

# GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Martedì, 29 agosto 2006

SI PUBBLICA TUTTI  
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 85081

La **Gazzetta Ufficiale**, oltre alla **Serie generale**, pubblica quattro **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta con autonoma numerazione:

- 1<sup>a</sup> **Serie speciale**: *Corte costituzionale* (pubblicata il mercoledì)
- 2<sup>a</sup> **Serie speciale**: *Comunità europee* (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3<sup>a</sup> **Serie speciale**: *Regioni* (pubblicata il sabato)
- 4<sup>a</sup> **Serie speciale**: *Concorsi ed esami* (pubblicata il martedì e il venerdì)

## SOMMARIO

### LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA  
11 luglio 2006, n. 255.

Regolamento recante modificazioni al decreto del Presidente della Repubblica 8 agosto 2002, n. 213, concernente i documenti caratteristici del personale dell'Esercito, della Marina, dell'Aeronautica e dell'Arma dei carabinieri . . . . . Pag. 3

### ATTI DEGLI ORGANI COSTITUZIONALI

#### Senato della Repubblica

Convocazione . . . . . Pag. 41

### DECRETI PRESIDENZIALI

DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 giugno 2006.

Criteria di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi . . . . . Pag. 41

### DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

#### Ministero dello sviluppo economico

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della società cooperativa «A - Società cooperativa a r.l.», in Ciampino . Pag. 47

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della società cooperativa «Ricerca e sviluppo - Società cooperativa di produzione e lavoro a r.l.», in Roma . . . . . Pag. 47

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della società «Società cooperativa Estia s.c. a r.l.», in Reggio Calabria. . . . . Pag. 48

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della «Risorgimento società cooperativa a r.l.», in Soriano Calabro . . . . . Pag. 48

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della società cooperativa «CO.PR.O.SUD (Coop. produttori ortofrutticoli del sud) - Società cooperativa a r.l.», in Trentola Ducenta Pag. 49

DECRETO 26 luglio 2006.

Sostituzione del commissario liquidatore della «Progetto 84 - Società cooperativa edilizia di produzione e lavoro a r.l.», in Roggiano Gravina . . . . . Pag. 49

#### Ministero del lavoro e della previdenza sociale

DECRETO 3 agosto 2006.

Ricostituzione del Comitato provinciale I.N.P.S. di Latina e delle commissioni speciali in seno al Comitato stesso Pag. 50

# ATTI DEGLI ORGANI COSTITUZIONALI

## SENATO DELLA REPUBBLICA

### Convocazione

Il Senato della Repubblica è convocato in 32ª seduta pubblica per venerdì 1º settembre 2006, alle ore 10,30, con il seguente

### Ordine del giorno:

Comunicazione, ai sensi dell'articolo 77, secondo comma, della Costituzione, della presentazione di disegno di legge di conversione di decreto-legge.

06A08137

## DECRETI PRESIDENZIALI

### DIRETTIVA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 13 giugno 2006.

#### Criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi.

#### IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 5, comma 2 del decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401, in cui è previsto che il Presidente del Consiglio dei Ministri predisponga gli indirizzi operativi dei programmi di previsione e previsione dei rischi, nonché i programmi nazionali di soccorso e i piani per l'attuazione delle conseguenti misure di emergenza, di intesa con le regioni e gli enti locali;

Considerata la particolare importanza di prestare la massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi nelle popolazioni colpite da eventi calamitosi sia tra le vittime che tra i soccorritori;

Ritenuto che le catastrofi possono produrre nella psiche degli individui effetti di lunga durata, compromettendo così le capacità di reazione e di adattamento degli stessi;

Ritenuta, altresì, la necessità che gli interventi psico-sociali adottati tengano inoltre in massima considerazione le caratteristiche specifiche del territorio e le abitudini degli abitanti;

Considerata l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali, mediante l'avvio di attività e di iniziative utili a tali fini, nonché attraverso la programmazione di interventi coordinati in grado di garantire risposte efficienti ed efficaci per le popolazioni colpite da calamità;

Vista la proposta del capo del Dipartimento della protezione civile;

Vista l'intesa, espressa dalla Conferenza unificata nella seduta del 1º marzo 2006, ai sensi dell'art. 107,

comma 1, lettera f), n. 1 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 sulla proposta del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri in ordine ai «criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi»;

#### A D O T T A

i seguenti indirizzi operativi:

In ordine ai «criteri di massima sugli interventi psico-sociali da attuare nelle catastrofi».

#### *Premesse e finalità.*

Nel contesto degli interventi a sostegno delle vittime di eventi catastrofici è necessario prestare massima attenzione ai problemi di ordine psichiatrico-psicologico che possono manifestarsi sulle popolazioni colpite e sui loro soccorritori. Essi possono palesarsi in fase acuta o evolvere in modo subdolo, con ripercussioni, anche nel lungo periodo.

I disastri, sia di origine naturale o causati dall'uomo, possono essere distinti — rif. *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 12 maggio 2001 — in base alla loro entità in:

eventi catastrofici a effetto limitato;

eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

In entrambi i casi si differenziano dalle situazioni di emergenza individuale o di piccola scala in quanto necessitano di una risposta qualitativamente diversa; il contesto delle maxiemergenze richiede infatti l'utilizzo di metodologie e procedure peculiari che prendano in considerazione il numero dei soggetti coinvolti e la precarietà delle condizioni ambientali che si vengono a determinare.

È inoltre opportuno osservare che le catastrofi possono produrre sugli individui effetti di lunga durata e mettere a dura prova le capacità di reazione e di adattamento sia del singolo individuo che dell'intera comunità. Si assiste infatti in questi casi al venir meno delle risorse di autoprotezione, normalmente presenti in un

gruppo di individui che condividono le stesse abitudini di vita, e pertanto è necessario che gli interventi psico-sociali adottati tengano in massima considerazione le caratteristiche specifiche di quel territorio e della comunità che lo abita.

Da tali considerazioni scaturisce l'esigenza di fronteggiare i bisogni psico-sociali che si manifestano a seguito di emergenze nazionali attraverso azioni ed interventi coordinati in grado di garantire risposte efficaci e di qualità.

A questo fine sono stati redatti i presenti criteri di massima il cui contenuto è così suddiviso:

- rete organizzativa, articolata in strutture di riferimento e risorse umane dedicate;
- destinatari degli interventi;
- scenari d'azione.

#### 1. *Equipe psicosociale per le emergenze (EPE).*

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano dispongono affinché, in relazione alle caratteristiche geosociali e all'entità dei rischi presenti nel proprio territorio, si costituiscano equipe per il supporto psicosociale alla popolazione colpita da calamità. Tali equipe vengono identificate, di norma, utilizzando le risorse esistenti nei servizi dipendenti dal Servizio sanitario regionale.

Le equipe, precedentemente formate, operano nell'ambito del sistema di emergenza garantendo il proprio intervento sia in eventi catastrofici ad effetto limitato che in eventi catastrofici che travalicano le potenzialità di risposta delle strutture locali.

##### 1.a. *Obiettivi.*

L'equipe, in rapporto alle varie fasi dell'intervento ed agli specifici bisogni emergenti, deve poter:

- consentire la realizzazione delle manovre prioritarie per la sopravvivenza fisica dei destinatari dell'intervento e provvedere alla tutela della salute psichica attraverso l'attivazione di tutte le risorse personali e comunitarie;

- garantire, oltre alla raccolta delle domande di aiuto spontanee, processi di identificazione attiva dei bisogni;

- mettere in atto le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste ed attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare sovrapposizioni e potenziali conflitti;

- incentivare i processi di autodeterminazione, riconoscendo ad ogni destinatario dell'intervento il diritto di operare scelte consapevoli relativamente alla propria salute;

- tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso, supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatizzazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto in cui sono rilevati;

- porre particolare attenzione alla distribuzione delle informazioni utili ad attivare comportamenti auto

protettivi e di riorientamento adattativo e fornire strumenti per facilitare la comunicazione, la comprensione e l'utilizzo delle informazioni stesse;

garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi.

##### 1.b. *Organizzazione.*

La regione, attraverso la propria organizzazione, individua, di norma, tra il personale dei servizi dipendenti i componenti dell'equipe.

Il personale selezionato, che può essere integrato con ulteriori risorse identificate nell'ambito di associazioni di volontariato, enti locali, ordini professionali ecc., dovrà essere adeguatamente formato sui compiti da svolgere in situazioni di catastrofe collettiva ed addestrato tramite specifiche esercitazioni.

L'equipe, per poter rispondere immediatamente in situazioni di emergenza, deve inquadarsi all'interno dell'organizzazione sanitaria delle maxi-emergenze in modo da potersi avvalere di supporti logistici e di radiocomunicazioni. Il suo responsabile, nell'area del disastro, opererà nel rispetto delle linee gerarchiche, secondo la catena di comando e controllo fissata dalle autorità competenti.

L'equipe, che trova la sua sede di lavoro nei locali di una struttura fissa o mobile, opera in prossimità del Posto medico avanzato (PMA) e presso i luoghi di raccolta, smistamento e accoglienza della popolazione. Ad essa deve essere garantita la sicurezza e la riservatezza per lo svolgimento delle attività di colloquio oltre che un adeguato spazio per le attività di gruppo e di coordinamento.

I suoi operatori dovranno essere riconoscibili attraverso casacche o giubbotti di colore verde a cui va apposta la sigla «PSIC».

##### 1.c. *Referente dell'equipe psicosociale.*

La regione identifica, nell'ambito della propria organizzazione, il referente della funzione di supporto psicosociale che svolge i seguenti compiti:

- coordina la stesura del piano degli interventi dell'equipe, sulla base della conoscenza degli specifici rischi del territorio, delle strutture della rete psico-sociale presenti nell'area di competenza, delle capacità ricettive di tali strutture e del personale che vi opera;

- definisce all'interno del piano di settore le attività che l'equipe deve svolgere in emergenza nei riguardi delle vittime della comunità di riferimento e dei soccorritori, collaborando con le istituzioni nelle varie fasi di pianificazione e prevedendo la pronta disponibilità dei materiali e dei mezzi necessari per lo svolgimento dei compiti;

- allerta l'equipe in emergenza;

- assicura l'intervento sul luogo del disastro, immediatamente dopo il verificarsi di un evento catastrofico, dirigendo gli interventi dell'equipe sotto il coordinamento del direttore dei soccorsi sanitari;

- fa riferimento al responsabile della «Funzione 2» che ha il compito di gestire tutte le problematiche rela-

tive agli aspetti sanitari dell'emergenza successivamente alla costituzione dei Centri di coordinamento (COM-CCS, ecc.);

dispone il turn-over degli operatori;

effettua una valutazione dei risultati acquisiti e provvede alle correzioni necessarie a migliorare il piano di interventi per eventuali emergenze successive;

coordina in stretta collaborazione con i servizi sanitari del territorio le attività di follow-up a lungo termine.

## 2. Destinatari.

Destinatari primari degli interventi di supporto psicologico - psichiatrico in emergenza sono le vittime dirette di eventi dirompenti ed improvvisi indipendentemente dalla gravità dei danni materiali subiti ed evidenti.

Debbono essere considerati potenziali destinatari anche i testimoni diretti di fatti gravemente lesivi che hanno minacciato o compromesso la sopravvivenza di un essere umano; i familiari delle vittime, per quanto lontani da un diretto coinvolgimento; i soccorritori, volontari e professionisti, che a qualsiasi titolo abbiano prestato il proprio aiuto alle vittime e ai sopravvissuti. Oltre che i singoli individui, destinatari di intervento possono essere interi gruppi sociali quali famiglie, squadre di soccorso, team operativi e altri gruppi: in tali casi l'intervento deve consentire di far mantenere o riacquistare relazioni positive e costruttive.

Nei casi in cui venga rilevata la necessità di stabilire delle precedenze per l'attivazione di azioni di supporto, priorità verrà data alle fasce della popolazione più deboli e dunque a bambini ed anziani, persone con disabilità, soggetti già sofferenti di disturbi mentali ecc.

A prescindere dalla tipologia dell'evento catastrofico, è opportuno valutare a priori i fattori di rischio di un contesto emergenziale per poter prevenire disagi di natura psico-fisica nei soccorritori. Una volta che gli operatori sanitari si troveranno ad intervenire sul luogo della catastrofe dovrà essere garantito il loro lavoro attraverso un'azione di monitoraggio volta ad individuare segni e/o sintomi di possibili condizioni di stress e/o di disturbi psichici.

## 3. Contesti d'intervento relativi all'entità dell'evento.

### 3.a. Evento catastrofico a effetto limitato.

Un evento catastrofico ad effetto limitato, secondo la definizione fornita nella *Gazzetta Ufficiale* n. 109 del 12 maggio 2001, è caratterizzato dalla integrità delle strutture di soccorso del territorio in cui si manifesta e da una limitata estensione nel tempo delle operazioni di soccorso sanitario (meno di 12 ore).

In caso di una maxi-emergenza, la C.O. 118 attiva il piano straordinario dei soccorsi includendo nell'allertamento anche il referente dell'equipe di riferimento. Questi si rapporta al Direttore dei soccorsi sanitari (DSS), che coordina gli interventi sanitari sul luogo del disastro.

È ipotizzabile che tale equipe debba rimanere in attività per un tempo più lungo rispetto al PMA, con cui è in continuo raccordo, per consentire di essere a supporto anche a tutto il personale che ha preso parte alle operazioni di soccorso.

Al termine della fase di emergenza, dovranno essere garantite alcune funzioni e interventi essenziali a tutela della salute psichica della popolazione colpita.

Gli individui che sviluppano disordini psicologici e psichiatrici (inclusi i disturbi da stress post traumatico), dovranno avere accesso ad appropriati servizi di sostegno psicosociale presenti sul territorio per permettere loro una continuazione terapeutica.

Dovranno essere attivate azioni di valutazione degli interventi realizzati durante l'emergenza con particolare riferimento alle attività svolte sul campo.

### 3.b. Evento catastrofico che travalica le potenzialità di risposta delle strutture locali.

In una situazione generalmente caratterizzata da devastazione di ampi territori, da un elevato numero di vittime e da un coordinamento delle operazioni spesso estremamente difficile, l'attivazione dell'equipe dovrà avvenire contestualmente all'inizio delle attività degli altri interventi di emergenza sanitaria.

In tale situazione, il supporto psicologico verrà offerto, nei limiti del possibile, nella fase immediatamente successiva all'evento.

Con l'attivazione dei vari centri di coordinamento dove opereranno enti, amministrazioni ed associazioni di volontariato anche provenienti da zone esterne all'area coinvolta, la gestione degli aspetti psicologico-psichiatrici dovrà ricondursi nell'ambito della Funzione 2 «sanità umana e veterinaria».

Sul piano operativo è utile distinguere una fase acuta, le cui caratteristiche e interventi sono sovrapponibili a quelli già descritti in precedenza, ed una fase di breve-medio termine che si conclude con la fase di ritorno alla normalità. Come per la catastrofe ad effetto limitato è difficile predeterminare la durata specifica di ciascuna fase.

### *Interventi a breve-medio termine.*

Nella fase acuta gli interventi sono rivolti prevalentemente: alla salvaguardia della popolazione attraverso l'allontanamento della medesima dalla zona di pericolo; all'adozione di tutte le misure sanitarie di primo soccorso; al supporto emotivo immediato e di soddisfacimento dei bisogni essenziali per la sopravvivenza. Successivamente emergeranno le necessità legate all'adattamento della popolazione in un complesso abitativo provvisorio ed alle conseguenze psicologiche, sociali e pratiche connesse agli esiti dell'evento disastroso.

Nella fase a breve-medio termine l'equipe svolge quindi non solo attività rivolte al sostegno della popolazione ma anche funzioni volte a promuovere il ripristino delle reti di supporto sociale preesistenti o la creazioni di reti alternative per il rafforzamento delle risorse locali e le strategie di solidarietà presenti all'interno delle comunità.

È necessario ricercare una collaborazione costante con tutti gli altri soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza e con le istituzioni della comunità, verificando la disponibilità delle strutture presenti (servizi sanitari pubblici, servizi di salute mentale, servizi socio-assistenziali, strutture sanitarie private).

È opportuno inoltre facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali; fornire documentazione sulle persone a cui si è prestata assistenza in condizioni di emergenza e sugli interventi attuati; rendere disponibile ai Servizi richiedenti le informazioni sulle valutazioni relative ai fattori di rischio e di vulnerabilità individuali e collettivi allo scopo di attuare revisioni periodiche e follow-up a lungo termine.

#### 4. Formazione.

Il tema della formazione riveste un'attenzione particolare poiché rappresenta una delle principali risorse utilizzabili all'interno delle strategie di prevenzione.

La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi.

Le ricerche dimostrano che una parte degli stress individuali e collettivi che si sviluppano a seguito di disastri possono essere ridotti da un'adeguata preparazione di tutti gli attori coinvolti, sia a livello individuale che collettivo.

Finalità generale di ogni azione formativa in questo campo è dunque quella di diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando rapidamente processi di selezione percettiva e processi cognitivi complessi, a fronte di emozioni intense e processi comunicativi non ordinari. In questo senso, ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire le emozioni e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati.

I professionisti, che operano in campo psicosociale, devono essere adeguatamente formati a svolgere attività che sono proprie di un contesto di emergenza collettiva. Tra queste si possono elencare:

attività informative rivolte alla popolazione sulle tecniche di gestione dello stress e sulle reazioni a situazioni critiche;

attività di ricongiungimento con i familiari;

raccolta di dati per la valutazione post-emergenza;

informazioni connesse ai bisogni pratici della popolazione.

Roma, 13 giugno 2006

*Il Presidente: PRODI*

Registrata alla Corte dei conti il 28 luglio 2006

Ministeri istituzionali Presidenza del Consiglio dei Ministri, registro n. 9, foglio n. 331

ALLEGATO I

## TRIAGE

Il triage è l'insieme di criteri su cui l'operatore si basa per classificare i soggetti in classi di priorità di trattamento (gravità della condizione clinica e differibilità/indifferibilità dell'intervento terapeutico) e per indicare il tipo e le modalità di invio del paziente alle strutture sanitarie della catena dei soccorsi. Il triage deve consentire la valutazione delle conseguenze psicologiche e psichiatriche dell'evento catastrofico, essere prioritariamente rivolto alle vittime, alle categorie a rischio ed ai soccorritori che presentano un'evidente condizione di disagio che può interessare la sfera emotiva, cognitiva e comportamentale.

Particolare attenzione deve essere posta alle modalità di conduzione della valutazione, al contesto in cui essa viene effettuata, alle esigenze o priorità espresse dal soggetto, alla tutela della privacy ed al rischio di stigmatizzazione.

### Procedure.

Per effettuare un efficace triage, selezione che deve avvenire a tutti i livelli della catena dei soccorsi, si deve tener conto che:

le operazioni richiedono la disponibilità di spazi adeguati che consentano un livello accettabile di privacy;

le procedure devono essere adeguate alla peculiarità degli scenari ed essere utilizzabili da operatori con livelli di formazione differente;

i protocolli devono comunque essere semplici, di rapida memorizzazione ed esecuzione, basati su criteri di assegnazione dei livelli di priorità attendibili e riproducibili;

le valutazioni e gli eventuali interventi effettuati devono essere sempre registrati e la documentazione relativa deve essere opportunamente conservata e prontamente accessibile;

le operazioni di triage non devono rallentare o interferire con le altre operazioni di soccorso.

### Strumenti.

Per le operazioni di triage devono essere disponibili:

schede di triage, possibilmente in custodie impermeabilizzate, che devono seguire il soggetto nei vari trasferimenti e documentare le valutazioni effettuate ed i provvedimenti adottati. È necessario che le schede contengano almeno i seguenti dati: generalità, classe di priorità assegnata, ipotesi diagnostica, eventuali interventi effettuati indicazioni per l'invio;

tags di triage, in custodie impermeabili, per la identificazione del soggetto e della classe di priorità assegnata. Per una facile identificazione, potrà essere utilizzata la sigla Psic seguita da un codice numerico (1, 2, 3) corrispondente alla classe di priorità assegnata;

presidi farmacologici per gli interventi di emergenza.

## CLASSI DI PRIORITÀ

Priorità bassa (Psi 1).

Soggetti con sintomi psicopatologici lievi che richiedono interventi di supporto psicologico o trattamenti farmacologici differibili.

Priorità intermedia (Psi 2).

Soggetti con sintomi psicopatologici di gravità intermedia che richiedono una valutazione specialistica per interventi di supporto psicologico e/o trattamento farmacologico, dopo eventuale periodo di osservazione.

Priorità alta (Psi 3).

Soggetti con gravi reazioni peritraumatiche che comportano marcata riduzione dell'autonomia individuale, ridotta consapevolezza di malattia, compromissione delle funzioni cognitive, pericolosità per sé e per gli altri e pertanto richiedono interventi immediati o valutazioni specialistiche.