



# 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<sup>(1)</sup>.

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO  
*Busacca*

*LR*

<sup>(1)</sup> 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

**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 nella norma alterata
- Test di Romberg nella norma alterato

**Deambulazione** Adeguata incerta rallentata instabile  
dismetrica

**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



\*\*\*

## 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*<sup>TM</sup> (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 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*<sup>TM</sup> (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 sostanze 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 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