorgenza di patologie; per questo motivo, il percorso di coltivazione presuppone una stretta integrazione tra prassi meditativa e cura del corpo. I metodi impiegati per affrontare disturbi fisici – come lo squilibrio dei quattro elementi o l'abuso di alimenti e bevande – sono concepiti come fasi propedeutiche al raggiungimento di specifici stati di assorbimento meditativo (*dhyāna*).

Il dialogo tra “meditazione” e “medicina” genera così un sistema concettuale e linguistico che, nel *MHZG*, si esprime sia attraverso l’adozione di un lessico proprio della medicina “tradizionale” cinese per descrivere e classificare le patologie, sia mediante l’impiego di un vocabolario buddhista per delineare un metodo terapeutico inserito in un più ampio processo di coltivazione e perfezionamento. La coesistenza dei due sistemi è evidente, come illustrato dai sei *qi* e dai dodici respiri *xi*, entrambi inclusi tra i metodi di cura.

Se nel buddhismo le tecniche di controllo del respiro si configurano come strumenti che supportano il raggiungimento degli stati di assorbimento meditativo, Zhiyi impiega le pratiche *qi* e *xi* con una finalità terapeutica esplicita, mirata al raggiungimento di uno stato di benessere psico-fisico. Inserite in un paradigma che procede dalla diagnosi alla definizione della terapia, tali pratiche si configurano dunque come veri e propri strumenti terapeutici, nei quali la dimensione somatica si intreccia strettamente con quella soteriologica. Il respiro viene così concepito anche come «a diagnostic tool» (CHEN Dixuan 2024: 121) e il testo, nel complesso, si distingue per una forte componente medica, evidente a livello terminologico e nell’impiego di pratiche dal potenziale terapeutico.

In definitiva, nel *MHZG* i respiri *qi* e *xi* testimoniano l'eterogeneità del panorama medico nella Cina medievale e, facenti capo a due sistemi medici distinti, risultano in una sintesi originale. In tal senso, il concetto di *cura* implica tanto il superamento di una condizione patologica in senso strettamente fisico quanto uno stato in cui si attua la comprensione della realtà così com'è.

### Note

<sup>(1)</sup> Nel presente contributo si è scelto di utilizzare, pur con le dovute cautele, il termine “tradizionale” in riferimento alle pratiche mediche sviluppate in Cina, consapevoli della sua natura convenzionale e della problematicità insita in tale definizione. L'espressione ha difatti acquisito ampia diffusione in epoca moderna, in particolare a partire dalla fondazione della Repubblica Popolare Cinese (1949), come etichetta per designare pratiche mediche di origine premoderna, quali, ad esempio, l'agopuntura. Tuttavia, come osservato da Sivin (1987), ciò che, a posteriori, viene denominato “tradizionale” si discosta in misura significativa dalle pratiche effettivamente adottate in passato. In ogni caso, al fine di garantire chiarezza terminologica e distinguere tali saperi da quelli introdotti successivamente in Cina con il buddhismo, si è ritenuto opportuno mantenere l'uso del termine “tradizionale”, delimitandone l'impiego mediante l'uso delle virgolette.

<sup>(2)</sup> Quanto al termine *wu*, questo viene solitamente utilizzato per ciò che, a posteriori, si definisce “sciamano”. In realtà, il fenomeno dello sciamanesimo viene circoscritto e analizzato solo in epoca moderna, periodo in cui vi sono precisi dati etnografici che permettono di descrivere tale fenomeno. Per il periodo antecedente è pertanto scorretto parlare di sciamanesimo, ma risulta più opportuno parlare di “archeologia dello sciamanesimo” o “proto-sciamanesimo”. Per studi e approfondimenti riguardo al fenomeno dello sciamanesimo, si rimanda a ELIADE (1964) e STUTLEY (2003).

<sup>(3)</sup> Nello specifico, entrambe le sezioni si compongono di ottantuno capitoli. Le *Questioni fondamentali* esaminano i metodi diagnostici e le principali modalità terapeutiche, mentre il *Perno spirituale* tratta in modo sistematico la pratica dell'agopuntura. Per una traduzione del testo, con particolare attenzione alla sezione delle *Questioni fondamentali*, si rimanda all'edizione curata da UNSCHULD, TESSENOW (2011).

<sup>(4)</sup> Il testo originale, andato perduto, è il *Classico sulle malattie febbrili causate dal freddo* (*Shanghan zabing lun* 傷寒雜病論), compilato da Zhang Zhongjing 張仲景 (150-219) verso la fine della dinastia Han. In epoca successiva, Wang Shuhe 王叔和 (180-270) ne curò una ricostruzione, dando origine a due opere distinte: il *Classico sulle malattie causate dal freddo* e le *Prescrizioni contenute nel cofanetto d'oro* (*Jingui yaolue* 金匱要略; COOK 2023: 2-7).

<sup>(5)</sup> Per approfondimenti sul *neidan* e le sue origini, si rimanda a PREGADIO (2006).

<sup>(6)</sup> Il *Commentario di Zuo* costituisce il terzo commentario agli *Annali delle Primavere e degli Autunni* (*Chunqiu* 春秋) e la sua compilazione è generalmente collocata nella seconda

metà del IV secolo a.C. Gli *Annali di Lü Buwei*, invece, sono un'opera redatta intorno al 239 a.C. sotto la supervisione di Lü Buwei 呂不韋, letterato del regno di Qin 秦.

<sup>(7)</sup> Nel testo si adottano le espressioni “organi pieni” e “organi cavi” in riferimento alle funzioni che tali strutture svolgono secondo la medicina “tradizionale” cinese: i primi come sedi di immagazzinamento, i secondi come canali di trasformazione e trasporto delle sostanze. Inoltre, particolare attenzione merita il “triplice focolare”, l'unico organo che non trova corrispondenza sul piano anatomico, ma prende il nome dalla sua posizione. Si riteneva infatti che questo fosse articolato in tre sezioni e che si trovasse contemporaneamente in tre diverse parti del corpo (inferiore, centrale e superiore), con la funzione di trasformazione e distribuzione delle sostanze vitali.

<sup>(8)</sup> Si adotta qui il termine “medicina indiana” in senso ampio, ma con la consapevolezza delle sue articolazioni storiche, come precisato da Zysk (1993: 1-7). È infatti opportuno tenere a mente le sue fasi evolutive: la cosiddetta “medicina preistorica” o “pre-vedica” (ca. 2700 a.C.-1500 a.C.); la “medicina vedica” (II millennio a.C.); l’Āyurveda. Quest’ultima, secondo l’autore, non sarebbe il risultato della tradizione vedica, bensì l’esito di conoscenze trasmesse all’interno di comunità di asceti itineranti.

<sup>(9)</sup> Ringrazio il revisore anonimo per le precisazioni e le preziose indicazioni sull’Āyurveda. Per quanto riguarda i tre umori dell’Āyurveda, si segnala lo studio di Divino (2025), che esamina l’articolazione di tale teoria nel Canone pāli attraverso un confronto testuale tra la tradizione indiana e quella greca, seguendo l’ipotesi di radici indoeuropee. Sui tre umori, inoltre, si menziona il confronto proposto da Friedlander (2010: 57-58) tra questi e i tre veleni del buddhismo, secondo cui vento, bile e flegma, pur non corrispondendo perfettamente, risultano intimamente legati a bramosia, avversione e ignoranza, le tre afflizioni fondamentali del pensiero buddhista.

<sup>(10)</sup> In merito alla connessione tra la medicina “tradizionale” cinese e la medicina buddhista, così come messa in luce in questa sezione, si ritiene opportuno sottolineare che si tratta di un ambito tanto ampio quanto stimolante. Pertanto, non potendo essere trattato in modo esaustivo nel presente contributo, esso rientra tra le prospettive di ricerca future.

<sup>(11)</sup> Nello specifico, il termine *dhāraṇī* designa brevi gruppi di parole dal forte valore sonoro, proprie della tradizione buddhista. In cinese il termine *dhāraṇī* può apparire mediante la traslitterazione *tuoluoni* 陀羅尼; tramite la resa semantica *zongchi* 總持, che allude alla funzione di “trattenere le parole del Buddha”; oppure tramite la traduzione “formula” o “formula divina” (*zhou* 咒 o *shenzhou* 神咒; SALGUERO 2010: 59–62). Per un approfondimento sul ruolo e la diffusione delle *dhāraṇī* nella Cina medievale, si rimanda a COPP 2014.

<sup>(12)</sup> Per la resa del termine, solitamente tradotto come “caratteristica” o “segno”, si segue la proposta di Friedlander (2010: 55) che lo rende con “sintomo”, in quanto espressione di un preciso stato patologico.

<sup>(13)</sup> In questo caso, si fa riferimento alla “meditazione sulle impurità del corpo” (cin. *bijing guan* 不淨觀; san. *asubhā*) che permette di generare distacco e repulsione a partire dal riconoscimento della natura impura dei costituenti corporei. Per ulteriori ap-

profondimenti sulla meditazione *aśubhā*, si rimanda a DHAMMAJOTI (2021) e MOHR (2020).

<sup>(14)</sup> Si confronti, ad esempio, il *Da zhidu lun* 大智度論 (Commentario della *Mahāprajñāpāramitā*) [T no. 1509: 131b11-13] che recita: «Il saggio (Buddha) ha piena consapevolezza del fatto che “il corpo è l’origine della sofferenza e non è mai esente dalle malattie”. Qual è il motivo? (Il motivo) è che il corpo è (il risultato) dell’unione di terra, acqua, fuoco e vento che, per natura, si contrastano e si ostacolano a vicenda». Il testo in cinese è basato sull’edizione canonica *Taishō* [T no. 1509], la cui versione elettronica, curata dalla Chinese Buddhist Electronic Text Association (*CBETA*), è consultabile on-line: <https://cbetaonline.dila.edu.tw/zh/>. Nel presente contributo, tutte le traduzioni in italiano sono di chi scrive.

<sup>(15)</sup> [T no. 1911: 108b29-c15].

<sup>(16)</sup> [T no. 1911: 108c27-109a18].

## Bibliografia

### Abbreviazioni

*T*: *Taishō* (*Taishō Shinshū Daizōkyō* 大正新修大藏經), a cura di Takakusu Junjirō e Watanabe Kaigyoku, Tokyo, 1924-35.

### Fonti primarie

*Da zhidu lun* 大智度論 (Commentario della *Mahāprajñāpāramitā*) [T no. 1509].

*Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Grande trattato su *śamatha* e *vipaśyanā*) [T no. 1911].

### Fonti secondarie

BIANCHI E. (2018), *Il Buddhismo cinese*, pp. 401-61, in ROSSI D. (a cura di), *Fili di seta. Introduzione al pensiero filosofico e religioso dell’Asia*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma.

BIRNBAUM R. (1989), *The Healing Buddha*, Shambala, Boston.

CHEN DIXUAN (2024), *Inhaling Tradition, Exhaling Innovation: Controlled Breathing as Medicine in Tiantai Buddhism, “Studies in Chinese Religions”*, Vol. 10 (2): 115-150.

CHEN MING (2013), *Zhonggu yiliao yu wailai wenhua* 中古醫療與外來文化 (Medicina straniera e cultura nella Cina medievale), Peking University Press, Beijing.

CHEN YUN-JU (2022), *Yin, yang, and five agents (wuxing) in the Basic Questions and early Han (202 BCE-220 CE) medical manuscripts*, pp. 13-22, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.

*Chinese Buddhist Electronic Texts Association* 中華電子佛典協會 (*CBETA*), <https://www.cbeta.org> (consultato 11/2023-03/2025).

COOK C.A. (2023), *Medicine and Healing in Ancient East Asia: a View from Excavated Texts*, University Press, Cambridge.

- COPP P. (2014), *The Body Incantatory: Spells and the Ritual Imagination in Medieval Chinese Buddhism*, Columbia University Press, New York.
- DESPEUX C. (2006), *The Six Healing Breaths*, pp. 37-67, in KOHN L., *Daoist Body Cultivation: Traditional Models and Contemporary Practices*, Three Pines Press, Dunedin.
- DHAMMAJOTI K.L. (2021), *Meditative Experiences of Impurity and Purity-Further Reflection on the Aśubhā Meditation and the Śubha-Vimokṣa*, “Religions (Special Issue on Impurity Revisited: Contemplative Practices, Textual Sources, and Visual Representations in Asian Religions)”, Vol. 12 (2): 1-32.
- DÌ LU (2022), *History of Disease: Pre-Han to Qing*, pp. 217-29, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- DIVINO F. (2021), *Alcune note sul legame tra Buddhismo delle origini e pratica medica attraverso lo sguardo antropologico*, pp. 19-38, in DIVINO F., *Meditazione e Terapia. Dalle origini della pratica meditativa buddhista, all'indagine in etnopsichiatria sulle sue applicazioni cliniche*, Edizioni Diodati, Padova.
- DIVINO F. (2022), *Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista*, “AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica”, Vol. 54: 271-98.
- DIVINO F. (2023), *Elements of the Buddhist Medical System*, “History of Science in South Asia”, Vol. 11: 22-62.
- DIVINO F. (2025), *Humors and their Legacy in Early Buddhist Medicine: Revisiting the Indo-European Foundation of Medical Conceptions in the Pāli Canon*, “History of Science in South Asia”, Vol. 13: 1-49.
- ELIADE M. (1964), *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy* (Traduzione a cura di TRASK W.R.), Routledge and K. Paul, London.
- FRIEDLANDER P.G. (2010), *The Body and the World in Buddhism*, pp. 51-67, in BURNS COLEMAN E., WHITE K. (a cura di), *Medicine, Religion, and the Body*, Brill, Leiden.
- GREENE E.M. (2021), *Chan Before Chan. Meditation, repentance, and Visionary Experience in Chinese Buddhism*, University of Hawai'i Press, Honolulu.
- HARPER D. (1998), *Early Chinese Medical Literature: the Mawangdui Medical Manuscripts*, Kegan Paul International, London-New York.
- HEIRMAN A., TORCK M. (2012), *A Pure Mind in a Clean Body: Bodily Care in the Buddhist Monasteries of Ancient India and China*, Academia Press, Gent.
- HURVITZ L.N. (1980), *Chih-i (538-597): An Introduction to the Life and Ideas of a Chinese Buddhist Monk*, Institut Belge des Hautes Études Chinoises, Bruxelles.
- KANTOR H.R. (2002), *Contemplation: Practice, Doctrine and Wisdom in the Teaching of Zhiyi (538-597)*, “Inter-Religio”, Vol. 42: 21-37.
- LIU LIHONG (2019), *Classical Chinese Medicine*, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong.
- LONG DARUI (2007), *Buddhist Medicines in Chinese Literature*, “Hsi Lai Journal of Humanistic Buddhism”, Vol. 8: 201-221.
- LO TURCO B. (2018), *Buddhismo*, pp. 15-108, in ROSSI D. (a cura di), *Fili di seta. Introduzione al pensiero filosofico e religioso dell'Asia*, Ubaldini Editore, Roma.
- MOHR M. (2020), *Advanced Contemplation of the Impure: Reflections on a Capstone Event in the Meditation Sūtra*, “Religions (Special Issue on Impurity Revisited: Contemplative Practices, Textual Sources, and Visual Representations in Asian Religions)”, Vol. 11 (8): 1-24.
- POCESKI M. (2020), *Disappearing Act: Calmness and Insight in Chinese Buddhism*, “Journal of Chinese Religions”, Vol. 48 (1): 1-30.

- PREGADIO F. (2006), *Early Daoist Meditation and the Origin of Inner Alchemy*, pp. 121-58, in PENNY B. (a cura di), *Daoism in History: Essays in Honour of Liu Ts'un-yan*, Routledge, London.
- SALGUERO C.P. (2010), *Mixing Metaphors: Translating the Indian Medical Doctrine Tridosa in Chinese Buddhist Sources*, "Asian Medicine: Tradition and Modernity", Vol. 6: 55–74.
- SALGUERO C.P. (2014), *Translating Buddhist Medicine in Medieval China*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- SALGUERO C.P. (2018), *A Missing Link in the History of Chinese Medicine: Research Note on the Medical Contents of the Taishō Tripitaka*, "East Asian Science, Technology, and Medicine", Vol. 47 (1): 93-119.
- SALGUERO C.P. (2022), *Global History of Buddhism and Medicine*, Columbia University Press, New York.
- SHINOHARA K. (1992), *Guanding's Biography of Zhiyi, the Fourth Patriarch of the Tiantai Tradition*, pp. 97-116, in GRANOFF P., SHINOHARA K. (a cura di), *Speaking of Monks: Religious Biography in India and China*, Mosaic Press, Oakville-New York-London.
- SIVIN N. (1987), *Traditional Medicine in Contemporary China*, University of Michigan Center for Chinese Studies, Ann Arbor.
- SKORUPSKI T. (1999), *Health and Suffering in Buddhism: Doctrinal and Existential Considerations*, pp. 139-65, in HINNELL J.R., PORTER R. (a cura di), *Religion, Health and Suffering*, Kegan Paul International, London.
- STANLEY-BAKER M. (2022a), *Qi 氣: A Means for Cohering Natural Knowledge*, pp. 23-50, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- STANLEY-BAKER M. (2022b), *Daoism and Medicine*, pp. 401-16, in LO V., STANLEY-BAKER M., YANG D. (a cura di), *Routledge Handbook of Chinese Medicine*, Routledge, London.
- STRICKMANN M. (2002), *Chinese Magical Medicine*, Stanford University Press, Stanford.
- STUTLEY M. (2003), *Shamanism: An Introduction*, Routledge, New York.
- SWANSON P.L. (1989), *Foundations of T'ien-t'ai Philosophy*, Asian Humanities Press, Berkeley.
- SWANSON P.L. (2018), *Clear Serenity, Quiet Insight: T'ien-t'ai's Mo-ho chih-kuan*, University of Hawaii Press, Honolulu.
- UNSCHULD P.U. (1985), *Medicine in China: A History of Ideas*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- UNSCHULD P.U. (2003), *Huang Di Nei Jing Su Wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.
- UNSCHULD P.U. (2016), *Nan Jing: The Classic of Difficult Issues*, University of California Press, Berkeley.
- UNSCHULD P.U., TESSENOW H. (2011), *Huang Di nei jjings su wen: An Annotated Translation of Huang Di's Inner Classic-Basic Questions*, University of California Press, Berkeley.
- ZYSK K.G. (1991), *Ascetism and Healing in Ancient India: Medicine in the Buddhist Monastery*, Oxford University Press, New York.
- ZYSK K.G. (1993), *Religious Medicine. The History and Evolution of Indian Medicine*, Routledge, Oxon.

## Scheda sull'Autrice

Maria Dorillo (Perugia 1999) ha conseguito la laurea triennale in “Lingue e Culture Straniere” (cinese e inglese) presso l’Università degli Studi di Perugia e la laurea magistrale in “Lingue e Civiltà dell’Asia e dell’Africa Mediterranea” (curriculum Cina) presso l’Università Ca’ Foscari di Venezia. I suoi interessi vertono sul buddhismo cinese, con particolare riferimento alle pratiche meditative nella Cina medievale e all’intersezione tra queste e il pensiero medico.

## Riassunto

### *Sistemi medici in dialogo: pratiche del respiro nella meditazione buddhista cinese*

Il presente articolo propone un caso esemplare di intersezione tra saperi medici nella Cina premoderna, analizzando un passaggio del *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Grande trattato su *śamatha* e *vipaśyanā*) in cui il respiro assume un ruolo centrale, intrecciando dimensione somatica e percorso meditativo. Le pratiche del respiro, da un lato afferenti alla medicina “tradizionale” cinese e dall’altro di matrice indiana, sono articolate come strumenti terapeutici volti a favorire il benessere psico-fisico e il progresso meditativo.

*Parole chiave:* respiro, Buddismo e medicina, meditazione, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, medicina “tradizionale” cinese

## Resumen

### *Los sistemas médicos en diálogo: prácticas de respiración en la meditación budista china*

Este artículo propone un caso ejemplar de intersección entre conocimientos médicos en la China premoderna, analizando un pasaje del *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Gran tratado sobre *śamatha* y *vipaśyanā*), donde la respiración asume un papel central al entrelazar la dimensión somática con el camino meditativo. Las prácticas respiratorias, por un lado vinculadas a la medicina “tradicional” china y por otro de origen indio, se articulan como herramientas terapéuticas orientadas a favorecer el bienestar psicofísico y el progreso meditativo.

*Palabras clave:* respiración, Budismo y medicina, meditación, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, medicina “tradicional” china

## Résumé

### *Les systèmes médicaux en dialogue: pratiques respiratoires dans la méditation bouddhiste chinoise*

Cet article propose l’étude d’un cas exemplaire d’intersection entre les savoirs médicaux dans la Chine prémoderne, en analysant un passage du *Mohe zhiguan* 摩訶止觀 (Grand traité sur *śamatha* et *vipaśyanā*), où la respiration, qui combine

ensemble la dimension somatique et le parcours méditatif, joue un rôle central. Les pratiques respiratoires, issues d'une part de la médecine "traditionnelle" chinoise et d'autre part d'origine indienne, sont présentées comme des outils thérapeutiques visant à favoriser le bien-être psychophysique et le progrès méditatif.

*Mots-clés:* respiration, Bouddhisme et médecine, méditation, *Mohe zhiguan* 摩訶止觀, médecine "traditionnelle" chinoise

