

# — La dipendenza è una malattia del cervello?

## *Is addiction a brain disease?*

*di Susanna Arcieri*

---

«Le droghe agiscono sul cervello. Il cervello è una fabbrica di prodotti chimici complicata in cui miliardi di molecole di diversi gradi di complessità si formano, si spezzano e si riformano in una danza senza fine. Questa danza delle molecole è accompagnata da un ugualmente infinito flusso di impulsi elettrici che scorrono attraverso i nervi sia sensori che motori»

– R.S. de Ropp, *Le droghe e la mente, Introduzione*, Cesco Ciapanna, 1976

**Abstract.** *Che cos'è la dipendenza? È davvero possibile assimilare (o ridurre) la dipendenza, in particolare da sostanze, a vera e propria malattia? Considerarla una entità del tutto e per tutto analoga alle altre patologie fisiche, corporee, aventi fondamento biologico?*

*E, in caso di risposta affermativa, questo implica necessariamente «fare sparire, negare o mettere in secondo piano, grazie ai lumi della scienza, ogni altra dimensione»<sup>1</sup>?*

*Oppure, al contrario, dovremmo ritenere che il fenomeno dell'addiction si leghi, necessariamente e indissolubilmente, a fattori di carattere non biologico (fattori ambientali, caratteriali, situazioni generali di vita del singolo, ecc.) così da escludere il carattere patologico della stessa?*

*E ancora, più in generale, il problema della dipendenza rappresenta un appannaggio esclusivo delle scienze della natura, della biologia, della neurofisiologia, della genetica, oppure è di competenza (anche) delle scienze umane (la psicologia in primis) e delle scienze sociali?*

*Infine, quali sono le ripercussioni che il dibattito scientifico in materia di dipendenza produce in ambito giuridico, e in particolare sul trattamento che il diritto penale riserva ai soggetti affetti da dipendenza – da sostanze stupefacenti e alcoliche, o da gioco d'azzardo – responsabili di reato?*

---

<sup>1</sup> M. Valleur, *La nature des addictions*, in *Psychotropes*, 2, 15, 2009, p. 21, cit. in M. Croce, *Tra neurofobici e neuromaniaci. Note sul brain disease model of addiction*, *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, numero speciale 2019, pp. 8 ss.

*Il presente scritto si propone di fare chiarezza in ordine a questi interrogativi, attraverso una disamina delle principali posizioni espresse nel panorama scientifico, più o meno recente, in materia di addiction – con particolare attenzione alla letteratura esistente in materia di BDMA (Brain Disease Model of Addiction) – e dei rapporti tra dipendenza patologica e diritto penale – con specifico riferimento, per un verso, alla posizione assunta dalla giurisprudenza in tema di imputabilità del soggetto dipendente (da stupefacenti, alcol e gioco d'azzardo) e, per altro verso, ai rapporti tra addiction e carcere –, anche al fine di porre in evidenza le palesi contraddizioni tra quanto affermato dalla scienza medica e la posizione tipicamente assunta dai giudici penali del nostro paese.*

**Abstract.** *What is addiction? Is it really possible to assimilate (or to limit) the notion of addiction, in particular to drugs, to a real disease? Is it possible to consider addiction as an entity quite similar to other physical, bodily and biological diseases?*

*And, if so, does this necessarily imply «to deny, to overshadow, or to make every other dimension disappear, thanks to the light of science»?*

*Or, on the contrary, should we believe the phenomenon of addiction to be necessarily and inextricably linked to non-biological factors (environmental factors, characterial factors, general life situation of the individual, etc.), which means that any pathological character of the same could be excluded?*

*And still, more generally, does the problem of addiction represent an exclusive prerogative of the natural sciences, of biology, neurophysiology, genetics, or is it a matter (also) for the human sciences (psychology in the first place) and for the social sciences?*

*Finally, what impact does the scientific debate on addiction have on the legal field, especially regarding the treatment of the criminal offenders affected by addiction – to drugs and alcohol, or to gambling?*

*This article aims to clarify these questions, by examining the main (more or less recent) views of science on addiction – with particular attention to the existing literature on the BDMA (Brain Disease Model of Addiction) – and on the relationship between pathological dependency and criminal law – with specific reference, on the one hand, to the position of the case-law on the subject of imputability of the (drug, alcohol and gambling) addicts and, on the other hand, to the link between addiction and prison –, also in order to highlight the clear contradictions between what medical science affirms and the position typically adopted by the Italian criminal courts.*

SOMMARIO: 1. Premessa. – **PARTE PRIMA.** L'addiction come patologia cerebrale? – 2. Il BDMA (*Brain Disease Model of Addiction*). – 3. L'avvio del dibattito: le critiche mosse nei confronti del modello BDMA... – 4. ...e le reazioni dei suoi sostenitori. – 5. I modelli di spiegazione alternativi al BDMA. – 6. Neuroscienziati versus scienziati sociali. – 7. Conclusioni in tema di rapporto tra dipendenza e malattia. – **PARTE SECONDA.** Diritto penale e dipendenze da sostanze. La posizione della giurisprudenza di legittimità in tema di tossicodipendenza e alcolodipendenza. – 8. Cenni introduttivi. – 9. Chi è imputabile? – 10. Dipendenza, intossicazione cronica e consumo abituale. – 11. Le "alterazioni patologiche permanenti". – **PARTE TERZA.** Diritto penale e dipendenze non da sostanze: il caso del gioco d'azzardo e gli orientamenti giurisprudenziali. – 12. Cenni introduttivi. – 13. Gioco d'azzardo e tossicodipendenza. – 14. Il riconoscimento del vizio di mente in capo al giocatore patologico... – 15. ...e il limite rappresentato dalla verifica del nesso causale. – 16. L'esclusione *tout court* della rilevanza del disturbo da GAP ai fini dell'imputabilità. – 17. Conclusioni provvisorie: i binari paralleli della prassi penalistica e della scienza moderna. – **PARTE QUARTA.** Dipendenza e carcere: alcuni numeri. – 18. Carcere e tossicodipendenza. – 19. Carcere e alcolodipendenza. – 20. Carcere e gioco d'azzardo.

SUMMARY: 1. Premise. – **PART ONE.** Addiction as a brain disease? – 2. The BDMA (*Brain Disease Model of Addiction*). – 3. The debate starts: the criticisms raised against the BDMA model ... – 4. ... and the reactions of its supporters. – 5. Alternative explanation models to BDMA. – 6. Neuroscientists versus social scientists. – 7. Conclusions on the relationship between addiction and disease. – **PART TWO.** Criminal law and alcohol and substance addiction. The case law of the Supreme Court about drug and alcohol addiction. – 8. Introduction. – 9. Who is imputable? – 10. Addiction, chronic intoxication and habitual consumption. – 11. The "permanent pathological

changes". – **PART THREE.** Criminal law and non-substance addictions: the case of gambling and the judicial decisions. – 12. Introduction. – 13. Gambling and drug addiction. – 14. The judgements on the gambler's mental illness ... – 15. ... and the limit set by the assessment of the causal link. – 16. The irrelevance of PG (pathological gambling) for the purposes of assessing the offender's imputability. – 17. Provisional conclusions: the parallel tracks of criminal practice and modern science. – **PART FOUR.** Addiction and prison: some numbers. – 18. Prison and drug addiction. – 19. Prison and alcohol addiction. – 20. Prison and gambling.

## 1. Premessa.

Lo scopo del presente lavoro è quello di provare a fare chiarezza attorno al concetto di *addiction*, traducibile in italiano con il termine generico "dipendenza" (da sostanze o non da sostanze)<sup>2</sup>, da un duplice punto di vista: da un lato, quello della ricerca scientifica e, dall'altro, quello fatto proprio dal sistema della giustizia penale.

Così, per un verso, l'intento è quello di ricostruire – pur senza pretese di esaustività – i binari lungo i quali si è sviluppato, quantomeno dagli ultimi anni del secolo scorso e fino ai giorni nostri, il dibattito scientifico in ordine a "cosa sia", dal punto di vista clinico, la dipendenza: nella **prima parte** dello scritto, pertanto, si darà conto delle numerose posizioni espresse in materia, con riferimento sia alla pratica clinica sia al campo delle scienze sociali, in ordine alla possibilità di qualificare alcune forme di *addiction* come vere e proprie

---

<sup>2</sup> Nel presente scritto si è scelto di non tematizzare il problema, pur cruciale, in ordine all'ambiguità del termine *addiction* e ai suoi rapporti con il nostro concetto di "dipendenza". Sul punto ci limitiamo a rinviare a un recente lavoro di Emanuele Bignamini, il quale ricorda che «*addiction*» è il termine ufficiale utilizzato nella edizione italiana del DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM, versione 5), il manuale diagnostico per le patologie psichiatriche più largamente conosciuto e utilizzato anche tra gli specialisti italiani, per indicare i problemi di salute derivanti dall'uso di droghe e da alcuni comportamenti particolari (come il gioco d'azzardo)» (cfr. E. Bignamini, *Si fa presto a dire "addiction"*, in *questa rivista*, 8 aprile 2020, p. 3). Inoltre, con riferimento specifico alla dipendenza da sostanze stupefacenti, si segnala la distinzione operata in un primo tempo dall'OMS (*Definitions de la toxicomanie et de l'accoutumance*, "Bulletin OMS", 1952, MH/CT/40) che così recita: 1. Una prima condizione è quella del tossicomane "in senso stretto" (*drug-addict*) che riguarda «quei soggetti periodicamente o permanentemente intossicati a seguito dell'uso ripetuto di una sostanza psicotropa, naturale o sintetica che hanno sviluppato uno stato di dipendenza psichica o fisica dalla sostanza stessa. Questa figura è caratterizzata dal desiderio incontrollabile, e quindi soggettivamente dalla necessità, di continuare ad assumere la sostanza; dalla circostanza che la reazione organica che si sviluppa a seguito dell'uso della sostanza, seppure variabile in base alle caratteristiche congenite e acquisite dell'assuntore, è di tolleranza verso la stessa, con la conseguenza che il suo successivo uso comporta la tendenza ad aumentare le dosi per raggiungere l'effetto ricercato, quindi il suo bisogno aumenta in modo esponenziale; dalla dipendenza psichica e poi anche fisica dagli effetti della sostanza». 2. Una seconda condizione è quella del «soggetto caratterizzato da *drug-abituation*» la quale «connota chi ha il desiderio di assumere una sostanza per puro piacere, senza generalmente tendere ad aumentare le dosi ed è legato alla stessa da una dipendenza puramente psicologica che non sfocia in quella fisica. Da alcuni lustri l'OMS ha ricompreso la *drug-addiction* e la *drug-habitation* sotto la dizione onnicomprensiva di *drug-dependence*, definita come uno stato psicofisico conseguente a somministrazioni di droghe periodiche o continuative, variabilmente incidenti sull'individuo in relazione alla tipologia delle sostanze assunte». 3. Infine, la terza condizione è quella più problematica, in quanto categorizza il "semplice" consumatore, vale a dire il soggetto che «assumendo la droga saltuariamente per gioco o sfida, in dosi innocue, è in grado di astenersi dal suo uso senza che ciò provochi in lui alterazioni psichiche, e tantomeno fisiche, e di condurre una vita sociale che non risente assolutamente del suo consumo. Nella misura in cui si mette l'accento sulla dipendenza e la tendenza ad aumentare le dosi da assumere, questa figura sembra non rientrare nella definizione di tossicodipendente» fatta propria dall'OMS (R. Tucci, *Chi è il tossicodipendente?*, in *Adir*, 2011).

malattie cerebrali, capaci di provocare alterazioni organiche e di modificare la struttura e il funzionamento del cervello umano.

Per altro verso, nella seconda e terza parte dello scritto si esaminerà il fenomeno dell'*addiction* sotto il profilo giuridico, focalizzando l'attenzione sugli orientamenti espressi dai giudici penali in ordine alla riconducibilità del comportamento del soggetto dipendente alla nozione di "infermità" rilevante ai fini dell'esclusione dell'imputabilità penale. A tal fine, si passeranno in rassegna diverse pronunce giurisprudenziali, di merito e di legittimità, nelle quali è stato trattato il problema della capacità di intendere e di volere del reo affetto da disturbi di dipendenza da sostanze (alcoliche e stupefacenti – **parte seconda**) e non da sostanze (con specifico riferimento al caso del disturbo da gioco d'azzardo patologico – **parte terza**). L'analisi mira in particolare a verificare le principali incongruenze tra le indicazioni oggi provenienti dal panorama scientifico e la capacità della legislazione e della giurisprudenza penali di tradurre il contenuto delle suddette indicazioni in termini di politica criminale e di trattamento dei rei *addicted*.

Infine, la **quarta** e ultima **parte** dello scritto sarà focalizzata sui principali effetti concreti delle tendenze assunte dalla giurisprudenza penale in materia di *addiction*, per quanto riguarda, in particolare, il trattamento riservato ai soggetti affetti da dipendenze patologiche e autori di reato. Si concentrerà dunque l'attenzione sui rapporti tra dipendenza e carcere, a partire dall'analisi di alcuni dati e statistiche relativi alle presenze, negli istituti penitenziari (italiani e stranieri) di soggetti affetti dalle tre forme di dipendenza (da sostanze stupefacenti, da alcol e da gioco d'azzardo) già oggetto di analisi nelle parti precedenti del lavoro.

## PARTE PRIMA

### L'*addiction* come patologia cerebrale?

#### 2. Il BDMA (*Brain Disease Model of Addiction*).

Nel 1997, lo scienziato Alan Leshner scriveva che **la dipendenza è «una malattia del cervello cronica e recidivante**, caratterizzata dalla ricerca compulsiva e dall'assunzione»<sup>3</sup> di sostanze (Leshner pensava in particolare alla tossicodipendenza) e che, una volta instauratosi il circolo della dipendenza, i soggetti che ne sono affetti passano **da un comportamento volontario** di libera assunzione **a un comportamento compulsivo**, scarsamente controllabile. Tale passaggio, aggiungeva l'autore, è legato a «cambiamenti nella struttura e nella funzione cerebrale» (che, peraltro, «persistono per molto tempo dopo che il soggetto ha smesso di assumere droghe»)<sup>4</sup>.

Secondo Leshner, l'aspetto compulsivo dell'*addiction* da sostanze, che esclude la volontarietà dell'azione, sarebbe in particolare dimostrabile grazie all'osservazione empirica, dalla quale risulta chiaramente come i soggetti dipendenti continuino a fare uso

---

<sup>3</sup> A.I. Leshner, *Addiction is a Brain Disease, and it Matters*, in *Science*, 278, 5335, 1997, p. 45 («*addiction as a chronic, relapsing brain disorder characterized by compulsive drug seeking and use*»).

<sup>4</sup> *Idem*, p. 46 («*changes in brain function that persist long after the individual stops taking the drug*»).

della sostanza nonostante la consapevolezza delle conseguenze fisiche, sociali e giuridiche connesse all'assunzione<sup>5</sup>.

Dagli studi di Leshner nacque il "*Brain Disease Model of Addiction*" (BDMA), un modello *evidence-based* di spiegazione della dipendenza come vera e propria malattia del cervello.

Tale modello, secondo le parole dello psichiatra **Emanuele Bignamini**:

«utilizza dati sperimentali, prevalentemente ottenuti da studi condotti con tecniche di *brain imaging*, per descrivere ciò che accade in vivo nel **cervello** (*Brain*), in cui si notano delle **differenze funzionali e strutturali** rispetto a soggetti *non addicted* (*Disease*); le differenze tra *addicted* e *non-addicted*, confermate in ripetute osservazioni, sono considerate un **modello per la patologia** specifica (*Model of Addiction*)»<sup>6</sup>.

Nei vent'anni successivi all'articolo di Leshner, un numero sempre crescente di ricerche ha convalidato il modello della dipendenza come malattia. Infatti, da un lato, è progressivamente aumentata la mole delle evidenze in ordine alle modifiche alla struttura anatomica del cervello<sup>7</sup> (oltre che all'assetto recettoriale e all'espressione genica)<sup>8</sup> indotte dall'assunzione di droghe protratta nel tempo. Dall'altro lato, sono state acquisite ulteriori prove della capacità delle sostanze stupefacenti a **compromettere la volontà e il controllo** sull'assunzione, a causa di una disfunzione dei **circuiti della ricompensa** che è dovuta all'azione della sostanza stessa<sup>9</sup>.

Nell'ambito di questi studi, possiamo citare, ad esempio, quello statunitense del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), il quale ha recentemente ripreso la definizione di *addiction* come:

«malattia cronica e recidivante del cervello, caratterizzata dalla ricerca e dall'uso compulsivi di droga, nonostante le conseguenze dannose. Viene considerata una malattia del cervello in quanto le sostanze d'abuso **cambiano il cervello** [...] e come esso funziona»<sup>10</sup>.

La stessa direttrice del NIDA, la psichiatra americana **Nora Volkow**, in un articolo del 2015 ha scritto che:

«la dipendenza **non è solo "una malattia del cervello"**, ma è una malattia in cui i circuiti che ci permettono di esercitare il **libero arbitrio** non funzionano più come dovrebbero.

<sup>5</sup> S. Flores, *Il Brain Disease Model come modello di malattia cronica cerebrale da sostanze*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2018, p. 28.

<sup>6</sup> E. Bignamini, *BDMA. Cervello, malattia, modello*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2019, pp. 8 ss.

<sup>7</sup> S. Ikemoto, *Brain reward circuitry beyond the mesolimbic dopamine system: a neurobiological theory*, in *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 35, 2010, pp. 129 ss.; N. Volkow, M. Morales, *The Brain on Drugs: From Reward to Addiction*, in *Cell*, 162, 4, 2015, pp. 712 ss.

<sup>8</sup> M. Kuhar, *Contributions of basic science to understanding addiction*, in *BioSocieties*, 5, 1, 2010, pp. 25 ss.; D.M. Walker, E.J. Nestler, *Neuroepigenetics and addiction*, in *Handbook of Clinical Neurology*, 148, 2018, pp. 747 ss.

<sup>9</sup> N. Volkow, G.F. Koob, A.T. McLellan, *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*, in *New England Journal of Medicine*, 374, 2016, pp. 363 ss.

<sup>10</sup> National Institute on Drug Abuse, *Drugs, brains, and behavior. The science of addiction*, 2007 (ultima revisione luglio 2014), p. 5.

Le droghe interrompono questi circuiti. La persona dipendente **non sceglie** di essere dipendente; non è più una scelta prendere le droghe»<sup>11</sup>.

Alcuni anni prima, si sono espressi in modo simile sia il professore di psichiatria e di medicina delle tossicodipendenze del neozelandese *National Addiction Centre*, **Doug Sellman**, sia il neuroscienziato americano **David Eagleman**.

Entrambi, infatti, hanno sottolineato che una delle principali conseguenze dell'*addiction* è, appunto, l'inibizione, o quantomeno la forte compromissione, della libertà del volere.

Scrive, infatti, Sellman:

«la normale condizione mentale dell'uomo, per la quale la consapevolezza [di compiere un'azione] affiora alla coscienza circa mezzo secondo dopo che la decisione è stata presa, è accentuata nelle persone affette da dipendenza, in quanto l'inizio della condotta di ricerca della droga coinvolge *pattern* di comportamenti compulsivi ben allenati, in grado di **prevalere sulla nostra capacità naturale di modificare i comportamenti** quando ci rendiamo conto delle conseguenze negative»<sup>12</sup>.

Sulla scorta di tali premesse, Eagleman aggiunge – in un'ottica di approccio e di trattamento concreto dei soggetti affetti da dipendenza patologica – che:

«la tossicodipendenza è **radicata nella biologia** del cervello e la nostra migliore speranza per combattere la dipendenza va riposta nelle **nuove proposte di riabilitazione, non certo nella carcerazione** reiterata»<sup>13</sup>.

Del resto, gli stessi pazienti sottoposti a trattamento per la cura dei problemi derivanti dalla tossicodipendenza descrivono in modo analogo gli effetti prodotti dalla sostanza, e dalla mancata assunzione della stessa, sul proprio comportamento e sui propri meccanismi mentali:

«la dipendenza [...] sconvolge la vita del tossicodipendente, soggiogandolo e facendogli assumere una "doppia personalità": quando è "fatto, è la persona tranquilla di sempre", quando non è sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, in crisi di astinenza, "perde totalmente il controllo"»<sup>14</sup>.

Sotto quest'ultimo profilo, del resto, è stato osservato che uno dei vantaggi connessi all'adozione del modello BDMA è rappresentato dalla garanzia dello *status* di «paziente» che esso offre, con conseguente **"protezione" dallo stigma** e da atteggiamenti moralizzanti da parte di terzi<sup>15</sup>. I ricercatori che si pongono in questa linea teorica

---

<sup>11</sup> N. Volkow, *Addiction Is a Disease of Free Will*, NIDA, 2015, June 12, tradotto in italiano in questa rivista, *La dipendenza è una malattia del libero arbitrio*, 25 marzo 2020.

<sup>12</sup> D. Sellman, *The 10 most important things known about addiction*, 2009.

<sup>13</sup> D.M. Eagleman, M.A. Corroero, S. Jyoptal, *Why Neuroscience Matters for Rational Drug Policy*, in *Minn. J.L.Sci. & Tech.*, 11, 7, 2010, oggetto di analisi in Redazione, *L'impiego delle tecniche neuroscientifiche per la comprensione e il contrasto del fenomeno della tossicodipendenza*, in questa rivista, 2 aprile 2019.

<sup>14</sup> Si vedano le testimonianze raccolte da V. Furfaro, *L'art. 94 D.P.R. 309/1990 attraverso alcune esperienze di operatori giuridici e sociali e di tossicodipendenti beneficiari della misura*, in *Adir*, 2005.

<sup>15</sup> F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction: un modello discusso*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2018, p. 20.

sostengono che, senza il riferimento a una malattia vera e propria (cerebrale, in questo caso), i soggetti con problemi di *addiction* si ritroverebbero facilmente esposti a una società portatrice di una morale frutto di **istanze discriminanti**<sup>16</sup> e **punitive**<sup>17</sup>.

Il problema dello stigma, peraltro, non ha a che fare esclusivamente con il giudizio proveniente dall'esterno, ma riguarda anche la **percezione** che il soggetto ha **di sé stesso**, in ragione della propria dipendenza. A tal proposito, una decina di anni fa, un gruppo di ricercatori australiani ha condotto un sondaggio su un campione di 31 neuroscienziati e medici esperti di *addiction*, molti dei quali hanno sottolineato come una migliore comprensione del fenomeno della dipendenza da sostanze possa ridurre fortemente il **senso di colpa e di vergogna** che spesso affligge il soggetto dipendente. Alcuni intervistati, infatti, hanno osservato che accettare il carattere patologico dell'*addiction* (da intendersi però – va detto – in senso lato, non necessariamente nei termini di una *brain disease*) contribuisce a rendere accettabile anche la dipendenza stessa, così eliminando quel senso di “debolezza morale” spesso associato a essa. Così, ad avviso di uno dei medici intervistati, dire che l'*addiction* è una vera e propria malattia:

«significa dire che io **non sono una persona cattiva** o debole, non sono moralmente disprezzabile; significa che si sono verificati dei cambiamenti nel mio cervello»<sup>18</sup>.

Tra coloro che sostengono il modello BDMA, una posizione più moderata è quella espressa da **Michael Bierer**, fisico e *Assistant Professor of Medicine* presso la Harvard Medical School, il quale, pur condividendo l'idea che la dipendenza sia una vera e propria malattia, tale per cui «non basta semplicemente “dire di no”»<sup>19</sup>, osserva altresì che:

«al contempo, affermare che i disturbi connessi all'uso di sostanze sono “tutta una questione di biologia” è una **semplificazione eccessiva**. Chiaramente, le persone che si collocano a un'estremità della linea **hanno la possibilità di scegliere** di fermarsi o ridurre il consumo. Questi individui, quando i vantaggi derivanti dall'astinenza superano quelli legati all'uso, smettono. Alcune persone, che hanno un rapporto malsano con alcol o droghe, il quale soddisfa i criteri per la diagnosi di disturbo da uso di sostanze, possono anche venirne fuori **senza** ricorrere a un **trattamento** vero e proprio. Tuttavia, **più grave è la diagnosi** (vale a dire, maggiore è il numero dei criteri diagnostici che vengono soddisfatti), **minore è la probabilità** che ciò avvenga»<sup>20</sup>.

<sup>16</sup> A.I. Barnett, W. Hall, C.L. Fry, E. Dilkes-Frayne, A. Carter, *Drug and alcohol treatment providers views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: a systematic review*, in *Drug and Alcohol Review*, 2017.

<sup>17</sup> D.Z. Buchman, W. Skinner, J. Illes, *Negotiating the relationship between addiction, ethics, and brain science*, in *The American Journal of Bioethics: Neuroscience*, 1, 2010, pp. 36 ss.; C.L. Fry, O.Z. Buchman, *Toward a lay descriptive account of identity in addiction neuroethics*, in A. Carter, W. Hall, W.J. Illes, (a cura di), *Addiction neuroethics: The ethics of addiction neuroscience research and treatment*, Elsevier, 2011, pp. 175 ss.

<sup>18</sup> S.K. Bell, A. Carter, R. Mathews, C.E. Gartner, J. Lucke, W.D. Hall, *Views of addiction. Neuroscientists and clinicians on the clinical impact of a “brain disease model of addiction”*, in *Neuroethics*, 7, 1, 2014, p. 22 («it means I'm not a bad person, or a weak person, I'm not morally bad; it means there have been changes in my brain»).

<sup>19</sup> M. Bierer, *Is addiction a “brain disease”?*, *Harvard Health Blog*, 11 marzo 2016 («It is not enough simply to “just say no”»).

<sup>20</sup> *Ibidem* («at the same time, to say that substance use disorders are “all biology” is an over-simplification. Clearly, there are people on the mild end of the spectrum who have the ability to choose to stop or cut back. For these people, when the rewards of not using outweigh those of using, they stop. Some people with a pattern of unhealthy drug or alcohol use that meets criteria for a diagnosis of substance use disorder may also “mature” out of it without formal treatment. However, the more severe the diagnosis (in other words, the more diagnostic criteria that are met), the less likely this is to happen»).

È evidente come l'adozione di un modello di spiegazione dell'*addiction* come quello fondato sul BDMA imponga di affrontare alcune questioni centrali, prima tra tutte quella inerente la responsabilità (giuridica e morale) del soggetto dipendente. In altri termini, se una persona raggiunge un grado di compromissione tale da perdere, di fatto, ogni capacità di esercitare la propria volontà e il proprio controllo (oltre che la stessa stima di sé)<sup>21</sup>, fino a che punto è possibile considerarla **responsabile per le proprie azioni** e per le relative conseguenze?

Secondo alcuni dei sostenitori del modello BDMA, proprio in virtù del significativo deterioramento delle facoltà sopra descritte che la sostanza è in grado di causare, la persona dipendente **non può essere effettivamente considerata responsabile** dei comportamenti assuntivi o del raggiungimento dell'astinenza<sup>22</sup>. Prerequisito necessario della responsabilità, infatti, è **la libertà** del soggetto, intesa come la possibilità di agire senza costrizioni di alcun genere: l'essere agenti dei propri comportamenti presuppone, *in primis*, essere agenti dei propri **atti mentali**<sup>23</sup>, i quali però sono ancorati a un cervello e dunque, al pari di quest'ultimo, sono soggetti alle leggi del corpo fisico.

### 3. L'avvio del dibattito: le critiche mosse nei confronti del modello BDMA...

Il modello di spiegazione della dipendenza che fa leva sul BDMA **non è tuttavia universalmente accettato** nel mondo clinico.

Quando, infatti, nel 2014, la rivista *Nature* ha pubblicato un editoriale nel quale definiva l'*addiction* una «malattia cronica recidivante che modifica le strutture e le funzioni del cervello»<sup>24</sup>, precisando altresì come questa affermazione non costituisca una particolare controversia tra gli studiosi, la pubblicazione **scatenò la reazione di oltre cento studiosi** e ricercatori provenienti da tutto il mondo<sup>25</sup>. Così, all'indomani della pubblicazione, lo psicologo **Derek Heim** della Edge Hill University inviò una lettera di protesta a *Nature*, rilevando che:

«**non condividiamo la vostra visione unidimensionale** secondo cui la dipendenza è una malattia, né l'affermazione per cui la suddetta visione non sarebbe particolarmente controversa tra gli scienziati [...]. È ampiamente documentato che **le neuroscienze sono solo uno dei molti elementi** di cui tenere conto nella tossicodipendenza. L'abuso di sostanze non può essere considerato a prescindere dai suoi **contesti sociale, psicologico, culturale, politico, legale e ambientale**: non è una pura e semplice conseguenza di un malfunzionamento del cervello. Una tale prospettiva miope mina l'enorme impatto che le circostanze e le scelte delle persone hanno sul

<sup>21</sup> A. Bandura, *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*, in *Psychological Review*, 84, 1977, pp. 191 ss.

<sup>22</sup> D.C.K Lam, P.M. Salkovskis, H.M.C. Warwick, *An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of mental illness*, in *Journal of Mental Health*, 14, 2005, pp. 453 ss.; J.A. Cunningham, J. McCambridge, *Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder?*, in *Addiction*, 107, 2012, pp. 6 ss.; S. Bell, et al., *Views of addiction neuroscientists*, pp. 19 ss.

<sup>23</sup> F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., p. 20.

<sup>24</sup> *Animal farm Europe's policy-makers must not buy animal-rights activists' arguments that addiction is a social, rather than a medical, problem*, Editorial, in *Nature*, 2014.

<sup>25</sup> L'elenco completo dei firmatari della lettera di protesta, di cui subito si dirà nel testo, è disponibile [a questo link](#).

comportamento additivo. Esso banalizza i pensieri, le emozioni e i comportamenti dei tossicodipendenti [...]. **La dipendenza è troppo complessa per essere combattuta unicamente sul fronte della ricerca medica.** Essa richiede una molteplicità di approcci basati su diversi livelli di analisi»<sup>26</sup>.

Alla lettera di protesta aderirono, come anticipato, oltre cento studiosi, tutti concordi nel ritenere che la dipendenza non sarebbe semplicemente la conseguenza di un malfunzionamento del cervello (*brain dysfunction*) e non sarebbe interpretabile escludendo le variabili sociali, psicologiche, culturali, politiche, giuridiche e ambientali<sup>27</sup>.

L'anno dopo, nel 2015, la rivista *Lancet Psychiatry* pubblicò l'articolo di un gruppo di psicologi del "Centre for Youth Substance Abuse Research" della University del Queensland, i quali sostenevano che **il BDMA sarebbe applicabile solo ad una minoranza** di individui, non avrebbe contribuito a sviluppare trattamenti più efficaci e, inoltre – contrariamente a quanto affermato dai suoi sostenitori –, **non sarebbe supportato da sufficienti evidenze** scientifiche<sup>28</sup>.

Le critiche al modello di spiegazione dell'*addiction* come malattia cerebrale non provengono solo dal campo della psicologia. Infatti, anche il neuroscienziato **Marc Lewis**, autore del libro dal titolo significativo *The Biology of Desire: Why Addiction is Not a Disease*<sup>29</sup>, in un'intervista dello scorso novembre ha dichiarato:

«sappiamo che la maggior parte delle persone non necessita di trattamenti per uscire dalla dipendenza, quindi in questo senso non si tratta di una malattia [...]. Dire che la dipendenza è una malattia suggerisce che il cervello non può cambiare [...]. **Più che una malattia**, direi che **la dipendenza è un'abitudine** che cresce e si radicalizza abbastanza rapidamente quando perseguiamo ripetutamente lo stesso risultato, che ci appare estremamente attraente. Questo determina la costruzione di nuovi percorsi cerebrali, come sempre avviene nel caso dell'apprendimento: si formano nuovi percorsi e quelli più vecchi vengono potati o sradicati»<sup>30</sup>.

Pur senza negare, dunque, i significativi effetti prodotti dalla sostanza sulla struttura del cervello, secondo Lewis la circostanza che tali modificazioni non abbiano

---

<sup>26</sup> D. Heim, *Addiction: Not just brain malfunction*, in *Nature*, 40, 2014, p. 507 («we disagree with your one-dimensional view that addiction is a disease, and with your claim that this view is not particularly controversial among scientists [...]. Neuroscience has been widely documented as just one of many important influences in drug addiction. Substance abuse cannot be divorced from its social, psychological, cultural, political, legal and environmental contexts: it is not simply a consequence of brain malfunction. Such a myopic perspective undermines the enormous impact people's circumstances and choices have on addictive behaviour. It trivializes the thoughts, emotions and behaviours of current and former addicts [...]. Addiction is too complex to be fought on a medical-research front alone. A variety of approaches based on diverse levels of analysis is required»).

<sup>27</sup> M. Croce, *Tra neurofobici e neuromaniaci*, cit., p. 8.

<sup>28</sup> W. Hall, A. Carter, C. Forlini, *The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?*, in *Lancet Psychiatry*, 2, 1, 2015, pp. 105 ss., cit. in M. Croce, *Tra neurofobici e neuromaniaci*, cit., p. 8.

<sup>29</sup> M. Lewis, *The Biology of Desire: Why Addiction is Not a Disease*, in *PublicAffairs*, 2016.

<sup>30</sup> A. Fletcher, *How and Why Addiction is Not a Disease: A Neuroscientist Challenges Traditional Views*, in *rehab.com*, 4 novembre 2019 («we know that treatment isn't required by most to overcome addiction, so in that sense it's not a disease [...]. Saying addiction is a disease suggests that the brain can no longer change [...]. Rather than a disease, I would say that addiction is a habit that grows and perpetuates itself relatively quickly when we repeatedly pursue the same highly attractive goal. This results in new pathways being built in the brain, which is always the case with learning: new pathways are formed and older pathways are pruned or eradicated»).

carattere irreversibile porterebbe a negare la possibilità di qualificare l'*addiction* in termini di malattia mentale vera e propria.

A fare eco a Lewis c'è anche **Carl Hart**, anch'egli neuroscienziato, da anni dedito allo studio degli effetti comportamentali e neurofarmacologici provocati dal consumo di droghe. Secondo Hart, «l'idea che la tossicodipendenza sia una malattia del cervello è attraente ma priva di fondamento»<sup>31</sup>, posto che non esiste alcun dato scientifico che consenta di concludere in tal senso, o che permetta di operare una distinzione, a livello cerebrale, tra coloro che fanno uso di droghe e coloro che non lo fanno.

Pertanto, secondo lo scienziato, invece di investire risorse ed energie nella ricerca sui fondamenti biologici della (tossico)dipendenza, occorrerebbe piuttosto focalizzare l'attenzione sui «**determinanti** e sulle **conseguenze psicosociali** (quali ad esempio le condizioni lavorative, la discriminazione razziale, le caratteristiche del quartiere di residenza, le condizioni di ordine pubblico) del consumo di droghe e della dipendenza»<sup>32</sup>

In termini non troppo diversi si era espresso, alcuni anni prima, anche il filosofo e professore all'Università di Oxford **Neil Levy**, il quale, in un articolo del 2013, rilevava come la prova di una disfunzione neurale causata dall'assunzione prolungata di sostanze non basterebbe, di per sé sola, ad affermare l'esistenza di una vera e propria malattia mentale. Posto infatti che «si può parlare di patologia cerebrale **solo quando** la disfunzione neurale è tale da generare **una compromissione**», ad avviso di Levy «le persone che soffrono di tale problematica [*addiction*] raggiungono un livello di compromissione tale da consentire di qualificarle come malate, solo in presenza di determinate **caratteristiche di contesto**»<sup>33</sup>.

Infatti, la definizione di *addiction* fornita dal ricercatore è quella non di malattia del cervello, bensì di «un **disturbo [...] incorporato in un contesto sociale**»<sup>34</sup>.

Pertanto, Levy sottolinea altresì che:

«accettare il fatto che la dipendenza non sia una malattia del cervello **non implica alcun giudizio morale** nei confronti di coloro che soffrono a causa della dipendenza; semmai, consente di dare risposte più comprensive, e più efficaci, al problema dell'*addiction*»<sup>35</sup>.

Tra le ulteriori posizioni critiche espresse nell'ambito della scienza medica con riferimento al BDMA, vale pena di ricordare alcuni altri esempi.

---

<sup>31</sup> C.L. Hart, *Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice*, in *Nature Human Behaviour*, vol. 1, 2017, p. 1 («the notion that drug addiction is a brain disease is catchy but empty»).

<sup>32</sup> *Ibidem* («psychosocial determinants or consequences [for example, employment status, racial discrimination, neighbourhood characteristics, policing] of drug use or addiction»).

<sup>33</sup> N. Levy, *Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters)*, in *Front Psychiatry*, 4, 2013, p. 24 («something is a brain disease only when neural dysfunction is sufficient for impairment [...], because people who suffer from that dysfunction are impaired, sufficiently to count as diseased, only given certain features of their context»).

<sup>34</sup> *Ibidem* («a disorder of a person, embedded in a social context»).

<sup>35</sup> *Ibidem* («accepting that addiction is not a brain disease does not entail a moralizing attitude toward people who suffer as a result of addiction; if anything, it allows for a more compassionate, and more effective, response to addiction»).

Il riferimento è, in primo luogo, alle osservazioni proposte dal già citato **Bignamini**, il quale, in tempi recenti (così prendendo le distanze da quanto sostenuto in passato)<sup>36</sup>, ha affermato che l'*addiction* **sarebbe non tanto una "malattia", quanto un costrutto sociale**: in particolare, essa sarebbe definibile come:

«una **strategia evolutiva** fisiologica e biologicamente inscritta nel DNA umano, **modificabile culturalmente** [...]; le droghe interagiscono con quel meccanismo, generando gli stessi stati affettivi dei legami relazionali, con la possibilità di ri-orientare il soggetto deviandolo dalle finalità evolutive [...]. Conseguenza del suo essere costrutto sociale e specchio della cultura della società attuale, caratterizzata dall'essere "liquida", inafferrabile e proteiforme [...], è che sono sempre più frequenti i casi di diagnosi difficile, cioè difficilmente riconducibili a categorie predefinite, in cui l'assunzione di droghe si mescola a tratti e comportamenti in modo tale da lasciare **perplexi sulla essenza del fenomeno**»<sup>37</sup>.

In secondo luogo, anche **Harold Kalant**, professore emerito di Farmacologia e Tossicologia dell'Università di Toronto, nel suo contributo pubblicato nel 2010 sulla rivista *Addiction*<sup>38</sup> osserva che il contributo fornito dagli studi di neurobiologia molecolare in materia di dipendenza da sostanze è piuttosto limitato ed è perciò «**importante concepire, in questo campo, approcci integrativi appropriati piuttosto che perseguirne uno riduttivo** che porta inevitabilmente lontano dalla complessa interazione tra droghe, uso, ambiente e specifiche situazioni che caratterizzano il problema negli esseri umani»<sup>39</sup>. Anche perché, prosegue Kalant, esisterebbero numerose prove dell'importanza dei fattori psicologici, economici, sociali e situazionali ai fini dell'iniziazione alla *addiction*<sup>40</sup>.

Ancora, **uno degli argomenti "forti" tradizionalmente evocati dai critici** del modello biomedico è la nota ricerca relativa ai **militari nel Vietnam**, dalla quale è risultato come oltre il novanta per cento dei soldati che, durante la guerra, avevano problemi di tossicodipendenza (da eroina, nello specifico) smisero spontaneamente di assumere la droga al ritorno nella madrepatria<sup>41</sup>, in molti casi senza il bisogno di ricorrere ad alcun tipo di intervento specifico.

---

<sup>36</sup> Il riferimento è a quanto affermato nella relazione *Addiction: una normale malattia*, svolta dal professore in occasione del 4° congresso nazionale della SITD (dal 17 al 19 ottobre 2001, a Torino), come riportato in E. Bignamini, *BDMA. Cervello*, cit.

<sup>37</sup> *Ibidem*. Per ulteriori approfondimenti in ordine al pensiero dell'Autore, si rinvia a E. Bignamini, *Si fa presto a dire "addiction"*, cit.

<sup>38</sup> H. Kalant, *What neurobiology cannot tell us about addiction*, in *Addiction*, 105, 5, 2010, pp. 780 ss.

<sup>39</sup> M. Croce, *Tra neurofobici e neuromaniaci*, cit., p. 9.

<sup>40</sup> *Ibidem*.

<sup>41</sup> Nella prima metà degli anni '70 del Novecento il sociologo Lee Robins ha realizzato uno studio approfondito (*Il tossicodipendente del Vietnam ritorna: rapporto finale*) sugli ex militari del Vietnam eroinomani rientrati negli USA dopo la guerra. Posto che, in Vietnam, circa il 20% dei soldati era dipendente dall'eroina, Robins volle indagare quanti di essi continuarono a fare uso della sostanza una volta tornati in patria. Scopri così che il tasso di remissione era sorprendentemente alto: solo il 7% circa degli ex militari aveva continuato ad assumere eroina dopo il rientro, e solo l'1-2% circa di loro ebbe una vera e propria ricaduta (anche solo per un breve periodo) nell'uso della sostanza. La stragrande maggioranza dei soldati, infatti, smise spontaneamente di drogarsi (cfr. L. Robins, *The Vietnam drug user returns: final report*, US Government Printing Office, 1974, citato da E. Vintiadis, *Is Addiction a Disease?*, in *Scientific American*, 8 novembre 2017).

Secondo i numerosi studi condotti (anche in tempi recenti)<sup>42</sup> per comprendere le ragioni di questo bizzarro fenomeno, le cause della **remissione** dell'*addiction* sarebbero da individuare nel cambiamento radicale del contesto di vita degli ex militari una volta finita la guerra; cambiamento che ebbe cioè una portata tale da permettere una "regressione spontanea" (*self-recovery*) della problematica.

Secondo quanto riportato in letteratura, il sottosegretario per la tutela della salute e dell'ambiente statunitense **Richard Wilbur** avrebbe dichiarato che quanto accaduto ai soldati del Vietnam rappresentava la **smentita** di tutto quello che egli aveva imparato in medicina, ossia che le persone, una volta divenute dipendenti, erano destinate irrevocabilmente e permanentemente ad assumere stupefacenti<sup>43</sup>.

In estrema sintesi, e alla luce di tutti i rilievi fin qui evidenziati, pare possibile sintetizzare le principali critiche mosse al modello BDMA con le parole dello psicologo **Stanton Peele**:

«**possiamo scrutare tutto quello che vogliamo nel cervello**, come un folle dottor Frankenstein, e **non ci avvicineremo di un millimetro all'obiettivo** di aiutare le persone ad affrontare la gamma di dipendenze che devono fronteggiare. Abbiamo dimostrato la futilità dell'approccio basato sul cervello considerato come entità isolata milioni di volte. **Non possiamo risolvere la dipendenza magicamente, prescindendo dalla coscienza degli individui e dall'esperienza vissuta dagli stessi in ambito sociale**»<sup>44</sup>.

#### 4. ...e le reazioni dei suoi sostenitori.

Le affermazioni sopra riportate, com'era prevedibile, hanno suscitato **la protesta** dei più autorevoli **sostenitori del BDMA**, così innescando un dibattito che diventò negli anni sempre più intenso e articolato.

Così, in difesa del BDMA e in risposta ai sopracitati psicologi del Queensland, che, come detto, furono tra i primi a formulare considerazioni critiche nei confronti del modello<sup>45</sup>, è stato affermato nel 2015 che:

«il "punto di vista personale" di Hall, Carter e Forlini mette in dubbio la validità del BDMA (*brain disease model of addiction*) e afferma che esso non è supportato da prove derivanti da esperimenti su animali o da *neuroimaging*, che non ha contribuito a produrre trattamenti più efficaci e che i suoi effetti sulla politica pubblica sono stati modesti. Queste affermazioni, tuttavia, **non sono supportate da prove**. In primo luogo, studi preclinici e clinici sono stati coerenti nel mostrare **specifici cambiamenti neuroplastici molecolari e funzionali a livello sinaptico e circuitale innescati da un'esposizione ripetuta alla sostanza**. Questi risultati, unitamente alle ricerche in corso, ci stanno aiutando a comprendere i processi neurobiologici

<sup>42</sup> W. Hall, M. Weier, *Lee Robins' studies of heroin use among US Vietnam veterans*, in *Addiction*, 112, 1, 2017, pp. 176 ss.; E. Becona, *Brain Disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study*, in *Psicothema*, 30, 3, 2018, pp. 270 ss.

<sup>43</sup> Riportato da S. Peele, *La dipendenza è una patologia cronica del cervello? La tossicodipendenza non è causata solamente dagli effetti degli stupefacenti*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, 1, 2015, pp. 14-16.

<sup>44</sup> S. Peele, *La dipendenza è una patologia*, cit.

<sup>45</sup> W. Hall, A. Carter, C. Forlini, *The brain disease model*, cit.

associati alla perdita di controllo, all'assunzione compulsiva di droghe, alla rigidità comportamentale e agli stati emotivi negativi associati alla dipendenza. In secondo luogo, la scoperta dei *target* molecolari e dei circuiti coinvolti nell'*addiction* ha già permesso di **ideare diversi trattamenti efficaci** [...] e studi clinici attualmente in corso stanno facendo uso di questa conoscenza [...]. Infine, l'affermazione che gli effetti del modello BDMA sulla politica pubblica sarebbero modesti contrasta con alcune acquisizioni importanti [...] di politica pubblica»<sup>46</sup>.

Più incisivo è il commento formulato, nello stesso anno, da **Michael Brant-Zawadzki**, direttore sanitario dell'Hoag Neurosciences Institute della California: a suo avviso, infatti, etichettare la dipendenza come una scelta o come un'abitudine, rifiutandosi di accettarla per ciò che realmente è, ossia una malattia cronica del cervello passibile di cura, è **intellettualmente disonesto**<sup>47</sup>.

Ancora, in un **documento prodotto nel 2017** da un gruppo di ricercatori del World Association on Dual Disorders (WPA) e della Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) si legge che:

«nonostante il riconoscimento dell'*addiction* come malattia mentale/del cervello abbia condotto a misure preventive, ad approcci terapeutici e politiche di salute pubblica efficaci [...], questa concettualizzazione **è ancora oggetto di discussione** da parte di alcuni gruppi di opinione [...].

**Nessuno sceglie di diventare tossicodipendente.** Sebbene il contatto con droghe o sostanze con potenziale di abuso sia determinato anche da fattori sociali, la vulnerabilità all'*addiction* è determinata da fattori individuali [...]. **Non tutte le persone che usano droghe diventano tossicodipendenti, e coloro che lo diventano non lo scelgono** [...]. Secondo le attuali classificazioni diagnostiche internazionali [...] le "*addiction*" sono malattie mentali, e come ogni altra malattia mentale, non sono un problema di forza di volontà, debolezza del carattere, o autocompiacimento»<sup>48</sup>.

Con specifico riguardo alle considerazioni formulate dai critici del modello BDMA a partire dall'osservazione di quanto accaduto ai veterani del **Vietnam**, la già citata **Nora Volkow** ha inoltre osservato, a mo' di replica, che:

---

<sup>46</sup> N. Volkow, G. Koob, *Brain disease model of addiction: why is it so controversial?*, in *Lancet Psychiatry*, 2, 2015, pp. 677 ss.; N. Volkow, G. Koob, A. McLellan, *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*, in *N Engl J Med*, 374, 2016, p. 363 («*The "Personal View" by Hall, Carter, and Forlini questions the value of the BDMA (brain disease model of addiction) and claims that it is not supported by animal or neuroimaging evidence, that it has not helped deliver more effective treatments and that its impact on public policy have been modest. However, these claims are not supported by the evidence. First, preclinical and clinical studies have consistently delineated specific molecular and functional neuroplastic changes at the synaptic and circuitry level that are triggered by repeated drug exposure. These findings, along with ongoing research, are helping us understand the neurobiological processes associated with the loss of control, compulsive drug taking, inflexible behavior, and negative emotional states associated with addiction. Second, uncovering the molecular targets and circuits underlying addiction has already resulted in several effective medications [...] and ongoing clinical trials are taking advantage of this knowledge [...]. Finally, the statement that the effects of the BDMA framework on public policy are modest negates some major achievements*»).

<sup>47</sup> M. Brant-Zawadzki, *Commentary: labeling drug addiction a choice is intellectually dishonest*, in *Los Angeles Times*, 4 settembre 2015.

<sup>48</sup> World Association on Dual Disorders (WPA), Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), [Dichiarazione congiunta sui disturbi duali: l'addiction e le altre malattie mentali. L'addiction è una malattia mentale, non un atto volontario ed autocompiacente](#), 2017.

«quando le persone escono da sole dalla propria dipendenza, spesso ciò avviene perché non erano immediatamente disponibili, o economicamente accessibili, trattamenti efficaci, oppure perché il soggetto non ne ha cercati; **troppe persone non sono in grado di uscire senza aiuto** o non ne hanno proprio la possibilità. Più di 174 individui muoiono ogni giorno di *overdose*. Affermare che, dal momento che alcune persone escono dalla dipendenza senza supporti, non dovremmo considerare quest'ultima come una malattia o un disturbo **sarebbe irresponsabile, dal punto di vista clinico**»<sup>49</sup>.

## 5. I modelli di spiegazione alternativi al BDMA.

Nel corso degli anni, e fin dalle primissime elaborazioni del BDMA, sono stati proposti diversi modelli di spiegazione dell'*addiction* alternativi a quello fondato sulla definizione di dipendenza come malattia cerebrale.

Ricordiamo, in particolare, i modelli che seguono<sup>50</sup>.

a. **Il modello morale**, il più risalente nel tempo (la sua nascita si colloca tra il diciottesimo e l'inizio del diciannovesimo secolo), si basa sulla convinzione che la dipendenza da sostanze sia la risultante di una **debolezza di carattere**, di un fallimento morale, o come vero e proprio segno del **peccato**. Secondo il modello morale, infatti, una persona moralmente forte sarebbe perfettamente in grado di contrastare lo sviluppo della dipendenza<sup>51</sup>.

Storicamente, quale diretta conseguenza dell'adozione di questo modello, coloro che sviluppavano una dipendenza da sostanze venivano **puniti** con frustate e percosse inflitte **pubblicamente**, o con sanzioni e multe (in alcune città inglesi i soggetti *addicted* venivano costretti a mostrarsi in pubblico nudi, "indossando" solamente una botte di birra)<sup>52</sup>.

Questo primo modello, nel corso degli anni, ha segnato il passo all'avanzare delle conoscenze scientifiche ed è stato progressivamente abbandonato (sebbene una quota di esso sopravvive ancora oggi nella società come stigma). Di recente, a proposito di questo paradigma esplicativo, è stato osservato che:

---

<sup>49</sup> N. Volkow, *What Does It Mean When We Call Addiction a Brain Disorder?*, National Institute of Drug Abuse, 2018 («when people recover from addiction on their own, it is often because effective treatment has not been readily available or affordable, or the individual has not sought it out; and far too many people do not recover without help, or never get the chance to recover. More than 174 people die every day from drug overdoses. To say that because some people recover from addiction unaided we should not think of it as a disease or disorder would be medically irresponsible»).

<sup>50</sup> Con specifico riferimento ai modelli *sub a, b, d*, ed *e*, si riproduce qui il percorso espositivo offerto da F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., p. 15.

<sup>51</sup> N.J. See, *Models and Theories of Addiction and the Rehabilitation Counselor*, Research Papers, 478, 2013, p. 3.

<sup>52</sup> Si veda il *report* dell'Australian government department of health, *Training frontline workers – young people, alcohol and other drugs*, Module 5. *Young people, society and AOD: overhead transparencies*, par. 3.4. *Models that help us understand AOD use in society*, 2004.

«può essere vero che la debolezza della volontà [...] è un tratto caratteriale o della personalità che si manifesta in un ampio ventaglio di situazioni e persiste per un lungo periodo di tempo. In tal caso, tuttavia, questo aspetto sarebbe meno rilevante [...] rispetto a un'altra considerazione, che riguarda anch'essa la debolezza della volontà – vale a dire il fatto che **tutti noi abbiamo una volontà debole**. Il che significa che i tossicodipendenti affrontano il grado più estremo di una difficoltà, quella di controllare il comportamento, che colpisce, ogni giorno, tutti i membri della razza umana che abbiano superato l'infanzia e che, dai tempi di Adamo ed Eva, è stata riconosciuta come un **aspetto fondamentale della condizione umana**»<sup>53</sup>.

b. **Il modello spirituale**, anch'esso elaborato alla fine del secolo scorso (e vicino, per certi aspetti, al modello morale), si fonda sull'evidenza della **"multidimensionalità"** della persona umana<sup>54</sup>. Secondo questa impostazione, la dipendenza sarebbe conseguenza di una rottura dell'equilibrio spirituale del soggetto e, più in particolare, di una sorta di **"scollamento"** tra il proprio **sé spirituale** e la propria **dimensione corporeale**.

Secondo questo modello, l'*addiction* è al contempo un fenomeno fisiologico e spirituale. Infatti, con particolare riferimento all'alcolismo, è stato osservato che:

«l'intelletto e la volontà dell'uomo devono fare i conti con gli istinti animali o sensoriali che risiedono nel cervello. Quando l'alcool produce i suoi effetti tossici sulle funzioni cerebrali, la **forza spirituale** dell'anima viene privata degli strumenti con i quali normalmente opera»<sup>55</sup>.

A proposito di questo modello, è stato inoltre affermato che:

«una disconnessione dalla propria esistenza, o una perdita del senso e dello scopo della vita, contribuiscono alla genesi e allo sviluppo della dipendenza. Questa disconnessione provoca un'incapacità di vivere in armonia con le leggi o i principi universali che consideriamo importanti. Possiamo immaginare **la dipendenza come una perdita della propria umanità**. A causa dell'*addiction*, il nostro sé reale, autentico e spirituale si disconnette dal nostro essere fisico»<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> N. Heather, *Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither*, in *Neuroethics*, 10, 1, 2017, p. 121 («It may be true that weakness of will [...] is a characterological or personality trait that is evident across a wide range of situations and persists over long periods of time. If so, however, that would be less relevant [...] than another aspect of weakness of will – that we are all weak-willed. That is to say, addicts struggle with extreme variants of a difficulty in controlling behavior that affects all members of the human race past infancy on a daily basis and has been recognised at least since the story of Adam and Eve as a fundamental aspect of the human predicament»).

<sup>54</sup> Mancuso menziona, a tal proposito, i seguenti studi: J. Royce, *The effects of alcoholism and recovery on spirituality*, in R.J. Kus (a cura di), *Spirituality and chemical dependency*, Harrington Park Press, 1995, pp. 19 ss.; M.M. Carroll, *Social work's conceptualization of spirituality*, in *Social Thought*, 18, 2, 1998, pp. 1 ss.

<sup>55</sup> R.J. Kus (a cura di), *Spirituality and Chemical*, cit., p. 22 («human intellect and will must work through the animal or sensory powers that reside in the brain. When alcohol works its toxic harm on brain function, the spiritual power of the soul are robbed of the instruments through which they normally work»).

<sup>56</sup> A.T. Horvath, *The Spirituality of Drug Addiction and Recovery* («a disconnection from, or loss of, life's meaning and purpose contributes to the development and progression of addiction. This disconnection causes a failure to live in harmony with the universal laws or principles that we hold to be important. It is possible to envision addiction as a loss of one's humanity. Our true, authentic, and spiritual self has become disconnected from our physical being because of the addiction»).

Anche la prospettiva spirituale ha perso terreno nel corso del tempo, radicandosi nei diversi gruppi di autoaiuto, come ad esempio gli Alcolisti Anonimi<sup>57</sup>.

c. Il **modello della temperanza** nasce alla fine del 1700 quando **Benjamin Rush**, medico e docente dell'Università di Philadelphia, ha messo in luce in modo particolarmente incisivo i gravi danni alla salute psico-fisica causati del consumo massiccio di bevande alcoliche<sup>58</sup>.

La tesi alla base di questo modello è che la sostanza ha in sé il potere di creare dipendenza e portare alla distruzione, e che **l'individuo è impotente** di fronte alla dipendenza. Pertanto, l'unica salvezza sarebbe rappresentata dall'**astinenza**. L'idea, dunque, è che la **volontà** dei soggetti *addicted* sia in qualche modo **viziata** e pertanto non in grado di resistere e di esercitare il controllo su se stessi. Il modello della temperanza, infatti, definisce la dipendenza come una **malattia involontaria**<sup>59</sup>.

d. Il **modello della scelta**, di più recente sviluppo, può essere ulteriormente scomposto in diverse formulazioni.

Una prima è quella che interpreta l'uso delle sostanze come una **scelta razionale, dannosa ma volontaria**, compiuta dal soggetto dipendente in base a «un personale bilancio sul rapporto benefici/conseguenze dannose»<sup>60</sup>. Si tratterebbe, dunque, di una scelta consapevole basata su **preferenze stabili** (*"Rational Informed Stable Choice"* – RISC), tale per cui, «tra le opzioni di vita realmente possibili, il soggetto considera quella la migliore in un dato momento»<sup>61</sup>.

A tal proposito, è interessante ricordare la posizione di **Gene Heyman**<sup>62</sup>, dell'Università di Harvard, uno dei sostenitori della presente teoria. Secondo Heyman, pur essendo il cervello umano suscettibile di essere modificato quasi da ogni cosa – perché la sua essenza è proprio la plasticità –, tale circostanza non implica affatto una perdita della capacità di scelta. Allo stesso modo, l'accertata influenza della genetica sulla nostra condotta non implicherebbe necessariamente la compulsione. Ad avviso di Heyman, infatti, **ogni nostro comportamento è influenzato** dai geni, ma **questo non vuol dire che siamo da essi determinati, ossia meno liberi**. Persino l'evidente auto-distruttività dei tossicodipendenti non comporta necessariamente la compulsione. Secondo questa impostazione, tutti noi facciamo continuamente "cattive scelte" senza che per questo venga messa in discussione la natura volontaria delle nostre decisioni.

Una seconda formulazione, alternativa alla definizione in termini di scelta razionale, è presentata da **Emanuele Bignamini** nei termini di:

---

<sup>57</sup> Si veda, con riferimento all'Italia, il sito ufficiale dell'Associazione, [www.alcolistianonimiitalia.it](http://www.alcolistianonimiitalia.it).

<sup>58</sup> B. Rush, *An enquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*, Printed for Cornelius Davis, 1811.

<sup>59</sup> N.J. See, *Models and Theories*, cit., pp. 3-4.

<sup>60</sup> F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., p. 15.

<sup>61</sup> E. Bignamini, *Si fa presto a dire "addiction"*, cit., pp. 8-9.

<sup>62</sup> G.M. Heyman, *Addiction: A Disorder of Choice*, Harvard University Press, 2009.

«una **scelta** [...] sostanzialmente **irrazionale**, condizionata dalle condizioni di disagio del soggetto e con preferenze instabili. È mantenuta da errori (*biases*) nel sistema cognitivo, relativi a credenze, aspettative, idea di autoefficacia, attenzione e attribuzioni di significato (“*cognitive bias theories*” [...]). Questa visione fa da sfondo al “modello transteoretico o degli stadi del cambiamento” [...], importante modello cognitivista sulla disposizione motivazionale al cambiamento. Corollario di questa posizione teorica è la “*gateway theory*” [...]: una sostanza con minori effetti tossicomaniogeni renderebbe il soggetto assuntore più suscettibile ad utilizzarne una con maggiori effetti psicotropi. Il rapporto non è però necessariamente causale: i fattori di rischio per droghe “leggere” e “pesanti” possono essere gli stessi, così come può essere determinante la disponibilità di sostanze nell’ambiente di vita»<sup>63</sup>.

Infine, la terza formulazione è quella che vede nell’*addiction* un problema di **incapacità** di assumere decisioni coerenti **nel tempo**. Secondo questa teoria, sebbene i tossicodipendenti restino sempre liberi di scegliere se assumere o meno la sostanza nel singolo momento, la loro autonomia risulterebbe ridotta se la si osserva sul lungo periodo (si parla, a tal proposito, di “*extended agency*”)<sup>64</sup>.

«Una persona decide, nel momento t1, che si asterrà da un certo comportamento nel momento t2 ma, quando t2 arriva, non riesce a tener fede alla sua decisione. Quando questa dinamica si ripete più volte e in modo penoso, ecco che possiamo parlare di dipendenza»<sup>65</sup>.

Dunque, sebbene il comportamento del soggetto dipendente sia effettivamente volontario nel momento in cui viene posto in essere, la dipendenza in sé si manifesta in una **interazione continua** di processi **volontari** e **involontari**<sup>66</sup>.

e. Il **modello psicosociale** è orientato maggiormente all’indagine dei **determinanti psicologici e sociali** (culturali, economici e politici) associati al consumo di sostanze<sup>67</sup>.

Il suddetto modello, definito dallo psichiatra psicoterapeuta **Francesco Mancuso** come il **più rilevante** tra quelli oggi diffusi in seno alla comunità scientifica<sup>68</sup>, si ramifica poi in espressioni via via più articolate:

«la **componente psicologica**, a partire da un dominio incontrastato della psicoanalisi nel panorama scientifico del XX secolo, vedrà progressivamente affermarsi come costruito quello cognitivo-comportamentale, affiancandosi sempre più al modello

---

<sup>63</sup> *Ibidem*.

<sup>64</sup> N. Levy, *Addiction and autonomy*, in *Canadian Journal of Philosophy*, 36, 2006, pp. 427 ss.

<sup>65</sup> N. Heather, *Weakness of will: a suitable topic for scientific study?*, in *Addiction Research*, 2, 1994, p. 135 («a person makes a strong resolution at time t1 to desist from a specified behaviour at time t2 but, when t2 occurs, fails to carry out that resolution. When that happens repeatedly and distressingly, we can describe this pattern of behavior as addiction»).

<sup>66</sup> N. Heather, *Q: Is Addiction*, cit., p. 121.

<sup>67</sup> Mancuso cita, sul punto, gli studi di: D.B. Kandel, *Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use*, in *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21, 1982, pp. 328 ss.; J.E. Donovan, *Adolescent alcohol initiation: a review of psychosocial risk factors*, in *The Journal of Adolescent Health*, 35, 529, 2004, pp. 7 ss.; F. Beccaria, F. Prina, *Sociological Perspectives*, in T. Kolind et al. (a cura di), *The SAGE Handbook of Drug & Alcohol Studies: Social Science Approaches*, Sage Publications LTD, 2016.

<sup>68</sup> F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., p. 15.

biomedico nella condivisione dei metodi di indagine. La **psicanalisi**, anche se più tardivamente, inizierà parimenti un lungo ma costante percorso di avvicinamento al mondo delle neuroscienze. La **componente sociale**, invece, si terrà distante dalla biomedicina e si proporrà quale interprete del discorso scientifico»<sup>69</sup>.

Più in particolare, nell'ambito di questo modello esplicativo, troviamo le seguenti specificazioni:

e.1. **Il modello dell'apprendimento sociale ("social learning model")**, che nasce a metà degli anni '70 a partire dall'idea per cui la dipendenza non è solo un problema di chimica, ma ha altresì natura comportamentale e sociale<sup>70</sup>: essa, infatti, avrebbe a che fare più con ciò che il soggetto *addicted* pensa e prova in relazione alla sostanza, che con la sostanza in sé e per sé. I principali elementi attorno ai quali si struttura il *social learning model* sono i seguenti<sup>71</sup>:

- la dipendenza è vista come un comportamento appreso, che dipende quindi dai condizionamenti subiti dal soggetto e dai suoi pensieri in merito alla sostanza;
- esistono diversi gradi di *addiction*. Più alto è il grado, maggiore è l'intensità della sofferenza psichica causata dall'astinenza (ciò in quanto «maggiore è la quantità di alcool o di sostanza assunta, più profondamente si radica l'abitudine») <sup>72</sup>;
- la dipendenza è un aspetto fisiologico del comportamento umano. Diventa un problema solo quando l'individuo sperimenta una serie di conseguenze negative in ragione del suo comportamento e, ciononostante, continua a porlo in essere;
- il comportamento additivo viene meno solo quando l'individuo decide consapevolmente che i costi connessi all'uso continuato della sostanza sono di gran lunga superiori ai benefici.

Secondo la formulazione della presente teoria offerta dallo psicologo canadese **Albert Bandura**<sup>73</sup>, l'apprendimento del comportamento avviene attraverso l'osservazione dei comportamenti altrui e la comunicazione condizionante; viene inoltre sottolineata l'importanza delle risorse personali (maturità affettiva, educazione, cultura) per contrastare la pressione sociale all'uso<sup>74</sup>.

e.2. **Il modello socio-culturale** guarda alla società nel suo complesso, concentrandosi in particolare sulla comunità, più che sul singolo individuo.

---

<sup>69</sup> *Ibidem*.

<sup>70</sup> M.A.H. Russell, *Tobacco smoking and nicotine dependence*, in R.J. Gibbons et al. (a cura di), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems (vol. 3)*, Wiley, 1976, pp. 1 ss.

<sup>71</sup> Cfr. l'analisi condotta dall'Australian Government Department of Health, *Training frontline workers*, par. 3.4, cit.

<sup>72</sup> N.J. See, *Models and Theories*, cit., p. 11 («the more substance or alcohol is used the more of a habit it becomes»).

<sup>73</sup> A. Bandura, *Social Learning Theory*, Prentice Hall, 1977; *Id.*, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice Hall, 1986.

<sup>74</sup> E. Bignamini, *Si fa presto a dire "addiction"*, cit., p. 9.

Presupposto di questo modello è l'idea per cui il tipo di società influenza profondamente il consumo di droghe da parte di coloro che in essa vivono. Esisterebbe, in particolare, un forte collegamento tra disuguaglianza sociale e consumo di sostanze stupefacenti: coloro che appartengono a gruppi culturalmente e socialmente svantaggiati, infatti, avrebbero maggiori probabilità di manifestare problemi di dipendenza da sostanze. In ragione di questa impostazione di fondo, il modello socio-culturale dell'*addiction* vede la soluzione al problema del consumo di droga non tanto nel potenziamento delle opzioni di trattamento dei tossicodipendenti, quanto in un complessivo cambiamento dell'ambiente sociale. Il che richiede, per prima cosa, l'elaborazione e l'implementazione di nuove strategie di contrasto alla povertà e alla discriminazione<sup>75</sup>.

e.3. Il **modello psicologico** concentra la propria attenzione sulle circostanze che inducono gli individui a iniziare ad assumere sostanze. Secondo i sostenitori del modello psicologico, non è la biologia a far sì che una persona beva il primo *drink* o assuma la droga per la prima volta. Perché ciò accada, infatti, occorre una forte motivazione di ordine psicologico. Secondo questa teoria, qualunque persona è suscettibile di sviluppare una dipendenza da sostanze; d'altra parte, esistono alcuni tratti caratteriali predisponenti, tra cui, ad esempio «uno scarso controllo degli impulsi, strategie di *coping* allo stress inefficaci, un'attitudine manipolatoria, un ego eccessivo, una necessità di mantenere il pieno controllo che coesiste con una sensazione di impotenza e scoramento»<sup>76</sup>.

f. Il **modello delle neuroscienze affettive**, a proposito del quale riportiamo ancora le considerazioni formulate da Bignamini, il quale osserva in particolare che:

«[la] più completa, comprensiva e convincente visione dell'*addiction* deriva dagli studi di Panksepp, che collega la neurobiologia, la psicologia evoluzionista, le scienze del comportamento, la psicodinamica e la visione ambientale. L'interdipendenza, il legame con l'altro/ambiente, modalità selezionata evolutivamente e inscritta nel DNA per aumentare la fitness della nostra specie, è sostenuta da sistemi affettivi primari innati e non appresi, inconsci, fisiologici e funzionali alla sopravvivenza. Sfruttando questi sistemi affettivi del tutto normali, le droghe fanno sperimentare al soggetto le stesse sensazioni che si provano quando si interagisce con l'ambiente in modo corretto e soddisfacente come previsto dal sistema incentivante/disincentivante che guida la sopravvivenza. Il soggetto prova le stesse sensazioni positive senza però la necessità di relazione con l'altro e di confronto con il mondo: l'illusione di poter provare una profonda soddisfazione senza dipendere dall'altro, sostiene una illusione di controllo su di sé e sul mondo, che lega alla droga»<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> Australian government department of health, *Training frontline workers*, par. 3.4., cit.

<sup>76</sup> N.J. See, *Models and Theories*, cit., p. 8 («poor impulse control, ineffectual coping mechanism to stress, being manipulative, portraying a big ego, and having to be in complete control, but feeling powerless and hopeless»).

<sup>77</sup> E. Bignamini, *Si fa presto a dire "addiction"*, cit., p. 10.

g. **Il modello bio-psico-sociale**, apparentemente il più completo, è una «strategia di approccio alla persona»<sup>78</sup>, sviluppata da Engel nella seconda metà del secolo scorso<sup>79</sup>.

Il punto di partenza di questo modello è che sia i fattori biologico-genetici, sia quelli psicologici e socioculturali contribuiscano in eguale misura alla genesi del comportamento dipendente e, pertanto, debbano tutti essere presi in considerazione nell'elaborazione delle strategie preventive e di cura<sup>80</sup>.

Secondo i sostenitori del presente modello, in particolare, se da un lato la scienza non ha identificato, ad oggi, un singolo fattore capace di spiegare il motivo per cui non tutti coloro che assumono regolarmente sostanze stupefacenti finiscono con lo sviluppare una vera dipendenza, dall'altro lato l'evidenza oggi disponibile suggerisce che fattori di tipo biologico, genetico, della personalità, psicologico, cognitivo, sociale, culturale e ambientale interagiscono e concorrono alla genesi del fenomeno dell'*addiction*<sup>81</sup>.

## 6. Neuroscienziati *versus* scienziati sociali.

Attualmente, è dalle **scienze sociali** che provengono le **principali critiche** mosse al modello biomedico di spiegazione dell'*addiction*.

In particolare, le divergenze tra scienziati sociali e neuroscienziati possono essere ricondotte ad alcuni aspetti fondamentali, che, ancora secondo l'impostazione adottata da **Mancuso**, possono essere identificati nei seguenti quattro punti<sup>82</sup>.

Il **primo elemento** su cui verte il dissenso tra gli studiosi attiene allo stesso **concetto di malattia**. Dal punto di vista delle scienze sociali, «la concettualizzazione di una data malattia non è da considerarsi solo come la risultanza del progressivo accumularsi di conoscenze scientifiche»<sup>83</sup>, ma è strettamente connessa anche all'**influenza di norme sociali, politiche e valori culturali** dominanti in una società, che, oltretutto, mutano nei diversi periodi storici, nei differenti strati sociali e nei diversi livelli di istruzione di una popolazione.

Pertanto, osserva Mancuso, «agli occhi degli scienziati sociali la scienza medica (nella forma di medicina istituzionalizzata) non è più oggettiva o robusta rispetto ad altre forme di conoscenza, è solo culturalmente dominante, una "**scienza quale ideologia**"»<sup>84</sup>.

---

<sup>78</sup> M.A. Becchi, N. Carulli, *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, in *Internal and Emergency Medicine*, 4.3, 2009, p. 1.

<sup>79</sup> G.L. Engel, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, in *Science*, vol. 196, 1977, pp. 129 ss.; *Id.*, *The clinical application of the biopsychosocial model*, in *American Journal of Psychiatry*, 137, 5, 1980, pp. 535 ss.

<sup>80</sup> M.C. Skewes, V.M. Gonzalez, *The Biopsychosocial Model of Addiction*, in P.M. Miller (a cura di), *Principles of Addiction. Volume 1*, Academic Press, 2013, pp. 61 ss.

<sup>81</sup> *Idem*, p. 62.

<sup>82</sup> F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., pp. 16 ss.

<sup>83</sup> *Ibidem*. Inoltre, cfr. M. Weber, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, 2014.

<sup>84</sup> *Ibidem*; l'espressione è citata da Mancuso (F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction*, cit., p. 16) e attribuita a Jürgen Habermas.

Un secondo profilo di contrasto attiene poi agli stessi **fondamenti teorici** alla base dell'elaborazione del BDMA. Secondo gli scienziati sociali, l'impostazione adottata dai sostenitori del predetto modello «riproduce, nel campo delle *addiction*, una più generale **tendenza alla "medicalizzazione"** dei comportamenti umani, frutto di un **riduzionismo biologico** che tende spesso a marginalizzare qualsiasi ipotesi alternativa»<sup>85</sup>.

In tal senso, il BDMA attuerebbe una semplificazione indebita, fondata sulla riconduzione di condizioni additive differenti a un'unica malattia, «incarnata nel cervello e materializzata in processi chimici cerebrali», così riducendo «un'intera dimensione esplicativa unicamente a dei processi biochimici e bioelettrici nel cervello» e dunque, riducendo anche lo stesso «**comportamento umano a espressione di "meri" processi neurochimici**»<sup>86</sup>.

Strettamente connesso a questo aspetto vi è l'ulteriore dissenso in ordine alle **conseguenze, sul piano psicologico**, derivanti dall'adozione del BDMA, impattando in particolare sulla motivazione al cambiamento da parte dei soggetti con problemi di dipendenza e, quindi, sull'efficacia stessa dei trattamenti.

Da un lato, infatti, i sostenitori del modello sono fermamente convinti che la sua adozione sia potenzialmente foriera di molteplici vantaggi per la società: a loro avviso, infatti, una maggiore propensione, da parte della collettività, a guardare al fenomeno dell'*addiction* sotto il profilo clinico, potrà tradursi sia in un più facile accesso alle cure per coloro che soffrono di dipendenza patologica, sia in una riduzione dello stigma associato a questa condizione<sup>87</sup>. Con l'ulteriore conseguenza, ad avviso di alcuni, che gli individui con problemi di *addiction* da sostanze saranno più propensi a sottoporsi a trattamenti volti a risolvere la problematica: ad esempio, uno dei professionisti coinvolti nel sopraccitato sondaggio australiano ha affermato sul punto che l'accettazione del modello BDMA:

«potrà fornire alle persone un argomento per dire "ok, c'è una ragione precisa per cui sono tossicodipendente, quindi posso essere curato"»<sup>88</sup>.

Dall'altro lato, **non mancano le voci contrarie**: secondo alcuni critici del modello BDMA, proprio la comprensione dei meccanismi biologici alla base della dipendenza può, in realtà, indurre a credere che questi disturbi siano incurabili o non trattabili, il che, a sua volta, potrebbe finire con lo scoraggiare coloro che ne soffrono a sottoporsi alle terapie<sup>89</sup>.

A tal proposito, ad esempio, la psichiatra statunitense **Sally Satel** ha posto in luce come la «retorica fatalista» del BDMA possa influenzare negativamente l'esito dei trattamenti della dipendenza da sostanze, inducendo gli individui affetti da dipendenza

---

<sup>85</sup> *Ibidem*.

<sup>86</sup> *Ibidem*, p. 17.

<sup>87</sup> A.T. McLellan, D.C. Lewis, C.P. O'Brien, H.D. Kleber, *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*, in *Journal of the American Medical Association*, 284, 2000, pp. 1689 ss.; C. Dackis, C. O'Brien, *Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications*, in *Nature Neuroscience*, 8, 2005, pp. 1431 ss.

<sup>88</sup> S.K. Bell et al., *neuroscientists and clinicians on the clinical impact of a 'brain disease model of addiction'*, in *Neuroethics*, 7, 1, 2014, p. 22 («It will give people a reason to say, okay, there's a defined reason why I'm an addict and therefore it's treatable»).

<sup>89</sup> *Ibidem*.

patologica a credere che «non potranno mai liberarsi completamente dei loro problemi di droga e alcol»<sup>90</sup>.

Peraltro, esistono alcune evidenze a sostegno di questi argomenti. In un recente sondaggio pubblico in materia di possibilità di trattamento delle malattie mentali in generale, gli intervistati che avevano accolto il modello di spiegazione psicologica si sono mostrati più propensi a ritenere utile sottoporsi alle cure esistenti per tali patologie rispetto a coloro che avevano condiviso il modello di spiegazione biologica<sup>91</sup>.

Sotto un diverso profilo, ma sempre in chiave critica, è stato altresì sostenuto che focalizzare un'eccessiva attenzione sui possibili interventi di tipo medico finirebbe con il mettere indebitamente in secondo piano i trattamenti di altra natura, specie quelli di tipo psicologico o comportamentale, tanto da ritenere che:

«una volta trasformata in una malattia del cervello, le persone tendono a pensare che ciò le renda meno suscettibili ai trattamenti psicologici»<sup>92</sup>.

Ancora, è stato sostenuto che il modello di spiegazione dell'*addiction* come malattia cerebrale, per un verso produrrebbe l'effetto di compromettere la fiducia nei confronti delle cure e, per altro verso, fornirebbe alle persone con problemi di dipendenza una scusa per continuare a fare uso di droghe, minando al contempo il loro senso di responsabilità personale per il consumo delle sostanze. In tal senso, uno dei medici coinvolti nella ricerca australiana in merito alla bontà del modello BDMA hanno rilevato che:

«[il modello] implica [...] che non esistono cure o quasi, che è tutto lì, è una malattia, quindi le cose potranno solo peggiorare e non vi è alcuna luce in fondo al tunnel. Penso che, da un punto di vista psicologico, tutto ciò possa tradursi in una impotenza appresa (*learned helplessness*)»;

«se si tratta di una malattia cerebrale, questo significa che c'è qualcosa di sbagliato nel cervello delle persone, il che induce queste ultime a non assumersi alcuna responsabilità personale per ciò che sta accadendo loro»<sup>93</sup>.

Anche per quanto riguarda l'**utilità diagnostica** del modello BDMA gli scienziati sociali hanno sollevato diversi rilievi critici, rilevando in particolare come, nonostante gli ingenti investimenti in mezzo secolo di ricerca scientifica, **le neuroscienze ad oggi non abbiano identificato una causa biologica certa** per lo sviluppo delle dipendenze. «Non

---

<sup>90</sup> S.L. Satel, *The fallacies of no-fault addiction*, in *Public Interest*, 1999, pp. 52 ss.; *Id.*, *For addicts, firm hand can be the best medicine*, *New York Times*, 15 agosto 2006 (they «can never fully free themselves of their drug and alcohol problems»).

<sup>91</sup> D.C.K. Lam, P.M. Salkovskis, H.M.C. Warwick, *An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness"*, in *Journal of Mental Health*, 14, 2005, pp. 453 ss.

<sup>92</sup> Così uno dei medici intervistati nello studio di S.K. Bell et al., *Views of addiction*, cit., p. 21 («once you make something a brain disease people tend to think that that makes them less amenable to psychological treatments»).

<sup>93</sup> *Idem*, p. 23 («[i]t implies [...] that there's no treatments or almost, that that's it, that it's a disease therefore, it's just going to lead to deterioration and no light at the end of a tunnel. I think that, from a psychological point of view, that could potentially lead to learned helplessness»; «If it's a brain disease that means that there's something wrong with people's brains which means that they take no personal responsibility for what's happening to them»).

esiste, infatti, un solo *marker* biologico con sufficiente sensibilità e specificità da dare un'informazione affidabile per formulare una diagnosi di *addiction* o, più in generale, che indichi il passaggio dall'uso volontario di una sostanza a una condizione addittiva»<sup>94</sup>.

Per inquadrare l'ultimo punto oggetto di controversia, che ha a che fare con le **condizioni autoindotte**, è necessario introdurre prima di tutto un presupposto di natura concettuale. Infatti, come ricorda **Mancuso**, le patologie psichiche presentano solitamente delle **disfunzioni sociali**, che sono il risultato di disregolazioni cognitive, emozionali e comportamentali<sup>95</sup>. Un elemento che, però, rende uniche le *addiction* rispetto ad altre patologie psichiatriche è:

«il loro **derivare da un atto di volontà**. Disturbi quali la schizofrenia, il disturbo bipolare o il disturbo di panico non prevedono un'attività volitiva iniziale, determinante l'insorgenza della patologia. Nel caso delle *addiction*, invece, un primo atto di volontà è la "*conditio sine qua non*" nell'etiologia addittiva (**la prima dose** di eroina, il primo bicchiere, la prima *slot* etc.)»<sup>96</sup>.

Ecco allora che, «maggiore è il peso attribuito alla volontà – nel primo e nei successivi atti –, più la condizione che si verrà a instaurare verrà interpretata come autoindotta e volontariamente sostenuta nel tempo. Per le scienze sociali, infatti, non è del tutto condivisibile l'assunto [di cui si è detto sopra, v. par. 1] che le sostanze determinino disfunzioni neurali tali da compromettere la volontà»<sup>97</sup>. Il soggetto dipendente, infatti, **sceglierebbe sempre volontariamente di assumere o meno la sostanza**. A dimostrazione di ciò, vengono spesso proposte le evidenze che riportano il passaggio da una fase di *addiction* a una successiva fase – spontanea, ossia senza alcun trattamento – di remissione<sup>98</sup> o, quantomeno, ad un uso controllato della sostanza (si veda anche quanto detto in merito agli studi condotti sui veterani eroinomani del Vietnam – sopra, v. par. 3).

## 7. Conclusioni in tema di rapporto tra dipendenza e malattia.

In conclusione, alla luce del variegato panorama scientifico esistente ancora oggi in materia di *addiction*, pare arduo individuare una definizione del fenomeno che possa essere qualificata come propriamente "corretta". D'altra parte, l'analisi sopra esposta sembra suggerire (quantomeno) che la **definizione più completa**, ossia quella maggiormente capace di tenere conto di tutte le componenti ritenute rilevanti ai fini della riconducibilità di un comportamento alla nozione di "dipendenza", sia quella offerta dall'ultimo dei modelli di spiegazione sopra analizzati, vale a dire il **modello bio-psico-sociale**.

Questo modello, peraltro, proprio nel suo porre l'accento sulla necessità di tenere conto sia dei fattori biologici, sia di quelli sociali, psicologici e culturali, per comprendere il problema della dipendenza (in particolare da sostanze), richiama il **concetto "olistico" di salute** fatto proprio dalla **Organizzazione Mondiale della Sanità** (OMS) già nel 1946:

<sup>94</sup> F. Mancuso, // Brain Disease Model of Addiction, cit., p. 17.

<sup>95</sup> *Ibidem*, p. 18.

<sup>96</sup> *Ibidem*.

<sup>97</sup> *Ibidem*.

<sup>98</sup> G.M. Heyman, *Addiction: A Disorder*, cit.

«la salute non è semplicemente l'assenza di malattia, ma è lo **stato di completo benessere fisico, mentale e sociale**»<sup>99</sup>.

Un concetto di salute che, dunque, fa riferimento tanto alle componenti **fisiche** (funzioni, organi, strutture), quanto a quelle **mentali** (stato intellettuale e psicologico), **sociali** (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile) e **spirituali** (valori) del soggetto e che, di conseguenza, richiede un approccio integrato, con l'intervento di più professionisti, in grado, ciascuno secondo le proprie competenze, di occuparsi di ciascuno dei singoli aspetti che, appunto, concorrono a determinare lo stato di "salute" del paziente.

Infatti, è stato osservato, a tal proposito, che:

«le numerose competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico, pur colto, professionista. Di conseguenza l'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psico-sociale è quella che prevede attività di *équipes* multiprofessionali interagenti al proprio interno e con il paziente»<sup>100</sup>.

Il che si giustifica sul presupposto per cui:

«la mente e il corpo sono collegati e sia la mente sia il corpo influenzano lo sviluppo e l'evoluzione della dipendenza, all'interno di un determinato contesto sociale e culturale. Solo considerando tutti questi fattori è possibile concettualizzare accuratamente l'*addiction*»<sup>101</sup>.

## PARTE SECONDA

### Diritto penale e dipendenze da sostanze. La posizione della giurisprudenza di legittimità in tema di tossicodipendenza e alcolodipendenza

#### 8. Cenni introduttivi.

Nonostante le evidenze e l'elaborazione scientifica di cui si è detto sopra, **la risposta che il diritto penale dà alla domanda** se il soggetto dipendente da sostanze (alcoliche o stupefacenti) che commette un reato in relazione al suo stato **sia o meno imputabile**, è tendenzialmente **affermativa**.

Infatti, come noto, il codice penale stabilisce, in linea generale, che il fatto che una persona sia ubriaca (o sotto l'effetto di droghe) al momento della commissione del reato «non esclude né diminuisce l'imputabilità» (artt. 92 e 93 c.p.); addirittura, se risulta che il reo è dedito al consumo di queste sostanze – la dizione codicistica è quella di "**consumo abituale**" –, la pena è aggravata (art. 94 c.p.).

<sup>99</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946, cit. da M.C. Meloni, *Tossicodipendenza e Modello Bio-Psico-Sociale*, 2 marzo 2015.

<sup>100</sup> M.A. Becchi, N. Carulli, *Le basi scientifiche*, cit., pp. 1-2.

<sup>101</sup> M.C. Skewes, V.M. Gonzalez, *The Biopsychosocial Model*, cit., p. 63 («the mind and the body are connected and both the mind and the body affect the development and the progression of addiction within a social and cultural context. Only by considering all of these factors can addiction be accurately conceptualized»).

L'unica situazione nella quale è riconosciuto il difetto di imputabilità del reo, escludendo l'ipotesi di "scuola" del «caso fortuito o forza maggiore», di cui all'art. 91 c.p., è quella in cui l'alterazione psichica dovuta all'assunzione delle sostanze (stupefacenti o alcoliche) assume le sembianze di una vera e propria malattia mentale (si parla, in questo caso, di "**intossicazione cronica**" da alcol o stupefacenti – art. 95 c.p.)<sup>102</sup>.

Tale disciplina è rimasta tale e quale dal 1930 e, già all'epoca dei lavori preparatori al codice Rocco, da più parti ne era stata denunciata l'**ascientificità**, sotto diversi profili. Da un lato, è stato fortemente criticato il ricorso alla **finzione giuridica** su cui si fondano le previsioni degli artt. 92, 93 e 94 c.p., che postula la sussistenza di una piena capacità di intendere e di volere del soggetto che, di fatto, proprio perché agisce sotto l'influenza dell'alcol o della droga, capace non è<sup>103</sup>.

Dall'altro lato, e più in generale, la letteratura medica ha sollevato molte perplessità in ordine all'**equiparazione**, operata dal legislatore, **tra dipendenza da alcol e da sostanze stupefacenti**: equiparazione che, si sostiene, sarebbe del tutto priva di fondamento medico-legale. Così, si è affermato ad esempio che solo l'intossicazione alcolica, e non anche quella da stupefacenti, rappresenterebbe una «patologia di rilievo somatico, neurologico, psichiatrico con spiccate caratteristiche di permanenza e, comunque, osservabile costantemente anche oltre la cessazione degli effetti, con parametri di rilievo nosografico»<sup>104</sup>.

Con riguardo al consumo di droga, infatti, è estremamente raro che possano rinvenirsi quelle "alterazioni psichiche permanenti" che, come subito si dirà, la giurisprudenza ritiene necessarie ai fini del riconoscimento della "cronica intossicazione" da sostanze, che esclude l'imputabilità<sup>105</sup>.

D'altra parte, è altresì evidente che, a differenza dell'alcol, gli stupefacenti non rappresentano una sostanza categorialmente unitaria e, dunque, non producono nei consumatori disturbi che si inseriscono in **quadri psicopatologici diversi** a seconda del tipo di sostanza impiegata<sup>106</sup>. Per queste ragioni è estremamente complesso individuare un determinato quadro clinico e psichiatrico di intossicazione cronica da sostanze che sia di fatto misurabile attraverso quegli stessi parametri che vengono impiegati nel campo dell'alcolismo<sup>107</sup>.

---

<sup>102</sup> Come noto, la norma prevede che «per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89», relative al cd. "vizio" (totale e parziale) di mente.

<sup>103</sup> Cfr. F. Mantovani, *Diritto penale*, Cedam, 1979, pp. 8 ss.; G. Delitalia, *Lavori preparatori del codice penale e del codice di procedura penale*, I, Tipografia delle Mantellate, 1929, pp. 53 ss., entrambi cit. in M. Serraino, *Appunti su azione di sostanza psicoattiva e imputabilità penale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2, 2015, pp. 445 ss.

<sup>104</sup> G. Canepa, in *Atti del XXVIII Congresso nazionale di medicina legale*, 1993, p. 59.

<sup>105</sup> F. Romano, *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Giur. mer.*, 1995, pp. 866 ss.

<sup>106</sup> M. Serraino, *Appunti su azione di sostanza*, cit.

<sup>107</sup> L. Bini, T. Bazzi, *Trattato di psichiatria*, II, Vallardi, 1959, pp. 324 ss.

## 9. Chi è imputabile?

Se dunque, da un lato, la normativa riconosce l'esistenza di casi in cui la dipendenza determina una vera e propria incapacità di intendere e (soprattutto) di volere – appunto, nei casi di “intossicazione cronica” –, dall'altro lato, però, la giurisprudenza tende da sempre a circoscrivere enormemente il campo di applicazione della suddetta disposizione, che resta perciò applicabile solo a ipotesi residuali, e preferisce di gran lunga ricorrere alla disciplina dei precedenti articoli del codice, ritenendo così irrilevante (o addirittura meritevole di un aggravio di pena) la condizione in cui versa il soggetto *addicted* al momento della commissione del reato.

Vediamo dunque, più nel dettaglio, i più significativi arresti della giurisprudenza di legittimità in materia di rapporti tra dipendenza da sostanze e imputabilità.

## 10. Dipendenza, intossicazione cronica e consumo abituale.

Come anticipato, l'orientamento di gran lunga prevalente in capo ai giudici penali è quello di ritenere che **la condizione del tossicodipendente o dell'alcolodipendente** non integri l'ipotesi della intossicazione cronica ex art. 95 c.p., potendo semmai sovrapporsi (ma, come vedremo subito, esistono pronunce contraddittorie sul punto) a quella del consumo abituale, il che si traduce in dire **pene più severe**, ai sensi dell'art. 94 c.p.

Infatti, già alla fine del secolo scorso è stato statuito che «lo stato di **tossicodipendenza non costituisce, di per sé, indizio di malattia mentale** o di alterazione psichica»<sup>108</sup>. La stessa affermazione è stata costantemente ribadita dalla giurisprudenza successiva, anche in tempi recenti<sup>109</sup>.

In piena coerenza con tale orientamento, peraltro, si è precisato che anche «**la crisi d'astinenza non è configurabile come una malattia mentale e non esclude, quindi, la responsabilità per il reato commesso**»<sup>110</sup>.

Sul punto, si è detto infatti che:

«l'affermata mera condizione di un generico stato di agitazione da crisi da astinenza, in capo all'autore della condotta illecita (di resistenza violenta, di lesioni e di danneggiamento), non accompagnata da altre provate indicazioni in termini di grande e grave disassamento, da infermità, delle funzioni noetiche e volitive dell'agente, non integra lo schema dogmatico dell'art. 89 c.p., dato che essa realizza una **mera condizione di stato emotivo e passionale**, non incidente ex art. 90 c.p. sugli ambiti dell'intendere e del volere»<sup>111</sup>.

Sul punto, peraltro, si registra un unico precedente (datato) in senso contrario. Con riferimento al consumo di eroina, infatti, nel 1983 la Corte ha affermato che

---

<sup>108</sup> Cass. pen., n. 7885/1999.

<sup>109</sup> Cass. pen., n. 19035/2017; Cass. pen., n. 27129/2016; Cass. pen., n. 13550/2014; Cass. pen., n. 17305/2011.

<sup>110</sup> Cass. pen., n. 3633/1995 (sul punto, v. *contra*, in dottrina, S. Bruno, *Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti*, in *Enciclopedia del diritto*, XI, 1962, p. 432).

<sup>111</sup> Cass. pen., n. 17305/2011.

«Il precario, apparente ed innaturale equilibrio scandito dalle periodiche assunzioni di droga [...], si labilizza col fatale esaurirsi degli effetti della dose di sostegno, sino a risolversi nella così detta **crisi di astinenza** che è **condizione propriamente patologica**, configurante un **autentico vizio di mente**»<sup>112</sup>.

Un conto, insomma – sostiene la Corte –, è lo *status* di tossico (o alcol) dipendente, altra cosa è invece l'intossicazione cronica, rilevante ai fini dell'esclusione dell'imputabilità.

Così, all'inizio degli anni '90, la Cassazione, nel ribadire che «per escludere lo stato di imputabilità **non è sufficiente la condizione generica di tossicodipendenza**», ha precisato che, perché venga meno l'imputabilità, occorre «che l'intossicazione da sostanze stupefacenti sia cronica ed abbia prodotto un'alterazione psichica permanente, ossia una psicopatologia stabilizzata non strettamente correlata all'assunzione di sostanze psicotrope»<sup>113</sup>.

Ancora:

«i disturbi della personalità (nevrosi e psicopatie) possono essere apprezzati alla luce delle norme degli artt. 88 ed 89 C.P., con conseguente pronuncia di totale o parziale **infermità di mente** dell'imputato, a **condizione** che essi abbiano, riferiti alla capacità di intendere e di volere, le **seguenti qualità**, globalmente in grado di incidere sulla capacità di autodeterminazione dell'autore del fatto illecito e cioè: **consistenza e intensità**, intese come valore concreto e forte; **rilevanza e gravità** pesate come dimensione importante del disagio stabilizzato; **rapporto motivante con il fatto** commesso, apprezzato come correlazione psico-emotiva rispetto al fatto»<sup>114</sup>.

Non tutti i tossicodipendenti, dunque, sono anche "intossicati cronici".

E per quanto riguarda il "consumo abituale", previsto come circostanza aggravante? Sul punto, il panorama giurisprudenziale è tutt'altro che univoco.

Da una parte, vi sono sentenze (come ad esempio una di due anni fa), in cui il giudizio della Corte pare molto chiaro: «**la nozione di tossicodipendente non coincide con quella di consumatore abituale**, trattandosi di categorie distinte, aventi autonomo riconoscimento normativo, in quanto l'accertamento dell'uso abituale costituisce condizione essenziale, ma non sufficiente per la diagnosi della tossicodipendenza»<sup>115</sup>.

Infatti, come precisato in una pronuncia precedente, nella quale la Corte prende posizione, in particolare, sui rapporti tra tossicodipendenza e tossicomania<sup>116</sup>, «**non tutti gli stati di tossicomania**, la quale è una dipendenza meramente psichica alla droga, o di

---

<sup>112</sup> Cass. pen., sez. I, 22 novembre 1983.

<sup>113</sup> Cass. pen., n. 3191/1992; Cass. pen., n. 1775/2002.

<sup>114</sup> Cass. pen., n. 43285/2009; Cass. pen., n. 17305/2011.

<sup>115</sup> Cass. pen., n. 54068/2018; Cass. pen., n. 27575/2017.

<sup>116</sup> Sulla distinzione tra "tossicodipendenza", intesa come condizione in cui versano coloro che hanno un bisogno psichico incoercibile di procurarsi le sostanze, e "tossicomania", caratterizzata dall'impossibilità biologica, per colui che versa in tale stato, di rinunciare alla sostanza, cfr. G. Ponti, E. Calvanese, in *Atti del XXVIII Congresso nazionale di medicina legale*, 1993, p. 60.

**tossicodipendenza, che è una assuefazione cronica** alla stessa, producono di per sé alterazione mentale o disagio psichico rilevante agli effetti di cui agli artt. 88 e 89 c.p.»<sup>117</sup>.

In questo senso, la Cassazione postula l'esistenza di una distinzione netta tra la nozione di "consumo abituale" di sostanze e la condizione di tossicodipendenza; d'altra parte, però, la Corte afferma altresì che la tossicodipendenza è una "assuefazione cronica", così generando non poca confusione in ordine ai rapporti tra "assuefazione" e "intossicazione" cronica (che, alla luce della giurisprudenza finora esaminata, dovrebbe essere cosa diversa sia dalla tossicodipendenza, sia dal consumo abituale).

Dall'altra parte, tuttavia, abbiamo anche pronunce di segno opposto. Sempre nel 2018, ad esempio, la Corte ha chiarito che «le nozioni di tossicodipendenza e di uso abituale di sostanze stupefacenti devono ritenersi sinonimie, in quanto espressione di un medesimo *status* patologico»<sup>118</sup>.

Al proposito dei suddetti problemi terminologici, vale peraltro la pena di richiamare la nota definizione fornita dall'OMS, secondo cui la **"tossicodipendenza" è una «condizione di intossicazione** cronica o periodica, dannosa all'individuo e alla società prodotta dall'uso ripetuto di una sostanza chimica, naturale o di sintesi»<sup>119</sup>.

## 11. Le "alterazioni patologiche permanenti".

Proviamo ora a identificare più precisamente quali sono, ad avviso della Cassazione, le condizioni in presenza delle quali è possibile concludere che il reo è "intossicato cronico", ed escluderne quindi l'imputabilità.

In una sentenza del 2007, poi richiamata in una successiva del 2011, la Corte ha stabilito che «la situazione di tossicodipendenza che influisce sulla capacità di intendere e di volere è solo quella che, per il suo carattere ineliminabile e per l'impossibilità di guarigione, provoca **alterazioni patologiche permanenti**, cioè una patologia a livello cerebrale implicante psicopatie che permangono indipendentemente dal rinnovarsi di un'azione strettamente collegata all'assunzione di sostanze». Solo in presenza di tali alterazioni patologiche permanenti, connotate per il loro **«carattere ineliminabile e per l'impossibilità di guarigione»**, infatti, risulterebbe «indiscutibile che ci si trova di fronte ad una vera e propria malattia»<sup>120</sup>.

Tale condizione, ad avviso della Corte, deve essere accertata dal giudice sulla base dei «dati anamnestici, clinici, comportamentali, evincibili dalle stesse modalità del fatto,

---

<sup>117</sup> Cass. pen., n. 17305/2011. Con riguardo specifico alla tossicomania, si segnala peraltro una risalente sentenza di merito secondo cui «la tossicomania è un'infermità. Il bisogno del tossico dà luogo ad una fenomenologia carenziale che costituisce una forma di vera e propria malattia» (sentenza del Tribunale di Roma resa nel 1958, citata in G. De Vincentiis, T. Bazzi, *La valutazione medico-legale e l'inquadramento clinico della tossicomania*, Giuffrè, 1960, p. 112).

<sup>118</sup> Cass. pen., n. 24990/2018 (in quel caso, la decisione verteva sulla possibilità di sostituzione della misura custodiale in carcere con la detenzione domiciliare di cui all'art. 89, c. 2, d.P.R. n. 309 del 1990). In senso conforme, v. anche Cass. pen., n. 16037/2009.

<sup>119</sup> Riportata da E. Renda, *Droga. Immaginario e realtà*, Armando Editore, 1999, p. 106.

<sup>120</sup> Cass. pen., n. 25252/2018; Cass. pen., n. 17305/2011; Cass. pen., n. 35872/2007. Nello stesso senso, in precedenza, Cass. pen., n. 7885/1996; Cass. pen., n. 5357/1996.

ragionevolmente rivelatori dell'asserito quadro morboso, agli effetti della sua "graduabilità" rispetto all'imputabilità»<sup>121</sup>.

Eppure, come ha osservato **Giorgio Leggeri** in un noto articolo pubblicato diversi anni fa sulla rivista *Rassegna penitenziaria*, «non vi è alcuna sostanza stupefacente che induca un danno anatomico di tale gravità da indurre una "permanente e irreversibile anomalia psichica"»<sup>122</sup>.

## PARTE TERZA

### Diritto penale e dipendenze non da sostanze: il caso del gioco d'azzardo e gli orientamenti giurisprudenziali

#### 12. Cenni introduttivi.

Con riguardo alle altre forme di dipendenza, diverse da quelle connesse al consumo di sostanze alcoliche e stupefacenti, e pertanto escluse dal perimetro di applicazione delle disposizioni codicistiche espressamente dedicate a queste ultime (artt. 92-95 c.p.), vale la pena di dedicare alcuni cenni al fenomeno delle c.d. dipendenze "non da sostanze", o comportamentali, e in particolare al problema dei rapporti tra diritto penale e **gioco d'azzardo**. Del resto, è stato osservato<sup>123</sup> che il gioco è un aspetto della vita sociale da sempre esistente e diffuso, tanto che è possibile considerarlo come una vera e propria parte integrante dello stesso esistere dell'uomo<sup>124</sup>.

Non a caso – con specifico riferimento alla situazione italiana –, un'indagine nazionale sul gioco d'azzardo pubblicata nel 2018 dall'Istituto Superiore di Sanità ha rilevato che **quasi 18 milioni e mezzo di italiani** (precisamente 18.450.000 persone, il 36,4% della popolazione del paese) **hanno giocato d'azzardo** almeno una volta nel corso dell'anno precedente al sondaggio. Secondo l'indagine, il gioco d'azzardo nell'ultimo anno ha interessato quasi un uomo su due (43,7%) e una donna su tre (29,8%), soprattutto della fascia di età compresa tra i 18 e i 25 anni<sup>125</sup>. Di tutte queste persone, circa un milione e quattrocentomila rientrano nella categoria dei giocatori "a rischio moderato" (il 2,8%), mentre un altro **milione e mezzo** è inquadrato dall'ISS tra i "**giocatori problematici**" (il 3% del totale)<sup>126</sup>.

---

<sup>121</sup> Cass. pen., n. 31483/2004.

<sup>122</sup> G. Leggeri, *Tossicodipendenza e imputabilità*, in *Rassegna penitenziaria*, 2, 1983, p. 774.

<sup>123</sup> M. Croce, R. Bianchetti, *Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni*, in *Sociologia del diritto*, 2, 2007, pp. 113 ss.

<sup>124</sup> J. Huizinga, *Homo ludens*, Einaudi, 1982.

<sup>125</sup> Si veda il documento *CSN° 30/2018 – Gioco d'azzardo*, ISS, 18 ottobre 2018, e in particolare le schede n. 1 e 4.

<sup>126</sup> Come spiegato nella scheda 4 dello studio, lo strumento utilizzato dall'ISS per rilevare i diversi gradi di severità della problematicità dei comportamenti connessi al gioco d'azzardo è il *Problem Gambling Severity Index* (PGSI). A seconda del punteggio ottenuto dal test, il giocatore può essere inquadrato come "a basso rischio" («giocatore che, pur avendo "a volte" uno o più atteggiamenti dei giocatori problematici, probabilmente non avrà alcuna conseguenza negativa dal gioco d'azzardo»), "a rischio moderato" («giocatore che avendo uno o più comportamenti dei giocatori problematici "la maggior parte del tempo" potrebbe avere conseguenze negative dal gioco d'azzardo») ovvero come "problematico" («giocatore con un comportamento di gioco che

Al pari delle dipendenze da sostanze, anche il disturbo da gioco d'azzardo patologico (GAP), è qualificato, dal punto di vista scientifico-clinico, come un vero e proprio "disturbo" comportamentale, che può generare in chi ne è affetto una generale «incapacità di resistere all'impulso di giocare d'azzardo o fare scommesse»<sup>127</sup>.

Infatti, già nel 1980 l'American Psychiatric Association (APA) ha incluso il disturbo da gioco d'azzardo patologico nella terza edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, in riferimento ai disturbi del controllo degli impulsi<sup>128</sup>. La medesima denominazione di GAP e il suddetto inquadramento nosografico sono stati mantenuti nelle successive versioni del manuale, fino a che, nel 2013, il DSM V ha inquadrato la ludopatia all'interno della categoria delle "dipendenze comportamentali"<sup>129</sup>, caratterizzate, secondo alcuni scienziati, anche da «un **deficit metacognitivo** che favorisce, tra l'altro, l'incapacità della persona di orientare i propri comportamenti ad uno scopo, di governarli e di controllare i propri impulsi»<sup>130</sup>. In tal senso, e più nello specifico, il disturbo da GAP è stato definito come una:

«**malattia neuropsicobiologica del cervello**, spesso **cronica e recidivante** [...], che presenta [...] alterazioni preesistenti di tipo neurofunzionale dei normali sistemi neurobiologici della **gratificazione** (sistema di *reward* dopaminergico con iper-risposta anomala al gioco d'azzardo), del **controllo degli impulsi** (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) e delle **funzioni cognitive correlate** (credenze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita)»<sup>131</sup>.

Come noto, esiste peraltro una **stretta connessione** tra gioco d'azzardo – patologico – e **attività criminale**.

Sul punto, ad esempio, una ricerca australiana degli ultimi anni del secolo scorso, condotta su un campione di giocatori compulsivi, aveva dimostrato che circa **il 54% di loro aveva commesso almeno un reato** durante la sua carriera di giocatore, mentre solo il 9% del campione non aveva mai posto in essere condotte penalmente rilevanti. Uno studio di qualche anno successivo ha quantificato nel **59% la quota di giocatori patologici autori di reato**, specie se si tratta di soggetti affetti da disturbo antisociale di personalità<sup>132</sup>.

---

crea conseguenze negative per sé, per le persone a lui vicine – rete sociale – o per la comunità e può aver perso il controllo del suo comportamento»); cfr. la scheda 4 dello studio.

<sup>127</sup> Si veda la sezione del sito del Ministero della Salute dedicata a "[Disturbo da Gioco d'Azzardo \(DGA\)](#)".

<sup>128</sup> American Psychiatric Association, *DSM-3*, APA Press, 1980 (trad. it. *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, 1983).

<sup>129</sup> Cfr. American Psychiatric Association, *DSM-5*, APA Press, 2013 (trad. it. *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, 2014). Il DSM individua, a tal fine, 13 sintomi tipici della ludopatia (tra cui, ad esempio, il continuo procacciamento di denaro per giocare, il bisogno di aumentare continuamente la posta in gioco, il bisogno di "rifarsi" delle scommesse perdute, la compromissione di relazioni importanti e/o del lavoro a causa della dipendenza); la presenza di almeno cinque di essi consente la formulazione della relativa diagnosi. Cfr. G. Magliano, *La ludopatia può, a determinate condizioni, integrare l'ipotesi del vizio di mente: una breve analisi alla luce di una recente sentenza*, in *Giurisprudenza penale web*, 2017, p. 7.

<sup>130</sup> T. Cantelmi et al., *Le dipendenze comportamentali*, in *Psicobiettivo*, XXIV, n. 2, 2004, pp. 13 ss.

<sup>131</sup> G. Serpelloni, *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2013, pp. 7 ss.

<sup>132</sup> I suddetti studi australiani (rispettivamente: A.P. Blaszczynski, N. McConaghy, *Antisocial personality disorder and pathological gambling*, in *J Gambi Stud*, 10, 1994, pp. 129 ss., e A.P. Blaszczynski, N. McConaghy,

In tale quadro, non sorprende che la giurisprudenza del nostro paese, sia di merito che di legittimità, sia stata chiamata in numerose occasioni a stabilire se l'autore di reato affetto da disturbo da gioco d'azzardo sia o meno imputabile, a causa della sua condizione. In mancanza di una disciplina specifica, la normativa di riferimento è in questo caso rappresentata dagli artt. 88 e 89 c.p., che disciplinano in via generale il vizio di mente, sussistente in presenza di qualunque "infermità" psichica tale da escludere che il reo, al momento del fatto, fosse del tutto o in parte capace di intendere e/o di volere.

Così, nelle numerose sentenze pronunciate in materia, la giurisprudenza ha qualificato la ludopatia in modi molto diversi: come «portato del disturbo di personalità di tipo istrionico» o «narcisistico e antisociale», come «disturbo del controllo degli impulsi» e, infine, come «disturbo borderline della personalità»<sup>133</sup>. Altrettanto diversi sono stati altresì gli esiti del giudizio sull'imputabilità del giocatore, il che consente di delineare un panorama senz'altro più variegato da quello, poc'anzi esaminato, relativo al caso della dipendenza da sostanze<sup>134</sup>.

### 13. Gioco d'azzardo e tossicodipendenza.

Sotto un certo profilo, la condizione in cui versa il soggetto affetto da dipendenza da gioco d'azzardo può apparire simile a quella del tossicodipendente, il quale, allo scopo di procurarsi il denaro necessario ad acquistare la sostanza, è capace di qualsiasi gesto, ivi compresi comportamenti costituenti reato<sup>135</sup>.

Nondimeno, questa apparente vicinanza tra le due situazioni è stata espressamente negata dalla giurisprudenza della Corte di cassazione.

Così, in una sentenza del 2016, è stato affermato che «**la ludopatia non è assimilabile alla tossicodipendenza**»<sup>136</sup>, così rendendo inapplicabile, nei confronti del giocatore patologico, la disciplina prevista in materia di tossicodipendenza<sup>137</sup>.

Più in particolare, secondo la Cassazione, la ludopatia, pur costituendo, al pari della tossicodipendenza (ma anche dell'alcolismo, del tabagismo o della cleptomania) una dipendenza patologica, non presenta, allo stato attuale, «quegli aspetti di danno che l'esperienza ha dimostrato essere alla base dei comportamenti devianti»<sup>138</sup> tipicamente propri di colui che fa uso di droga. In tal modo, la Corte mostra di delimitare i contorni della

---

A. Frankova, *Crime, antisocial personality and pathological gambling*, in *ivi*, 5, 1989, pp. 137 ss.) sono citati da M. Croce, R. Bianchetti, *Il crescente mercato*, cit., p. 147.

<sup>133</sup> Le presenti formulazioni sono utilizzate, rispettivamente, nelle sentenze seguenti, tutte citate da G. Magliano, *La ludopatia*, cit., p. 6: Trib. Venezia, 4 luglio 2005; Cass. pen., n. 14664/2007; Trib. Campobasso, 19 maggio 2006; Cass. pen., n. 24535/2012.

<sup>134</sup> Nel presente paragrafo, a differenza dei due precedenti, saranno riportati anche taluni orientamenti espressi dalla giurisprudenza di merito.

<sup>135</sup> A. Vesto, *La ludopatia: il pendolo del rimedio tra incapacità e equilibrio*, in *Riv. it. med. leg.*, 4, 2017, pp. 1417 ss.

<sup>136</sup> Cass. pen., n. 18162/2016.

<sup>137</sup> Nello specifico, la sentenza si occupava della possibilità di estendere al caso della ludopatia la disciplina della tossicodipendenza in materia di concorso formale e reato continuato (art. 671 c.p.p.).

<sup>138</sup> Cass. pen., n. 18162/2016, cit.

patologia del ludopatico, che viene **presentata come “meno invasiva”** rispetto alla dipendenza da droga<sup>139</sup>.

#### 14. Il riconoscimento del vizio di mente in capo al giocatore patologico...

In alcune decisioni la presenza di un disturbo riconducibile al GAP in capo al reo **ha effettivamente influito** sulle valutazioni del giudice in punto di responsabilità penale<sup>140</sup>, inducendolo a ritenere ridotta, se non addirittura del tutto assente, la capacità di intendere e di volere dell'imputato, proprio in considerazione delle condizioni psichiche in cui versava, al momento del fatto, in ragione del suo disturbo.

In particolare, tra le pronunce più recenti in cui i giudici hanno riconosciuto il difetto di imputabilità del reo, applicando la disciplina del vizio parziale o totale di mente, ricordiamo una sentenza resa dalla Corte di cassazione nel 2018 nella quale è stato affermato che «il disturbo da gioco d'azzardo è un disturbo della personalità o disturbo del controllo degli impulsi **destinato, come tale, a sconfinare nella patologia e ad incidere, escludendola, sulla imputabilità** per il profilo della capacità di volere»<sup>141</sup>.

Allo stesso modo, sul fronte della giurisprudenza di merito, una decisione del Tribunale di Milano di due anni prima ha proscioltto l'imputata, dichiarata giocatrice patologica, dall'accusa di furto reiterato per totale incapacità di intendere e volere<sup>142</sup>.

Ancora, in un precedente pronunciato dal Tribunale di Bologna, è stato affermato che il «disturbo cleptomane associato a sindrome depressiva e dipendenza da gioco d'azzardo» di cui era effetto l'imputato:

«esprimesse una tendenza impulsiva all'azione predatoria su base organica tale da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere [...]. Si verte infatti al cospetto di una patologia che [...] appare di tale consistenza e gravità da determinare in concreto **una situazione psichica incolpevolmente incontrollabile** da parte del soggetto che, di conseguenza, **non può gestire le proprie azioni e non ne percepisce il disvalore**»<sup>143</sup>.

Interessante, infine, quanto affermato alcuni anni fa dalla Cassazione nell'ambito di un procedimento (per rapina aggravata) a carico di una donna affetta da una particolare patologia (la “sindrome di disregolazione della dopamina”) in grado di indurre comportamenti compulsivi, tra cui – come nel caso di specie – il gioco d'azzardo patologico. La ragione dell'interesse risiede, in particolare, nella “**scissione**”, operata dalla Corte, tra la valutazione, da un lato, della **capacità di intendere** e, dall'altro, di quella di **volere**, ai fini del giudizio di imputabilità del soggetto affetto da disturbo da GAP.

---

<sup>139</sup> A. Vesto, *La ludopatia*, cit.

<sup>140</sup> La rassegna che segue è in gran parte tratta da R. Bianchetti, *Disturbo da gioco d'azzardo ed imputabilità. Note criminologiche alla luce della giurisprudenza di merito e di legittimità*, in *Diritto penale contemporaneo - Rivista trimestrale*, 1, 2015, pp. 383 ss.

<sup>141</sup> Cass. pen., n. 33463/2018.

<sup>142</sup> Trib. Milano, sez. VII penale, 2016.

<sup>143</sup> Trib. Bologna, 17 maggio 2010.

La Cassazione ha in particolare sottolineato che, anche laddove sia accertata l'effettiva capacità di intendere dell'imputato al momento del fatto (circostanza che, nel caso di specie, era risultata provata dal fatto che la donna aveva «programmato» la rapina), ciò non basta ad affermare la sussistenza dell'imputabilità, rendendosi altresì necessaria la verifica positiva – non effettuata dai giudici di merito – in ordine alla «**diversa sfera della capacità di volere**» (verifica che, in quel caso, avrebbe dovuto riguardare l'esistenza di un «**impulso "cui resisti non potest"**» a commettere la rapina)<sup>144</sup>.

## 15. ...e il limite rappresentato dalla verifica del nesso causale.

Quello relativo alla riconducibilità o meno del disturbo da GAP al concetto di "infermità" di cui agli artt. 88 e 89 c.p. è però solo uno dei passaggi che la giurisprudenza ritiene di dover compiere per produrre un giudizio di responsabilità penale del reo-giocatore.

Infatti, occorrerà altresì accertare la sussistenza di un legame causale tra le condizioni psichiche del reo e la commissione del reato.

In questo senso, in più occasioni la Cassazione, pur riconoscendo, in termini generali, che «anche il disturbo *border line* di personalità riferibile all'incontenibile impulso al gioco d'azzardo può rientrare nel concetto di infermità di mente», ha tuttavia sottolineato che, in tali casi, occorre pur sempre valutare

«se il disturbo, oltre ad essere di consistenza, intensità e gravità tali da incidere effettivamente sulla capacità di intendere e di volere del reo, escludendola o scemandola gravemente, sia in concreto collegato da un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa»<sup>145</sup>.

Valutazione che, in molti casi, si è risolta in senso negativo.

Così, ad esempio, in un procedimento per rapina, la Corte di cassazione **ha escluso che il disturbo da GAP fosse la causa** del comportamento illecito, rilevando che

«l'incontestato movente della rapina era consistito nella necessità del ricorrente di procurarsi il denaro necessario per far fronte alla sua disastrosa condizione economica debitoria, provocata dalle perdite al gioco. Il vizio del gioco costituiva quindi, nella specie, **solo l'antefatto del crimine**, commesso non in vista di un'immediata occasione di necessario approvvigionamento finanziario, ma per rimediare agli effetti economici devastanti già prodotti dal vizio»<sup>146</sup>.

Allo stesso modo, più di recente (il caso riguardava un soggetto affetto da "ludopatia" e giudicato responsabile, in primo grado e in appello, di una serie di truffe), la Cassazione ha escluso l'esistenza di un nesso di condizionamento tra le condotte e lo *status* psichico del reo sulla base delle seguenti considerazioni:

---

<sup>144</sup> Cass. pen., n. 45156/2015, con commento di R. Bianchetti, *La compromissione della capacità di volere, la "Sindrome da disregolazione dopaminergica" e il "Disturbo da gioco d'azzardo"*, in *Giurisprudenza italiana*, 2, 2016, pp. 446 ss.

<sup>145</sup> Cass. pen., n. 52951/2014; Cass. pen., n. 24535/2012; Cass. pen., n. 4658/2008; Cass. pen., n. 16689/2007.

<sup>146</sup> Cass. pen., n. 24535/2012, cit. (cfr., nello stesso senso, Cass. pen., n. 19984/2011).

«il vizio del gioco costituiva, nella specie, **solo l'antefatto del crimine**, commesso non in vista di un'immediata occasione di gioco rispetto alla quale fosse urgente, alla stregua di una spinta psicologica "compulsiva", il necessario approvvigionamento finanziario, ma per **rimediare agli effetti economici già prodotti dal vizio stesso**»<sup>147</sup>.

Ancora, nell'ambito di un procedimento celebrato dinanzi alla Corte d'appello di Milano, il collegio, pur ribadendo, anche in questo caso, che:

«la capacità di intendere e di volere è esclusa dal fatto che il soggetto sia affetto [...] da infermità mentale in senso patologico [...], e non solo da anomalie psichiche o da disturbi della personalità [...]. A quest'ultima categoria può ricondursi, invero, la tendenza compulsiva dell'imputato al gioco»,

ha tuttavia concluso che:

«la sottrazione di denaro, in concorso con altro soggetto non identificato, **non denota certamente una compromessa capacità cognitiva, ma anzi una ben presente [...] volontà** di asportare e impossessarsi delle monete contenute nel macchinario (video poker)»<sup>148</sup>.

## 16. L'esclusione *tout court* della rilevanza del disturbo da GAP ai fini dell'imputabilità.

Non mancano, tuttavia, neppure pronunce in cui è stato espressamente escluso il carattere "patologico" del disturbo da gioco d'azzardo e dunque la possibilità, anche in astratto, di riconoscere il vizio di mente in capo al giocatore in ragione della sua condizione psichica.

Così, ad esempio, in un caso è stato affermato che

«il diagnosticato "gioco d'azzardo patologico" non [è] annoverabile in realtà fra le patologie in senso stretto, ma rientr[a] piuttosto fra i c.d. disturbi della personalità», ragion per cui l'imputata «è stata considerata da questo Collegio **pienamente capace** di intendere e di volere, al momento dei fatti»<sup>149</sup>.

## 17. Conclusioni provvisorie: i binari paralleli della prassi penalistica e della scienza moderna.

Alla luce delle posizioni espresse dai giudici fin qui esaminate, pare evidente che esista una **profonda distanza** tra la posizione assunta dal diritto penale e quella della **scienza** moderna in tema di dipendenza (da sostanze e comportamentale).

Peraltro, è interessante notare come l'esistenza di questo problema sia stata espressamente **sottolineata** – e quindi sia ben nota – **da ambo le parti**.

**Dal lato del diritto**, infatti, tornano alla mente le parole della **Corte Costituzionale** che, in una nota sentenza del 1998, aveva rilevato che:

<sup>147</sup> Cass. pen., n. 44659/2016.

<sup>148</sup> App. Milano, sez. III penale, 08 ottobre 2012.

<sup>149</sup> Trib. Campobasso, 19 maggio 2006, cit.

«indubbiamente la disciplina legislativa vigente per la materia in esame **non trova nella dottrina psichiatrica e medico-legale una base sicura** [...]. Anche nella più recente dottrina penalistica la disciplina stessa è oggetto di dubbi, di controversie e perfino di ferme condanne»<sup>150</sup>.

La stessa Corte di cassazione, in una recente sentenza già sopra citata, ha precisato che:

«secondo la più accreditata e sensibile dottrina psichiatrico-forense e medico legale, nonché per le scienze del comportamento in genere, è ormai pacifico che **le nozioni di "capacità di intendere e di volere" e quella di "vizio di mente" non corrispondono a categorie scientifico-naturalistiche**. Esse altro non sono che **convenzioni giuridiche**, nate in un periodo storico dominato dall'ideologia positivista ed ancorato a una psichiatria biologica che **non è conforme alle moderne correnti psicomodinamiche e fenomenologiche**»<sup>151</sup>.

Dal lato della pratica clinica, alcuni anni prima, lo psichiatra Ugo Fornari aveva espressamente riconosciuto che:

«il **modello giuridico** è da solo **inadeguato** per affrontare aspetti psicogenetici e psicomodinamici, problemi criminologici e psichiatrico-forensi delle intossicazioni voluttuarie, costituendo le stesse [...] condotte molto complesse e polideterminate. Pertanto, una corretta impostazione del problema dovrebbe tenere presente una dimensione di tipo integrato e la necessità di collocare già l'abuso e l'alcol-dipendenza nell'ambito delle patologie comportamentali [...]. Nell'attesa che **la norma** relativa a questo capitolo (e in genere a tutto quello **sull'imputabilità**) **venga interamente rivista**, non resta che ricordare quanto la realtà dei comportamenti umani si discosti dalle astratte regole giuridiche, e quanto evidente sia, alla luce della normativa vigente, lo **"scollamento" tra psichiatria clinica e forense**»<sup>152</sup>.

## PARTE QUARTA

### Dipendenza e carcere: alcuni numeri

Da ultimo, si intende dedicare alcune considerazioni alle ripercussioni concrete degli orientamenti assunti dai giudici penali, volgendo lo sguardo al rapporto oggi esistente tra *addiction* – da sostanze e non da sostanze – e carcere.

Nei sottoparagrafi che seguono si passeranno dunque in rassegna alcuni dei dati disponibili riguardanti la presenza di soggetti affetti da tossicodipendenza, alcoldipendenza e disturbo da GAP negli istituti penitenziari, italiani e stranieri.

#### 18. Carcere e tossicodipendenza.

---

<sup>150</sup> C. cost., 16 aprile 1998, n. 114.

<sup>151</sup> Cass. pen., n. 17305/2011.

<sup>152</sup> U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, IV ed., UTET, 2008, pp. 469 ss.

Un primo aspetto da analizzare concerne il numero di detenuti **tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari** italiani ed europei.

Dalle informazioni rese disponibili dall'ISTAT e dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap), rielaborate in alcuni *dossier* dell'Associazione Antigone<sup>153</sup> e nel X Libro Bianco sulle droghe<sup>154</sup>, oltre che da alcune indagini condotte a livello europeo, emergono, infatti, dati a dir poco allarmanti.

In Italia, **il numero dei detenuti condannati in via definitiva per la violazione della legge sugli stupefacenti è stato il più alto** tra tutti i 47 Paesi aderenti al Consiglio d'Europa **sia nel 2015<sup>155</sup> sia nel 2016<sup>156</sup>**, rispettivamente con 10.564 condanne (il **31,1%** del totale) e 10.820 condanne (**30,8%**).

Negli ultimi anni, i numeri sono ulteriormente saliti, con **11.747 condanne** all'1 gennaio 2018 (pari, anche in questo caso, al 31,1% del totale)<sup>157</sup> e con ben **12.760 condanne** al 31 gennaio 2019 (il **31,8%**)<sup>158</sup>.

Ovviamente, **i numeri si alzano** se alle condanne definitive si aggiungono i soggetti **condannati in via non definitiva** e gli indagati in **custodia cautelare**: infatti, le statistiche dicono che, al 31 dicembre 2018, dei quasi 60.000 detenuti presenti in carcere – precisamente, erano 59.655 –, **14.579** lo erano a causa del solo art. 73 del Testo Unico sugli stupefacenti (d.P.R. n. 309/90), che punisce la detenzione a fini di spaccio. A questi, si aggiungono altri **5.488** soggetti con contestazione sia dell'art. 73, sia del successivo e più grave art. 74 (associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope) e altre (sole) **940** persone imputate o condannate in relazione esclusivamente all'art. 74 d.P.R. n. 309/90, per un totale complessivo pari al **35,21% della popolazione detenuta**<sup>159</sup>.

Un anno dopo (gli ultimi dati disponibili, infatti, fanno riferimento al 31 dicembre 2019) risulta pari a **21.213** il numero di detenuti accusati o condannati in relazione alla violazione delle norme del Testo Unico sugli stupefacenti<sup>160</sup>. Di questi, oltre 20.000 erano di sesso maschile<sup>161</sup>.

<sup>153</sup> Antigone, *Droghe e dipendenze*, in *XV rapporto sulle condizioni di detenzione*, 2019.

<sup>154</sup> X Libro Bianco sulle Droghe, edizione 2019 sui dati del 2018, in *questa rivista*, con segnalazione di R. Bianchetti, *Libro bianco sulle droghe*, 3 luglio 2019.

<sup>155</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics, *Space I – Prison population, survey 2015*, pp. 81-82.

<sup>156</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics, *Space I – Prison population, survey 2016*, updated on 25<sup>th</sup> April 2017, pp. 82-83.

<sup>157</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics, *Space I – Prison populations*, 2018, p. 44.

<sup>158</sup> Council of Europe Annual Penal Statistics, *Space I – Prison populations*, 2019, p. 49.

<sup>159</sup> X Libro Bianco, cit., p. 25.

<sup>160</sup> Si vedano i dati riportati sul sito del Ministero della Giustizia, [a questo link](#).

<sup>161</sup> Nonostante la notevole differenza tra i sessi, risulta interessante quanto riportato in uno studio del 2018, avente a oggetto le condizioni sanitarie della popolazione penitenziaria femminile. Nel predetto studio, sono stati somministrati alcuni questionari a un campione di 55 detenute presso le carceri di Rebibbia, a Roma (36 donne) e di Capanne, a Perugia (19 donne). Dai risultati raccolti dai ricercatori è emerso che il reato più frequentemente contestato alle detenute intervistate era il traffico di droga (21 donne, pari al 38,2%). Undici detenute (il 20%) hanno inoltre dichiarato di consumare abitualmente sostanze stupefacenti come cocaina (9 persone), cannabis (6), eroina (5) e hashish/marijuana (3); cfr. G. Antonetti et al., *The health needs of women prisoners: an Italian field survey*, in *Ann Ist Super Sanità*, 54, 2, 2018, pp. 96 ss. (spec. p. 99).

Come si vede, dunque, il reato contestato a queste persone è **quasi esclusivamente lo spaccio**: come giustamente ha rilevato Antigone, dunque, «**non si colpisce il narcotraffico** tradizionalmente in mano alle grandi organizzazioni criminali, ma la detenzione finalizzata allo spaccio. Così, a essere arrestati e detenuti sono spesso **i più vulnerabili** con biografie molto complicate dal punto di vista personale, sanitario e sociale»<sup>162</sup>.

Quante di queste persone, però, sono anche tossicodipendenti? **Più di un quarto**, dicono i dati.

Alla fine del 2018, infatti, i detenuti con problemi droga-correlati erano **16.669**, ossia il **27,94% del totale**<sup>163</sup>. Un dato che, peraltro, potrebbe essere solo parziale, posto che, qualche anno prima, è stato rilevato che – secondo i dati raccolti dai Ser.T. – la percentuale di soggetti che di fatto soffrono di problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti potrebbe corrispondere addirittura al **60-70% della popolazione carceraria**<sup>164</sup>.

È bene tuttavia precisare che tali dati riguardano, in via generale, i detenuti con problemi legati al consumo di sostanze, di cui coloro i quali hanno ricevuto una vera e propria **diagnosi di dipendenza** sono solo una parte: in particolare, secondo una rilevazione effettuata nel 2015, **poco meno del 70%** del totale degli assuntori di sostanze sarebbero dipendenti diagnosticati<sup>165</sup>.

Infine, un ulteriore dato interessante è quello relativo al numero di detenuti con problemi droga-correlati **che hanno avuto accesso a misure alternative** alla detenzione espressamente rivolte a tale categoria di soggetti.

Sempre secondo le informazioni disponibili, al 31 dicembre 2018, di quei 16.669 detenuti, sono stati solo **3.354** coloro i quali hanno potuto beneficiare di una **misura alternativa** specifica. **Appena il 20%**. Peraltro, tali misure specifiche per persone con problemi di droga rappresentano solo il 12% del totale delle misure applicate nel corso dell'anno<sup>166</sup>.

## 19. Carcere e alcoldipendenza.

Con riferimento alle forme di *addiction* diverse dalla tossicodipendenza, i dati a disposizione sono purtroppo di gran lunga più scarsi. Nondimeno, con riferimento alla dipendenza da alcol, sulla base dei dati forniti dalla letteratura, anche internazionale, è possibile rilevare quanto segue.

---

<sup>162</sup> Antigone, *Droga e carcere. Soffia il vento proibizionista*, in *Torna il carcere, XIII rapporto sulle condizioni di detenzione in Italia*, 2017.

<sup>163</sup> X *Libro Bianco*, cit., p. 25. Sempre con riferimento al 2018, un dato parzialmente diverso è quello che emerge dalla *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2019 (dati 2018)*, in cui si legge (p. 171) che la percentuale di coloro i quali, al momento dell'ingresso in carcere, erano tossicodipendenti, era pari al 35,5% del totale degli ingressi di quell'anno (16.767 persone).

<sup>164</sup> Si veda la *Relazione Annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*, redatta dal Dipartimento Politiche Antidroga.

<sup>165</sup> *Idem*, p. 488, in cui si legge che, al 31 dicembre 2014, su un totale di 15.552 detenuti con problemi di droga, erano 10.584 quelli con diagnosi di dipendenza (pari al 68,1%).

<sup>166</sup> *Relazione Annuale al Parlamento 2019*, cit., p. 174.

In un *report* redatto nel 2012 dall'OMS, dal titolo "Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale"<sup>167</sup>, si legge che **il 50% dei detenuti** adulti presenti nel 2011 **nelle carceri scozzesi hanno dichiarato di essere stati ubriachi al momento della commissione del reato** (con un incremento del 10% negli ultimi cinque anni)<sup>168</sup>, e così pure il **75% dei giovani delinquenti**<sup>169</sup>.

Secondo i risultati di un precedente studio, condotto nel 2011 e riferito anch'esso alla realtà scozzese, **il 50% dei detenuti in carcere per reati violenti riteneva che l'alcol fosse uno dei fattori che più aveva contribuito** alla commissione del reato<sup>170</sup>.

Per quanto riguarda il **fronte italiano**, sulla base dei dati raccolti nel corso dell'anno 2014, emerge che i detenuti con problemi di alcol dipendenza erano in totale **1.363**, pari al **8,76%** circa della popolazione carceraria presente al 31 dicembre di quell'anno (15.552 persone), quasi tutti di  **sesso maschile (il 96% circa)**. Inoltre, il **22,4%** del totale presenta anche dipendenza da **sostanze stupefacenti** all'ingresso in carcere<sup>171</sup>.

Infine, vale la pena di ricordare una recente ricerca, sempre italiana, volta a verificare lo stato di salute della popolazione del **carcere di Trento**<sup>172</sup>, nella quale è stato riscontrato che circa il **65% dei detenuti intervistati** (239, su 317 persone presenti) **aveva seri problemi di alcol** al momento dell'ingresso in carcere<sup>173</sup>.

## 20. Carcere e gioco d'azzardo.

Qualche cenno conclusivo, infine, al problema dei rapporti tra carcere e **ludopatia**, sul quale vale la pena menzionare un **progetto di ricerca** italiano, condotto tra il 2010 e il 2011 nei tre istituti penitenziari milanesi di **Opera, Bollate e San Vittore**, volto proprio a indagare, mediante la somministrazione di questionari, **l'incidenza del gioco d'azzardo** tra i detenuti (sia prima, sia durante la carcerazione)<sup>174</sup>.

---

<sup>167</sup> World Health Organization, [Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention](#), 2012 (tr. it. a cura di E. Scafato et al., *Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento*, 2016).

<sup>168</sup> J. Carnie, R. Broderick, [Prisoner survey 2011](#), Scottish Prison Service, 2011. I successivi aggiornamenti del sondaggio mostrano peraltro un leggero calo delle percentuali registrate nel 2011. In particolare, nel *survey* del 2017 il numero di detenuti che hanno riferito di essere ubriachi al momento del reato si riduce a due su cinque (39%) (cfr. J. Carnie, R. Broderick, [Prisoner survey 2017](#), Scottish Prison Service, 2019).

<sup>169</sup> J. Carnie, R. Broderick, [Prisoner survey 2011 – young offenders](#), Scottish Prison Service, 2011.

<sup>170</sup> S. MacAskill et al., *Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an "aye or no" question*, in *BMC Public Health*, 11, 2011, p. 865.

<sup>171</sup> *Relazione Annuale al Parlamento 2015*, cit., p. 494.

<sup>172</sup> P. Fateh-Moghadam et al., *Il monitoraggio della salute dei detenuti nel carcere di Trento. L'indagine PASSI in carcere, anno 2016*, in *Inserto BEN, Not Ist Super Sanità*, 3, 2, 2018, pp. 1 ss.

<sup>173</sup> Con riferimento alla situazione nazionale nel suo complesso, in un'intervista rilasciata nel 2000, Sandro Libianchi, medico specialista in Medicina Interna, già Dirigente medico presso il Policlinico di Roma, menziona alcuni dati nazionali che fissano, al 31 dicembre 2007, in 1.198 il numero dei detenuti alcolisti presenti nelle carceri italiane (il 2,46% del totale dell'epoca). Cfr. *L'intervista. Carcere e tossicodipendenza: caratteristiche e complessità*, in *Bollettino sulle dipendenze*, XXXI, 4, 2008, p. 255.

<sup>174</sup> R. Zerbetto, C. Foglia, *Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi*, in *The Italian Journal on Addiction*, vol. 2, nn. 3-4, 2012, pp. 1 ss..

Nello studio, che ha coinvolto circa il 25% dei detenuti all'epoca presenti nelle tre strutture penitenziarie<sup>175</sup>, è scritto in particolare che, alla domanda: «**prima della detenzione eri solito giocare?**», il **69%** degli intervistati di Bollate e di Opera, e il **52%** di quelli di San Vittore, **hanno risposto affermativamente**, con una media pari al 63% del campione.

Rispetto poi al rapporto col gioco durante il periodo detentivo, **alla domanda proposta «attualmente, in carcere, giochi?»**, il campione **ha risposto sì nel 58% dei casi** (56% a Bollate, 64% a Opera e 53% a San Vittore)<sup>176</sup>.

\*\*\*

Alla luce di tale, pur sintetica, panoramica dei rapporti tra le diverse forme di *addiction* qui considerate e la politica carceraria, specie del nostro paese, pare emergere in modo particolarmente evidente l'esistenza di una significativa discrasia (per non dire un vero e proprio abisso) tra quanto suggerito dalle discipline scientifiche, mediche e psicologiche, e dalle recenti riflessioni sociologiche e criminologiche in merito alle modalità con cui dovremmo guardare ai soggetti affetti da qualche forma di dipendenza (da sostanze e non da sostanze) e ciò che, in via di fatto, ispira l'impostazione legislativa e la politica criminale della società odierna.

Si rende dunque assolutamente necessario, ad avviso di chi scrive, procedere quanto prima a un complessivo e radicale ripensamento dei paradigmi attualmente posti a fondamento del sistema della giustizia penale nei confronti di coloro che presentano disturbi legati a comportamenti additivi – a maggior ragione nei casi di disturbo diagnosticato – al fine di ridurre (se non, addirittura, eliminare completamente) la distanza che oggi separa il diritto penale dalla scienza moderna.

## Bibliografia.

*Animal farm Europe's policy-makers must not buy animal-rights activists' arguments that addiction is a social, rather than a medical, problem*, Editorial, in *Nature*, 2014

A. Bandura, *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*, in *Psychological Review*, 84, 1977, pp. 191 ss.

A. Bandura, *Social Learning Theory*, Prentice Hall, 1977

A. Bandura, *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, Prentice Hall, 1986

---

<sup>175</sup> *Idem*, pp. 105 e 106. In particolare, sono state raccolte le risposte a: 298 questionari a Bollate (su una popolazione totale di 1.100 detenuti circa); 329 questionari a Opera (su 1.300 detenuti); 357 questionari a San Vittore (su 1.600 detenuti).

<sup>176</sup> Il gioco più diffuso in assoluto è risultato essere quello delle carte (29%), seguito dalla dama, dagli scacchi, dalle scommesse di vario tipo e dai dadi. Di coloro che hanno dichiarato di giocare anche in carcere, il 29% ha affermato di giocare con posta in palio, e il 22% ha precisato che quest'ultima è rappresentata da denaro.

- A.I. Barnett, W. Hall, C.L. Fry, E. Dilkes-Frayne, A. Carter, *Drug and alcohol treatment providers views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: a systematic review*, in *Drug and Alcohol Review*, 2017
- E. Bignamini, *BDMA. Cervello, malattia, modello*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2019, pp. 8 ss.
- M.A. Becchi, N. Carulli, *Le basi scientifiche dell'approccio bio-psico-sociale. Indicazione per l'acquisizione delle competenze mediche appropriate*, in *Internal and Emergency Medicine*, 4.3, 2009, pp. 1 ss.
- E. Becona, *Brain Disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study*, in *Psicothema*, 30, 3, 2018, pp. 270 ss.
- S.K. Bell, A. Carter, R. Mathews, C.E. Gartner, J. Lucke, W.D. Hall, *Views of addiction. Neuroscientists and clinicians on the clinical impact of a "brain disease model of addiction"*, in *Neuroethics*, 7, 1, 2014, pp. 21 ss.
- S.K. Bell et al., *neuroscientists and clinicians on the clinical impact of a 'brain disease model of addiction'*, in *Neuroethics*, 7, 1, 2014, pp. 20 ss.
- R. Bianchetti, *Disturbo da gioco d'azzardo ed imputabilità. Note criminologiche alla luce della giurisprudenza di merito e di legittimità*, in *Diritto penale contemporaneo - Rivista trimestrale*, 1, 2015, pp. 383 ss.
- R. Bianchetti, *La compromissione della capacità di volere, la "Sindrome da disregolazione dopaminergica" e il "Disturbo da gioco d'azzardo"*, in *Giurisprudenza italiana*, 2, 2016, pp. 446 ss.
- L. Bini, T. Bazzi, *Trattato di psichiatria*, II, Vallardi, 1959
- M. Brant-Zawadzki, *Commentary: labeling drug addiction a choice is intellectually dishonest*, in *Los Angeles Times*, 4 settembre 2015
- M. Brierer, *Is addiction a "brain disease"?*, *Harvard Health Blog*, 11 marzo 2016
- S. Bruno, *Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti*, in *Enciclopedia del diritto*, XI, 1962, pp. 432 ss.
- D.Z. Buchman, W. Skinner, J. Illes, *Negotiating the relationship between addiction, ethics, and brain science*, in *The American Journal of Bioethics: Neuroscience*, 1, 2010, pp. 36 ss.
- G. Canepa, in *Atti del XXVIII Congresso nazionale di medicina legale*, Parma, 1993, pp. 59 ss.
- J. Carnie, R. Broderick, *Prisoner survey 2017*, Scottish Prison Service, 2019
- J. Carnie, R. Broderick, *Prisoner survey 2011*, Scottish Prison Service, 2011
- J. Carnie, R. Broderick, *Prisoner survey 2011 – young offenders*, Scottish Prison Service, 2011
- M. Croce, R. Bianchetti, *Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni*, in *Sociologia del diritto*, 2, 2007, pp. 113 ss.
- M. Croce, *Tra neurofobici e neuromaniaci. Note sul brain disease model of addiction*, *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, numero speciale 2019, pp. 8 ss.

- C. Dackis, C. O'Brien, *Neurobiology of addiction: treatment and public policy ramifications*, in *Nature Neuroscience*, 8, 2005, pp. 1431 ss.
- G. De Vincentiis, T. Bazzi, *La valutazione medico-legale e l'inquadramento clinico della tossicomania*, Giuffrè, 1960
- D.M. Eagleman, M.A. Correro, S. Jyoptal, *Why Neuroscience Matters for Rational Drug Policy*, in *Minn. J.L.Sci. & Tech*, 11, 7, 2010, oggetto di analisi in Redazione, *L'impiego delle tecniche neuroscientifiche per la comprensione e il contrasto del fenomeno della tossicodipendenza*, in questa rivista, 2 aprile 2019
- G.L. Engel, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, in *Science*, vol. 196, 1977, pp. 129 ss.
- G.L. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, in *American Journal of Psychiatry*, 137, 5, 1980, pp. 535 ss.
- P. Fateh-Moghadam et al., *Il monitoraggio della salute dei detenuti nel carcere di Trento. L'indagine PASSI in carcere, anno 2016*, in *Inserito BEN, Not Ist Super Sanità*, 3, 2, 2018, pp. 1 ss.
- A. Fletcher, *How and Why Addiction is Not a Disease: A Neuroscientist Challenges Traditional Views*, in *rehab.com*, 4 novembre 2019
- S. Flores, *Il Brain Disease Model come modello di malattia cronica cerebrale da sostanze*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2018, pp. 28 ss.
- U. Fornari, *Trattato di psichiatria forense*, IV ed., UTET, 2008
- C.L. Fry, O.Z. Buchman, *Toward a lay descriptive account of identity in addiction neuroethics*, in A. Carter, W. Hall, W.J. Illes, (a cura di), *Addiction neuroethics: The ethics of addiction neuroscience research and treatment*, Elsevier, 2011, pp. 175 ss.
- V. Furfaro, *L'art. 94 D.P.R. 309/1990 attraverso alcune esperienze di operatori giuridici e sociali e di tossicodipendenti beneficiari della misura*, in *Adir*, 2005
- W. Hall, M. Weier, *Lee Robins' studies of heroin use among US Vietnam veterans*, in *Addiction*, 112, 1, 2017, pp. 176 ss.
- C.L. Hart, *Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice*, in *Nature Human Behaviour*, vol. 1, 2017, p. 1
- N. Heather, *Weakness of will: a suitable topic for scientific study?*, in *Addiction Research*, 2, 1994, pp. 135 ss.
- N. Heather, *Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither*, in *Neuroethics*, 10, 1, 2017, pp. 121 ss.
- D. Heim, *Addiction: Not just brain malfunction*, in *Nature*, 40, 2014, pp. 507 ss.
- G.M. Heyman, *Addiction: A Disorder of Choice*, Harvard University Press, 2009
- J. Huizinga, *Homo ludens*, Einaudi, 1982
- S. Ikemoto, *Brain reward circuitry beyond the mesolimbic dopamine system: a neurobiological theory*, in *Neuroscience and Biobehavioural Review*, 35, 2010, pp. 129 ss.
- H. Kalant, *What neurobiology cannot tell us about addiction*, in *Addiction*, 105, 5, 2010, pp. 780 ss.

- M. Kuhar, *Contributions of basic science to understanding addiction*, in *BioSocieties*, 5, 1, 2010, pp. 25 ss.
- D.C.K Lam, P.M. Salkovskis, H.M.C. Warwick, *An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of mental illness*, in *Journal of Mental Health*, 14, 2005, pp. 453 ss.
- G. Leggeri, *Tossicodipendenza e imputabilità*, in *Rassegna penitenziaria*, 2, 1983, pp. 774 ss.
- A.I. Leshner, *Addiction is a Brain Disease, and it Matters*, in *Science*, 278, 5335, 1997, pp. 45 ss.
- N. Levy, *Addiction and autonomy*, in *Canadian Journal of Philosophy*, 36, 2006, pp. 427 ss.
- N. Levy, *Addiction is Not a Brain Disease (and it Matters)*, in *Front Psychiatry*, 4, 2013, pp. 24 ss.
- M. Lewis, *The Biology of Desire: Why Addiction is Not a Disease*, in *PublicAffairs*, 2016
- S. MacAskill et al., *Assessment of alcohol problems using AUDIT in a prison setting: more than an "aye or no" question*, in *BMC Public Health*, 11, 2011, pp. 1 ss.
- G. Magliano, *La ludopatia può, a determinate condizioni, integrare l'ipotesi del vizio di mente: una breve analisi alla luce di una recente sentenza*, in *Giurisprudenza penale web*, 2017, pp. 1 ss.
- F. Mancuso, *Il Brain Disease Model of Addiction: un modello discusso*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, n. 2, 2018, pp. 20 ss.
- A.T. McLellan, D.C. Lewis, C.P. O'Brien, H.D. Kleber, *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*, in *Journal of the American Medical Association*, 284, 2000, pp. 1689 ss. National Institute on Drug Abuse, *Drugs, brains, and behavior. The science of addiction*, 2007 (ultima revisione luglio 2014)
- Organizzazione Mondiale della Sanità, 1946, cit. da M.C. Meloni, *Tossicodipendenza e Modello Bio-Psico-Sociale*, 2 marzo 2015.
- S. Peele, *La dipendenza è una patologia cronica del cervello? La tossicodipendenza non è causata solamente dagli effetti degli stupefacenti*, in *Dal Fare al Dire – rivista italiana di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza*, 1, 2015, pp. 14 ss.
- G. Ponti, E. Calvanese, in *Atti del XXVIII Congresso nazionale di medicina legale*, 1993, pp. 60 ss.
- E. Renda, *Droga. Immaginario e realtà*, Armando Editore, 1999
- F. Romano, *L'imputabilità del tossicodipendente*, in *Giur. mer.*, 1995, pp. 866 ss.
- B. Rush, *An enquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*, Printed for Cornelius Davis, 1811N.J. See, *Models and Theories of Addiction and the Rehabilitation Counselor*, Research Papers, 478, 2013, pp. 1 ss.
- M.A.H. Russell, *Tobacco smoking and nicotine dependence*, in R.J. Gibbons et al. (a cura di), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems (vol. 3)*, Wiley, 1976, pp. 1 ss.
- S.L. Satel, *The fallacies of no-fault addiction*, in *Public Interest*, 1999, pp. 52 ss.;

- S.L. Satel, *For addicts, firm hand can be the best medicine*, *New York Times*, 15 agosto 2006
- D. Sellman, *The 10 most important things known about addiction*, 2009
- G. Serpelloni, *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*, Dipartimento Politiche Antidroga, 2013, pp. 7 ss.
- M. Serraino, *Appunti su azione di sostanza psicoattiva e imputabilità penale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2, 2015, pp. 445 ss.
- M.C. Skewes, V.M. Gonzalez, *The Biopsychosocial Model of Addiction*, in P.M. Miller (a cura di), *Principles of Addiction. Volume 1*, Academic Press, 2013, pp. 61 ss.
- R. Tucci, *Chi è il tossicodipendente?*, in *Adir*, 2011
- A. Vesto, *La ludopatia: il pendolo del rimedio tra incapacità e equilibrio*, in *Riv. it. med. leg.*, 4, 2017, pp. 1417 ss.
- E. Vintiadis, *Is Addiction a Disease?*, in *Scientific American*, 8 novembre 2017
- N. Volkow, M. Morales, *The Brain on Drugs: From Reward to Addiction*, in *Cell*, 162, 4, 2015, pp. 712 ss.
- N. Volkow, G. Koob, *Brain disease model of addiction: why is it so controversial?*, in *Lancet Psychiatry*, 2, 2015, pp. 677 ss.
- N. Volkow, G.F. Koob, A.T. McLellan, *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*, in *New England Journal of Medicine*, 374, 2016, pp. 363 ss.
- N. Volkow, *Addiction Is a Disease of Free Will*, NIDA, 2015, June 12
- N. Volkow, *What Does It Mean When We Call Addiction a Brain Disorder?*, National Institute of Drug Abuse, 2018
- D.M. Walker, E.J. Nestler, *Neuroepigenetics and addiction*, in *Handbook of Clinical Neurology*, 148, 2018, pp. 747 ss.
- M. Weber, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, 2014
- World Health Organization, *Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention*, 2012 (tr. it. a cura di E. Scafato et al., *Problemi di alcol nel sistema giudiziario penale: un'opportunità di intervento*, 2016).
- World Association on Dual Disorders (WPA), Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), *Dichiarazione congiunta sui disturbi duali: l'addiction e le altre malattie mentali. L'addiction è una malattia mentale, non un atto volontario ed autocompiacente*, 2017
- R. Zerbetto, C. Foglia, *Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi*, in *The Italian Journal on Addiction*, vol. 2, nn. 3-4, 2012, pp. 1 ss.