



Sistema QAS

# SEGNALAZIONE DI INFORTUNIO O "QUASI INFORTUNIO"

Numero	MOD01PS06
Rev. 03	22/02/2022
REGISTRATO IL PROT. N. ....	723
Pag. 1 di 4	15 GEN. 2025

ASCIT S.p.A.

Luogo dell'evento: VOL. MAGUANO SILVANO

Ora dell'evento: 7:30

Accertatore (nome e cognome): CHIARA BASTIANI

Tipologia evento:  infortunio  quasi infortunio

Dipendente coinvolto (nome e cognome, qualifica) se presente: GIORGIO SAWETÙ

Altre persone coinvolte (nome e cognome):

Attrezzature di lavoro: PORTER Q28

Natura della lesione, se presente:

Danni materiali, se presenti:

PARAVITI POSTERIORE PORTER LEGGERMENTE PREGATO

Descrizione dei fatti (es. antefatto, dinamica, situazione dopo l'evento, cause concrete):

L'OPERATORE RIFERISCE CHE DURANTE IL SERVIZIO DI RACCOLTA, STAVA PERCORRENDO CON IL MEZZO LA STRADA CHE CONDUCE IN CIMA AL PAESE DI MAGUANO, AD UN CERTO PUNTO, IL MANTO STRADALE ERA TOTAMENTE GHIACCIAZO. IL MEZZO NON RIUSCIVA A SALIRE E INDETREGGIAVA. L'OPERATORE PRESO DALLA Paura e dal panico (visto che sul lato sx della carreggiata c'è un dirupo) si è rotolato fuori dal mezzo e ha battuto la testa e la schiena nel punto del coccio. Ha été trasferito in ospedale con ambulanza.

L'OPERATORE È AL MOMENTO ricoverato allo ospedale di CASTELNUOVO DI GARFAGNANA

Rifiuto del ricovero con ambulanza

Firma Lavoratore \_\_\_\_\_

Data 15/01/2025

Firma accertatore Chiara Bastiani

Questo modulo, IN CASO DI INFORTUNIO, deve essere consegnato al Responsabile Risorse Umane e RSPP, IN CASO DI QUASI INFORTUNIO, deve essere consegnato al RS

EVENTO AVVENUTO IN DATA 15/01/2025.

DICHIARAZIONE PRESA AL TELEFONO.

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE**

Data dell'evento (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

Ora dell'evento (HH.MM)

07.30

**LUOGO DELL'EVENTO**

Luogo/Locality dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave

Magliano

N. civico

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

Nazione

Italia

Comune

Sillano Giuncugnano

Provincia

LU

Cod. Istat

046037

**DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE**

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

Ora di abbandono (HH.MM)

07.30

**Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore**

caduta accidentale dal furgone durante attività lavorativa

**DATI SANITARI**

Data della visita (GG/MM/AAAA)

15/01/2025

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza dell'evento (GG/MM/AAAA)

Riscontro diagnostico

Autopsia giudiziaria

**DIAGNOSI**

Trauma cranico con iperdensità ematica da ESA in sede fronto-mesiale anteriore destra, policontuso

**INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO**

Assenza prognosi

Prognosi riservata

Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

23/01/2025

Ricovero ospedaliero

Denominazione/Indirizzo della struttura di ricovero

**ACCERTAMENTI ED ESAMI SPECIALISTICI GIA' EFFETTUATI**

CREATININA ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO EMOCROMO URGENTE CON FORMULA Ecg GLICEMIA PCT TASSIO Prelievo venoso RX COLONNA LOMBOSACRALE RX TORACE A LETTO SODIO TC CRANIO-ENCEFALO TC RACHIDE CERVCALE TEMPO DI PROTROMBINA TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIA TEST RAPIDO ANTIG. SARS-COV-2 [TAMP. NASOF. JR] VISITA NEUROCHIRURGICA VISITA NEUROLOGICA Visita di PS Visita di ps

**PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE**

Come da indicazioni neurologiche controllo TC fra 7-10 giorni.

Tornare prima se si dovessero presentare i seguenti sintomi:

- cefalea severa e persistente (la dolorabilità nella sede del trauma non è motivo di allarme)
- vomito ripetuto

**DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO DICHIARATA DAL LAVORATORE**

Data (GG/MM/AAAA)

Ora dell'evento (HH:MM)

07:30

**DETALLO DELL'EVENTO**Luogo/Locality dei lavori/Unità produttiva/Struttura/Nave  
Magliano

Indirizzo (Via, piazza, ecc.)

N. civico

Nazionale

Comune

Italia

Sillano Giuncugnano

Provincia

LU

Cod. Istat

046037

**DATA E ORA DI ABBANDONO LAVORO IN CONSEGUENZA DELL'EVENTO DICHIARATE DAL LAVORATORE**

Data di abbandono (GG/MM/AAAA)

Ora di abbandono (HH:MM)

14/01/2025

07:30

**Cause e circostanze dichiarate dal lavoratore**

caduta accidentale dal furgone durante attività lavorativa

**DATI SANITARI**

Data della visita (GG/MM/AAAA)

Malattia infettiva

Data del decesso in conseguenza dell'evento (GG/MM/AAAA)

15/01/2025

**DIAGNOSI**

Trauma cranico con iperdensità ematica da ESA in sede fronto-mesiale anteriore destra, policontuso

**INABILITA' TEMPORANEA ASSOLUTA AL LAVORO**

Assenza prognosi



Prognosi riservata



Prognosi dal (GG/MM/AAAA)

14/01/2025

fino a tutto il (GG/MM/AAAA)

23/01/2025

Luogo

Castelnuovo di Garfagnana

Data di rilascio (GG/MM/AAAA)

15/01/2025

Timbro e firma del medico

Elisa Sarti



Informazioni agli utenti in materia di protezione dei dati personali (art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679) - Il ricredente dichiara di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art. 12 e ss. del Regolamento Ue 2016/679. Ulteriori info [> privacy](http://www.inail.it)