

PAUL RICŒUR, UN'ETICA PER LA MEDICINA E L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Fabrizia ABBATE

(Università degli Studi del Molise)

Abstract: In his later years, Paul Ricœur suggested avenues of research that are surprisingly proving fruitful at this moment in history. We are trying to get out of an exceptional pandemic that has shocked the whole world, from a health and socio-economic point of view, and at the same time we are opening up to the revolutionary change of the applications of artificial intelligence and the technological transformation of our bodies and environments. In his books, Ricœur has offered us a medical ethics, a close confrontation with neuroscience and even a precise interpretation of the relationship between the biological and the mental brain that can become valuable tools for philosophical understanding of today. In the pages of this contribution there is an attempt to reflect on the actuality of this Ricœurian phenomenological legacy: from the three levels of medical judgement to questions about subjectivity and the mental object that are relevant to current research on artificial intelligence.

Keywords: Paul Ricœur, Medical Ethics, Identity, Digital Hermeneutics, Corporeality.

E così se il medico non fa altro che tastarmi il polso e considerarmi uno dei tanti pazienti, prescrivendomi freddamente ciò che devo fare o evitare, io non gli sono debitore di nulla perché egli non vede in me un amico, ma solo un cliente. Quello invece, il vero medico, si è preoccupato di me più del dovuto; è stato in ansia non per la sua reputazione, ma per me; non si è limitato a indicarmi i rimedi, ma li ha applicati con le sue stesse mani; è stato fra quelli che ansiosamente mi assistevano: di conseguenza io sono in obbligo ad un uomo simile non come medico, ma come amico.

Seneca, *De beneficiis*, VI, 16, 2¹

¹ SENECA, *De beneficiis*, tr. it. M. Menghi, *Sui benefizi*, Laterza, Bari-Roma 2008.

1. Introduzione

Una delle conseguenze della pandemia che si è imposta come tragedia globale è stata quella di ferire tutti in tutto il mondo quasi nello stesso tempo.

L'universalità del tempo di diffusione e della modalità ha fagocitato la particolarità di ciascun individuo, la singolarità di ogni vita, di ogni contesto e caso. La malattia, qualsiasi malattia, entra con forza nel privato degli individui, sconvolgendolo e ospedalizzandolo, così come entra nel quotidiano di tutti coloro che la vivono direttamente o indirettamente (accanto a familiari, amici, colleghi ammalati). Ma la pandemia ha urlato in modo tanto pubblico, universale e assordante da coprire il grido proveniente dal privato di ciascun ammalato. Di più, la sua globalità ha costretto tutti ad affidarsi quasi alle medesime cure mediche senza scelta, così come ha costretto i medici ad accogliere i pazienti con una vasta uniformità di tipologia di cura. La stessa cosa vale per la scelta vaccinale che ne è seguita: il vaccino è per tutti, sia per coloro che lo accettano e scelgono di affidarsi ad esso, così come per coloro che questo atto di affidamento scelgono di non compierlo.

La pandemia, poi, ci ha fatto conoscere i primi robot impiegati nelle corsie dei reparti covid, come supporti e sostituti degli infermieri laddove il contatto umano risulta più pericoloso. Questioni sanitarie, questioni di scienza e di tecnologia, questioni sociali: i mezzi di informazione profilano in questi termini i temi di cui parliamo.² Ma possiamo anche andare più a fondo e parlare di questioni di sofferenza e di fiducia.

Molti di noi hanno letto *La cittadella*, il bel romanzo di Archibald Cronin pubblicato nel 1937 e adattato a sceneggiatura per il cinema già nel 1938 con la regia di King Vidor. La storia del libro nasceva dalla viva esperienza del suo autore, medico in una valle industriale del Galles del sud, una terra inospitale, desolata, divenuta nel testo quasi un simbolo delle contraddizioni sociali amplificate dalla modernizzazione e dalla industrializzazione forzata della Gran Bretagna. Ma come sempre avviene, la letteratura regala alla realtà quell'incremento iconico che le offre consapevolezza, apertura del senso, universalità e durata nel tempo. Se la realtà è fatta di presente e di luoghi determinati, la letteratura supera quei fatti rendendosi *metafora viva*, capace di dire di più, sempre e in tutti i luoghi del mondo.

Il giovane medico scozzese Andrew Manson, forte dei suoi buoni propositi e degli ideali della sua professione, trova il primo impiego in una cittadina mineraria nella valle del Galles, ma capisce che molte delle sue convinzioni di studente erano finte o fuori

² David QUAMMEN, *Why Weren't We Ready for the Coronavirus?*, "The New Yorker", 11 maggio 2020, tr. it. M. Z. Ciccimarra, *Perché non eravamo pronti*, Adelphi, Milano 2020.

luogo, perché si imbatte nell'inutilità di alcune medicine, nell'abuso che di esse veniva fatto attraverso le prescrizioni mediche, e soprattutto diventa consapevole dello spazio di diffidenza che divideva la scienza medica (con il suo progresso, le innovazioni e le scoperte) dalla gente normale, il popolo dei pazienti che sembrava sfiduciato, sospettoso e privo di opportuna conoscenza. Per alcuni versi potrebbe essere la descrizione dello scenario attuale, con la contraddizione tra le dinamiche dell'affidamento totale alle cure da parte dei malati di Covid 19 e la sospettosa reticenza nei confronti del vaccino da parte di una porzione delle popolazioni.

Il medico Manson stravolge la sua dimensione morale: il guadagno facile e la possibilità di ingannare i pazienti facoltosi manipolando le loro preoccupazioni e le loro aspettative di salute, diventano le sue scelte di azione. Poi, però, davanti alla tragedia di un suo paziente che muore per incuria, avviene la battuta d'arresto: sconvolto dall'accaduto, apre gli occhi e recupera la dimensione morale che lo aveva formato, si rende conto di aver tradito i suoi ideali giovanili, i suoi valori e il rapporto di fiducia con i pazienti e con sua moglie. È il momento della nuova decisione etica. Occorre recuperare la fedeltà alle convinzioni morali, il coraggio di lottare per le idee progressiste nelle cure mediche, e più di ogni altra cosa, di saper essere il medico di fiducia per pazienti che non sono clienti.

Perché abbiamo fatto riferimento a questo romanzo e alla pandemia per introdurre le idee di Ricœur? Perché parliamo di fiducia, di fedeltà alle promesse fatte, di pazienti non clienti: tre vocaboli che rientrano a pieno titolo nel linguaggio della “piccola etica” di Paul Ricœur, da *Sé come un altro* a *Il giusto*, a *Percorsi del riconoscimento*, libri preziosi che, più che chiudere il Novecento, inaugurano il nuovo secolo impegnandosi già con i nuovi linguaggi e i nuovi valori che questo millennio sta creando.

Impegno in molte direzioni: dalla filosofia del diritto con il tema dell'autonomia e della vulnerabilità dei soggetti agenti alla filosofia dell'identità, con le questioni aperte della memoria e della storia; dalla filosofia politica, con le sfide del riconoscimento sociale, all'etica medica con le questioni della scienza in relazione all'uomo, nella doppia dimensione della bioetica clinica e della bioetica della ricerca. Infine, il confronto con le neuroscienze e l'incipiente intelligenza artificiale.

È proprio in questa ultima direzione dell'etica medica e delle neuroscienze che vorremmo incamminarci in questa sede, seguendo solo alcuni degli spunti che Ricœur ci ha lasciato, convinti che occorra davvero fermarsi a ragionarli e a spingerli più avanti. Il nostro contributo si comporrà di due parti, apparentemente slegate. A tenerle unite, in realtà, è il filo rosso della questione ricœuriana del Soggetto: mai assoluto, sempre relazionale, sia che si tratti dell'alterità del vissuto medico, sia che si tratti dell'alterità

del vissuto fenomenologico rispetto alla nostra struttura biologica. Tenteremo di capirlo.

2. Risanare la sofferenza: i tre livelli del giudizio medico

Se abbiamo ricordato la storia de *La cittadella* è perché abbiamo voluto mettere a fuoco quelle tre parole, fedeltà, fiducia, paziente (e non cliente), ripromettendoci di elaborarle nell’ottica con cui Ricœur ragiona sulla professione medica e sulla relazione tra il medico e i suoi pazienti. L’occasione è stata quella della conferenza internazionale *Ethics. Codes in Medicine and Biotechnology*, tenutasi a Freiburg im Breisgau in Germania nel 1997, e l’intervento di Ricœur faceva seguito ad una sua pubblicazione su *Esprit*, dal titolo *Les trois niveaux du jugement médical*.³

Innanzitutto il filosofo ci chiarisce di voler analizzare la dimensione clinica della medicina, il lavoro di cura, di ristabilimento della salute. A questo proposito l’approccio terapeutico suscita atti di giudizio che fanno capo a tre differenti livelli: un primo livello del giudizio che egli definisce *prudenziale*, un secondo livello che è *deontologico*, infine un terzo livello denominato *riflessivo*. Andiamo a capire di cosa si tratta.

Al primo livello, il giudizio è applicato ad una situazione singola, in cui un determinato paziente si trova all’interno di una relazione personale con il medico: si tratta del “caso” particolare da trattare e curare, della circostanza specifica che richiede un giudizio di prudenza, la “saggezza in situazione” di cui parla Aristotele nell’*Etica a Nicomaco*. Mentre la *scienza*, secondo Aristotele, riguarda il generale, la *techne* verte sul particolare, e questo vale ancora di più per quella *techne* che ha a che fare con la singolarità della sofferenza umana, ovvero l’arte medica. In questo contesto di singolarità del caso e della relazione, questo primo livello del giudizio si connota come un *patto di fiducia* tra il medico e il paziente: il medico si impegna a seguire il suo paziente nella terapia e il paziente si impegna a comportarsi da agente del proprio trattamento.

All’inizio un fossato, o anche una notevole dissimmetria, separano i due protagonisti: da una parte colui che sa e sa fare, dall’altra colui che soffre. Tale fossato viene colmato e le condizioni iniziali rese maggiormente eguali da una serie di interventi, che partono dai due poli della relazione. Il paziente – questo paziente – *porta al linguaggio* la propria sofferenza come lamento, che comporta una componente descrittiva (questo sintomo) e una componente *narrativa* (un individuo coinvolto in queste e quelle storie); a sua volta il lamento si precisa in domanda: richiesta di (guarigione, di salute, e perché no, sullo sfondo

³ Paul RICŒUR, *Les trois niveaux du jugement médical*, in *Le juste II*, Editions Esprit, Paris 2001, 227-243, tr. it. D. Iannotta, *I tre livelli del giudizio medico*, in *Il Giusto II*, Effatà editrice, Torino 2007, pp. 238-253.

anche di immortalità) rivolta come appello al tale medico. Su questa richiesta si innesta la *promessa* di osservare, una volta accettato, il protocollo del trattamento proposto.⁴

È questo percorso che fa dell'ammalato un paziente e non un cliente, per una serie di ragioni che vorremmo rendere esplicite (ragioni che, nel caso di Ricœur, hanno sempre a che fare con la speculazione filosofica: lo statuto della persona e il rispetto ad esso connesso, sono concetti morali su cui il filosofo ragiona a partire da Kant e dalla tradizione illuministica, dimostrandosi quasi sempre attento a garantire all'etica la sua titolarità ed autonomia, ben prima e ben oltre le istanze delle convinzioni religiose).

Il paziente è un ammalato che *porta a linguaggio* la sua sofferenza, attraverso una via descrittiva e una via *narrativa* che coinvolgono la sua identità, l'esperienza del suo vissuto, la storia personale: senza questo sforzo di ricapitolazione di se stesso non riuscirebbe a definire la sua sofferenza, non porterebbe alla superficie del linguaggio quello che è il dolore profondo; la capacità narrativa a cui ricorre è, in ultima analisi, il coraggio esistenziale di chi decide di sollevarsi e chiedere aiuto facendo forza sulla propria identità. Nel momento in cui il suo appello viene accolto dal medico che gli propone finalmente il percorso di cura che ritiene opportuno, sarà ancora una volta soltanto lui, il paziente, a poter realizzare quella possibilità, convincendosi della validità e promettendo di fare tutto quello che gli viene chiesto. Ci domandiamo: su cosa poggia questa *promessa*, se non sulla radice della nostra identità, ossia la nostra *ipseità*, la nostra coincidenza più intima di noi con noi stessi?

Colui che soffre sta di fronte al medico non come il cliente che acquista una prestazione d'opera, ma come il paziente che patisce l'effetto di una cura a cui tenta di rispondere con tutte le risorse esistenziali di cui dispone, ovvero la sua identità e la sua convinzione, con la promessa di agire, di rispettarci, di collaborare.

Allo sforzo di esistere manifestato dal paziente, il medico deve rispondere con la presa in carico di questa fiducia. Innanzitutto deve rispettare la singolarità della situazione che ha davanti, e quindi ritenere il suo paziente non sostituibile o scambiabile con altri; poi è chiamato a considerarlo nella indivisibilità della sua persona, a rispettarlo come malato nella sua integralità e non come portatore di singoli organi lesionati, di patologie scollegate; infine è la stima di sé la vera posta in gioco di questa relazione di fiducia, una stima che né il malato deve perdere (rendendosi dipendente dal medico), né il medico deve smettere di tutelare, anche quando le condizioni estreme di ospedalizzazione rischiano di aumentare la passività dell'essere umano.

⁴ *Ivi*, p. 240; i corsivi sono nostri.

Insisto ancora una volta sul concetto di stima di sé, che situo al livello prudenziale, riservando quello di rispetto al livello deontologico. Nella stima di sé, la persona umana approva se stessa per il fatto di esistere ed esprime il bisogno di sapersi approvata dagli altri per il suo esistere. La stima di sé mette, così, un tocco d'amore proprio, di fierezza personale nel rapporto con se stessi: è il fondo etico di quella che, correntemente, si chiama dignità.⁵

A latere delle convinzioni di Ricœur, è bene ricordare lo sforzo della Medicina Narrativa per ottenere spazio nei reparti ospedalieri del mondo occidentale, come intervento clinico-assistenziale basato sulla narrazione dei diversi punti di vista di coloro che collaborano nel percorso di cura. Pensiamo alla proposta fatta da Rita Charon di una *cartella parallela* che gli operatori dovrebbero compilare accanto a quella biomedica:⁶ si tratta di una cartella che raccoglie l'invito ad ascoltare le storie dei pazienti, a prestare attenzione alla temporalità, alla singolarità, all'intersoggettività che costituiscono la ricchezza del racconto, e nel suo testo Charon cita proprio Ricœur e la sua idea della temporalità narrativa.⁷

È chiaro che dentro questa relazione etica c'è sempre la possibilità dello scacco, dell'errore, dell'anello che non tiene, per dirla alla Montale. È la fragilità della relazione umana, che può manifestarsi in ogni singolo passaggio di questo percorso prudenziale: il paziente potrebbe non fidarsi, ma nutrire il sospetto, restare separato e diffidente; il medico potrebbe curare solo la parte, senza rispettare l'integralità della persona, o potrebbe massimizzare la cura, trattando chi ha di fronte solo come il numero di una serie di individui affetti dallo stesso male, senza fare distinzioni.

Questa fragilità può tornare a manifestarsi anche al livello successivo del giudizio medico, quello che Ricœur definisce deontologico. A questo secondo livello conta il *contratto* che il medico istituisce con il suo paziente, conta cioè il piano delle norme con cui si istituzionalizzano i precetti che fanno capo al patto di cura. È come se gli accordi singolari del patto di fiducia che fin qui abbiamo messo in luce, ora si esplicitassero in una formula valida per tutti universalmente, la formula che definisce la professionalità medica nei suoi doveri e diritti: il *segreto medico*, la *verità condivisa* e l'*arbitraggio del conflitto* sono le figure formali di questa deontologia professionale.

Il *segreto medico* è la norma a cui il medico si attiene, trasformando la riservatezza e la discrezione che agiscono a livello prudenziale (una discrezione che si profila come un dovere dell'amicizia) in un segreto da mantenere per dovere di giustizia. Ma anche il

⁵ *Ivi*, p. 243.

⁶ Rita CHARON, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006, tr. it. C. Delorenzo, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, a cura di M. Castiglioni, Raffaello Cortina Editore, Milano 2019, pp. 167-185.

⁷ *Ivi*, pp. 51-74.

paziente è coinvolto a questo livello deontologico, rispondendo al segreto medico con il dovere della *verità condivisa*, ossia l'attestazione di essere stato messo in condizione di sapere e di capire dal proprio medico (il *consenso informato*). È come se la verità condivisa riequilibrasse la durezza del dovere del segreto medico, ristabilendo ad un livello istituzionale pubblico l'importanza della relazione tra medico e paziente, che nella forma privata ha i caratteri del patto di fiducia.

La fragilità di questo livello deontologico è sicuramente da rinvenire in tutte le possibili oggettivazioni del corpo, che possono nascere ogni qualvolta la norma viene ragionata ed applicata a prescindere dalla relazione particolare tra i soggetti umani (questa fragilità emerge con maggiore evidenza nel contesto della ricerca medica, laddove i casi di oggettivazione del corpo, con la sua esposizione e manipolazione, rischiano di essere considerati prassi).

Ma attenzione. È proprio questo il piano su cui sorge il conflitto che il giudizio deontologico è chiamato ad arbitrare: sull'ambigua linea di divisione tra la preoccupazione per il benessere personale del paziente (centrale per la medicina liberale) e la valutazione della sanità pubblica.

Potremmo riscrivere il contratto medico – scrive Ricœur – nei termini di una serie di paradossi. Primo paradosso: la persona umana non è una cosa, e tuttavia il suo corpo è una parte della natura fisica osservabile. Secondo paradosso: la persona non è una merce, né la medicina un commercio, ma la medicina ha un prezzo e costa alla società. Ultimo paradosso, che ricapitola i due precedenti: la sofferenza è privata, ma la sanità è pubblica.⁸

Eccoci giunti al centro del discorso etico che più sta a cuore al maestro francese e a noi in questo momento storico. «La sofferenza è privata, ma la sanità è pubblica»: potremmo anche dire che la sofferenza è una fenomenologia del vissuto che appartiene a ciascuno nella propria finitezza (basti ricordare le pagine scritte da Ludwig Wittgenstein sull'incomunicabilità dell'esperienza del dolore), ma la medicina (intesa come scienza, ricerca e tecnica che curano quella sofferenza) deve essere pubblica, comune, condivisa.⁹

In una sola frase sono racchiusi i due poli del ragionamento etico, l'individuo e lo Stato, con tutte le valutazioni che nascono dal pluralismo delle convinzioni nelle società democratiche. E qual è la peculiarità dell'etica medica? Proprio quella di affondare le

⁸ RICŒUR, *I tre livelli del giudizio medico*, p. 249.

⁹ Ludwig WITTGENSTEIN, *Philosophische Untersuchungen*, Suhrkamp, Berlino 1953, tr. it. R. Piovesan, *Ricerche filosofiche*, a cura di M. Trinchero, Einaudi, Torino 1995, Parte prima, §§246, 253, 257, 271, 286, 288, 293, pp. 121-139.

sue radici in quanto di più proprio abbia l'essere umano: il senso di sé, l'appartenenza a se stessi, di cui il dolore e la sofferenza sono segni incontrovertibili.

È il desiderio di essere liberati dalla sofferenza, la speranza di essere guariti, a costituire il motivo fondamentale della relazione medica: questo punto di partenza deve tornare ad animare perfino il livello finale del giudizio medico, quel livello *riflessivo* che è il terzo del percorso delineato (dopo il livello prudenziale del patto di fiducia e quello deontologico del contratto).

La medicina deve ricordare di affondare le sue radici in un'antropologia filosofica complessa che guarda all'etica secondo la straordinaria formula coniata da *Sé come un altro*: «auspicio di vivere bene, con gli altri e per gli altri, all'interno di istituzioni giuste». È evidente che l'idea di salute si iscriva nella riflessione sull'auspicio a vivere bene, ad essere felici, come idea limite della soggettività. «Che legame poniamo fra la domanda di salute e l'auspicio di vivere bene? E in che modo integriamo la sofferenza e l'accettazione della mortalità, all'idea che ci facciamo della felicità?».¹⁰

Solo nel rispetto di questa dialettica il giudizio medico può farsi *giusto*. Da qui la giustificazione e la riaffermazione sempre valida della sanità pubblica: è questo livello istituzionale che garantisce l'esito felice del patto di fiducia, così come il patto di fiducia è la sostanza che fin dall'inizio costruisce le fondamenta dell'istituzione. Alla luce di questo, ci chiediamo quali considerazioni avrebbe fatto Ricœur oggi sulla questione della medicina pubblica di base da potenziare per il contrasto alla pandemia, o sulla questione dei brevetti e delle esportazioni dei vaccini, la loro disponibilità per tutti. Non possiamo saperlo, ma ci ha lasciato un'eredità consistente per discuterne.

3. Soggettività, neuroscienze e tecnologia

La soggettività è relazionalità, sia nella forma dell'identità narrativa che nel patto di fiducia presupposto dalla dinamica di salute-malattia-cura. Se dietro l'etica medica ricœuriana c'è il rispetto della temporalità narrativa degli esseri umani, dietro l'approccio alle neuroscienze c'è ancora la questione del soggetto che ha accompagnato Ricœur per tutta la vita di ricerca e di studio. Siamo in Francia nel 1998, l'editrice Odile Jacob promuove un colloquio tra due grandi nomi della cultura e della scienza, Paul Ricœur e Jean Pierre Changeux. Si è trattato di mettere a confronto uno scienziato e un filosofo sul tema delle neuroscienze, sui risultati e sulle capacità che esse hanno di sostenere un dibattito integrale sull'uomo, sulle norme, sulla morale, sull'estetica. Da una parte Jean Pierre Changeux veniva dal successo internazionale della pubblicazione

¹⁰ RICŒUR, *I tre livelli del giudizio medico*, p. 253.

de *L'uomo neuronale*, dall'altra Paul Ricœur veniva dall'ampio dibattito suscitato in Europa e negli Stati Uniti da *Sé come un altro*.¹¹

Gli spunti offerti da questo dibattito fanno riemergere i temi affrontati negli scritti giovanili, in quei saggi nati nell'alveo della psicologia del soggetto e nell'analisi del volontario e dell'involontario nelle azioni umane. Tuttavia sarebbe impossibile non coglierne la forza anticipatoria, rispetto ai mondi che la tecnologia sta spalancando davanti a noi: alcuni passaggi del loro colloquio si rivelano incredibilmente ancora sul pezzo e capaci di suggerire valide risposte etiche ai dubbi sulla separazione tra il biologico e l'artificiale che la robotica e l'*artificial intelligence* ci stanno ponendo. Facciamo solo alcuni esempi.

Davanti al suo robot geminoide, il Professor Hiroshi Ishiguro del dipartimento di macchine adattive dell'Università di Osaka, afferma che l'obiettivo del suo laboratorio di ingegneria robotica all'avanguardia è proprio quello di costruire copie degli umani capaci di interazione autonoma. I robot geminoidi, copie nelle fattezze dei loro creatori, consentono alle scienze cognitive e sociali di studiare aspetti dell'umano da un punto di vista totalmente differente rispetto agli approcci scientifici seguiti fino ad ora, e sono potenzialmente molto utili proprio nello studio della percezione umana e del cervello come sistema di controllo e mediazione delle comunicazioni corporee.

«Certain questions about human beings can only be answered by employing androids experimentally» (alcune domande sugli esseri umani possono trovare risposta solo nell'impiego sperimentale degli androidi): quel “can only” ci fa sorridere all'inizio, ma poi capiamo di dover davvero entrare in questo nuovo paradigma della somiglianza robotica. «Because of their resemblance to people, they have the potential to contribute to an understanding of human behavior and the roles of our brains and bodies play in it» (proprio grazie alla loro somiglianza con le persone, sono potenzialmente in grado di contribuire alla comprensione del comportamento umano e del ruolo che giocano i nostri cervelli e i nostri corpi).¹² Questa sfida della robotica può rivelarsi avvincente e arricchente, sia sul profilo della identità da riformulare che su quello della differenza da ripensare.

Altri esempi provengono dalle ricerche su *cognitive augmentation* o sull'ipotesi di un *internet of thoughts* che sarebbe un'estensione di *internet of things* al cervello. Se il nostro

¹¹ Jean Pierre CHANGEUX, *L'homme neuronal*, Fayard, Paris 1983, tr. it. M. Malcovati, *L'uomo neuronale*, Feltrinelli, Milano 1998; Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris 1990, tr. it. D. Iannotta, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993; Jean Pierre CHANGEUX - Paul RICŒUR, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, Odile Jacob, Paris 1998, tr. it. M. Basile, *La natura e la regola. Alle radici del pensiero*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.

¹² Karl F. MACDORMAN - Hiroshi ISHIGURO, *The Uncanny Advantage of Using Androids in Cognitive and Social Science Research*, “Interaction Studies”, 7, 3, 2006, p. 319 [le traduzioni sono nostre].

cervello venisse collegato ad un *cloud*, saremmo ancora in grado di definirci soggetti oppure no? Un tempo avremmo parlato di fantascienza, ora possiamo dire di essere davanti ad un'ipotesi ancora remota, tuttavia conosciamo la velocità sorprendente delle sperimentazioni.¹³ I nanorobot, di cui la nanorobotica neurale è un sottoinsieme, stanno già dimostrando un grande potenziale per assistere i medici nella diagnosi ed eventuale cura di patologie. La nanorobotica neurale interviene sui disturbi legati al cervello che hanno un impatto sulla vita delle persone. E se si progredisce con una loro applicazione alle regioni del cervello responsabili dell'intelligenza e del pensiero cosciente, si potrebbe ipotizzare una loro trasmissione di dati da e verso un supercomputer collegato al *cloud*?

Questo tipo di tecnologia permetterebbe agli esseri umani di avere accesso istantaneo a qualsiasi elemento della conoscenza umana, collegando la nostra corteccia alla corteccia sintetica nel *cloud*, con conseguenze straordinarie per l'educazione, ad esempio.

Ma, allora, avremo un pensiero ibrido, ossia biologico e non biologico? E veramente potremo separare il “mentale” e il *causal reasoning* dalla base biologica cerebrale? Questo cervello potenziato, aumentato, ma separato, sarà ancora umano?

Ci viene in mente la domanda che pone il neuroscienziato Christof Koch in *The feeling of life itself*: che cosa è la coscienza e chi è cosciente? La risposta va cercata per lui nella natura soggettiva dell'esperienza, «la coscienza è esperienza».

La relazione tra intelligenza e coscienza non è semplice. Sono forse questi due aspetti della mente davvero diversi? Alla fine, l'intelligenza non consiste forse nella capacità di agire in modo intelligente nel mondo e di sopravvivere, mentre l'esperienza è questione di sentire, provare qualcosa? Da questo punto di vista, l'intelligenza riguarda il fare, mentre l'esperienza riguarda l'essere [...]. In molti casi i computer sono già in grado di parlare, prestare attenzione, ricordare e pianificare. È l'esperienza che rimane inspiegabile.¹⁴

L'esperienza soggettiva non può essere ridotta a computazione. Ancora una volta, torniamo indietro alla riflessione sui *puzzling cases* di Derek Parfit fatta proprio da Ricœur in *Sé come un altro* nel 1990, in particolare la riflessione sulla finzione di teletrasporto del cervello che apre la terza parte di *Ragioni e persone*.

¹³ Nuno R. B. MARTINS et AL., *Human Brain/Cloud Interface*, “Frontiers in Neuroscience”, 13, 2019, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2019.00112/full> [consultato in data 13 Dicembre 2021]; Theodore STARK, *A Human Brain/Cloud Interface*, “Studio Quick Facts”, <https://studioquickfacts.com/a-human-brain-cloud-interface-736931301648> [consultato in data 13/10/2021].

¹⁴ Christof KOCH, *The Feeling of Life Itself: Why Consciousness Is Widespread but Can't Be Computed*, The MIT Press, Cambridge 2019, tr. it. A. Kaufmann, *Sentirsi vivi. La natura soggettiva della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2021, pp. 55-58.

Immaginiamo di fare una replica del nostro cervello, e che questa replica venga trasmessa su un altro pianeta in cui un marchingegno, in grado di recuperare le informazioni, sappia riprodurla e costruirla identica, «nel senso di esattamente simile quanto all'organizzazione e alla connessione degli stati di cose e degli eventi». Ebbene, nel caso che l'io vero debba raggiungere quel pianeta e invece muoia durante la traversata spaziale, cosa succede? Muore veramente per sempre o è possibile che sopravviva nella sua replica? È in questa circostanza che Ricœur interviene con determinazione, facendo notare come tutte queste esercitazioni di alta tecnologia vengano applicate soltanto al cervello, nella convinzione che esso possa essere ritenuto l'equivalente totale della persona, escludendo quell'esperienza di appartenenza, «in particolare dei ricordi» dice Ricœur, che qualifica «qualcuno in grado di designare se stesso come il loro possessore».

Di più: come trascurare la temporalità che attraversa comunque l'identità, e in questa occasione si tratta della identità del viaggiatore teletrasportato? Se ci fermiamo a guardare la replica del cervello con l'originale, ci fermiamo ad una identità strutturale certamente ammissibile, e omologabile del resto a quella del codice genetico che permane nella durata dell'esistere, ma «quanto a me, che sono teletrasportato non cessa di accadermi qualcosa: io temo, credo, dubito, mi domando se sto per morire o se sopravviverò, in breve io mi preoccupo». ¹⁵

È «l'entrata in scena di una dimensione di storicità, di cui sembra molto difficile fare una descrizione impersonale»; tra la copia e noi stessi, fin dal momento in cui si compie la scissione, interviene una storia diversa a renderci diversi e, in ultima analisi, insostituibili, non replicabili, storia che fa capo a noi che la deteniamo, in cui ci attestiamo, e che ci modifica rispetto alla replica.

Torniamo al dibattito tra Ricœur e Changeux.

La loro questione di base è stata proprio il progresso delle scienze cognitive e la ridefinizione tra il fattuale, ciò che è, *what is* per usare le parole di Hume, e ciò che deve essere, *ought to be*, ossia il normativo; i rapporti tra la conoscenza e il normativo, tra la natura e la regola, che hanno continuamente bisogno di essere ridiscussi alla luce del progresso scientifico e delle nuove acquisizioni di laboratorio.

Il vecchio tema dell'unione del corpo con l'anima, il tema dei temi di Platone, di Cartesio, Spinoza, Bergson, tornava a riproporsi nello scenario dell'opposizione tra il biologico e l'estetico-etico. Ma è a questo punto che si inserisce la riflessione determinante di Ricœur.

¹⁵ RICŒUR, *Sé come un altro*, pp. 225-227; cfr. Derek PARFIT, *Reasons and Persons*, Oxford University Press, Oxford 1986, tr. it. R. Rini, *Ragioni e persone*, Il Saggiatore, Milano 1989.

I filosofi del passato ponevano la questione a livello di una ontologia fondamentale, in cui si concepiva la realtà ultima come sostanza, ossia come qualcosa che esiste in sé e per sé: Ricœur, invece, riafferma una dualità di prospettive:

La mia tesi iniziale è che i discorsi tenuti da entrambe le parti dipendono da due prospettive eterogenee, cioè non riducibili l'una all'altra e non derivabili l'una dall'altra. In un discorso si parla di neuroni, di connessioni neuronali, di sistema neuronale; nell'altro si parla di conoscenza, di azione, di sentimento, ovvero di atti o di stati caratterizzati da intenzioni, motivazioni, valori. Mi batterò, quindi, contro ciò che chiamo un amalgama semantico e che vedo riassunto nella formula degna di un ossimoro: *il cervello pensa*.¹⁶

Non è il cervello biologico a “pensare”, in senso extrabiologico: per Ricœur c'è il cervello biologico, ma c'è anche il *mentale*, ed appartengono a due registri di linguaggio differenti. Il divieto è dunque quello di trasformare un dualismo di referenti in un dualismo di sostanze. È su questo piano che il *mentale* può smettere di essere considerato come immateriale, come incorporeo. Il mentale è un vissuto del corpo, in cui però il corpo smette di essere il corpo oggettivo delle scienze naturali e diventa invece il *corpo vissuto*, il corpo proprio, che appartiene ad ognuno di noi, «il mio corpo da dove parlo, il tuo corpo, di te a cui mi rivolgo, il suo corpo, di lui o di lei di cui racconto la storia».¹⁷

Quindi da una parte ci sono i neuroni e siamo in un certo ordine di discorso. Dall'altra c'è l'uso dei deittici, il *mio* corpo, che mi appartiene, che possiedo, e in questo senso possiamo parlare di pensieri, di azioni, di sentimenti. Le mani, i piedi come organi diventano miei nella misura in cui li uso, li possiedo, ne faccio esperienza. E con il cervello, cosa accade? Ecco la provocazione di Ricœur: con il cervello accade qualcosa di diverso dagli altri organi, nel senso che non ne ho esperienza diretta come organo, non si può dire che ci sia un parallelismo tra l'afferrare con le mani, ad esempio, e il «pensare con il mio cervello». Quando si parla di cervello abbiamo subito a che fare con un binomio importante, il descrittivo neuronale e il percepito vissuto.

Da una parte c'è l'anatomia, la morfologia del cervello, le cellule e le organizzazioni sinaptiche; dall'altra c'è la condotta, i comportamenti, le emozioni, i sentimenti, le azioni sull'ambiente. Facciamo l'esempio del linguaggio: la capacità linguistica non è la regione frontale della corteccia cerebrale, ma *risiede* nella regione frontale del cervello, ossia mobilita, richiede un contributo ad aree precise del cervello umano. In questa operazione di mobilitazione è richiesta una serie di attività dinamiche e transitorie che devono essere definite, e che però non appartengono né al neuronale, né al comportamentale, ma sono il collegamento tra i due approcci.

¹⁶ CHANGEUX, RICŒUR, *La natura e la regola*, pp. 14-16.

¹⁷ *Ibid.*

Nell'alternativa tra *corpo-cervello* come oggetti di conoscenza per un osservatore esterno e l'*io* che si basa invece sulla "rappresentazione" che abbiamo del corpo, Ricœur sostiene che è lo stesso uomo ad essere «mentale e corporeo insieme»: e da questa identità ontologica può dipendere la possibilità di un terzo discorso che superi sia la filosofia fenomenologica che la scienza.

Paul Ricœur pensa subito alle *Meditazioni metafisiche* di Cartesio, al saggio incompiuto *L'uomo*, prima ancora che al *Trattato delle Passioni*.¹⁸ Cartesio già utilizza la parola "uomo" proprio tentando l'unificazione delle due sfere: «gli uomini saranno composti come noi di un'anima e di un corpo; devo descrivervi prima il corpo, poi l'anima separatamente; infine devo farvi vedere come le due nature devono essere unite e congiunte per formare uomini simili a noi», è quanto scrive Cartesio.

La risposta che Ricœur offre a Changeux è di grande importanza per il proseguo del discorso sul mentale/corporeo anche alla luce dell'intelligenza artificiale.

Ricorrendo al concetto di *substrato* che Aristotele aveva tematizzato parlando proprio di causa materiale, causa formale, causa efficiente e causa finale, Ricœur propone di rileggere il discorso dello scienziato in termini di causalità-substrato, il che vuol dire considerare il cervello come substrato del pensiero, e considerare il pensiero come l'indicazione della struttura neuronale soggiacente.

L'idea filosofica di substrato è un'idea critica, che nella sua indefinitezza aiuta però a mantenere alta la guardia di fronte al rischio di confondere i piani del neuronale e del mentale o di separarli con pericolosa semplificazione. Pensiamo ai casi della scienza in cui è visibile la corrispondenza effettiva tra funzioni psicologiche, dati fisiologici e anatomia: le disfunzioni e le lesioni cerebrali, insomma il campo della neuropsicologia in cui si stabilisce una «relazione struttura-funzione tra un territorio neuronale definito e una disfunzione psicologica e/o funzionale particolare che va dalla percezione sensoriale, per esempio la visione dei colori, fino all'uso della scrittura o alla pianificazione delle azioni».¹⁹ Ci sono i casi semplici in cui ad una lesione del lobo frontale dell'emisfero sinistro, segue una disfunzione linguistica, un'afasia. Ma ci sono i casi complessi, come per esempio il caso dell'anosognosia.

Il paziente, vittima di un attacco cerebrale, si trova paralizzato nella parte sinistra. Il medico gli chiede come si sente? Molto bene. Come sta la gamba sinistra? Molto bene. Può sollevare il braccio sinistro? Certo! E il paziente solleva il braccio destro. Non solo il paziente non percepisce l'emisfero cerebrale colpito, ma nega anche l'esistenza di

¹⁸ CARTESIO, *L'homme*, tr. it. G. Galli, E. Garin, A. Tilgher, *L'uomo*, in *Opere filosofiche I*, Laterza, Roma 2009; CARTESIO, *Meditationes de prima philosophia*, tr. it. S. Landucci, *Meditazioni metafisiche*, Laterza, Roma 2009.

¹⁹ CHANGEUX, RICŒUR, *Il corpo e la mente: alla ricerca di un discorso comune*, in *La natura e la regola*, p. 48.

qualche turba periferica, senza nessuna emozione e persino accusando il medico di star esagerando e di sbagliarsi.

Cosa è avvenuto in questo caso? Sicuramente una lesione di base, anatomica, neuronale. Ma cos'altro è intervenuto? Il paziente non è più capace di integrare metà del suo corpo alla percezione cosciente di sé: la rappresentazione, l'*immagine* che egli ha del suo corpo non comprende una parte anatomico-fisiologica di esso. Quindi non solo c'è una lesione organica, ma c'è una perturbazione dell'*immagine* di sé. La lesione incide sulle aree somato-sensoriali dell'emisfero destro, quelle che consentono la percezione dei muscoli, della pelle, il sentire il proprio corpo da parte dell'individuo. In alcuni casi di lesione della corteccia cerebrale, il paziente non solo non è in grado di percepire le mani, le gambe, il torace, ma addirittura non riesce nemmeno a nominarli, ha perso la capacità della denominazione.

Ecco lo scoglio della neuropsicologia per qualsiasi fenomenologia del vissuto: la percezione dell'*immagine* del corpo richiede che quell'area somato-sensoriale (dunque anatomica, biologica), sia integra. Dunque è vero che il cervello, come sostiene Ricœur, non rientra nella corporeità vissuta, perché non lo sento come sento le mani, le gambe, perché non me ne approprio nel vissuto degli organi (basti pensare che non c'è terminazione sensoriale nella corteccia cerebrale, come c'è nel resto del corpo); ma nella corporeità vissuta rientrano a pieno titolo le funzioni cerebrali, siano esse attive o interrotte da lesioni, e l'*immagine* di sé che deriva anche da quelle funzioni.

Accanto all'*immagine* del sé, non dimentichiamo un altro territorio di confine problematico: le *rappresentazioni* del cervello. Strumenti tecnologici sempre più specializzati e tecniche di osservazione d'avanguardia ci stanno consentendo una specie di «fisica dell'anima», in cui come nelle diapositive, nei film e nelle foto, possiamo vedere delineati e colorati i contorni di una percezione visiva, di un'emozione, di un sentimento. La tomografia a positroni registra immagini delle sofferenze nel cervello, siano esse vissute o immaginate, il dolore per una bruciatura ad esempio, perfino gli stati di allucinazione.

Ma il dubbio di fondo rimane quello di Ricœur: dobbiamo affidarci solo alla logica di un discorso neuronale che si fa sempre più tecnologico e ricco, come vediamo da questi progressi scientifici, e quindi accettare che il discorso filosofico e fenomenologico si faccia sempre più povero? Eppure è il paziente l'elemento determinante della conoscenza scientifica: è il paziente che *racconta* la sua percezione, seppure disturbata, è il paziente che racconta quelle allucinazioni fotografate dalle macchine.

Questa *identità narrativa* non è forse destinata a restare come irriducibile forma di soggettività anche quando il nostro cervello biologico verrà collegato ad un *cloud*? E

potrà, forse, continuare ad essere la meta finale delle conoscenze acquisite e condivise tramite AI e con il supporto della robotica?

La fenomenologia dell'azione trova espressione nell'*io posso* di Merleau-Ponty: «l'agente umano non si limita ad informarsi sull'ambiente circostante per eventualmente modificarlo, ma fin da subito lo interpreta e lo modella, o meglio (secondo l'espressione forte di Husserl, l'Husserl degli ultimi inediti) lo *costituisce* come proprio mondo-ambiente proiettandovi i suoi piani d'azione e le sue esigenze di significato». L'*Io posso* è in questo senso qualcosa di più dell'attività spontanea del cervello, o della sua modalità proiettiva che la neurobiologia difende (vale a dire quella caratteristica che il cervello ha di organizzare le *rappresentazioni* che saranno proiettate sul mondo). L'*Io posso* è più delle rappresentazioni proiettate sul mondo esterno, è piuttosto un potere che viene vissuto dal soggetto come capacità d'intervento e di costituzione del mondo, non è l'azione come semplice risposta agli stimoli dell'ambiente.

L'esperienza fenomenologica insegna che c'è il mondo della vita: un mondo in cui «l'essere vivente si orienta, sceglie i segnali per lui significativi, dispiega le sue anticipazioni per farne un mondo relativamente praticabile, abitabile. In questo senso è molto più di un universo di *rappresentabili* che andrebbe elevato al rango di conoscibile». ²⁰ Il mondo della vita è il mondo in cui sono situato, e la coscienza non è un luogo chiuso in cui entrano oggetti dall'esterno, ma è già per sua stessa natura intenzionalità, è già al di fuori di se stessa. Quando vedo, nell'operazione del vedere, sono già fuori di me, perché sono messo di fronte a qualcosa che non sono io, e dunque partecipo del mondo esterno, che si costituisce anche grazie al mio vedere ineliminabile.

La nozione di intenzionalità ci fa superare quella di immagine mentale; Husserl insiste infatti sull'unità concreta del vissuto intenzionale, una unità che significa partecipazione e apertura della coscienza al mondo esterno, una unione tra il sé e il fuori di sé, una dimensione originaria e costitutiva di *alterità*.

Ancora una volta – spiega Ricœur – ci troviamo in un punto d'intersezione tra un discorso che per la *percezione* mantiene la nozione d'interno e di esterno, e un discorso che l'abolisce. L'esterno è il mondo così come lo sperimentatore lo conosce scientificamente e lo controlla tecnicamente. Non è l'ambiente circostante quale lo costruisce l'essere vivente orientandosi. Ora, è in un tale ambiente che si svolgono le relazioni di sé con se stesso e con l'altro. ²¹

²⁰ CHANGEUX, RICŒUR, *Il modello neuronale alla prova del vissuto*, in *La natura e la regola*, pp. 118-120.

²¹ *Ivi*, p. 124.

Questo punto d'intersezione sta alla base del *terzo discorso*, che è l'incrocio del mentale e del corporeo, della percezione e del vissuto.²²

Il ponte tra l'esperienza fenomenologica e la ricerca neurologica dello scienziato sta proprio in una prima operazione di oggettivazione (che stacca l'oggetto dal suo vissuto) e in una seconda operazione di oggettivazione: l'attribuzione dell'oggetto ad un soggetto che sia *capace* di dire me, te, noi. Stiamo parlando dell'operazione di *ascrizione*, grazie alla quale si può attribuire a qualcuno uno stato mentale o un atto.

La comprensione tra esseri umani, il dialogo e lo scambio, è possibile proprio perché gli oggetti di senso circolano da soggetto a soggetto. È in questo modo che condividiamo le nostre emozioni, le passioni, che possiamo scambiarci i gesti, le simboliche, i rituali: è così che condividiamo anche gli oggetti artistici, i valori dell'arte.

«Per capire noi stessi abbiamo sempre bisogno di isolare dei contenuti di senso, dei significati, di sottoporli a operazioni di comprensione e di spiegazione tra le quali si trova l'operazione della oggettivazione scientifica. E tra gli oggetti scientifici, c'è il *cervello*». ²³ Allora prima dell'oggetto mentale c'è il mondo della vita, e dopo l'oggetto mentale c'è l'*ascrizione*, il ritorno al soggetto. La psicologia, la neurobiologia, la tecnologia, accompagnano il secondo e il terzo momento: ma è la filosofia a cogliere, evidenziare e conservare la dialettica di tutti e tre i momenti, ancorandola nel mondo della vita.

È questa la difesa della peculiarità umana che Ricœur fa dinanzi alla scienza e alla tecnica del nuovo millennio, e che ci ha lasciato in eredità.

Nota bibliografica

Fabrizia ABBATE, *Paul Ricœur e il terzo discorso. Soggetto, corporeità, estetica*, Editori Riuniti UP, Roma 2012.

CARTESIO, *L'homme*, tr. it. G. Galli, E. Garin, A. Tilgher, *L'uomo*, in *Opere filosofiche I*, Laterza, Roma 2009.

CARTESIO, *Meditationes de prima philosophia*, tr. it. S. Landucci, *Meditazioni metafisiche*, Laterza, Roma 2009.

²² Fabrizia ABBATE, *Paul Ricœur e il terzo discorso. Soggetto, corporeità, estetica*, Editori Riuniti UP, Roma 2012.

²³ CHANGEUX, RICŒUR, *Il modello neuronale alla prova del vissuto*, p. 129.

- Jean Pierre CHANGEUX, *L'homme neuronal*, Fayard, Paris 1983, tr. it. M. Malcovati, *L'uomo neuronale*, Feltrinelli, Milano 1998.
- Jean Pierre CHANGEUX - Paul RICŒUR, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, Odile Jacob, Paris 1998, tr. it. M. Basile, *La natura e la regola. Alle radici del pensiero*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1999.
- Rita CHARON, *Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness*, Oxford University Press, Oxford 2006, tr. it. C. Delorenzo, *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*, a cura di M. Castiglioni, Raffaello Cortina Editore, Milano 2019, pp. 167-185.
- Christof KOCH, *The Feeling of Life Itself: Why Consciousness Is Widespread but Can't Be Computed*, The MIT Press, Cambridge 2019, tr. it. A. Kaufmann, *Sentirsi vivi. La natura soggettiva della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2021, pp. 55-58.
- Karl F. MACDORMAN - Hiroshi ISHIGURO, *The Uncanny Advantage of Using Androids in Cognitive and Social Science Research*, "Interaction Studies", 7, 3, 2006, pp. 297-337.
- Nuno R. B. MARTINS et AL., *Human Brain/Cloud Interface*, "Frontiers in Neuroscience", 13, 2019, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2019.00112/full> [consultato in data 13 Dicembre 2021].
- Derek PARFIT, *Reasons and Persons*, Oxford University Press, Oxford 1986, tr. it. R. Rini, *Ragioni e persone*, Il Saggiatore, Milano 1989.
- David QUAMMEN, *Why Weren't We Ready for the Coronavirus?*, "The New Yorker", 11 maggio 2020, tr. it. M. Z. Ciccimarra, *Perché non eravamo pronti*, Adelphi, Milano 2020.
- Paul RICŒUR, *Le juste II*, Éditions Esprit, Paris 2001, tr. it. D. Iannotta, *Il Giusto II*, Effatà editrice, Torino 2007.
- Paul RICŒUR, *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris 1990, tr. it. D. Iannotta, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.
- SENECA, *De beneficiis*, tr. it. M. Menghi, *Sui benefici*, Laterza, Bari-Roma 2008.
- Theodore STARK, *A Human Brain/Cloud Interface*, "Studio Quick Facts", <https://studioquickfacts.com/a-human-brain-cloud-interface-736931301648> [consultato in data 13/10/2021].

Ludwig WITTGENSTEIN, *Philosophische Untersuchungen*, Suhrkamp, Berlino 1953, tr. it. R. Piovesan, *Ricerche filosofiche*, a cura di M. Trincherò, Einaudi, Torino 1995.