GIUSTIZIA INSIEME

Processo Penale

La nuova detenzione domiciliare per i tossicodipendenti

Problemi operativi e tossicologici

di Maria Chiara DavidCostantino De Robbio

3 novembre 2026

Sommario: 1. La legge 5 agosto 2026, numero 140 – 2. Il limite degli otto anni di reclusione e l'effetto paradossale della legge – 3. Il procedimento di ammissione alla detenzione domiciliare. La correlazione tra reato e dipendenza – 4. I profili tossicologici: il concetto di tossicodipendenza e il suo accertamento – 4.1. Caso 1. Detenuto con tossicodipendenza documentata al momento dell'ingresso in istituto – 4.2. Caso 2. Detenuto con accertamenti tossicologici negativi – 4.3. Caso 3. Detenuto con accertamenti tossicologici positivi ma senza documentata storia di tossicodipendenza – 4.4. Limiti dell'accertamento mediante matrici cheratiniche – 5. I rischi dell'esternalizzazione della decisione sulla detenzione domiciliare

---

1. La legge 5 agosto 2026, numero 140

Il sovraffollamento delle carceri è una delle più tragiche emergenze del nostro paese.

Ad aprile 2026 in Italia vi erano 63.940 detenuti, stipati in strutture progettate per ospitarne poco più di 50.000, con un tasso di sovraffollamento del 138%[1].

Le conseguenze di questa situazione sono note a tutti: ogni anno si suicida un numero altissimo di detenuti, sempre maggiore del numero dell'anno precedente.

Chiunque conosca la realtà carceraria è consapevole della correlazione tra sovraffollamento e suicidi, fatta eccezione per il Ministro della Giustizia, che ha dichiarato in più occasioni pubblicamente che si tratta di «due problemi gravi, ma non connessi. Anzi, paradossalmente, il sovraffollamento è una forma di controllo: alcuni tentativi di suicidio sono stati sventati proprio dai compagni di cella. È la solitudine che porta al suicidio»[2].

Date queste premesse, la legge 5 agosto 2026 numero 140, che prevede la possibilità per i detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti di accedere alla **detenzione domiciliare per partecipare ad un programma di riabilitazione** giunge come notizia insperata e non può che essere salutata con favore, anche in ragione dello scopo esplicitamente indicato dai suoi promotori proprio nell'esigenza di ridurre il sovraffollamento delle carceri (si veda in merito il Comunicato n. 135 del Consiglio dei Ministri del 22 luglio 2025 con cui è stato preannunciato il disegno di legge poi realizzato con il provvedimento in esame).

Il Governo sembra infatti avere preso coscienza:

- della necessità di intervenire **diminuendo drasticamente il numero dei detenuti** per assicurare loro condizioni di vita dignitose;
- del dovere di **favorire un processo di disintossicazione** per chi è affetto da dipendenza da sostanze di abuso.

La lettura del testo di legge presenta tuttavia diversi profili di criticità sotto il profilo operativo e strettamente tossicologico, alcuni dei quali emendabili con la prevista emanazione dei decreti attuativi.

Nei paragrafi che seguono abbiamo cercato di analizzare entrambi questi profili.

2. Il limite degli otto anni di reclusione e l'effetto paradossale della legge

Il provvedimento legislativo in esame introduce due nuovi articoli nel Testo Unico degli stupefacenti (D.P.R. 309/90): l'articolo 94-*ter* e l'articolo 94-*quater* (oltre a modificare l'articolo 656

c.p.p. per adeguarlo alle due disposizioni di nuovo conio appena menzionate)**[3]**.

L'articolo 94-*ter* prevede che **i condannati a pena fino a otto anni di reclusione (o che debbano scontare una pena residua fino a otto anni)** possano essere ammessi alla detenzione domiciliare presso strutture residenziali o semi-residenziali per partecipare ad un "programma terapeutico socio-riabilitativo".

L'articolo 94-*quater* introduce una nuova ipotesi di patteggiamento al fine specifico di accedere al programma di riabilitazione, estendendo i limiti di ammissibilità del procedimento speciale agli otto anni di reclusione previsti dall'articolo precedente.

In sostanza, ogni volta che un imputato o addirittura un indagato si trovi in custodia cautelare in carcere e sia dipendente da alcol o sostanze stupefacenti potrà chiedere di patteggiare la pena per accedere ad un programma terapeutico di riabilitazione, creando così, pur in assenza di una pronuncia di condanna definitiva, le condizioni per beneficiare della disposizione prevista per i condannati dall'articolo 94-*ter* del t.u. 309/90.

Il primo dato che balza agli occhi è che si tratta, sia per l'ipotesi di cui all'articolo 94-*ter* che per quelle di cui all'articolo 94-*quater*, di un range potenzialmente enorme: secondo l'ultimo dato disponibile su fonti aperte, relativo al 31 dicembre del 2024, i condannati a pene inferiori a otto anni rappresentano **il 65 % della popolazione carceraria**; a questa percentuale deve essere aggiunta quella dei detenuti che, seppur condannati a pena superiore, hanno già scontato una parte della pena sicché la pena residua rientra comunque negli otto anni previsti dalla legge.

È pur vero che per i detenuti per reati di cui all'articolo 4-*bis* della legge 26 luglio 1975, n. 354. (ad eccezione delle ipotesi di cui agli articoli 628, terzo comma, e 629, secondo comma, del codice penale) il limite si abbassa drasticamente a quattro anni, sicché la percentuale va sicuramente ritoccata al ribasso.

E va da sé che non tutti i detenuti presentano caratteristiche tali di dipendenza da stupefacenti o alcol da rendere necessario il trattamento terapeutico di disintossicazione.

Ma è innegabile che il gruppo dei detenuti potenzialmente interessati alla riabilitazione prevista dalle disposizioni in esame è davvero cospicuo: secondo una recente pubblicazione de *Il Sole 24 Ore*, si tratterebbe in concreto di 14.583 detenuti, cui vanno aggiunte ulteriori 8173 persone che potrebbero accedervi dalla libertà con patteggiamento speciale prevista dall'articolo 94-*quater* di cui si dirà in seguito.

Un totale dunque di 20-25 mila persone, in sostanza quasi metà dei detenuti italiani.

Una cifra che pone gli operatori di fronte ad un primo problema, di carattere squisitamente pratico: dove saranno alloggiati tutti questi detenuti una volta scarcerati?

I posti letto nelle comunità terapeutiche sono attualmente 13.276, poco più della metà di quelli necessari.

Si profila dunque la paradossale situazione di un futuro sovraffollamento delle strutture terapeutiche in sostituzione del sovraffollamento di quelle carcerarie.

Non risulta attualmente che sia stato predisposto alcun ampliamento o costruzione delle strutture residenziali esistenti, sicché appare evidente il rischio di inapplicabilità in concreto della normativa, o il bis della situazione, tristemente nota a tutti, che si verifica per le REMS.

3. Il procedimento di ammissione alla detenzione domiciliare. La correlazione tra reato e dipendenza

Ulteriori perplessità e timori sorgono dall'analisi del procedimento di ammissione alla detenzione domiciliare.

Per accedere a tale beneficio il condannato dovrà presentare una richiesta allegando:

una relazione che attesti **lo stato di dipendenza** da alcol o sostanze stupefacenti;
l'indicazione della **correlazione** tra il reato commesso e la dipendenza;
la **dichiarazione di volontà** di aderire ad un programma terapeutico di riabilitazione;
il **programma terapeutico di riabilitazione**.

Il detenuto, attraverso il suo difensore, dovrà dunque convincere il Tribunale di sorveglianza (o il Giudice che procede, nel caso in cui voglia sollecitare il patteggiamento prima della sentenza definitiva ai sensi dell'articolo 94-*quater*) che tra il reato per cui è in carcere in espiazione di pena o come misura cautelare e la sua dipendenza da alcol o stupefacenti esista una **correlazione**.

La legge appare estremamente vaga sul punto e lascia dunque all'interprete di stabilire di che tipo di correlazione si tratti.

Verosimilmente, vi rientreranno i casi in cui il reato sia stato **commesso sotto l'effetto di sostanze di abuso**: per tali dovranno intendersi in primo luogo quelli aggravati dagli articoli da 91 a 95 del codice penale, che modulano variamente la pena nei casi di reati commessi in stato di alterazione o nelle ipotesi di alcolismo o tossicodipendenza gravi o cronici fino all'intossicazione

da alcol o stupefacenti.

A queste ipotesi si devono aggiungere certamente tutti i casi in cui risulta uno stato di alterazione da abuso di sostanza alcoliche o stupefacenti anche se non vi è stata contestazione specifica, il che pone di fronte al serio problema della **prova della correlazione** richiesta dalla norma.

Escluso che basti un'autocertificazione ("dichiaro di avere compiuto il reato in stato di alterazione da stupefacenti"), si potrà/dovrà ricorrere in primo luogo alle risultanze istruttorie, allegando all'istanza il contenuto di testimonianze e dichiarazioni emerse in tal senso nel processo.

Il punto cruciale è però stabilire se tali risultanze potranno essere integrate da ulteriori allegazioni, emergenti da attività investigativa della difesa ai sensi degli articoli 391-*bis* e seguenti del codice di procedura penale compiute non nel procedimento penale da cui scaturisce l'istanza ma appositamente compiute per essere allegate alla stessa.

Lo scenario possibile è che si apra una sorta di istruttoria incidentale a latere del processo di merito (o dopo la conclusione del medesimo) dedicata non all'accertamento della verità processuale e alla colpevolezza dell'imputato ma alle sue vicende di dipendenza dalle sostanze o, una volta che questa modalità di accertamento avrà preso piede nella mentalità dei difensori, di una istruttoria parallela in corso di processo, con domande e assunzione di prove mirate al futuro accesso al beneficio in esame che si innestano sulle domande e sulle prove dedicate al *thema decidendum*.

Nel primo caso (investigazione difensiva compiuta al di fuori del perimetro del processo) si realizzerebbe l'inedita situazione di un'attività compiuta dal difensore su cui il Pubblico Ministero non può esercitare il diritto al contraddittorio e, conseguentemente, il giudice non potrà compiere attività di ufficio a riscontro o a confutazione di quanto emerso.

Nel caso di istruttoria avvenuta nell'ambito del processo, per altro verso, si rischia di appesantire il dibattimento con l'innesto di un secondo focus oltre quello fisiologico, senza che ne siano disciplinati regole e limiti.

Che succederà ad esempio se nella lista testi del difensore appariranno, accanto ai nominativi delle persone da escutere per dimostrare l'insussistenza del reato, anche nominativi di soggetti o consulenti tecnici a cui è demandata la prova dello stato di dipendenza e della correlazione tra questa e il reato?

In quali forme e con quali limiti il Giudice dovrà ammettere questo tipo di istruttoria, che amplia il *thema decidendum* oltre l'accertamento della colpevolezza cui il processo è fisiologicamente demandato?

Ulteriore questione che si può porre in tema di correlazione tra reato e dipendenza riguarda **il tipo di reato**, se cioè l'accesso al beneficio deve intendersi limitato ai reati commessi al fine di procurarsi risorse destinate a finanziare l'acquisto delle sostanze di abuso (furti o rapine per ottenere il denaro per acquistare alcol o droga) o riguardi qualsiasi tipologia di delitto in qualche modo connessa allo stato di dipendenza (si pensi ai numerosi casi di maltrattamenti in famiglia in cui la vittima riferisce che gli scoppi di ira o di violenza sono ricollegabili allo stato di ubriachezza dell'accusato).

Sembra inevitabile propendere per la seconda ipotesi, che può portare all'effetto, sicuramente *praeter legem*, di concedere una sorta di effetto premiale per gli autori di reati particolarmente violenti o odiosi, in contrasto con il menzionato articolo 94 c.p. che considera il reato commesso in stato di ubriachezza abituale gravato da una circostanza aggravante ed assoggettato conseguentemente ad un sensibile aumento di pena.

4. I profili tossicologici: il concetto di tossicodipendenza e il suo accertamento

Ai predetti profili di criticità, legati alle modalità di esercizio della discrezionalità decisoria del giudice chiamato a valutare la richiesta di detenzione domiciliare, si aggiungono quelli di carattere tossicologico, che appaiono particolarmente complessi.

L'accertamento dello stato di tossicodipendenza/alcoldipendenza non è infatti dipendente dalla mera constatazione della positività di accertamenti tossicologici recenti, richiedendo una valutazione multidisciplinare che integri dati clinici, documentazione sanitaria pregressa, informazioni trattamentali e risultanze tossicologiche.

Dal punto di vista tossicologico-forense, infatti l'accertamento dell'uso di sostanze e l'accertamento dello stato di tossicodipendenza non coincidono necessariamente.

In particolare, va tenuto presente che mentre la positività di un accertamento tossicologico documenta l'assunzione di una sostanza entro una determinata finestra temporale, la tossicodipendenza costituisce invece una condizione clinica complessa, caratterizzata da

abitualità d'uso, perdita di controllo, tolleranza, *craving* e rischio di ricaduta.

Per altro verso, la negatività degli accertamenti biologici, soprattutto nei soggetti detenuti da lungo tempo, non consente di escludere automaticamente una condizione di tossicodipendenza clinicamente rilevante.

In tale contesto l'individuazione delle matrici biologiche più idonee e dei tempi di esecuzione dei prelievi assume un ruolo fondamentale per consentire una corretta ricostruzione della storia tossicologica del soggetto e garantire una valutazione il più possibile oggettiva dei presupposti previsti dalla nuova disciplina.

La valutazione dei singoli casi dovrebbe pertanto essere condotta secondo una griglia uniforme, fondata su quattro profili: storia clinica documentata, dato tossicologico disponibile, attualità della condizione di dipendenza e coerenza del programma terapeutico proposto.

4.1. Caso 1. Detenuto con tossicodipendenza documentata al momento dell'ingresso in istituto

Si consideri il caso di un soggetto che, al momento dell'arresto, dichiari una condizione di tossicodipendenza. All'ingresso in istituto viene sottoposto agli accertamenti tossicologici di routine che evidenziano la presenza di sostanze d'abuso o dei relativi metaboliti nelle matrici biologiche analizzate. Contestualmente il soggetto viene preso in carico dal Ser.D. operante all'interno della struttura penitenziaria, viene inserito in un programma terapeutico e sottoposto a terapia farmacologica sostitutiva. Dalla documentazione sanitaria emerge inoltre una consolidata storia di tossicodipendenza, caratterizzata da precedenti accessi ai servizi per le dipendenze, eventuali ricoveri, programmi terapeutici già intrapresi e pregresse certificazioni sanitarie.

In una situazione di questo tipo, che può essere in astratto considerata ideale, gli elementi clinici, documentali e tossicologici risultano sostanzialmente concordanti e consentono di sostenere con elevato grado di attendibilità l'esistenza di una condizione di tossicodipendenza. Dal punto di vista applicativo le criticità risultano limitate, poiché la valutazione dell'effettiva e attuale condizione di dipendenza trova conferma sia nella documentazione storica sia nei dati tossicologici raccolti in prossimità dell'arresto.

4.2. Caso 2. Detenuto con accertamenti tossicologici negativi

Una problematica molto più complessa riguarda il detenuto che, al momento della valutazione prevista dall'art. 94-*ter*, presenti accertamenti tossicologici negativi.

In questo scenario assume innanzitutto rilevanza il tempo trascorso dall'ingresso in carcere. Se il soggetto è ristretto da molti mesi, la negatività delle urine rappresenta un dato prevedibile e non necessariamente incompatibile con una pregressa condizione di tossicodipendenza.

Diventa pertanto essenziale comprendere quale matrice biologica sia stata analizzata e quale significato temporale possa essere attribuito al risultato ottenuto. L'esame delle urine fornisce infatti informazioni limitate ai consumi recenti e non consente di ricostruire comportamenti di assunzione risalenti nel tempo. Analogamente, dopo lunghi periodi di detenzione, anche altre matrici biologiche potrebbero non essere più in grado di documentare consumi precedenti.

In questi casi assumono particolare importanza la documentazione sanitaria storica, la presenza di precedenti prese in carico presso il Ser.D., l'eventuale partecipazione a programmi terapeutici e la documentazione attestante una storia consolidata di tossicodipendenza.

L'impiego di matrici cheratiniche, quali capelli e peli, potrebbe consentire una ricostruzione retrospettiva dell'esposizione alle sostanze. Tuttavia anche questa soluzione presenta limiti evidenti. Il soggetto potrebbe infatti aver effettuato ripetuti tagli dei capelli nel corso della detenzione oppure essersi rasato o depilato. Tale evenienza non è infrequente negli istituti penitenziari, anche per ragioni igienico-sanitarie.

Un ulteriore elemento di interesse può essere rappresentato dall'eventuale terapia sostitutiva in corso. La presenza dei farmaci utilizzati a fini terapeutici può infatti essere oggettivamente documentata mediante accertamenti tossicologici specifici e contribuire alla valutazione complessiva del caso.

In questo scenario la principale criticità consiste nel fatto che la negatività degli esami non consente di escludere lo stato di tossicodipendenza e rischia di generare un'apparente contraddizione tra il dato analitico e la storia clinica del soggetto.

4.3. Caso 3. Detenuto con accertamenti tossicologici positivi ma senza documentata storia di tossicodipendenza

Una diversa criticità può emergere nel caso di un detenuto che presenti accertamenti tossicologici positivi ma non abbia alcuna documentazione sanitaria che attesti una pregressa condizione di tossicodipendenza.

In tale situazione è necessario valutare con attenzione il significato del dato analitico. La positività di un accertamento tossicologico dimostra infatti l'assunzione di una sostanza entro una determinata finestra temporale, ma non permette di affermare automaticamente l'esistenza

di una condizione clinica di tossicodipendenza.

La valutazione deve quindi tenere conto dell'epoca dell'arresto, del tempo trascorso in detenzione, della matrice biologica utilizzata e della possibilità di documentare un'assunzione protratta nel tempo.

In assenza di precedenti certificazioni, percorsi terapeutici o prese in carico presso i servizi per le dipendenze, non può essere esclusa l'ipotesi che la positività sia riconducibile ad un uso recente o addirittura occasionale, eventualmente effettuato nella prospettiva di ottenere i benefici previsti dalla nuova normativa.

In questo contesto l'analisi delle matrici cheratiniche assume particolare rilevanza, poiché può consentire di ricostruire la cronologia dei consumi e di distinguere l'assunzione occasionale dall'utilizzo abituale di sostanze. Non è infrequente osservare soggetti che mantengano una lunghezza dei capelli compatibile con l'analisi tossicologica mentre provvedano alla completa rasatura o depilazione dei peli corporei, limitando così la possibilità di estendere retrospettivamente il periodo di osservazione.

La criticità principale consiste quindi nel rischio di assimilare impropriamente l'attualità del consumo all'attualità della tossicodipendenza, concetti che non possono essere considerati sovrapponibili sotto il profilo clinico e tossicologico.

4.4. Limiti dell'accertamento mediante matrici cheratiniche

Sebbene l'analisi delle matrici cheratiniche (capelli e peli) rappresenti uno strumento particolarmente utile per la ricostruzione retrospettiva dell'esposizione a sostanze stupefacenti, essa presenta importanti limiti quando viene utilizzata nell'ambito dell'accertamento della tossicodipendenza richiesto dall'art. 94-*ter* del DPR 309/1990.

Affinché tali risultanze abbiano pieno valore medico-legale, le analisi su matrici cheratiniche devono essere eseguite secondo criteri scientifici rigorosi e standardizzati, conformi alle raccomandazioni della *Society of Hair Testing* (SoHT) e alle linee guida dell'Associazione Scientifica Tossicologi Forensi Italiani (GTFI), con particolare riferimento a prelievo, identificazione del campione, catena di custodia, conservazione, lavaggio, segmentazione, metodiche di screening e conferma, validazione analitica, controlli di qualità e criteri interpretativi.

L'esame tossicologico delle matrici cheratiniche consente infatti di documentare l'avvenuta assunzione di una sostanza e, mediante valutazione segmentale del campione, di ricostruire nel

tempo la continuità o la ripetitività dei consumi. Tuttavia, allo stato attuale, non esistono valori soglia (*cut-off*) universalmente accettati che consentano di distinguere in modo oggettivo un soggetto tossicodipendente da un soggetto che faccia uso abituale o frequente di sostanze stupefacenti.

Non è dato estrapolare un valore analitico di cocaina, THC, eroina che consenta di dire che un soggetto è tossicodipendente

L'analisi delle matrici cheratiniche permette pertanto di accertare un utilizzo continuativo o reiterato di sostanze, ma non consente, come dato isolato, di formulare una diagnosi clinica di tossicodipendenza.

Tale criticità assume particolare rilevanza nell'applicazione della nuova disciplina introdotta dalla Legge n. 140/2026, che richiede l'accertamento di una condizione "effettiva e attuale" di tossicodipendenza o alcoldipendenza. In assenza di una documentata storia clinica, di precedenti prese in carico presso i servizi per le dipendenze, di elementi anamnestici o di altre evidenze sanitarie, il semplice riscontro di consumi ripetuti attraverso l'analisi dei capelli o dei peli potrebbe non essere sufficiente a distinguere un consumatore abituale da un soggetto affetto da un vero e proprio disturbo da uso di sostanze.

Ne consegue che le risultanze tossicologiche ottenute dalle matrici cheratiniche devono essere necessariamente integrate con la documentazione clinica disponibile, con una valutazione specialistica, che l'autorità giudiziaria dovrà valutare unitamente a tutti gli altri elementi utili alla ricostruzione della storia sanitaria del soggetto, evitando di attribuire al solo dato analitico un significato diagnostico che esso, da solo, non è in grado di sostenere.

Sul piano operativo, le urine conservano utilità per il riscontro di assunzioni recenti o per il monitoraggio della terapia sostitutiva, mentre capelli e peli assumono maggiore rilievo quando sia necessario ricostruire retrospettivamente la storia di esposizione alle sostanze; in entrambi i casi, il risultato deve essere letto alla luce della documentazione clinica, del tempo di detenzione e della valutazione specialistica del Ser.D.

Un'indagine**[4]** effettuata su 102 consumatori abituali di cocaina mediante analisi delle matrici cheratiniche ha evidenziato concentrazioni di cocaina comprese tra 0,5 e 260 ng/mg e di benzoilecgonina comprese tra 0,1 e 112 ng/mg, confermando la capacità di tali matrici biologiche di documentare nel tempo l'esposizione e l'uso ripetuto della sostanza.

Lo studio ha inoltre confrontato i risultati tossicologici con le quantità di cocaina dichiarate dai soggetti esaminati, distinguendo tra soggetti in stato di libertà e soggetti detenuti.

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato l'esistenza di una correlazione tra concentrazione della sostanza nelle matrici cheratiniche e intensità dell'esposizione, consentendo di formulare valutazioni, sia pure approssimative, sul livello di consumo.

Nel campione esaminato è stata effettivamente osservata una tendenza all'aumento delle concentrazioni al crescere delle quantità dichiarate come assunte; tuttavia tale correlazione è risultata caratterizzata da una marcata variabilità individuale e non ha consentito una corrispondenza univoca tra concentrazione rilevata e quantitativo giornaliero assunto dal singolo soggetto.

A tale discrepanza potrebbe concorrere non soltanto la variabilità biologica individuale dei processi di incorporazione della sostanza nella matrice cheratinica, ma anche il carattere intrinsecamente non verificabile delle quantità dichiarate dai soggetti esaminati.

In contesti giudiziari o penitenziari, infatti, le dichiarazioni relative all'entità del consumo possono essere influenzate dall'interesse del dichiarante a rappresentare una condizione di dipendenza più o meno grave in funzione delle finalità per cui viene richiesto l'accertamento.

Di particolare interesse, nell'ambito del confronto tra soggetti liberi e soggetti detenuti, è risultata l'osservazione di una progressiva riduzione delle concentrazioni di cocaina e benzoilecgonina all'aumentare del periodo di detenzione.

Le concentrazioni rilevate mostravano infatti un andamento decrescente nel tempo, a conferma del fatto che il contenuto di sostanza documentabile nelle matrici cheratiniche tende progressivamente a ridursi in conseguenza della cessazione dell'assunzione.

Tale evidenza assume una particolare rilevanza nell'applicazione dell'art. 94-*ter* del DPR 309/1990. La negatività o la modesta positività degli accertamenti tossicologici eseguiti dopo periodi anche prolungati di detenzione non può infatti essere interpretata automaticamente come assenza di una precedente condizione di tossicodipendenza, ma deve essere valutata tenendo conto del tempo trascorso dall'ultimo consumo, della matrice biologica disponibile e dell'intera documentazione clinica e trattamentale del soggetto.

In conclusione, sebbene l'accertamento tossicologico possa documentare il consumo di sostanze, anche protratto nel tempo, la diagnosi di tossicodipendenza rimane una diagnosi clinica multidisciplinare. In attesa di indicazioni attuative che definiscano in modo puntuale le modalità operative dell'accertamento, i tre scenari esaminati evidenziano che il nodo applicativo dell'art. 94-*ter* non è il semplice accertamento del consumo di sostanze, bensì la verifica dell'effettiva e attuale condizione di tossicodipendenza.

In tale prospettiva appare opportuno prevedere, già nelle prime fasi della detenzione, l'acquisizione tempestiva delle matrici biologiche più idonee, incluse quelle cheratiniche (capelli/peli) quando disponibili, al fine di preservare elementi probatori utili alla successiva valutazione clinica, tossicologico-forense e trattamentale.

5. I rischi dell'esternalizzazione della decisione sulla detenzione domiciliare

In un contesto quale quello descritto, desta particolare preoccupazione la circostanza che il cuore della decisione sulla concessione della detenzione domiciliare sia sostanzialmente affidato ad un organo tecnico estraneo alla giurisdizione, con una sorta di delega in bianco su cui sembra particolarmente difficile eseguire anche una forma minima di controllo da parte del giudice.

Decine di migliaia di detenuti potrebbero essere scarcerati quasi simultaneamente sulla base di valutazioni affidate in buona parte ad un giudizio tecnico, sulla cui certezza scientifica si è detto e su cui il magistrato non potrà sostanzialmente interloquire.

In giurisprudenza, si è sostenuto addirittura che il giudice non possa disattendere la certificazione medica pubblica attestante la tossicodipendenza, anche se recentemente una pronuncia della Corte di cassazione[5] ha ribadito che la certificazione dello stato di tossicodipendenza prodotta dall'interessato **può essere sindacata dal giudice** quando non risulti sorretta da una necessaria analisi critica delle condizioni del richiedente, poiché si tratta di un atto amministrativo suscettibile di disapplicazione.

Il fatto che sia dovuta intervenire la cassazione a ristabilire i confini tra atto tecnico e decisione del magistrato, tuttavia, non sembra tranquillizzante.

Diventa dunque indispensabile che chi fornisce tali giudizi sia dotato di massima affidabilità e sia consapevole del difficile e impegnativo compito che lo Stato gli delega.

Recenti casi di cronaca giudiziaria[6] attestano il rischio di un intero settore dell'esecuzione penale improvvisamente esternalizzato in assenza di qualsivoglia previsione di controllo sui soggetti chiamati a fornire la certificazione tecnica.

[1] Dati pubblicati dal Garante nazionale dei detenuti.

[2] Il punto è stato diffusamente trattato da C. Sudio, ***Suicidi in carcere: il Ministro corre ai ripari***, in Questa Rivista, 26 luglio 2025.

[3] Sui presupposti di applicabilità della nuova legge si rinvia a quanto analiticamente esposto in questa rivista da G. Santalucia, ***Il nuovo rito speciale per la detenzione domiciliare di tossico-(e alcol-) dipendenti***, in Questa Rivista, 15 settembre 2026.

[4] M.C. David, C. Furnari, F. Rosati, A. Lopez, *Concentrazione di Cocaina e Benzoilecgonina nei peli pubici: Studio su un campione di 102 assuntori abituali.* XIII Giornate Medico – Legali Romane ed Europee 40° Congresso Nazionale SIMLA.

[5] Cass. pen., sez. III, 18 marzo 2026, dep. 25 marzo 2026, n. 11257.

[6] Il 27 gennaio 2025 è stata eseguita un'ordinanza cautelare del GIP del Tribunale di Roma relativa a un presunto sistema operante all'interno del Ser.D. dell'ASL Roma 2 presso il carcere di Rebibbia. Secondo la ricostruzione investigativa riportata dalla stampa, al centro vi sarebbe stato uno psicologo del servizio, accusato di avere redatto attestazioni mendaci di abuso di sostanze stupefacenti e sullo stato di tossicodipendenza allo scopo di consentire a detenuti di accedere a misure alternative alla detenzione.