



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER LA POLIZIA STRADALE, FERROVIARIA, DELLE COMUNICAZIONI
E PER I REPARTI SPECIALI DELLA POLIZIA DI STATO
SERVIZIO POLIZIA STRADALE

300/A/3381/19/109/42 del 15/04/2019



OGGETTO: Servizi mirati di controllo per il contrasto del fenomeno della guida in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope. Linee guida per i controlli su strada.
Modulistica

- ALLE QUESTURE DELLA REPUBBLICA LORO SEDI
- AI COMPARTIMENTI DELLA POLIZIA STRADALE LORO SEDI

e, per conoscenza,

- ALLE PREFETTURE – UFFICI TERRITORIALI DEL GOVERNO LORO SEDI
- AI COMMISSARIATI DEL GOVERNO
PER LE PROVINCE AUTONOME TRENTO – BOLZANO
- ALLA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE
DELLA VALLE D'AOSTA AOSTA
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DI SANITA'
Servizio Affari Generali di Sanità ROMA
- AL CENTRO ADDESTRAMENTO DELLA POLIZIA DI STATO CESENA

Si fa riferimento alla circolare n. 300/A/1277/19/109/42 del 11 febbraio 2019 con la quale sono state impartite direttive per l'esecuzione dei servizi mirati di cui all'oggetto, e trasmesse le "Nuove linee guida per i controlli su strada in materia di verifica delle condizioni psico-fisiche dei conducenti".





Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER LA POLIZIA STRADALE, FERROVIARIA, DELLE COMUNICAZIONI
E PER I REPARTI SPECIALI DELLA POLIZIA DI STATO

In ossequio alle direttive impartite, al fine di agevolare le attività di controllo, in accordo con il Servizio Affari Generali di Sanità, che legge per conoscenza, è stata rivista la modulistica, che sostituisce ed integra quella allegata alle linee guida suindicate, e che si trasmette con la presente⁽¹⁾.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO
Busacca

LR
[Signature]

⁽¹⁾ ALL 1A: Scheda clinica di valutazione dello stato psico-fisico;
ALL 1B: Verbale di raccolta fuori sede di campioni di fluido del cavo orale;
ALL 1C: Relazione di visita medica ai fini della valutazione dello stato psico-fisico;
ALL 1D: Modulo di catena di custodia relativa ai campioni di fluido del cavo orale;
ALL 1E: Dichiarazione di consenso informato.



SCHEDA CLINICA di valutazione dello STATO PSICO-FISICO

Compilata presso _____

Sig..... nato/a il..... a.....

Residente a..... Via..... n.....

Data e ora dell'evento

Su richiesta di: _____

- analisi preliminare su fluido orale (**SALIVA**) con *screening* _____

POSITIVO si per.....

(allegato stampato n.)

VISITA MEDICA

Stato di coscienza:
vigile sonnolento soporoso
Deficit di memoria:
si no
Orientamento temporo-spaziale:
orientato disorientato
Delirio-allucinazioni:
si no
Dispercezioni:
si no
Comportamento:
calmo loquace euforico ansioso agitato
irrispettoso aggressivo depresso rifiuta di
 collaborare
Linguaggio:
adeguato rallentato mutacico sconnesso
incapace di esprimersi logorroico
Equilibrio:
Indifferente difficoltà a mantenere la
 stazione eretta
Coordinazione:

- Manovra indice-naso
- Test di Romberg

nella norma alterata

nella norma alterato
Deambulazione
Adeguata incerta rallentata instabile
dismetria
Pupille:
Normoreagenti iporeagenti anisocoriche
midriatiche miotiche iperemia
congiuntivale lacrimazione

VISITA MEDICA

Atteggiamento/postura

Rilassato teso

Cooperante ipercontrollato non
collaborante indifferente ostile

Atteggiamento verso l'intervistatore

scherzoso/faceto disinibito

Psicomotricità

Calmo esitante insicuro iporeattivo

rallentamento psicomotorio agitazione

iperreattività psicomotoria

aggressività/impulsività automatismi

stereotipie/manierismi irrequietezza

Movimenti involontari

Assenti tic sbadigli fascicolazioni

tremori discinesie

Pressione arteriosa

PAS _____ PAD _____

Frequenza cardiaca

Bpm _____ Ritmica Aritmica

ANNOTAZIONI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE



Ministero dell'Interno

SCHEDA CLINICA di valutazione dello STATO PSICO-FISICO

Compilata presso STRUTTURA SANITARIA MOBILE DELLA POLIZIA DI STATO

Sig.....nato/a il.....a.....

Residente a.....Via.....n.

Data e ora dell'evento

Su richiesta di: _____

- analisi preliminare su fluido orale (**SALIVA**) con screening _____

POSITIVO si per.....

(allegato stampato n.)



VISITA MEDICA

<u>Stato di coscienza:</u>	<input type="checkbox"/> vigile <input type="checkbox"/> sonnolento <input type="checkbox"/> soporoso
<u>Deficit di memoria:</u>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<u>Orientamento temporo-spaziale:</u>	<input type="checkbox"/> orientato <input type="checkbox"/> disorientato
<u>Delirio-allucinazioni:</u>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<u>Dispercezioni:</u>	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<u>Comportamento:</u>	<input type="checkbox"/> calmo <input type="checkbox"/> loquace <input type="checkbox"/> euforico <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> agitato <input type="checkbox"/> irrispettoso <input type="checkbox"/> aggressivo <input type="checkbox"/> depresso <input type="checkbox"/> rifiuta di collaborare
<u>Linguaggio:</u>	<input type="checkbox"/> adeguato <input type="checkbox"/> rallentato <input type="checkbox"/> mutacico <input type="checkbox"/> sconnesso <input type="checkbox"/> incapace di esprimersi <input type="checkbox"/> logorroico
<u>Equilibrio:</u>	<input type="checkbox"/> Indifferente <input type="checkbox"/> difficoltà a mantenere la stazione eretta
<u>Coordinazione:</u>	
• Manovra indice-naso	<input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> alterata
• Test di Romberg	<input type="checkbox"/> nella norma <input type="checkbox"/> alterato
<u>Deambulazione</u>	<input type="checkbox"/> Adeguata <input type="checkbox"/> incerta <input type="checkbox"/> rallentata <input type="checkbox"/> instabile <input type="checkbox"/> dismetrica
<u>Pupille:</u>	<input type="checkbox"/> Normoreagenti <input type="checkbox"/> iporeagenti <input type="checkbox"/> anisocoriche <input type="checkbox"/> midriatiche <input type="checkbox"/> miotiche <input type="checkbox"/> iperemia <input type="checkbox"/> congiuntivale <input type="checkbox"/> lacrimazione



VISITA MEDICA

Atteggiamento/postura

Rilassato teso

Cooperante ipercontrollato non
collaborante indifferente ostile

Atteggiamento verso l'intervistatore

scherzoso/faceto disinibito

Psicomotricità

Calmo esitante insicuro iporeattivo
 rallentamento psicomotorio agitazione
 iperreattività psicomotoria
 aggressività/impulsività automatismi
 stereotipie/manierismi irrequietezza

Movimenti involontari

Assenti tic sbadigli fascicolazioni
 tremori discinesie

Pressione arteriosa

PAS _____ PAD _____

Frequenza cardiaca

Bpm _____ Ritmica Aritmica

ANNOTAZIONI _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ESAMINATORE





Ministero dell'Interno



**VERBALE DI RACCOLTA FUORI SEDE DI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE
AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI E LORO METABOLITI
AI SENSI DELL'ART. 187 DEL CODICE DELLA STRADA**

L'anno addì del mese di in località
innanzi a noi (qualifica, cognome e nome)

è presente sig.

nat. a (.....) il/...../..... e residente a
..... (.....) in

identificat... con documento di riconoscimento n.
rilasciato da in data/...../.....

L'interessato dichiara di aver non aver assunto farmaci negli ultimi sette giorni.

(In caso di risposta affermativa)

Farmaco assunto:; dosaggio:; data e ora dell'ultima assunzione:

Farmaco assunto:; dosaggio:; data e ora dell'ultima assunzione:

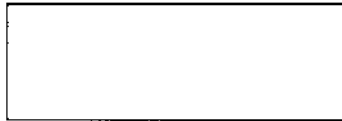
Farmaco assunto:; dosaggio:; data e ora dell'ultima assunzione:

Farmaco assunto:; dosaggio:; data e ora dell'ultima assunzione:

Preso atto che il test di *screening* eseguito su campione di saliva fornito dall'interessato ha fornito risultato *non negativo* per la/e seguente/i sostanza/e: cocaina ; oppiacei ; metamfetamina ; THC ; amfetamina .
alle ore si è proceduto, ai sensi dell'art. 187 comma 2-bis del Codice della Strada e previa acquisizione del consenso informato dell'interessato, alla raccolta mediante dispositivo *Quantisal*TM (ditta produttrice Immunalysis, Pomona, CA) di n.° 2 (due) campioni di fluido del cavo orale ('campione di prova' e 'controcampione'), posti in due provette identiche appositamente confezionate.

Entrambe queste provette sono state sigillate con apposita etichetta adesiva anti-effrazione recante data della raccolta, firma della persona sottoposta all'accertamento, firma del prelevatore ed un codice identificativo univoco.

Il medesimo codice è riportato sull'etichetta adesiva che è stata apposta sull'allegato stampato dei risultati del test di *screening*, sul modulo di catena di custodia che accompagna i campioni e nell'apposito riquadro sottostante:



Il 'campione di prova' ed il 'controcampione' saranno trasportati presso il Centro di Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense con sede a Roma, in via Mamiani n. 2.

Il 'campione di prova' sarà ivi sottoposto ad analisi di conferma della/e sostanza/e risultata/e non negativa/c allo *screening*; il relativo rapporto di prova sarà comunicato alla Sezione Polizia Stradale di _____ per i provvedimenti di competenza, ai sensi dell'art. 187 commi 5 e 5-bis del Codice della Strada.

In caso di confermata positività sul 'campione di prova', il corrispondente 'controcampione' sarà custodito nel suddetto Centro, a disposizione dell'interessato ai fini di un'eventuale analisi di revisione, per almeno 90 (novanta) giorni dalla data di accettazione e poi smaltito.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

La persona sottoposta all'accertamento

.....

L'operatore della Polizia di Stato che ha effettuato l'analisi di *screening*

qualifica:; cognome:; nome:; firma

Il funzionario medico della Polizia di Stato

qualifica:; cognome:; nome:; firma



**VERBALE DI RACCOLTA FUORI SEDE DI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE
AI FINI DELLA DETERMINAZIONE DI SOSTANZE STUPEFACENTI E LORO METABOLITI
AI SENSI DELL'ART. 187 DEL CODICE DELLA STRADA**

L'anno, addi, del mese di, in località
innanzi a noi (qualifica, cognome e nome)

è presente sig.
nat. a (.....) il/...../..... e residente a
..... (.....) in

identificat... con documento di riconoscimento n.
rilasciato da in data/...../.....

L'interessato dichiara di aver non aver assunto farmaci negli ultimi sette giorni.

(In caso di risposta affermativa)

Farmaco assunto:: dosaggio:: data e ora dell'ultima assunzione:

Farmaco assunto:: dosaggio:: data e ora dell'ultima assunzione:

Farmaco assunto:: dosaggio:: data e ora dell'ultima assunzione:

Farmaco assunto:: dosaggio:: data e ora dell'ultima assunzione:

Preso atto che il test di *screening* eseguito su campione di saliva fornito dall'interessato ha fornito risultato *non negativo* per la/e seguente/i sostanza/e: cocaina ; oppiacci ; metamfetamina ; THC ; amfetamina .
alle ore si è proceduto, ai sensi dell'art. 187 comma 2-bis del Codice della Strada e previa acquisizione del consenso informato dell'interessato, alla raccolta mediante dispositivo *Quantisal*TM (ditta produttrice Immunalysis, Pomona, CA) di n.° 2 (due) campioni di fluido del cavo orale ('campione di prova' e 'controcampione'), posti in due provette identiche appositamente preconfezionate.

Entrambe queste provette sono state sigillate con apposita etichetta adesiva anti-effrazione recante data della raccolta, firma della persona sottoposta all'accertamento, firma del prelevatore ed un codice identificativo univoco.

Il medesimo codice è riportato sull'etichetta adesiva che è stata apposta sull'allegato stampato dei risultati del test di *screening*, sul modulo di catena di custodia che accompagna i campioni e nell'apposito riquadro sottostante:



Il 'campione di prova' ed il 'controcampione' saranno trasportati presso _____

Il 'campione di prova' sarà ivi sottoposto ad analisi di conferma della/e sostanza/e risultata/e non negativa/e allo *screening*; il relativo rapporto di prova sarà comunicato alla Sezione Polizia Stradale di _____ per i provvedimenti di competenza, ai sensi dell'art. 187 commi 5 e 5-bis del Codice della Strada.

In caso di confermata positività sul 'campione di prova', il corrispondente 'controcampione' sarà custodito nel suddetto Centro, a disposizione dell'interessato ai fini di un'eventuale analisi di revisione, per almeno 90 (novanta) giorni dalla data di accettazione e poi smaltito.

Fatto, letto, confermato e sottoscritto

La persona sottoposta all'accertamento

.....

L'operatore della Polizia di Stato che ha effettuato l'analisi di *screening*

qualifica:; cognome:; nome:; firma

Il medico

cognome:; nome:; firma



Ministero dell'Interno

Relazione di visita medica ai fini della valutazione dello STATO PSICO-FISICO di cui all'art.187 del C.d.S.

Compilata presso STRUTTURA SANITARIA MOBILE DELLA POLIZIA DI STATO

Sig.....nato/a il.....a.....

Residente a.....Via.....n.

Luogo, data e ora dell'evento

In considerazione dei principali parametri clinici rilevanti per la guida degli autoveicoli (coordinazione, orientamento temporo-spaziale, equilibrio, attenzione, concentrazione) all'esito della visita medica si è rilevata la seguente condizione generale:

NON ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO-FISICO.

ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO-FISICO.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Relazione di visita medica ai fini della valutazione dello STATO PSICO-FISICO di cui all'art.187 del C.d.S.

Compilata presso _____

Sig.....nato/a il.....a.....

Residente a.....Via.....n.....

Luogo, data e ora dell'evento

In considerazione dei principali parametri clinici rilevanti per la guida degli autoveicoli (coordinazione, orientamento temporo-spaziale, equilibrio, attenzione, concentrazione) all'esito della visita medica si è rilevata la seguente condizione generale:

NON ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO-FISICO.

ALTERAZIONE DELLO STATO PSICO-FISICO.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO



Ministero dell'Interno

MODULO DI CATENA DI CUSTODIA RELATIVA AI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE RACCOLTI PER GLI ACCERTAMENTI DI CUI ALL'ART. 187 DEL CODICE DELLA STRADA

INFORMAZIONI SUI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE RACCOLTI E CONSEGNATI

(a cura della struttura di provenienza: Struttura Sanitaria Mobile della Polizia di Stato)

Data della raccolta (gg/mm/aaaa): __ / __ / __ __ __ __ Ora della raccolta (oo:num): __ : __

Codice identificativo del campione

(nel riquadro sottostante è apposta l'etichetta recante il codice alfanumerico, corrispondente ai dati anagrafici riportati sul verbale di raccolta)

Note:

Data della consegna (gg/mm/aaaa): __ / __ / __ __ __ __

Firma dell'operatore che ha raccolto e consegnato il campione

INFORMAZIONI SUI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE RICEVUTI

(a cura della struttura ricevente: Centro di Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense)

Contenuto dei campioni

corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta

non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta per:

Note:

Firma dell'operatore che ha ricevuto il campione

**MODULO DI CATENA DI CUSTODIA RELATIVA AI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE
RACCOLTI PER GLI ACCERTAMENTI DI CUI ALL'ART. 187 DEL CODICE DELLA STRADA**

**INFORMAZIONI SUI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE RACCOLTI E CONSEGNA TI
(a cura della struttura di provenienza)**

Data della raccolta (gg/mm/aaaa): __ / __ / ____ Ora della raccolta (oo:mm): __ : __

Codice identificativo del campione

(nel riquadro sottostante è apposta l'etichetta recante il codice alfanumerico, corrispondente ai dati anagrafici riportati sul verbale di raccolta)



Note:

Data della consegna (gg/mm/aaaa): __ / __ / ____

Firma dell'operatore che ha raccolto e consegnato il campione

**INFORMAZIONI SUI CAMPIONI DI FLUIDO DEL CAVO ORALE RICEVUTI
(a cura della struttura ricevente)**

Contenuto dei campioni

- corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta
- non corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta per:

.....

Note:

Firma dell'operatore che ha ricevuto il campione



Ministero dell'Interno

[Empty rectangular box for stamp or signature]

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
DI CUI ALL'ART. 187, comma 2 e 2 bis, DEL CODICE DELLA STRADA

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il / / a

DICHIARO

di essere stato informato in modo comprensibile ed esauriente dal medico, dott.
che gli accertamenti sanitari a cui mi appresto a sottopormi, ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada, consistono in una visita medica
volta ad accertare la presenza di un eventuale stato di alterazione psico-fisica e nella raccolta, con procedura non invasiva, di un
campione di fluido del cavo orale da sottoporre ad esame preliminare di screening per la ricerca di sostanza stupefacenti-psicotrope
mediante apposito dispositivo portatile. In caso di risultato positivo di tale esame preliminare, si darà corso alla raccolta di ulteriori due
campioni di fluido del cavo orale per l'analisi di conferma della presenza e quantità di dette sostanze c/o loro metaboliti, che sarà
eseguita presso il Ministero dell'Interno - Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale di Sanità - Servizio Operativo
Centrale di Sanità - Centro di Ricerche di Laboratorio e Tossicologia Forense, con sede a Roma, in via Mamiani n. 2.

Confermo, inoltre:

- di essere consapevole che, in caso di rifiuto a sottopormi agli accertamenti sanitari suddetti, sarò passibile delle sanzioni penali e amministrative di cui all'art. 186 comma 7 del Codice della Strada;
- di essere stato informato che i risultati dei suddetti accertamenti sanitari saranno tempestivamente comunicati, ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada, all'Autorità che li ha richiesti e tutta la documentazione relativa agli stessi, compresa la presente dichiarazione, sarà custodita presso il suddetto Centro;
- che i miei dati personali, indispensabili per l'acquisizione del presente consenso informato e trattati nel rispetto di quanto previsto dal d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i., sono corretti.
- di essere stato informato della facoltà di farmi assistere da un difensore di fiducia, secondo quanto previsto dagli artt. 352-354-356 c.p.p.

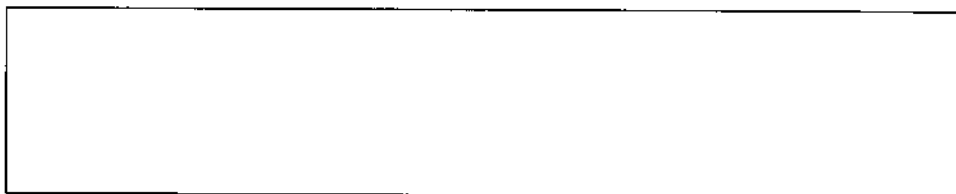
Pertanto, liberamente, spontaneamente e consapevolmente.

[] ESPRIMO [] NEGO IL MIO CONSENSO AGLI ACCERTAMENTI SANITARI SOPRA INDICATI.

..... li / /

Firma leggibile dell'interessato
(○ di chi ne fa legalmente le veci)

Timbro e firma del medico



**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO
DI CUI ALL'ART. 187, comma 2 e 2 bis, DEL CODICE DELLA STRADA**

Io sottoscritto/a (cognome e nome)

nato/a il / / a

DICHIARO

di essere stato informato in modo comprensibile ed esauriente dal medico, dott.
che gli accertamenti sanitari a cui mi appresto a sottopormi, ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada, consistono in una visita medica
volta ad accertare la presenza di un eventuale stato di alterazione psico-fisica e nella raccolta, con procedura non invasiva, di un
campione di fluido del cavo orale da sottoporre ad esame preliminare di *screening* per la ricerca di sostanza stupefacenti-psicotrope
mediante apposito dispositivo portatile. In caso di risultato positivo di tale esame preliminare, si darà corso alla raccolta di ulteriori due
campioni di fluido del cavo orale per l'analisi di *conferma* della presenza e quantità di dette sostanze e/o loro metaboliti, che sarà
eseguita presso

Confermo, inoltre:

- di essere consapevole che, in caso di rifiuto a sottopormi agli accertamenti sanitari suddetti, sarò passibile delle sanzioni penali e amministrative di cui all'art. 186 comma 7 del Codice della Strada;
- di essere stato informato che i risultati dei suddetti accertamenti sanitari saranno tempestivamente comunicati, ai sensi dell'art. 187 del Codice della Strada, all'Autorità che li ha richiesti e tutta la documentazione relativa agli stessi, compresa la presente dichiarazione, sarà custodita presso
- che i miei dati personali, indispensabili per l'acquisizione del presente consenso informato e trattati nel rispetto di quanto previsto dal *d.lgs. n. 196/2003 e s.m.i.*, sono corretti.
- di essere stato informato della facoltà di farmi assistere da un difensore di fiducia, secondo quanto previsto dagli artt. 352-354-356 c.p.p.

Pertanto, liberamente, spontaneamente e consapevolmente,

ESPRIMO **NEGO** **IL MIO CONSENSO AGLI ACCERTAMENTI SANITARI SOPRA INDICATI.**

....., li / /

Firma leggibile dell'interessato
(o di chi ne fa legalmente le veci)

Timbro e firma del medico