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 **BINI GIUSEPPE**,

nato a **PRATO** in data **19/09/1948**,

in qualità dì **PRESIDENTE**

dell'Ente/Associazione/Azienda/Organizzazione denominata:

A.S.D. CIPRIANI GESTRI

- 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:	**23° TROFEO COMMERCIO INDUSTRIA E ARTIGIANATO**
Comune Evento:	**RIGNANO SULL'ARNO**
Località Evento:	**RIGNANO SULL'ARNO**
Indirizzo Evento:	**RIGNANO SULL'ARNO**

Durata evento/manifestazione:

Data inizio	*Ora inizio*	*Data termine*	*Ora termine*
27/09/2022	**14:30**	**27/09/2022**	**17:00**

Breve descrizione dell'evento/manifestazione:
(descrivere la tipologia di evento, le attività che sono previste, evidenziando eventuali rischi specifici)

GARA CICLISTICA REGIONALE RISERVATA ALLA CATEGORIA JUNIORES

D I C H I A R A

- **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:** **17** **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)*: **1.000**
- Numero di visitatori effettivamente previsto: **300**
- 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: **2**
- 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:	**BETTINI DAVID**		
Telefono:	**3489281324**	E-mail:	**davidbettini1958@gmail.com**
Eventuale indirizzo PEC:	**prato.federciclismo@k-postacertificata.it**		

- **che mezzi, dotazioni e personale eventualmente predisposto per l'attività di soccorso sanitario dedicato rispondono ai requisiti previsti dalla normativa regionale in tema di organizzazione sanitaria degli eventi programmati (Delibera Regione Toscana n°149 del 23 Febbraio 2015) e in materia di trasporto sanitario di emergenza/urgenza (Legge Regionale 22 maggio 2001, n. 25).**

COMUNICA

che, in relazione al rischio stimato, per l'evento sopra indicato:

- ○ ***Non è stato predisposto alcun tipo di servizio di soccorso sanitario dedicato.***
- ⊙ ***E' stato predisposto apposito servizio di soccorso sanitario dedicato di cui si allega tabella riepilogativa (Allegato 1) e/o specifico piano sanitario.***

Eventuali ulteriori comunicazioni:

Il dichiarante si impegna altresì a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione relativamente a quanto oggetto della presente dichiarazione.

Luogo e Data: **PRATO, 29/08/2022**

Firma: **A.S.D. CIPRIANI - GESTRI**
Cod. Soc. 08Q0126

ALLEGATI:

- COPIA DOCUMENTO IDENTITÀ DEL DICHIARANTE *(obbligatorio)*
- *All. A* - TABELLA RIEPILOGATIVA RISORSE SANITARIE *(se predisposto servizio di soccorso dedicato)*
- *All. B* - PIANO SANITARIO EVENTO *(obbligatorio con punteggio di rischio uguale o maggiore a 18 punti)*
- *Ev. ulteriori allegati – (eventuali planimetrie, programma evento, percorsi di accesso, etc.)*

Allegato A – Tabella riepilogativa Piano Sanitario Evento/Manifestazione Programmata

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: **AL SEGUITO DELLA GARA**

Data e ora inizio attività: **27/09/2002 ore 14:30** Data e ora fine attività: **27/09/2022 ore 17:00**

Associazione: **CROCE ROSSA RIGNANO SULL'ARNO** Recapito Telefonico: **0558348042**

2 Tipo Risorsa: ( ) Ambulanza Medicalizzata (●) Ambulanza Primo Soccorso ( ) Squadra Soccorso a Piedi ( ) Ambulanza Infermieristica ( ) Automedica ( ) Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento: **AL SEGUITO DELLA GARA**

Data e ora inizio attività: **27/09/2022 ore 14:30** Data e ora fine attività: **27/09/2022 ore 17:00**

Associazione: **CROCE ROSSA RIGNANO SULL'ARNO** Recapito Telefonico: **0558348042**

3 Tipo Risorsa: ( ) Ambulanza Medicalizzata ( ) Ambulanza Primo Soccorso ( ) Squadra Soccorso a Piedi ( ) Ambulanza Infermieristica (●) Automedica ( ) Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento: **AL SEGUITO DELLA GARA**

Data e ora inizio attività: **27/9/2022 ORE 14:30** Data e ora fine attività: **27/09/2022 ore 17:00**

Associazione: **CROCE ROSSA RIGNANO SULL'ARNO** Recapito Telefonico: **0558348042**

4 Tipo Risorsa: ( ) Ambulanza Medicalizzata ( ) Ambulanza Primo Soccorso ( ) Squadra Soccorso a Piedi ( ) Ambulanza Infermieristica ( ) Automedica ( ) Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività: Data e ora fine attività:

Associazione: Recapito Telefonico:

5 Tipo Risorsa: ( ) Ambulanza Medicalizzata ( ) Ambulanza Primo Soccorso ( ) Squadra Soccorso a Piedi ( ) Ambulanza Infermieristica ( ) Automedica ( ) Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività: Data e ora fine attività:

Associazione: Recapito Telefonico:

6 Tipo Risorsa: ( ) Ambulanza Medicalizzata ( ) Ambulanza Primo Soccorso ( ) Squadra Soccorso a Piedi ( ) Ambulanza Infermieristica ( ) Automedica ( ) Postazione Temporanea di Soccorso

Punto Stazionamento:

Data e ora inizio attività: Data e ora fine attività:

Associazione: Recapito Telefonico:

Luogo e Data:

Firma: A.S.D. CIPRIANI - GESTRI
Cod. Soc. 08Q0126