

SEGNALAZIONE EVENTO / MANIFESTAZIONE

Delibera Regione Toscana 23 Febbraio 2015 n°149

Spett.

Direzione Struttura Org. Complessa 118 FIRENZE
Azienda USL Toscana Centro

Inviare via e-mail a: eventi118.firenze@uslcentro.toscana.it

oppure via PEC a: 118firenzesoccorso@pec.asf.toscana.it

Il sottoscritto GIUSEPPE BINI
nato a PRATO in data 19/03/1948
in qualità di PRESIDENTE PRO-TEMPORE
dell'Ente/Associazione/Azienda/Organizzazione denominata:
A.S.D. CIPRIANI - GEM

- visto quanto previsto dalla Delibera Giunta Regione Toscana n. 149 del 23.02.2015 che recepisce l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata in data 5 agosto 2014 (Rep. Atti n. 91) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Linee d'indirizzo sull'organizzazione dei soccorsi sanitari negli eventi e nelle manifestazioni programmate";
- consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritiere,

per l'evento/manifestazione programmata di seguito indicata:

Denominazione evento/manifestazione:	
<u>GARA CICLISTICA DENOMINATA:</u> <u>22° TROFEO COMMERCIO, INDUSTRIA E ARTIGIANATO</u>	
Comune Evento:	<u>REGGIANO SULL'ARNO</u>
Località Evento:	<u>REGGIANO SULL'ARNO</u>
Indirizzo Evento:	<u>PIAZZA DEI MARTIRI - REGGIANO</u>

Durata evento/manifestazione:

Data inizio	Ora inizio	Data termine	Ora termine
<u>28/09/2021</u>	<u>14.30</u>	<u>28/09/2021</u>	<u>17.00 CIRCA</u>

Breve descrizione dell'evento/manifestazione:

(descrivere la tipologia di evento, le attività che sono previste, evidenziando eventuali rischi specifici)

<u>GARA CICLISTICA CAT. JUNIORS</u>

DICHIARA

➤ le variabili legate all'evento (A):

PERIODICITÀ DELL'EVENTO	Annualmente	1	⊙
	Mensilmente	2	○
	Tutti i Giorni	3	○
	Occasionalmente o All'Improvviso	4	○
TIPOLOGIA DI EVENTO	Religioso	1	○
	Sportivo	1	⊙
	Intrattenimento	2	○
	Politico – Sociale	3	○
	Concerto Pop – Rock	4	○
ALTRE VARIABILI (PIÙ SCELTE)	Prevista Vendita – Consumo di Alcoolici	1	○
	Possibile Consumo di Droghe	1	○
	Presenza di Categorie Deboli (Bambini, Anziani, Disabili)	1	○
	Evento Ampiamente Pubblicizzato dai Media	1	○
	Presenza di Figure Politiche – Religiose	1	⊙
	Possibili Difficoltà	1	○
	Presenza di Tensioni Socio – Politiche	1	○
DURATA	Meno di 12 Ore	1	⊙
	Da 12 Ore a 3 Giorni	2	○
	Più di 3 Giorni	3	○
LUOGO (PIÙ SCELTE)	In Città	0	⊙
	In Periferia o Piccoli Centri Urbani	1	○
	In Ambiente Acquatico (Lago, Fiume, Mare, Piscina)	1	○
	Altro (Montano, Impervio, Rurale)	1	○
CARATTERISTICHE DEL LUOGO (PIÙ SCELTE)	Al Coperto	1	○
	All'Aperto	2	⊙
	Localizzato e Ben Definito	1	○
	Estensione Maggiore di un Campo da Calcio	2	○
	Non Delimitato da Recinzioni	1	○
	Delimitato da Recinzioni	2	○
	Presenza di Scale in Entrata – Uscita	2	○
	Recinzioni Temporanee	3	○
	Ponteggio Temporaneo, Palco, Coperture	3	⊙
LOGISTICA DELL'AREA (PIÙ SCELTE)	Servizi Igienici Disponibili	-1	○
	Disponibilità d'Acqua	-1	○
	Punto di Ristoro	-1	○

➤ le variabili legate al pubblico (B):

STIMA DEI PARTECIPANTI	5.000 – 25.000	1	⊙
	25.000 – 100.000	2	○
	100.000 – 500.000	3	○
	Più di 500.000	4	○
ETÀ PREVALENTE DEI PARTECIPANTI	Dai 25 ai 65 Anni	1	○
	Meno di 25 e Più di 65 Anni	2	⊙
DENSITÀ DI PARTECIPANTI PER MQ	Bassa ~ 1-2 Persone/mq	1	○
	Media ~ 3-4 Persone/mq	2	○
	Alta ~ 5-8 Persone/mq	3	○
	Estrema ~ Più di 8 Persone/mq	4	○
CONDIZIONE DEI PARTECIPANTI	Rilassati	1	⊙
	Eccitati	2	○
	Aggressivi	3	○
POSIZIONE DEI PARTECIPANTI	Seduti	1	○
	In Parte Seduti	2	○
	In Piedi	3	⊙

- che il punteggio risultante dalla somma dei valori di cui alle precedenti tabelle A e B risulta pari a:

16

e che pertanto la manifestazione presenta il seguente livello di rischio:

PUNTEGGIO	LIVELLO DI RISCHIO	Termini e modalità
☐ < 18	Rischio MOLTO BASSO- BASSO	La comunicazione dell'evento e dell'eventuale piano sanitario deve avvenire almeno 15 giorni prima dell'inizio* . L'eventuale piano di soccorso sanitario predisposto dall'organizzatore viene visionato da parte della Struttura Emergenza Sanitaria 118 che, se necessario, può impartire specifiche raccomandazioni.
☐ 18 - 36	Rischio MODERATO- ELEVATO	La comunicazione dell'evento deve avvenire almeno 30 giorni prima dell'inizio* . L'Organizzatore deve predisporre il Piano di Soccorso Sanitario con risorse dedicate all'evento e trasmetterlo alla Struttura Emergenza sanitaria 118 che, se necessario, può impartire specifiche prescrizioni.
☐ 37 - 55	Rischio MOLTO ELEVATO	La comunicazione dell'evento deve avvenire almeno 45 giorni prima dell'inizio* . L'Organizzatore deve predisporre il Piano di Soccorso Sanitario con risorse dedicate all'evento per la validazione da parte della Struttura Emergenza sanitaria 118 che, se necessario, può impartire specifiche prescrizioni.

*La Struttura 118 Firenze non garantisce la processazione delle comunicazioni pervenute fuori termini.

La comunicazione tardiva rappresenta motivo di non ottemperanza a quanto previsto dalla normativa vigente.

- che, ai fini dell'applicazione dell'**algoritmo di Maurer** (rif. istruzioni allegate) per la valutazione della pianificazione a cura del Servizio di Emergenza Territoriale 118, l'evento/manifestazione presenta le seguenti caratteristiche:

- Numero massimo visitatori consentito (capienza del luogo della manifestazione):
- Numero di visitatori effettivamente previsto:
- Tipo di Manifestazione:

Manifestazione sportiva generica	☐	Manifestazione Musicale	☐
Esposizione	☐	Opera	☐
Bazar	☐	Gara Ciclistica	☒
Dimostrazione o Corteo	☐	Equitazione	☐
Fuochi d'artificio	☐	Concerto Rock	☐
Mercatino delle pulci o di Natale	☐	Rappresentazione Teatrale	☐
Airshow	☐	Show - Parata	☐
Carnevale	☐	Festa di quartiere o di strada	☐
Mista (Sport + Musica + Show)	☐	Spettacolo di Danza	☐
Concerto	☐	Festa Folkloristica	☐
Comizio	☐	Fiera	☐
Gara Auto/Motociclistica	☐	Gara di Fondo	☐
- Presenza di personalità, in numero di:
- Possibili problemi di ordine pubblico (rischio di fenomeni violenti o disordini)? ☒ NO ☐ SI
- L'evento/manifestazione si svolge: ☒ ALL'APERTO ☐ AL CHIUSO

- che il Responsabile/Referente dell'organizzazione dell'evento/manifestazione è:

Nominativo:	GIUSEPPE BIM' - DAVIDE BETTINI 3489881324		
Telefono:	3475532637	E-mail:	SAVERIO.ZANUSSETTI@VIRGILIO.IT
Eventuale indirizzo PEC:			

COORDINAMENTO SUL POSTO ASSISTENZA SANITARIA DEDICATA

(ove previsto – consigliato se la manifestazione prevede la presenza contemporanea di più squadre di soccorso dedicato):

Nominativo:	
Recapito/i telefonico/i: (di riferimento per la Centrale Operativa 118 nel corso dell'evento)	

RISORSE SANITARIE DEDICATE

1	Tipo Risorsa:	☒ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☒ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u>A SEGUITO DELLA GARA</u>				
Data e ora inizio attività:		<u>28/09/2021 14.30</u>	Data e ora fine attività: <u>28/09/2021 17.00</u>	
Associazione:		<u>CROCE ROSSA REGNANO</u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

2	Tipo Risorsa:	☐ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☐ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u></u>				
Data e ora inizio attività:		<u></u>	Data e ora fine attività: <u></u>	
Associazione:		<u></u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

3	Tipo Risorsa:	☐ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☐ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u></u>				
Data e ora inizio attività:		<u></u>	Data e ora fine attività: <u></u>	
Associazione:		<u></u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

4	Tipo Risorsa:	☐ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☐ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u></u>				
Data e ora inizio attività:		<u></u>	Data e ora fine attività: <u></u>	
Associazione:		<u></u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

5	Tipo Risorsa:	☐ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☐ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u></u>				
Data e ora inizio attività:		<u></u>	Data e ora fine attività: <u></u>	
Associazione:		<u></u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

6	Tipo Risorsa:	☐ Ambulanza Medicalizzata	☐ Ambulanza Primo Soccorso	☐ Squadra Soccorso a Piedi
		☐ Ambulanza Infermieristica	☐ Automedica	☐ Postazione Temporanea di Soccorso
Punto Stazionamento: <u></u>				
Data e ora inizio attività:		<u></u>	Data e ora fine attività: <u></u>	
Associazione:		<u></u>	Recapito Telefonico: <u></u>	

Luogo e Data: PRATO 28/07/2021

Firma: B. [firma]

