

# Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 27 settembre 2016, n. U00288

**Approvazione "Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – Artt. 589-bis e 590-bis Legge n. 41/2016".**

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

*(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)*

**OGGETTO:** Approvazione “Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – Artt. 589-*bis* e 590-*bis* Legge n. 41/2016”.

***IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA***

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente: Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 recante “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio è stato nominato Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO che, con Delibera del Consiglio dei Ministri del 1° dicembre 2014, l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato Sub Commissario nell'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21.3.2013;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 723 del 14 dicembre 2015 con la quale è stato conferito al dott. Vincenzo Panella l'incarico di Direttore della Direzione Regionale “Salute e Politiche Sociali”;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e s.m.i.;

VISTO il Decreto Legislativo n. 285 del 30 aprile 1992 e s.m.i. “Nuovo Codice della Strada”;

VISTI gli artt. 186 e 187 del predetto C.d.S. che prevedono, rispettivamente, il divieto di guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche e in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope;

VISTA la Legge n. 41 del 23 marzo 2016 “Introduzione del reato di omicidio stradale e del reato di lesioni personali stradali, nonché disposizioni di coordinamento al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e al decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274”;

IL PRESIDENTE IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

*(Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)*

VISTO, in particolare, l'art. 589 bis c.p., comma 2, introdotto dalla Legge n. 41/2016, che prevede che "Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa la morte di una persona, è punito con la reclusione da otto a dodici anni".

VISTO, inoltre, l'art 590 bis c.p., comma 2, introdotto dalla Legge n. 41/2016 che stabilisce che "Chiunque, ponendosi alla guida di un veicolo a motore in stato di ebbrezza alcolica o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi rispettivamente degli articoli 186, comma 2, lettera c), e 187 del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, cagioni per colpa a taluno una lesione personale, è punito con la reclusione da tre a cinque anni per le lesioni gravi e da quattro a sette anni per le lesioni gravissime;

CONSIDERATO opportuno fornire indicazioni operative al personale sanitario addetto all'accertamento dello stato di ebbrezza o di alterazione da sostanze stupefacenti o psicotrope;

RITENUTO, pertanto, necessario, per quanto sopra detto, approvare l'Allegato A al presente provvedimento, comprensivo della sezione A1, avente ad oggetto "Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – Art. 589-bis e 590-bis Legge n. 41/2016".

**DECRETA**

per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare l'Allegato A al presente provvedimento, comprensivo della sezione A1, avente ad oggetto "Protocollo operativo sui prelievi e accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni personali stradali gravi e gravissime – Artt. 589-bis e 590-bis Legge n. 41/2016".

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla sua pubblicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) dalla sua pubblicazione.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Nicola Zingaretti

**ALLEGATO A****PROTOCOLLO OPERATIVO SUI PRELIEVI E ACCERTAMENTI NECESSARI NEI CASI DI OMICIDIO E LESIONI PERSONALI STRADALI GRAVI E GRAVISSIME – Artt. 589-bis e 590-bis Legge n. 41/2016****Introduzione**

L'ordinamento italiano a seguito dei gravi e molteplici sinistri stradali, causa di omicidi e lesioni gravi e gravissime in danno di sfortunate vittime, ha inteso trovare soluzioni normative a maggior tutela di tutti i cittadini andando ad individuare specifiche figure di reato e specifiche modalità di accertamento di esso.

La legge 23 marzo 2016 n. 41 ha introdotto nell'ordinamento penale i reati di cui agli articoli 589 bis e 590 bis c.p., rispettivamente omicidio stradale e lesioni personali stradali gravi e gravissime, elevando ad autonome figure di reato le condotte di chi provoca, con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale, la morte di taluno ovvero gli cagiona lesioni personali gravi o gravissime (per tali normativamente intendendosi quelle guaribili in un tempo superiore a quaranta giorni).

L'intento rigoristico perseguito dal legislatore nei confronti dei trasgressori delle norme della strada risulta evidente dal confronto tra le pene previste nei casi di omicidio colposo e di omicidio stradale – il quale costituisce pur sempre un delitto colposo. Ed infatti, mentre per il primo è prevista la reclusione da 6 mesi a 5 anni, per il secondo i limiti edittali vanno da 2 a 7 anni di reclusione.

Laddove poi ricorrano le aggravanti della guida in stato di ebbrezza o di alterazione psico-fisica conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, le pene sono ulteriormente elevate, essendo stabilita:

- per l'omicidio colposo aggravato, art. 589 bis, comma 2, c.p., la reclusione da 8 a 12 anni;
- per le lesioni gravissime aggravate, art. 590 bis, comma 2, c.p., la reclusione da 4 a 7 anni;
- per le lesioni gravi aggravate, art. 590 bis, comma 2, c.p., la reclusione da 3 a 5 anni.

Scopo del presente protocollo è fornire indicazioni chiare e precise circa le modalità di accertamento dello stato di ebbrezza o di alterazione da sostanze stupefacenti o psicotrope, tenendo costantemente in considerazione la difficoltà consistente nel superamento del rifiuto opposto dal conducente agli esami sul suo corpo, potenzialmente in grado di impedire l'accertamento delle circostanze aggravanti.

**1. ACCERTAMENTI QUALITATIVI SUL CONDUCENTE.**

Pervenuti sul luogo dell'incidente gli organi di Polizia stradale di cui all'art. 12, commi 1 e 2 del D.lgs. 285/1992 (d'ora in poi Codice della Strada, C.d.S.), ai sensi dell'art. 186, comma 3 C.d.S., sottopongono ad accertamenti qualitativi<sup>1</sup> non invasivi o a prove i conducenti coinvolti nell'incidente stradale.

Tali accertamenti sono normalmente condotti con apparecchi *precursori* chimici a fiala monouso ovvero con *precursori* elettronici, mentre per gli stupefacenti o gli psicotropi mediante accertamenti qualitativi su fluido del cavo orale.

<sup>1</sup>“Qualitativi” in quanto sono unicamente in grado di rilevare la presenza di alcool o di sostanze stupefacenti o psicotrope, senza quantificarne il valore.

Il fine di questi accertamenti, come specifica lo stesso art. 186, comma 3 C.d.S. in tema di alcoolici, consiste nell'acquisizione di "*elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4*", e cioè agli accertamenti **tecnico-quantitativi**, così chiamati in quanto in grado di rilevare - oltre alla presenza di alcool o di sostanze stupefacenti o psicotrope - anche la relativa quantità. Inoltre, da un punto di vista processual-penalistico, il risultato degli accertamenti qualitativi costituisce l'indizio di reato privilegiato che legittima l'inizio dell'attività d'indagine vera e propria: tant'è che, prima di svolgere gli accertamenti tecnico-quantitativi, il conducente deve essere informato della facoltà di farsi assistere da un difensore di fiducia ai sensi degli artt. 114 disp. att. c.p.p. e 356 c.p.p. giacché costituiscono atti compiuti nell'ambito delle indagini.

È bene precisare che gli accertamenti qualitativi sono obbligatori; ciò confermato dal fatto che il rifiuto al loro compimento costituisce, ai sensi degli art. 186, comma 7, C.d.S. e 187, comma 8, C.d.S., reato contravvenzionale.

Inoltre, occorre sottolineare che il rifiuto o l'impossibilità di compiere gli accertamenti qualitativi non impediscono il proseguire delle operazioni. Infatti, sia l'art. 186, comma 4 sia l'art. 187, commi 2-bis e 3, C.d.S., precisano che gli accertamenti tecnico-quantitativi possono svolgersi anche in ogni caso di incidente o sulla base di altri motivi che la Polizia stradale abbia per ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool ovvero sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope.

#### **Accertamento dello stato di ebrezza**

L'accertamento dello stato di ebrezza, che la legge dispone sia appurato misurando la concentrazione di alcool nell'aria alveolare espirata, ove il conducente non vi si opponga, avviene mediante etilometro.

#### **Accertamento dello stato di alterazione conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope**

Lo stato di alterazione conseguente all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope è vagliato mediante accertamenti clinico-tossicologici e strumentali ovvero analitici su campioni di mucosa del cavo orale, prelevati a cura di personale sanitario ausiliario delle forze di polizia, ovvero su campioni di fluido del cavo orale.

Nel caso in cui non sia possibile l'esame sui campioni di mucosa o di fluido del cavo orale - specificamente a causa dell'assenza del personale sanitario ausiliario ovvero per il rifiuto del conducente - il comma 3 dell'art. 187 C.d.S. consente agli agenti di polizia stradale di accompagnare "*il conducente presso le strutture sanitarie fisse o mobili afferenti ai suddetti organi di polizia stradale ovvero presso le strutture sanitarie pubbliche o presso quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate, per il prelievo di campioni di liquidi biologici ai fini dell'effettuazione degli esami necessari ad accertare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope*".

## 2. ACCOMPAGNAMENTO COATTIVO EX ART. 359 BIS, COMMA 3 BIS, C.P.P., IN CASO DI RIFIUTO

In caso di rifiuto alla sottoposizione al test alcolemico o a quello volto a verificare l'assunzione di droghe, *prima facie* il conducente risponde penalmente del reato contravvenzionale – rispettivamente artt. 186, comma 7 e 187, comma 8, C.d.S. – ma ciò lascia irrisolto il problema dell'accertamento della circostanza aggravante di cui agli artt. 589 bis e 590 bis c.p..

Per ovviare a tale problematica, con la L. n. 41/2016, il legislatore ha introdotto nel codice di procedura penale all'art. 359 bis, un comma 3 bis che prevede, in caso di rifiuto di sottoporsi agli accertamenti sullo stato di ebbrezza da alcool o di alterazione correlata all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, *“l'accompagnamento dell'interessato presso il più vicino presidio ospedaliero al fine di sottoporlo al necessario prelievo o accertamento”* e si procede all'esecuzione coattiva.

La *ratio* di tale opzione legislativa risiede nella necessità di assicurare l'utilità degli accertamenti in parola in considerazione dell'inevitabile alterazione e/o modifica che essi possono subire con il trascorrere del tempo.

Le operazioni di accertamento dovranno svolgersi nel rispetto dei commi 4 e 5 dell'art. 224 bis (perizia biologica coattiva) e cioè non devono contrastare con espressi divieti posti dalla legge, mettere in pericolo la vita, l'integrità fisica o la salute della persona, lederne la dignità o il pudore.

Tuttavia a presidio di tale precetto non è prevista alcuna sanzione processuale, anche se sembrerebbero questi dei veri e propri divieti la cui inosservanza può condurre ad una inutilizzabilità delle prove eventualmente acquisite, ai sensi dell'art. 191 c.p.p. secondo il quale *“le prove acquisite in violazione dei divieti stabiliti dalla legge non possono essere utilizzate”*.

A tal riguardo, è bene ricordare come la Corte Costituzionale, da un lato, abbia escluso che la facoltà degli organi di Polizia di accompagnare il conducente presso le strutture sanitarie per eseguire il prelievo di liquidi biologici contrasti con il principio della inviolabilità della persona (sancito dall'art. 13, comma 1, Cost. o con la riserva di legge in tema di trattamenti sanitari obbligatori prevista dall'art. 32 Cost) mentre, dall'altro, ha affermato con la sentenza n. 238 del 9 luglio 1996 - per quanto attiene nello specifico al prelievo ematico coattivo - che *“il prelievo ematico comporta certamente una restrizione della libertà personale quando se ne renda necessaria l'esecuzione coattiva perché la persona sottoposta all'esame peritale non consente spontaneamente al prelievo”*.

Il problema, quindi, riguardava il prelievo ematico in quanto non previsto espressamente dalla legge e reputato lesivo della integrità fisica della persona.

La questione giuridica circa l'ammissibilità del prelievo ematico coattivo in caso di dissenso del conducente che abbia causato un sinistro stradale, trova oggi una ragionevole soluzione nella L. n. 41/2016, con l'introduzione del comma 3 bis dell'art. 359 bis c.p.p. il quale, come detto in precedenza, consente di sottoporre l'interessato coattivamente al prelievo o ad altro accertamento che si renda “necessario” ai fini della valutazione di una responsabilità ex art. 589 bis e 590 bis c.p.

E' fuor dubbio che il prelievo di sangue possa rientrare nella indicazione normativa dei “prelievi” ed è altresì indiscutibile che, soprattutto per l'accertamento dell'assunzione di alcool, tale operazione rappresenti, allo stato dell'arte, quella che più di ogni altra abbia il carattere della “necessarietà” .

Tanto premesso, per quanto attiene invece la procedura di accompagnamento e accertamento coattivo, vi sono delle incombenze formali che gli ufficiali di polizia giudiziaria dovranno compiere e delle

garanzie da riconoscere all' "indagato".

Preliminarmente la Polizia Giudiziaria (d'ora in poi P.G.) sarà tenuta ad avvisare il Pubblico Ministero, per ottenere l'autorizzazione all'accompagnamento e all'esecuzione coattiva delle operazioni, alla quale dovrà seguire l'emanazione di un decreto motivato contenente - fra gli altri - l'indicazione specifica del prelievo o dell'accertamento da effettuare e delle ragioni che lo rendono assolutamente indispensabile per la prova dei fatti.

Entro le quarantotto ore successive, il Pubblico Ministero richiede la convalida del decreto e degli eventuali ulteriori provvedimenti al giudice per le indagini preliminari, che provvede al più presto e comunque entro le 48 ore successive.

Laddove vi sia un fondato motivo di ritenere che dal ritardo possa derivare grave o irreparabile pregiudizio alle indagini, l'autorizzazione può essere data anche oralmente e successivamente confermata per iscritto.

Del decreto o dell'autorizzazione verbale del Pubblico Ministero e delle operazioni da compiere, la P.G. deve darne notizia al difensore di fiducia dell'interessato - se prontamente reperibile - ovvero al difensore di ufficio, il quale ha la facoltà di assistere data la natura probatoria degli accertamenti in parola, senza che, però, ciò possa comportare ritardo o pregiudizio al compimento delle operazioni. L'omesso avviso al difensore determina una nullità degli atti compiuti e, dunque, una loro inutilizzabilità a livello processuale.

Di tutto quanto svolto la polizia giudiziaria dovrà redigere specifico verbale dando atto sia della comunicazione avvenuta con il Pubblico Ministero, che dell'avviso al difensore di fiducia e dell'interlocuzione con l'accompagnato.

Gli ufficiali di polizia giudiziaria intervenuti nel luogo dell'incidente, provvedono all'accompagnamento dell'interessato presso il Pronto Soccorso di uno dei Presidi Ospedalieri della rete.

• Il primo livello della rete è costituito dai laboratori in uso nell'ambito della Procura territorialmente competente e dai sottoelencati Presidi Ospedalieri dotati di Pronto Soccorso:

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| -Procura di Civitavecchia   | Ospedale San Paolo, Civitavecchia<br>Ospedale Padre Pio, Bracciano<br>Ospedale di Tarquinia, Tarquinia   |
| -Procura di Tivoli Ospedale | San Giovanni Evangelista, Tivoli<br>Ospedale SS Gonfalone, Monterotondo<br>Ospedale A. Angelucci, Subiaco<br>Ospedale Coniugi Barnardini, Palestrina |
| -Procura di Latina          | Ospedale S. Maria Goretti, Latina<br>Ospedale Dono Svizzero, Formia  |
| Procura di Viterbo          | Ospedale Belcolle, Viterbo   |
| Procura di Frosinone        | Polo Ospedaliero Frosinone- Alatri   |

|                     |   |
|---------------------|---|
| Procura di Alatri   | Polo Ospedaliero Frosinone- Alatri  |
| Procura di Cassino  | Ospedale Santa Scolastica, Cassino<br>Ospedale Santissima Trinità, Sora   |
| Procura di Velletri | Ospedale P. Colombo, Velletri<br>Ospedale L. Parodi Delfino, Colferro<br>Ospedali Riuniti, Anzio  |
| Procura di Rieti    | Ospedale San Camillo De Lellis, Rieti   |
| Procura di Roma     | Ospedale San Giovanni Addolorata, Roma<br>Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma<br>Ospedale Sandro Pertini, Roma<br>Ospedale Sant'Eugenio, Roma<br>Ospedale G. Battista Grassi, Roma (Ostia)<br>Ospedale Santo Spirito, Roma<br>Policlinico Univ. Tor Vergata, Roma<br>Ospedale Sant'Andrea, Roma<br>Policlinico Univ. Umberto I, Roma |

Presso i suddetti Presidi Ospedalieri saranno effettuati i test di screening.

Per i test di conferma, i campioni prelevati verranno trasportati in una delle strutture della rete di secondo livello.

- Il secondo livello della rete è costituito dalle seguenti strutture sanitarie i cui laboratori analisi sono dotati di strumentazione idonea all'effettuazione degli esami di conferma, ovvero spettrometria di massa con metodica cromatografica, primariamente su matrice ematica ma anche su matrice salivare, in caso di impossibilità ad utilizzare la matrice ematica.

- Roma - Policlinico Umberto I: UOC Patologia Clinica – Sezione di Farmacotossicologia;

- Università Tor Vergata, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione Sezione di Medicina Legale, Sicurezza Sociale e Tossicologia Forense



### **3. ACCERTAMENTO COATTIVO: CARATTERISTICHE DEL PRESIDIO E GARANZIE DELLA PERSONA ACCOMPAGNATA**

#### **Caratteristiche del Presidio:**

- reparto specifico di PS (D.E.A. –Dipartimento d’Emergenza e di Accettazione);
- dotazione di personale sanitario adeguatamente formato
- dotazione di idonea strumentazione e apparecchiatura per il compimento delle analisi di screening;
- dotazione di locali idonei ad assicurare la presenza di testimoni al fine di garantire la trasparenza delle operazioni di prelievo;
- dotazione di strumentazione e luoghi idonei alla conservazione e custodia del campione prelevato sull’individuo.

#### **Garanzie della persona accompagnata presso il presidio e da sottoporre all’accertamento coattivo:**

- avviso al difensore di fiducia o di ufficio, che ha facoltà di presenziare al prelievo se ciò non comporta ritardo o pregiudizio;
- possibilità di nominare un CTP che presenzi all’operazione di prelevamento del campione biologico, ove prontamente disponibile;
- descrizione verbalizzata delle operazioni di prelievo e del relativo campionamento.

### **4. OPERATORE SANITARIO QUALE AUSILIARIO DI P.G. (art. 348, co. 4, c.p.p.)**

Appena giunto presso il P.S. del Presidio Ospedaliero, l’ufficiale di P.G. conferisce all’operatore sanitario - dotato di adeguate competenze tecniche - l’incarico di Ausiliario di P.G. (persona idonea secondo il c.p.p.), nonché - mediante la compilazione di apposito modello - richiede il prelievo biologico da effettuarsi (sangue o saliva, a seconda dei casi).

#### **Attività dell’operatore sanitario:**

- compilazione di apposita scheda clinica in cui riportare:
- anamnesi, ove collaborata o indicazione a verbale del rifiuto a rispondere alle domande del sanitario;
- esame medico obiettivo: valutazione clinico-comportamentale e scheda per la rilevazione dei segni e sintomi da consumo recente di alcool o di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- risultati degli accertamenti sul materiale biologico prelevato
- diagnosi conclusiva

## 5. ACCERTAMENTO COATTIVO SU PERSONA COINVOLTA IN INCIDENTE STRADALE INTEGRANTE L' IPOTESI DI CUI ALL'ART. 589-BIS E/O 590-BIS

Si tratta di un **accertamento tecnico irripetibile** per cui è necessaria una valutazione clinica per fini probatori, in cui il mezzo coercitivo è giustificato da ragioni di urgenza.

**Il prelievo di materiale biologico:**

- 1) la certezza del dato;
- 2) la possibilità di controprova;

A tal fine, occorre distinguere due ipotesi:

### A) PROCEDURA OPERATIVA SOSTANZE ALCOLICHE

GUIDA IN STATO DI EBBREZZA O  
SOTTO L'INFLUENZA DELL'ALCOOL

PRELIEVO EMATICO

### B) PROCEDURA OPERATIVA SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE

GUIDA IN STATO DI ALTERAZIONE  
PSICO-FISICA PER USO DI SOSTANZE

VALUTAZIONE CLINICA DELLO  
STATO DI ALTERAZIONE PSICO-  
FISICA

STUPEFACENTI O PSICOTROPE

PRELIEVO EMATICO o PRELIEVO  
SALIVARE (se impossibile il primo)

## 5.1 ITER PROCEDURALE

### ● Visita medica

L'operatore sanitario delle strutture pubbliche, cui viene richiesta la valutazione clinica deve compilare la 'Scheda di Esame Clinico per la Valutazione dello Stato di alterazione psico-fisica da Sostanze stupefacenti e/o Psicotrope', che deve essere allegata al referto sanitario. Quest'ultimo deve comprendere anche l'esito degli esami eseguiti e deve essere trasmesso all'organo di polizia che ha richiesto gli accertamenti.

### ● Prelievo dei campioni biologici

1) In caso di verifica dello stato di ebbrezza o sotto l'influenza dell'alcool, l'accertamento viene effettuato mediante esame ematico: la definizione dello stato da ebbrezza alcolica o sotto l'influenza dell'alcool è diagnosticato in base alle concentrazioni ematiche di alcool riscontrate.

2) In caso di accertamento per alterazione psico-fisica da sostanze stupefacenti e/o psicotrope, il prelievo di materiale biologico deve garantire la certezza del dato e la possibilità della controprova. Si deve privilegiare l'accertamento diagnostico su matrice ematica.

Qualora risulti eccessivamente difficoltoso e/o impossibile il prelievo ematico, si procede con l'accertamento sui matrice salivare.

Nel caso di richiesta di accertamenti per sostanze stupefacenti, è necessario effettuare il prelievo anche della matrice urinaria, pur non essendo questa un indicatore di uno stato di intossicazione acuta. Il prelievo di ogni campione biologico da sottoporre ad analisi è svolto sotto il diretto controllo dell'operatore sanitario nominato ausiliare di P.G.

Il prelievo dei campioni biologici utilizzati per gli accertamenti va realizzato in condizioni di sicurezza ed affidabilità, riportando nell'apposito modulo di campionamento tutte le seguenti informazioni:

- generalità del soggetto e codice identificativo;
- data del prelievo;
- tipologia di materiale biologico;
- ente richiedente;
- finalità dell'indagine;
- eventuali terapie in corso;
- generalità, ora e firma del prelevatore e di chi ha assistito alla raccolta del campione;
- generalità, ora e firma dell'addetto al trasporto in laboratorio;
- nel caso di inidoneità del presidio per il primo screening o per quello di conferma, il trasporto dei campioni sarà garantito dalle forze dell'ordine. Gli incaricati di trasporto dovranno dettagliare l'identità del consegnante con l'indicazione del luogo di ricezione, attestando l'integrità delle provette e l'indicazione dettagliata dell'itinerario più breve seguito con l'indicazione dell'ora di consegna e le generalità del ricevente, il quale assicurerà a sua volta l'integrità delle provette;
- generalità, ora e firma del personale del laboratorio che riceve in carico il campione;
- luogo di conservazione del campione.

### **SOSTANZE DA RICERCARE**

Sul materiale prelevato, sangue o saliva, è prevista la ricerca delle seguenti classi di sostanze principali

- Da parte dei laboratori di I livello le seguenti Classi di sostanze:

Oppiacei e/o metaboliti  
Cocaina e/o metaboliti  
Amfetamina e derivati anfetaminici  
MDMA  
Metadone e/o metaboliti  
Benzodiazepine

- Da parte dei laboratori di II livello le seguenti sostanze:

Oppiacei: morfina totale, codeina, 6-monoacetilmorfina  
Cocaina: cocaina, benzolilecgonina, ecgonina metilestere  
Amfetamina e derivati: amfetamina, metamfetamina, MDA, MDEA  
MDMA  
Metadone: metadone, EDDP  
Benzodiazepine

### **CATENA DI CUSTODIA**

Procedura medico-legale atta a:

- garantire autenticità, integrità e tracciabilità di un campione dal momento del prelievo/raccolta sino allo smaltimento;
- ricostruire l'*iter* del campione all'interno del laboratorio, conservarlo correttamente e preservarlo da manomissioni ed adulterazioni, individuandone le eventuali manipolazioni e i soggetti che l'abbiano eseguite (Allegato A, Sezione A1).

### **Campionamento**

- va effettuato in una zona che garantisca sia il paziente che l'operatore;
- il locale non deve poter comunicare con l'esterno;
- deve essere effettuato da personale sanitario (medico/infermiere assicurando la compresenza tra gli

- operatori di entrambi i generi maschile e femminile);  
- il locale deve essere dotato di apposite apparecchiature per gli accertamenti richiesti

### **Campioni su matrice ematica**

I campioni biologici di sangue prelevati per gli accertamenti, sono suddivisi in tre pari aliquote:

- a) prima aliquota destinata all'accertamento analitico preliminare (analisi di screening, da eseguirsi subito dopo il prelievo);
- b) seconda aliquota destinata all'analisi di conferma (non oltre 20 gg dalla consegna in laboratorio);
- c) terza aliquota è idoneamente conservata per le eventuali, successive, controanalisi eventualmente richieste dalla difesa del sospettato.

### **Campioni su matrice salivare**

E' necessario analizzare i campioni appena possibile dopo averli raccolti e comunque congelarli a -20°C se non è possibile l'analisi immediata.

I campioni biologici di saliva prelevati per gli accertamenti sono suddivisi in tre pari aliquote:

- a) la prima aliquota destinata all'analisi di screening;
- b) la seconda aliquota destinata all'analisi di conferma;
- c) la terza aliquota è idoneamente conservata per le eventuali, successive, controanalisi.

### **Sigillatura dei campioni**

I flaconi vanno sigillati, etichettati (dati anagrafici paziente; nome del medico richiedente o del prelevatore responsabili del campione sino alla consegna in laboratorio) e sigillati.

### **Trasporto del campione**

Il materiale deve:

- essere posto, a cura dell'operatore sanitario, in un contenitore rigido per il trasporto in dotazione alla stessa struttura sanitaria;
- essere accompagnato dalla modulistica prevista;
- essere conservato durante il trasporto da idoneo refrigerante;
- pervenire in laboratorio senza ritardo.

### **Accettazione da parte del laboratorio**

- controllare integrità del campione e conformità modulistica;
- in caso negativo, registrazione di non conformità e notificazione al medico richiedente;
- la responsabilità del campione passa al laboratorio.

### **Analisi di laboratorio**

#### **Su matrice ematica**

- screening campione A (se non già eseguita al momento del campionamento);
- conferma sul campione B (se il campione A è non negativo);
- in caso di non negatività del campione B, il campione C va congelato in frigo dedicato (tracciabilità documentale).

#### **Su matrice salivare**

- screening sul campione A;
- conferma sul campione B (se il campione A è non negativo);
- in caso di non negatività del campione B, il campione C va congelato in frigo dedicato (tracciabilità documentale).

I risultati dell'accertamento coattivo, appena disponibili (a seguito di esame in laboratorio) verranno comunicati all'Ufficiale di P.G. che ne ha fatto richiesta o all'Ufficio cui appartiene.

**Conservazione e smaltimento****Matrice ematica**

- screening negativo campione A ► smaltimento secondo norme vigenti;
- screening non negativo campione A ► conservazione campione B a  $-20^{\circ}\text{C}$  per l'esame di conferma;
- campione C ► conservazione a  $-20^{\circ}\text{C}$  per minimo 90 gg per eventuale test di revisione richiesto dall'interessato entro 10 gg dalla comunicazione di non negatività (testare il campione C entro 30 gg dalla richiesta; comunicare data esecuzione test al sospettato, al medico richiedente e all'Autorità Giudiziaria almeno 15 gg prima; se non utilizzato, smaltire secondo norme vigenti).

**Matrice salivare**

- screening negativo campione A ► smaltimento secondo norme vigenti;
- screening non negativo campione A ► test di conferma immediato o dopo conservazione del campione B a  $-20^{\circ}\text{C}$
- campione C ► conservazione a  $-20^{\circ}\text{C}$  per minimo 90 gg per eventuale test di revisione richiesto dall'interessato entro 10 gg dalla comunicazione di non negatività (testare il campione C entro 30 gg dalla richiesta; comunicare data esecuzione test al sospettato, al medico richiedente e all'Autorità Giudiziaria almeno 15 gg prima; se non utilizzato, smaltire secondo norme vigenti).

**Temperatura di conservazione dei campioni**

- SANGUE:  $-20^{\circ}\text{C}$
- SALIVA:  $-20^{\circ}\text{C}$

Tutte le fasi manipolative a cui è sottoposto il campione dal momento del prelievo all'esecuzione dei test diagnostici preliminari/di conferma/di controanalisi, nonché al trasferimento del campione in laboratorio, sono documentate secondo modulistica appositamente predisposta.

I contenitori dei prelievi devono essere a perfetta tenuta, preservati da ogni manipolazione o rottura durante il trasferimento in laboratorio che deve avvenire in maniera celere, alla temperatura di  $-4^{\circ}$  o a seguito di congelamento.

I campioni prelevati vanno conservati rendendo possibile effettuare sugli stessi tutte le opportune verifiche richieste dall'Autorità Giudiziaria precedente.

**Casi di “prognosi riservata” o di “prognosi di lesioni inferiori ai 40 gg con margine di aggravamento”**

Nel caso di prognosi riservata, in cui le condizioni della vittima sono suscettibili di valutazioni non prevedibili anche gravi o gravissime, i sanitari dovranno provvedere alla comunicazione al Comando di P.G., senza ritardo, dallo scioglimento della prognosi stessa.

Nel caso di prognosi inferiore a 40 gg con prospettive di aggravamento e superamento di tale limite temporale, il personale medico dovrà comunicare, al Comando di P.G. che procede, gli esiti delle valutazioni clinico sanitarie in tempo reale.

Spetterà alla P.G. d'intesa con l'A.G., valutare in tali casi se procedere secondo le direttive di cui al presente provvedimento.

**Il personale addetto all'accertamento dovrà essere adeguatamente formato****Materie trattate durante il corso di formazione**

- Normativa vigente;
- Profili di tutela dell'Operatore sanitario: nomina ad ausiliario di PG e qualifica di Pubblico Ufficiale; reati e responsabilità del pubblico ufficiale. Responsabilità in caso di rifiuto da parte dell'Operatore sanitario, nonché di rivelazione e utilizzazione dei segreti d'ufficio (artt. 326 e 328 c.p.).

- Sostanze psicoattive legali ed illegali;
- Il disturbo da uso di alcool e il disturbo da uso di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Tecniche di prelievo del materiale biologico;
- Catena di custodia e conservazione del campione ematico;
- Interpretazione dei risultati e refertazione.

**Scheda di esame clinico per la valutazione dello stato di ebbrezza o sotto l'influenza dell'alcool e/o di alterazione da sostanze stupefacenti e/o psicotrope**

Struttura in cui viene effettuato l'esame clinico: \_\_\_\_\_

Unità Operativa (U.O.) in cui viene effettuato l'esame clinico: \_\_\_\_\_

Nome cognome Sanitario che effettua l'esame clinico: \_\_\_\_\_

Data dell'esame clinico \_\_/\_\_/\_\_

Ora dell'esame clinico \_\_/\_\_/

**DATI DEL SOGGETTO**

Cognome..... Nome .....

data di nascita ..... luogo di nascita .....

Residente a..... Via/Piazza..... n..... Città.....

Documento identificativo.....

Recapito telefonico .....

Indirizzo mail o di p.e.c.....

Il Soggetto accetta l'esame clinico

SI

NO

**Per Accettazione**

**Non accettazione**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Firma del Sanitario**

\_\_\_\_\_

|                 |
|-----------------|
| <b>ANAMNESI</b> |
|-----------------|

**Anamnesi Familiare**


---



---



---

**Anamnesi Fisiologica**


---



---



---

**Anamnesi Patologica**


---



---



---

**Anamnesi Traumatologica**


---



---



---

**Anamnesi Neurologica e/o Psichiatrica**


---



---



---

**Anamnesi Farmacologica:**


---



---



---

**Anamnesi Tossicologica:**

**ALCOOL**                      **SI**     **NO**

**- USO ATTUALE**                       **USO PREGRESSO**  dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**SOSTANZE**                      **SI**     **NO**     **Se SI, indicare la/le sostanza/e nella tabella sottostante**

| Sostanza Assunta  | USO ATTUALE              | USO PREGRESSO      |
|---|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Eroina                                 | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Morfina                                | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Metadone                               | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Buprenorfina                           | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Cocaina                                | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Cannabinoidi                           | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy (MDMA)                         | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine                             | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> LSD – Altri Allucinogeni               | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |
| <input type="checkbox"/> Sedativi (benzodiazepine, barbiturici) | <input type="checkbox"/> | dal _____ al _____ |



**ESAME OBIETTIVO MEDICO**

PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_      Fc: \_\_\_\_/min

Peso: \_\_\_\_ kg                      Altezza: \_\_\_\_ cm

---

---

---

---

**Segni e/o sintomi fisici e psichici di ebbrezza alcolica o sotto l'influenza dell'alcool**

---

---

---

---

---

---

**Segni e/o sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope, farmaci compresi (Vedi Tabella seguente)**

---



---



---



---

— **Segni e sintomi di intossicazione acuta da sostanze stupefacenti o psicotrope**

- NO  
 Sì quali.....

| Segni clinici di intossicazione acuta  | Allu<br>cino<br>geni | Amf<br>eta<br>min<br>e | Bar<br>bitu<br>rici | Ben<br>zodi<br>aze<br>pine | Bup<br>ren<br>orfi<br>na | Can<br>nabi<br>s | Coc<br>aina | Ecst<br>asy | Met<br>ado<br>ne | Mor<br>fina | Oppi<br>acei |
|--|----------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Euforia   | x                    | x                      |                     |                            | x                        | x                | x           | x           | x                |             | X            |
| <input type="checkbox"/> Linguaggio spedito, velocità di pensiero                        |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Eloquio sciolto, riso contagioso                                |                      |                        |                     |                            |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Aumento della vigilanza, potenziamento delle energie, loquacità |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Irritabilità, ansia, disforia, aggressività                     |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Rilassamento  |                      |                        | x                   | x                          |                          | x                |             | x           |                  |             | X            |
| <input type="checkbox"/> Intensificazione delle esperienze sensoriali, sinestesia        | x                    |                        |                     |                            |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Aumento fiducia in sé stessi, autostima                         |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Affabilità, sensibilità, intimità                               |                      |                        |                     |                            |                          |                  |             | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Irrequietezza psico – motoria                                   |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Apatia  | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | X            |
| <input type="checkbox"/> Rallentamento psicomotorio                                      | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | X            |
| <input type="checkbox"/> Disorientamento spazio – temporale                              | x                    |                        | x                   | x                          |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Deficit della capacità critica                                  | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | X            |
| <input type="checkbox"/> Eloquio indistinto  | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | x            |
| <input type="checkbox"/> Deficit dell'attenzione e della memoria                         | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | x            |
| <input type="checkbox"/> Sonnolenza  | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                |             | x            |
| <input type="checkbox"/> Insonnia  |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Allucinazioni visive – uditive – cinestesiche                   | x                    |                        |                     |                            |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Ansia   |                      |                        |                     |                            |                          | x                | x           |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Panico  |                      |                        |                     |                            |                          | x                | x           |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Ideazione paranoide   |                      |                        |                     |                            |                          | x                | x           |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Prurito – grattamento – strofinamento                           |                      |                        |                     |                            | x                        |                  |             |             | x                | x           | x            |
| <input type="checkbox"/> Miosi   |                      |                        |                     |                            | x                        |                  |             |             | x                | x           | x            |
| <input type="checkbox"/> Midriasi  |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Iperemia congiuntivale  |                      |                        |                     |                            |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Ptosi palpebrale  |                      |                        |                     |                            | x                        |                  |             |             | x                | x           | x            |
| <input type="checkbox"/> Diminuzione dei riflessi corneali                               |                      |                        |                     |                            | x                        |                  |             |             | x                | x           | x            |
| <input type="checkbox"/> Tachicardia   | x                    | x                      |                     |                            |                          | x                | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione  | x                    | x                      |                     |                            |                          | x                | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Ipotensione   | x                    |                        | x                   | x                          | x                        | x                |             |             | x                | x           | x            |
| <input type="checkbox"/> Tremore   |                      | x                      |                     | x                          |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Digrignamento dei denti   |                      | x                      |                     |                            |                          |                  |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Tensione mascellare   |                      | x                      |                     |                            |                          |                  |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Sudorazione   |                      | x                      |                     |                            |                          |                  | x           | x           |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Nausea  |                      |                        |                     |                            |                          | x                |             |             |                  |             |              |
| <input type="checkbox"/> Vomito  |                      |                        |                     |                            | x                        |                  |             |             | x                |             | x            |



## ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI

Data \_\_\_\_\_

**Accertamento per uso di alcol**

**Accertamento per uso di sostanze stupefacenti**

### Matrice ematica

| Aliquota     | Metodo di indagine   | Data | Luogo/laboratorio | Positività a: | Nota /Richiamo allegati |
|--------------|--|------|-------------------|---------------|-------------------------|
| A- screening | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test rapido</li> <li>- Test immunochimico presso laboratorio</li> </ul> |      |                   |               |                         |
| B- conferma  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC/MS</li> <li>- LC/MS</li> </ul>                                       |      |                   |               |                         |
| C- revisione |  |      |                   |               |                         |

### Matrice salivare

| Aliquota     | Metodo di indagine   | Data | Luogo/laboratorio | Positività a: | Nota /Richiamo allegati |
|--------------|--|------|-------------------|---------------|-------------------------|
| A- screening | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test rapido</li> <li>- Test immunochimico presso laboratorio</li> </ul> |      |                   |               |                         |
| B- conferma  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GC/MS</li> <li>- LC/MS</li> </ul>                                       |      |                   |               |                         |
| C- revisione |  |      |                   |               |                         |

– **DIAGNOSI CONCLUSIVA**

A seguito degli accertamenti clinici e di laboratorio effettuati in data \_\_\_\_\_

si attesta che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

presenta un quadro clinico caratterizzato da:

- “stato di ebbrezza alcolica o sotto l’influenza dell’alcool”,**  
**con concentrazione ematica di alcol pari a \_\_\_\_\_ g/l**
  
- “stato di alterazione psico-fisica da sostanze stupefacenti e/o psicotrope”.**  
**con concentrazione ematica di \_\_\_\_\_ pari a \_\_\_\_\_ ng/ml**
  
- “assenza di stato ebbrezza alcolica, di segni e/o sintomi fisici e psichici di assunzione di alcool; assenza di alterazione psico-fisica da sostanze stupefacenti e/o psicotrope”**

**Il Sanitario Responsabile**

Data \_\_\_\_\_

## ALLEGATO A SEZIONE A1

### La catena di custodia dei campioni per gli accertamenti necessari nei casi di omicidio e lesioni gravi o gravissime in ambito stradale

#### Procedura operativa e modulistica

### LA CATENA DI CUSTODIA

è intesa quale procedura documentata clinico-medica allo scopo di garantire l'integrità, la veridicità, la tracciabilità e la trasparenza nel campionamento del materiale umano biologico prelevato e raccolto, sia nella fase dell'accertamento sia nella fase di conservazione che nello smaltimento.

Sarà dunque necessario verbalizzare l'intera catena di custodia mediante opportuni modelli, predisposti per le Aziende/Strutture sanitarie competenti, per verificare in ogni fase della procedura la correttezza delle condizioni di preservazione e conservazione del materiale biologico, onde consentire a tutte le parti coinvolte -a vario titolo nell'accertamento- di poter partecipare al procedimento e a qualsiasi eventuale fase di contro-verifica.

LOGO AZIENDA / CARTA INTESTATA STRUTTURA

**MOD. 1.E****CATENA DI CUSTODIA****VERBALE RACCOLTA CAMPIONE EMATICO**

AZIENDA/STRUTTURA..... INDIRIZZO.....

N. PROGRESSIVO..... BARCODE

DATA del prelievo .....

ORA del prelievo .....

\*\*\*

- ENTE RICHIEDENTE .....

- FINALITA' DELL'ACCERTAMENTO.....

.....

GENERALITA' DEL SOGGETTO ESAMINATO:

COGNOME..... NOME.....

DATA DI NASCITA .... / ..... / ..... LUOGO DI NASCITA.....

RES.TE/DOM.TO..... VIA.....

RECAPITO TELEFONICO .....

DOC. D'IDENTITA' TIPO..... NUMERO.....

GENERALITA' DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO,  
NOMINATO AUSILIARIO DI P.G.:

COGNOME..... NOME.....

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO.....

Verbale redatto in tre copie:

\* per il laboratorio analisi (da inserire nel contenitore termico) \* per l'autorità richiedente  
\* per il soggetto esaminato \* per la struttura sanitaria \* per il laboratorio analisi

**NOTE**

Elenco dei farmaci che il soggetto esaminato dichiara di aver assunto negli ultimi sette giorni, sia per via sistemica, orale che per via topica

.....  
 .....

eventuali altre note del medico/sanitario

.....  
 .....

eventuali dichiarazioni aggiuntive del soggetto esaminato

.....  
 .....

**MODALITA' DI PRELIEVO**

METODICA DI PRELIEVO .....

DISTRETTO VENOSO DI PRELIEVO .....

| Matrice Biologica                 | Aliquota A | Aliquota B | Aliquota C |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|
| Sangue per alcolemia              | 5 ml       | 5ml        | 5ml        |
| Sangue per altre sostanze d'abuso | 10 ml      | 10ml       | 10 ml      |

QUANTITA' TOTALE DI SANGUE PRELEVATO - ml .....

QUANTITA' DI SANGUE "ALIQUOTA A" - ml .....

QUANTITA' DI SANGUE "ALIQUOTA B" - ml .....

QUANTITA' DI SANGUE "ALIQUOTA C" - ml .....

I sottoscritti dichiarano che il materiale utilizzato per il campionamento è integro.

I prelievi sono stati suddivisi in tre aliquote in diverse provette, etichettate e sigillate alla presenza del soggetto esaminato.

FIRMA DEL SOGGETTO ESAMINATO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO/OPERATORE SANITARIO AUSILIARIO DI P.G. \_\_\_\_\_



**MOD. 2. E****IDONEITA' DELLA STRUTTURA ALL'ACCERTAMENTO**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE<br/>TEST DI SCREENING (ALIQUOTA A)</b> | <b>SI</b> | COMPILARE LA *TABELLA N. 1<br>PARTE PRIMA    |
|  | <b>NO</b> | COMPILARE IL VERBALE DI<br>TRASPORTO (MOD.4) |

---

|   |           |  |
|---|-----------|--|
| <b>AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE<br/>TEST DI CONFERMA (ALIQUOTA B)</b> | <b>SI</b> | COMPILARE LA *TABELLA N. 1<br>PARTE SECONDA  |
|   | <b>NO</b> | COMPILARE IL VERBALE DI<br>TRASPORTO (MOD.4) |

---

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE<br/>LA CONSERVAZIONE PER IL TEST<br/>DI CONTROESAME (ALIQUOTA C)</b> | <b>SI</b> | COMPILARE LA *TABELLA N. 2                   |
|  | <b>NO</b> | COMPILARE IL VERBALE DI<br>TRASPORTO (MOD.4) |

---

**\*ALLEGATO 1) TABELLE PER ACCERTAMENTI DA ALCOL E SOSTANZE PSICOTROPE**

FIRMA DEL MEDICO/OPERATORE SANITARIO AUSILIARIO DI P.G. \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 1**
**TABELLE PER ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI  
DA ALCOL E/O SOSTANZE PSICOTROPE**

LABORATORIO.....LUOGO ..... DATA.....

- 1- ACCERTAMENTO PER USO DI ALCOL  
 2- ACCERTAMENTO PER USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI  
 3- ACCERTAMENTO PER USO DI ALCOL E SOSTANZE STUPEFACENTI

**TABELLA N.1**

MATRICE EMATICA

| Aliquota                             | Metodo di indagine  | Data | Positività a: | nota/ Richiamo allegati |
|--------------------------------------|---|------|---------------|-------------------------|
| <u>Parte prima</u><br>A – Screening  | <input type="checkbox"/> Test rapido<br><input type="checkbox"/> Test immunochimico presso il laboratorio |      |               |                         |
| <u>Parte seconda</u><br>B – Conferma | <input type="checkbox"/> GC/MS<br><input type="checkbox"/> LC/MS  |      |               |                         |

**TABELLA N.2**

| Aliquota             | Metodo di conservazione e indagine | Data | Positività a: | nota/ Richiamo allegati |
|----------------------|------------------------------------|------|---------------|-------------------------|
| C-<br>*Conservazione |                                    |      |               |                         |
| C – Controesame      |                                    |      |               |                         |

\* congelato in frigo dedicato a – 20°C.

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO, NOMINATO AUSILIARIO DI P.G. \_\_\_\_\_

**MOD. 3. E**

**TRASPORTO DEL CAMPIONE**

**E ACCETTAZIONE DA PARTE DEL LABORATORIO**

\*La procedura è valida sia per il trasporto intramurario che extramurario

LUOGO, DATA E ORA DI CONSEGNA .....

**MITTENTE**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA MITTENTE.....

SERVIZIO REFERENTE ..... BARCODE

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....



**DESTINATARIO**

LABORATORIO DESTINATARIO .....

SERVIZIO REFERENTE .....

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

**INFORMAZIONI SUL CONTENUTO DEL CAMPIONE**

NUMERO PROVETTE INVIATE .....

MATERIALE CONTENUTO.....

DATA E ORA DI CONFEZIONAMENTO\* .....

**\*ALLEGATO 2)** MODALITA' DI CONFEZIONAMENTO DEI CAMPIONI AI FINI DEL  
TRASPORTO

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

.....  
.....  
.....  
.....

VARIE E NOTE

.....  
.....  
.....

INDICAZIONE DELL'AUTORITA'/VETTORE CHE ESEGUE IL TRASPORTO

.....  
.....  
.....

\* il percorso per il trasporto dovrà essere scelto tra quelli più brevi e sicuri per l'integrità dei campioni.

FIRMA DEL AZIENDA/STRUTTURA MITTENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRASPORTATORE \_\_\_\_\_

PER RICEVUTA

FIRMA DEL LABORATORIO DESTINATARIO \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2



1

I campioni dovranno essere posti in un box a triplo involucro il quale dovrà riportare il BARCODE dei medesimi campioni;

2

il box, a sua volta, dovrà essere inserito in apposito sacchetto di plastica chiuso;

3

il sacchetto di plastica, dovrà infine, essere inserito nella borsa termica con il necessario materiale refrigerante.

4

Dovrà essere prevista una duplice etichettatura sia sul box che sul sacchetto di plastica:

- **ETICHETTA N. 1** “in caso di danneggiamento o di perdita avvisare immediatamente la mittente azienda/struttura sanitaria”;

- **ETICHETTA N.2** “



” etichetta di orientamento da apporre sui due lati.

**MOD. 4. E**

**VERBALE DI TRASPORTO DEI CAMPIONI**

**MITTENTE**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA .....

CITTA' ..... VIA.....

SERVIZIO REFERENTE ..... BARCODE

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

A rectangular box intended for a barcode, currently empty.

**DESTINATARIO**

LABORATORIO DESTINATARIO .....

DENOMINAZIONE..... CITTA' .....

VIA.....

SERVIZIO REFERENTE .....

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

LUOGO, DATA E ORA DI PRESA CONSEGNA DEI CAMPIONI

.....  
.....

**OSSERVAZIONI/NOTE**

.....  
.....  
.....  
.....

FIRMA DEL TRASPORTATORE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO/SANITARIO ADDETTO MITTENTE \_\_\_\_\_

**PER RICEVUTA**

FIRMA DEL LABORATORIO DESTINATARIO \_\_\_\_\_

Verbale redatto in quattro copie:  
\* per la struttura sanitaria mittente \* per il trasportatore \* il laboratorio destinatario e \* per l'autorità richiedente \*

**MOD. 5. E****VERBALE DI CONSEGNA DEI CAMPIONI**

LUOGO, DATA E ORA DI CONSEGNA .....

BARCODE

|  |
|--|
|  |
|--|

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE****CONTENUTO DEL CAMPIONE**

- Corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta del campione ematico
- Non corrisponde a quanto dichiarato di raccolta del campione ematico:
- Quantità non corrispondente a quella indicata
  - Nominativo errato del soggetto esaminato
  - BARCODE errato
  - Altro .....

**NOTE SULL'INTEGRITA' DEL CAMPIONE**

|  |
|--|
| <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|

\* il seguente verbale di consegna interamente compilato dovrà trasmettersi all'azienda/struttura mittente.

\* gli esami di laboratorio verranno verbalizzati anche facendo uso delle tabelle allegate al presente vademecum di cui all'allegato A) sia per gli esami di accertamento eseguiti in laboratorio sia per la conservazione dei campioni.

\* lo smaltimento dei residui ematici successivamente all'esecuzione degli accertamenti e del controesame dovrà avvenire secondo le modalità previste dalla legge per lo smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri rilasciandone ricevuta di smaltimento.

DATA.....

FIRMA di chi accetta il campione del laboratorio destinatario

\_\_\_\_\_



**MOD. 6. E****VERBALE DI ACCERTAMENTO IN CONTROPROVA**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA/LABORATORIO che conserva il campione ematico identificabile  
nell'ALIQUOTA C .....

**RICHIEDENTE IL CAMPIONE EMATICO in controprova**

COGNOME..... NOME..... QUALIFICA.....

DOM.TO..... VIA.....

TELEFONO .....MAIL.....

INTERESSATO

COGNOME..... NOME.....

RES.TE/DOM.TO.....VIA.....

TELEFONO .....MAIL.....

DIFENSORE

COGNOME..... NOME.....

DOM.TO.....CON STUDIO IN VIA .....

TELEFONO .....MAIL.....PEC.....

DATA E ORA DI PRELEVAMENTO DEL CAMPIONE ai fini del trasferimento presso il laboratorio di  
analisi.....

**INDICAZIONE DEL LABORATORIO DI ANALISI DESTINATARIO DEL CAMPIONE EMATICO**

CITTA' ..... VIA.....

SERVIZIO REFERENTE ..... BARCODE

**AVVERTENZE:** tutte le sottoscrizioni effettuate dovranno essere leggibili con la contestuale indicazione del nominativo riprodotto in stampatello. Le strutture sanitarie potranno servirsi in aggiunta anche dei propri timbri.

LOGO AZIENDA / CARTA INTESTATA STRUTTURA

**MOD. 1. S**

**CATENA DI CUSTODIA**

**VERBALE RACCOLTA CAMPIONE SALIVARE**

AZIENDA/STRUTTURA..... INDIRIZZO.....

N. PROGRESSIVO..... BARCODE

DATA del prelievo .....

ORA del prelievo .....

- ENTE RICHIEDENTE .....

- FINALITA' DELL'ACCERTAMENTO.....

.....

**GENERALITA' DEL SOGGETTO ESAMINATO:**

COGNOME..... NOME.....

DATA DI NASCITA .... / ..... / ..... LUOGO DI NASCITA.....

RES.TE/DOM.TO..... VIA.....

RECAPITO TELEFONICO .....

DOC. D'IDENTITA' TIPO..... NUMERO.....

**GENERALITA' DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO,  
NOMINATO AUSILIARIO DI P.G.:**

COGNOME..... NOME.....

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO.....

Verbale redatto in tre copie:  
\*per il soggetto esaminato \* per la struttura sanitaria \* per il laboratorio analisi (da inserire nel contenitore termico) \*per l'autorità richiedente

**NOTE**

Elenco dei farmaci che il soggetto esaminato dichiara di aver assunto negli ultimi sette giorni, sia per via sistemica, orale che per via topica

.....  
 .....  
 .....

eventuali altre note del medico/sanitario

.....  
 .....

eventuali dichiarazioni aggiuntive del soggetto esaminato

.....  
 .....

**MODALITA' DI PRELIEVO**

METODICA DI PRELIEVO .....

MARCA E MODELLO DE CAMPIONATORE.....

| Matrice Biologica | Aliquota A                 | Aliquota B                 | Aliquota C                 |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Saliva            | 1 ml + 2 ml di conservante | 1 ml + 2 ml di conservante | 1 ml + 2 ml di conservante |

QUANTITA' TOTALE DI SALIVA PRELEVATO - ml .....

QUANTITA' DI SALIVA "ALIQUOTA A" - ml .....

QUANTITA' DI SALIVA "ALIQUOTA B" - ml .....

QUANTITA' DI SALIVA "ALIQUOTA C" - ml .....

I sottoscritti dichiarano che il materiale utilizzato per il campionamento è integro.

I prelievi\* sono stati suddivisi in tre aliquote in diverse provette, etichettate e sigillate alla presenza del soggetto esaminato.

\*da effettuarsi con utilizzo di 3 dispositivi di raccolta (1 per ogni aliquota di saliva)

FIRMA DEL SOGGETTO ESAMINATO .....

FIRMA DEL MEDICO/OPERATORE SANITARIO AUSILIARIO DI P.G. ....

**MOD. 2. S****IDONEITA' DELLA STRUTTURA ALL'ACCERTAMENTO**

AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE

**SI**COMPILARE LA \*TABELLA N. 1  
PARTE PRIMA

TEST DI SCREENING (ALIQUOTA A)

**NO**COMPILARE IL VERBALE DI  
TRASPORTO (MOD.4)

AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE

**SI**COMPILARE LA \*TABELLA N. 1  
PARTE SECONDA

TEST DI CONFERMA (ALIQUOTA B)

**NO**COMPILARE IL VERBALE DI  
TRASPORTO (MOD.4)

AZIENDA/STRUTTURA IDONEA AD EFFETTUARE

**SI**

COMPILARE LA \*TABELLA N. 2

LA CONSERVAZIONE PER IL TEST

DI CONTROESAME (ALIQUOTA C)

**NO**COMPILARE IL VERBALE DI  
TRASPORTO (MOD.4)**\*ALLEGATO 3 TABELLE PER ACCERTAMENTI DA SOSTANZE PSICOTROPE**

FIRMA DEL MEDICO/OPERATORE SANITARIO AUSILIARIO DI P.G. \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 3**

|  |
|--|
| <b>TABELLE PER ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI</b><br><b>DA SOSTANZE PSICOTROPE</b> |
|--|

LABORATORIO.....LUOGO ..... DATA.....

 ACCERTAMENTO PER USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI**TABELLA N.1**

MATRICE SALIVARE

| Aliquota                             | Metodo di indagine | Data | Positività a: | nota/ Richiamo allegati |
|--------------------------------------|--------------------|------|---------------|-------------------------|
| <u>Parte prima</u><br>A – Screening  |                    |      |               |                         |
| <u>Parte seconda</u><br>B – Conferma |                    |      |               |                         |

**TABELLA N.2**

| Aliquota             | Metodo di conservazione e indagine | Data | Positività a: | nota/ Richiamo allegati |
|----------------------|------------------------------------|------|---------------|-------------------------|
| C-<br>*Conservazione |                                    |      |               |                         |
| C – Controesame      |                                    |      |               |                         |

FIRMA DELL'OPERATORE SANITARIO ADDETTO AL PRELIEVO, NOMINATO AUSILIARIO DI P.G

\_\_\_\_\_

**MOD. 3. S**

**TRASPORTO DEL CAMPIONE  
E ACCETTAZIONE DA PARTE DEL LABORATORIO**

\*La procedura è valida sia per il trasporto intramurario che extramurario

LUOGO, DATA E ORA DI CONSEGNA .....

**MITTENTE**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA MITTENTE.....

SERVIZIO REFERENTE ..... BARCODE

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

**DESTINATARIO**

LABORATORIO DESTINATARIO .....

SERVIZIO REFERENTE .....

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE**

MATERIALE CONTENUTO.....

DATA E ORA DI CONFEZIONAMENTO\* .....

**\*ALLEGATO 4)** MODALITA' DI CONFEZIONAMENTO DEI CAMPIONI AI FINI DEL  
TRASPORTO

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

.....  
.....  
.....  
.....

VARIE E NOTE

.....  
.....  
.....

INDICAZIONE DELL'AUTORITA'/VETTORE CHE ESEGUE IL TRASPORTO

.....  
.....  
.....

\* il percorso per il trasporto dovrà essere scelto tra quelli più brevi e sicuri per l'integrità dei campioni.

FIRMA DEL AZIENDA/STRUTTURA MITTENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TRASPORTATORE \_\_\_\_\_

PER RICEVUTA

FIRMA DEL LABORATORIO DESTINATARIO \_\_\_\_\_

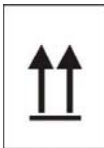


## ALLEGATO 4

### MODALITA' DI CONFEZIONAMENTO DEI CAMPIONI AI FINI DEL TRASPORTO

- 1** I campioni dovranno essere posti in un box a triplo involucro il quale dovrà riportare il BARCODE dei medesimi campioni;
- 2** il box, a sua volta, dovrà essere inserito in apposito sacchetto di plastica chiuso;
- 3** il sacchetto di plastica, dovrà infine, essere inserito nella borsa termica con il necessario materiale refrigerante.
- 4** Dovrà essere prevista una duplice etichettatura sia sul box che sul sacchetto di plastica:

- **ETICHETTA N. 1** “in caso di danneggiamento o di perdita avvisare immediatamente la mittente azienda/struttura sanitaria”;

- **ETICHETTA N.2** “  “ etichetta di orientamento da apporre sui due lati.

**MOD. 4. S**

**VERBALE DI TRASPORTO DEI CAMPIONI**

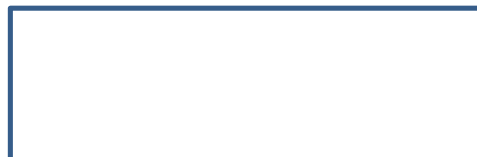
**MITTENTE**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA .....

CITTA' ..... VIA.....

SERVIZIO REFERENTE .....      BARCODE

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

A rectangular box intended for a barcode, currently empty.

**DESTINATARIO**

LABORATORIO DESTINATARIO .....

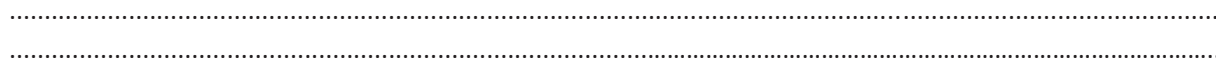
DENOMINAZIONE..... CITTA' .....

VIA.....

SERVIZIO REFERENTE .....

NUM. TELEFONICI RILEVANTI.....

LUOGO, DATA E ORA DI PRESA CONSEGNA DEI CAMPIONI

Two horizontal dotted lines for entering location, date, and time information.

**OSSERVAZIONI/NOTE**

.....  
.....  
.....  
.....

FIRMA DEL TRASPORTATORE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO/SANITARIO ADDETTO MITTENTE \_\_\_\_\_

**PER RICEVUTA**

FIRMA DEL LABORATORIO DESTINATARIO \_\_\_\_\_

**MOD. 5. S****VERBALE DI CONSEGNA DEI CAMPIONI**

LUOGO, DATA E ORA DI CONSEGNA .....

BARCODE

**INFORMAZIONI SUL CAMPIONE****CONTENUTO DEL CAMPIONE**

- Corrisponde a quanto dichiarato nel verbale di raccolta del campione salivare
- Non corrisponde a quanto dichiarato di raccolta del campione salivare:
- Quantità non corrispondente a quella indicata
  - Nominativo errato del soggetto esaminato
  - BARCODE errato
  - Altro .....

**NOTE SULL'INTEGRITA' DEL CAMPIONE**

.....

.....

.....

\* il seguente verbale di consegna interamente compilato dovrà trasmettersi all'azienda/struttura mittente.

\* gli esami di laboratorio verranno verbalizzati anche facendo uso delle tabelle allegate al presente vademecum di cui all'allegato A) sia per gli esami di accertamento eseguiti in laboratorio sia per la conservazione dei campioni.

\* lo smaltimento dei residui successivamente all'esecuzione degli accertamenti e del controesame dovrà avvenire secondo le modalità previste dalla legge per lo smaltimento dei rifiuti speciali ospedalieri rilasciandone ricevuta di smaltimento.

DATA.....

FIRMA di chi accetta il campione del laboratorio destinatario

\_\_\_\_\_

**MOD. 6. S****VERBALE DI ACCERTAMENTO IN CONTROPROVA**

AZIENDA/STRUTTURA SANITARIA/LABORATORIO che conserva il campione salivare identificabile nell'ALIQUOTA C .....

**RICHIEDENTE IL CAMPIONE SALIVARE in controprova**

COGNOME..... NOME..... QUALIFICA.....

DOM.TO..... VIA.....

TELEFONO .....MAIL.....

INTERESSATO

COGNOME..... NOME.....

RES.TE/DOM.TO.....VIA.....

TELEFONO .....MAIL.....

DIFENSORE

COGNOME..... NOME.....

DOM.TO.....CON STUDIO IN VIA .....

TELEFONO .....MAIL.....PEC.....

DATA E ORA DI PRELEVAMENTO DEL CAMPIONE ai fini del trasferimento presso il laboratorio di analisi.....

INDICAZIONE DEL LABORATORIO DI ANALISI DESTINATARIO DEL CAMPIONE SALIVARE

CITTA' ..... VIA.....

SERVIZIO REFERENTE ..... BARCODE

**AVVERTENZE:** tutte le sottoscrizioni effettuate dovranno essere leggibili con la contestuale indicazione del nominativo riprodotto in stampatello. Le strutture sanitarie potranno servirsi in aggiunta anche dei propri timbri.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO**

all'accertamento dello stato di ebbrezza alcolica e/o dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope ai sensi degli articoli 186 e 187 del Codice della Strada

Io sottoscritto/a

nato/a il  a  Prov.

Attualmente sottoposto a cure mediche presso

sono stato/a informato/a dal/dalla Dott./Dott.ssa

che esiste una richiesta dell'Autorità Giudiziaria e/o delle Forze di Polizia affinché io sia sottoposto/a ad accertamento del tasso alcolemico e/o dell'uso di sostanze stupefacenti ai sensi degli articoli 186 e 187 del C.d.S. Sono stato/a informato/a che ho la facoltà di rifiutare tati accertamenti ma che in caso di rifiuto incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge (sanzioni penali più sanzioni accessorie di sospensione, revoca, revisione della patente di guida) come se l'esito dell'esame fosse positivo e che quindi il mio rifiuto avrà significato di ammissione di positività.

Reso edotto:

delle modalità del prelievo e delle finalità dello stesso  
che sul campione biologico verranno eseguite indagini chimico-tossicologiche finalizzate ad evidenziare il tasso alcolemico e la presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope  
delle modalità di conservazione e/o di smaltimento dei campioni biologici  
della trasmissione dei risultati agli Organi richiedenti

Dichiaro di avere integralmente ed esaurientemente compreso quanto sopra e:

| Consenso  | Matrice | Accetto | Rifiuto |
|---|---------|---------|---------|
| Prelievo dei campioni biologici per l'accertamento del tasso alcolemico                     | Sangue  |         |         |
| Prelievo dei campioni biologici per l'accertamento dell'assunzione di sostanze stupefacenti | Sangue  |         |         |
|   | Urina   |         |         |

Dichiaro che le etichette identificative sono correttamente compilate e controllate e sottoscritte. Tutto il materiale utilizzato era integro e chiuso. I prelievi sono stati suddivisi, etichettati e sigillati in mia presenza.

Firma del Paziente

Nel caso di omicidio stradale, ai sensi della legge n.41/2016, si procede all'esecuzione coattiva del prelievo se il paziente rifiuta di dare il consenso.

Prelievo coattivo:  Sì  No

Data

Firma del medico di P.S.