

LA GESTIONE DEI RIFIUTI

Regolamento Aziendale
 Red. n. 0
 Data 31/07/2011

 Rev. 01
 Data 31/10/2011

Redazione		Verifica	Approvazione	Distribuzione
Responsabile IP Radiop.Fis. e Medica	Dott.ssa Daniela Ghirelli	Dott.ssa Daniela Ghirelli	Direttore Sanitario Aziendale	
CPSE TRM	Sig. Rossana Iori	Sig. Rossana Iori		
Collaborazione				Direttori Medici Direttori Distretti Direttori : DMI Dip. Prevenzione, DSM CPSE Ospedali e Distretti Direttori UOC/UOSD Direttori Amministrativi Presidi/ Distretti Direttore Ing. Clinica Direttore UOC Tecnica manutentiva Direttore UOC ABS Esperto Qualificato Direttore UOC S.I. Direttore UOC SPP RLS Aziendali A tutto il personale
Direttore Medico Ospedale S. Eugenio	Dott.ssa P. Spada			
Direttore Medico Ospedale CTO	Dott.ssa P. Rodinò	Direttore SPP		
Direttore DAP	Dr.ssa Simona Squaglia	Dr.ssa S. Squaglia		
CPSE	Stefania Cristofanelli	S. Cristofanelli		
CPSE	Maria Rosaria Ayroldi	Maria Rosaria Ayroldi		
		Direttore UOC SPP Ing. G. Guerriero		
Responsabile IP Risk Manager	Dott.Sergio Manzieri	Dott.Sergio Manzieri		
			Prof. Paolo Palombo	

1. OGGETTO

Il presente Regolamento formalizza le procedure interne per la gestione dei rifiuti sanitari e non sanitari prodotti dall'Azienda e dovrà essere aggiornato almeno con cadenza annuale e ogniqualvolta norme o circolari vengano emanate.

2. SCOPO

Il regolamento si prefigge lo scopo di uniformare e standardizzare le modalità di raccolta, confezionamento, trasporto e smaltimento dei rifiuti sanitari e non sanitari in tutta l'Azienda attraverso:

- l'informazione/formazione di tutto il personale aziendale coinvolto;
- la riduzione dei rischi correlati alla pericolosità di alcune tipologie di rifiuti;
- l'incentivazione della raccolta differenziata di alcune tipologie di rifiuti prodotti;
- la riduzione della quantità di rifiuti prodotti attraverso l'incremento di riutilizzo/recupero;
- la diminuzione dei costi sostenuti per lo smaltimento/recupero dei rifiuti;

3. Campo di applicazione

Il regolamento riguarda tutte le tipologie di rifiuti sanitari e non sanitari prodotti nell'espletamento delle attività sanitarie e non, in Azienda. Tutti gli operatori sanitari e non, operanti a qualsiasi titolo nell'Azienda, sono tenuti al rispetto e applicazione di quanto previsto nel presente documento.

Le modalità operative devono essere applicate all'interno di ogni singola struttura, la responsabilità relativa alla vigilanza e all'informazione del personale è attribuita al Direttore di U.O.C., al CPSE Infermiere, Ostetrica, Tecnico Sanitario e della Riabilitazione, e ad ogni altro Responsabile dei diversi contesti organizzativi presenti in Azienda ognuno per la parte di competenza. In tabella n. 1 sono riportati i responsabili della gestione dei rifiuti (R), i responsabili della vigilanza (R.V.) ed i responsabili delle attività (R.A.).

La Direzione Medica di Presidio /Direttore di Distretto/ Direttore di Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e Direttore del Dipartimento di Prevenzione (DPI) e Dipartimento Materno Infantile (DMI) effettuano sopralluoghi all'interno dei diversi contesti operativi, afferenti alla macrostruttura diretta, al fine di verificare l'attuazione del Regolamento aziendale, controllano le attività svolte dalle diverse ditte appaltatrici e l'adempimento agli obblighi contrattuali e normativi. Segnalano eventuali difformità al Direttore Sanitario Aziendale ed al Direttore UOC ABS per l'applicazione delle penalità previste in caso di inadempienza da parte della ditta appaltatrice.

La stessa Direzione Medica di Presidio/ Direttore di Distretto /Direttore di Dipartimento di Salute Mentale, Direttore del Dipartimento di Prevenzione e DMI sono responsabili della

compilazione e della corretta conservazione dei registri di carico/scarico dei rifiuti e dei relativi Formulari di Identificazione Rifiuti.

Il Legale Rappresentante dell'Azienda è responsabile della trasmissione alla Camera di Commercio dei quantitativi prodotti, per ogni singola tipologia di rifiuto nell'anno solare.

Con successivo atto formale da parte del Direttore Generale verrà individuato, ai sensi dell'art.300 del D.P.R. 207/2011, il Direttore dell'esecuzione del contratto con i compiti di coordinamento, direzione e controllo tecnico contabile del contratto e predisposizione degli atti necessari per la trasmissione dei dati di cui al precedente capoverso alla Camera di Commercio a cura del Legale Rappresentante.

Sono esclusi dal presente documento la trattazione dei rifiuti radioattivi in quanto disciplinati dal Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 241: "Attuazione delle direttive Euratom in materia di radiazioni ionizzanti" ed oggetto di altro regolamento già operativo stilato a cura dell'Esperto Qualificato dell'Azienda.

Sono esclusi i rifiuti generati dai lavori di demolizione, ristrutturazione, manutenzione dei fabbricati o porzione degli stessi, degli impianti e quant'altro concerne la produzione di rifiuti di cantiere, in quanto di competenza della UOC Ingegneria Tecnica e Manutentiva, e dello smaltimento delle apparecchiature radiologiche, quest'ultime di competenza della UOC Ingegneria Clinica e UOC ABS che affida lo smaltimento a ditte specializzate.

Sono invece inclusi i rifiuti derivanti da attività svolte sotto il diretto controllo di altre Aree dell'Azienda (Area Tecnica - Informatica : stampanti, computer, fax; Direttore UOC ABS: toner, elettromedicali etc.).

Il D.P.R. 254/03 art. 17 ed il D.Lgs. 152/06 obbligano il datore di lavoro ad individuare i responsabili della gestione dei rifiuti nell'ambito delle strutture luoghi di produzione dei rifiuti pertanto nella tabella n. 1 sono individuati i professionisti sanitari ai quali è attribuita la diretta responsabilità di tutto il ciclo della gestione dei rifiuti del sito di produzione di competenza (R.) , i responsabili delle attività (R.A.) e della vigilanza (R.V.)

4. DEFINIZIONI

Rifiuto: qualsiasi sostanza o oggetto di cui il detentore si disfi o abbia deciso o abbia l'obbligo di disfarsi.

- **Rifiuto sanitario:** rifiuti prodotti da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca.
- **Gestione:** la raccolta, il trasporto, il recupero e lo smaltimento dei rifiuti, compreso il controllo di queste operazioni, nonché il controllo delle discariche e degli impianti di smaltimento.

- **Luogo di produzione dei rifiuti:** uno o più edifici o stabilimenti, o siti infrastrutturali collegati tra loro all'interno di un'area delimitata in cui si svolgono le attività di produzione dalle quali originano i rifiuti.
- **Aree di raccolta temporanee:** il raggruppamento dei rifiuti effettuato nel luogo in cui sono prodotti, purché rispetti precise condizioni di quantità, qualità, sicurezza, e periodicità di allontanamento.
- **Formulario di Identificazione Rifiuto (F.I.R.):** documento di accompagnamento per il trasporto nel quale devono essere riportati i dati relativi: al produttore/detentore del rifiuto, al rifiuto (origine, tipologia, e quantità), al trasportatore e al destinatario.
- **Codice Europeo Rifiuti (C.E.R.):** attribuzione di un codice numerico (composto da sei numeri) utilizzato per l'identificazione dei rifiuti.
- **Smaltimento:** operazioni, quali l'incenerimento, la discarica, il deposito permanente, la biodegradazione, ecc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio all'ambiente.
- **Raccolta differenziata:** la raccolta idonea a raggruppare i rifiuti urbani in frazioni merceologiche omogenee, compresa la frazione organica umida, destinata al riutilizzo, al riciclaggio e al recupero di materia prima.
- **SISTRI:** il SISTRI è il nuovo sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti gestito dal Comando Carabinieri per la tutela dell'Ambiente (N.O.E.). Il sistema SISTRI presenta aspetti innovativi quali:

-Controllo di legalità nei processi;

-Sostituzione dei formulari di identificazione dei rifiuti, del registro di carico e scarico e del modello unico di dichiarazione ambientale, con dispositivi elettronici;

-Gestione informatica della documentazione, Verifica, in tempo reale, dei dati inseriti nella documentazione con riduzione degli errori; Supporto costante e continuativo all'utente

-Conoscenza, in tempo reale, della movimentazione dei rifiuti nel territorio italiano

La Asl RM C è obbligata all'iscrizione al SISTRI essendo produttore iniziale di rifiuti pericolosi e non pericolosi.

N. B. In Gazzetta ufficiale del 30 maggio 2011 è stato pubblicato il D.M. del 26 maggio 2011, avente ad oggetto la "Proroga dei termini di operatività del sistema informatico di controllo della tracciabilità dei rifiuti" attraverso il quale l'entrata in funzione del sistema SISTRI viene prorogata in base a diversi scaglioni, a partire dal 1° settembre 2011 fino al 2 gennaio 2012.

NORMATIVE e DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- **Direttiva 09 aprile 2002** – Ministero dell’Ambiente e della Tutela del Territorio “indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n.2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco rifiuti”
- **D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254**: “Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell’articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179”
- **Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152**: “Norme in materia ambientale”
- **Decreto Ministero della Sanità 28 settembre 1990**: “Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ad assistenziali pubbliche e private”.
- **D. Lg.vo 502/92** e s.m.i.
- **D. Lg.vo 19 settembre 1994, n. 626**: “Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”. “
- **Linee Guida per la sicurezza dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici** – Documento approvato dalla Commissione Oncologica Nazionale seduta del 21/01/97.
- **Regione Emilia Romagna**, “Linee Guida per la Gestione dei Rifiuti prodotti nelle Aziende Sanitarie dell’Emilia Romagna”, ISSN 1591-223x, Dossier 77, 2003.
- **Documento INAIL** : La sicurezza in Ospedale – Strumenti di valutazione e gestione del rischio – Fascicolo IX Rifiuti e Trasporti . Ottobre 2007
- **Decreto Legislativo 16 gennaio 2008, n. 4**: “Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale”.
- **D. Lg.vo 9 Aprile 2008, n.81**: “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro” .
- **Atto Aziendale ASL RMC** pubblicato sul suppl. Ordinario B.U.R. n. 21 del 7/06/08

5.TIPOLOGIE DEI RIFIUTI

Nelle Strutture Ospedaliere, la gestione dei rifiuti riveste notevole importanza in ragione della diversità e complessità della composizione dei rifiuti prodotti e dei rischi potenziali che la loro manipolazione implica per la salute e la sicurezza degli operatori sanitari e dei pazienti e per l'ambiente.

La gestione dei rifiuti sanitari ospedalieri deve pertanto assicurare, la minimizzazione dei rischi igienico-sanitari connessi alla loro manipolazione, rischi di natura prevalentemente infettiva, ma anche conseguenti alla presenza di sostanze chimiche tossiche e/o nocive e di materiali taglienti.

Essa presuppone, perciò, la preliminare individuazione della tipologia e delle caratteristiche dei rifiuti prodotti, separando i pericolosi dai non pericolosi, per l'impostazione di un adeguato programma di gestione.

E' inoltre necessario che il personale interessato a tale gestione sia a conoscenza dei rischi specifici ed addestrato ad effettuare manovre ed operazioni corrette, adottando tutte le opportune misure protettive e precauzionali per la tutela della salute e dell'ambiente. Il mantenimento di un adeguato livello di sicurezza deve essere garantito durante tutte le fasi di gestione, dalla raccolta differenziata presso il luogo di produzione, ai punti di raccolta, al trasporto ed alle operazioni finali di recupero, riutilizzo o smaltimento.

In tutta la Comunità Europea le diverse tipologie di rifiuti sono raccolte nel "Catalogo Europeo dei Rifiuti" nel quale i rifiuti sono identificati attraverso uno specifico codice numerico, denominato Codice Europeo Rifiuti (C.E.R.) e distinti in base all'origine (urbani e speciali) e alla pericolosità (pericolosi e non pericolosi). I rifiuti pericolosi sono identificati da un codice CER con la presenza di un asterisco posto all'apice superiore dell'ultima cifra.

Il D. Lgs. 22/97 viene espressamente abrogato, mentre sopravvivono le relative norme tecniche e regolamentari.

Nel D.P.R. 254/03 le tipologie di rifiuto sanitario sono individuate all'art. 2:

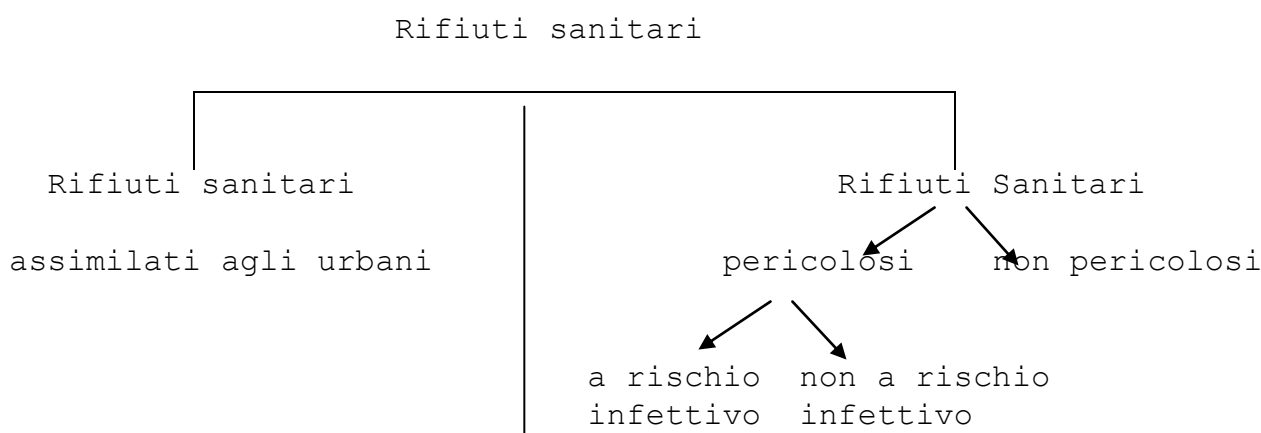
- a) rifiuti sanitari non pericolosi
- b) rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani
- c) rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
- d) rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
- e) rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento
- f) rifiuti da esumazioni e da estumulazioni che non verranno trattati in questa procedura.

I rifiuti generalmente prodotti all'interno della struttura sanitaria suddivisi per tipologie omogenee sono rappresentati dai:

- a) rifiuti sanitari non pericolosi
- b) rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani
- c) rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
- d) rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

- e) rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento
- f) rifiuti speciali non pericolosi ma non assimilabili ai rifiuti urbani (es. toner esausti, componenti delle apparecchiature fuori uso, ecc)
- g) rifiuti speciali pericolosi (es. accumulatori al piombo, componenti contenenti mercurio etc.)

mentre la loro elencazione, a titolo esemplificativo, è presente negli allegati I e II del suddetto D.P.R.254/03 che classifica, dunque, i rifiuti sanitari in sei tipologie, che sono originate da attività diverse e devono essere gestite separatamente.



Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento

1. **Rifiuto speciale** : derivante da attività sanitaria;
2. **Rifiuto speciale sanitario**: rifiuto previsto nel titolo III voce 227 lettera b del D. Lgs 152/06, disciplinato dal D. Lgs n° 254 del 2003. (All. 1 e 2)
3. **Rifiuto speciale sanitario non pericoloso**: i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al D. Lgs 152/06.
4. **Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo**: i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'all. II del D.P.R. 254/03, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "*" nell'all. A della Direttiva del Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio in data 9 aprile 2002.
5. **Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**: i seguenti rifiuti sanitari individuati dai codici C.E.R.18.01.03 e 18.02.02 nell'allegato A della predetta direttiva in data 9 aprile 2002:
 - a) rifiuti che provengono da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonché da ambienti ove soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di gruppo 4, di cui al D. Lgs 81/08 e s. m.;
 - b) i rifiuti elencati a titolo esemplificativo negli allegati I e II del D. Lgs. 254/03 che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:
 - provengano da ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto o escreto da pazienti isolati;
 - siano contaminati da:

- sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale renderlo visibile;
 - feci o urine, nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
 - liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido perivardico e liquido amniotico.
- c) i rifiuti provenienti da attività veterinaria che:
- ✚ siano contaminanti da agenti patogeni per l'uomo e per gli animali;
 - ✚ siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto per il quale sia ravvisato, dal medico veterinario competente un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi.

6. Rifiuti assimilabili agli urbani: sono i rifiuti sanitari assoggettati a regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani:

- I rifiuti derivanti dalla preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;
- I rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da reparti di malattie infettive e/o da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
- Vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata, nonché altri rifiuti non pericolosi che per qualità e per quantità siano assimilati agli urbani ai sensi del T.U.;
- La spazzatura;
- Indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;
- I rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuato nell'ambito delle strutture sanitarie;
- I gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue, esclusi quelli dei degenti infettivi e contaminati da radioisotopi, i pannolini pediatrici e i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzati per le urine.

6. Responsabili dei siti di produzione e raccolta

Direttore Medico di Presidio

Direttore di Distretto

Direttore Dipartimento Salute Mentale (DSM)

Direttore Dipartimento Materno infantile (DMI)

Direttore Dipartimento di Prevenzione (DIP)

Direttori Medici di Presidio, di Distretto e di Dipartimento DSM – DMI – di Prevenzione: hanno la diretta responsabilità della corretta gestione dei rifiuti prodotti e raccolti nelle U.O.C./UOSD di afferenza, fino al conferimento alla ditta incaricata per lo smaltimento. Gli stessi devono individuare per iscritto il loro sostituto per tale responsabilità in caso di assenza a qualsiasi titolo.

Hanno il compito, in raccordo con il Responsabile del S.P.P., la Direzione Amministrativa, il Medico Competente, il Direttore dell'Area Tecnica informatica, il Direttore dell'Area Economico Finanziaria, ognuno per la parte di competenza di:

- a) individuare le aree da utilizzare per il punto di raccolta dei rifiuti e verificarne l'idoneità, d'intesa anche con le ditte appaltatrici. Le aree individuate non

devono essere facilmente accessibili ai non addetti ai lavori. Il pavimento deve essere impermeabile. I punti di raccolta devono essere individuati per rifiuti omogenei, devono essere protette dagli agenti atmosferici e nelle stesse devono periodicamente essere effettuate le operazioni di derattizzazione e disinfestazione.

- b) provvedere, in collaborazione con le ditte appaltatrici, alla classificazione di ciascuna tipologia di rifiuto sanitario prodotto, predisponendo schede tecniche;
- c) predisporre la procedura locale per la gestione dei rifiuti sulla base del presente regolamento aziendale e s.m i.;
- d) impartire istruzioni operative al personale coinvolto per le operazioni di conferimento e confezionamento e invio al punto di raccolta, nel rispetto delle normative vigenti in materia di prevenzione, igiene, sicurezza e tutela della salute dei lavoratori;
- e) verificare la corretta applicazione delle istruzioni impartite.
- f) stilare localmente procedure operative per il lavaggio e la disinfezione periodica dei carrelli utilizzati per il trasporto dei rifiuti ;
- g) verificare che i DPI in dotazione agli addetti alla manipolazione, trasporto dei rifiuti siano utilizzati :
 - o Abito da lavoro;
 - o mascherine usa e getta;
 - o guanti in lattice e/o altra tipologia a seconda del tipo di rifiuto da trasportare,
 - o scarpe antinfortunistiche,
- h) vigilare che i rifiuti siano trasportati nei punti di raccolta utilizzando i percorsi per il materiale sporco.
- i) il personale addetto al trasporto dei rifiuti deve utilizzare un carrello dotato di sistema di blocco ruote da attivare sistematicamente durante l'utilizzo degli elevatori, inoltre gli stessi devono essere facilmente manovrabili e devono ridurre al minimo il movimento di sollevamento dei contenitori pieni da parte dell'operatore.

I Direttori Medici di Presidio, di Distretto e dei DSM, DMI, DIP: nelle more della applicazione delle procedure previste dal SISTRI, hanno il compito di organizzare e vigilare sulla gestione di carico e scarico dei rifiuti con gli adempimenti amministrativi connessi (controllo del numero dei contenitori conferiti al trasportatore, compilazione dei formulari identificativi dei rifiuti, registro di carico e scarico e relativa conservazione documentale).

Le procedure, le istruzioni operative, i protocolli e le norme interne relative alla gestione dei rifiuti devono essere adottati e scrupolosamente osservati da tutto il personale dipendente.

I CPSE dei Presidi Ospedalieri e Strutture territoriali: hanno la responsabilità diretta di vigilare sulla produzione e sul corretto conferimento e confezionamento dei rifiuti sanitari prodotti nella struttura di assegnazione, in caso di loro assenza a qualsiasi titolo, sono responsabili delle operazioni su indicate i CPSI.

Ditte appaltatrici interne: tutte le ditte appaltatrici che prestano il loro servizio all'interno delle strutture della ASL RM C, sono tenute al rispetto delle disposizioni impartite dai Direttori di Struttura in materia di gestione dei rifiuti.

La Ditta appaltatrice per la raccolta, la movimentazione e lo smaltimento dei rifiuti: è tenuta al rispetto del capitolato redatto per l'assegnazione del servizio, collabora con i responsabili della struttura per la corretta gestione dei punti di raccolta, opera nel rispetto delle normative speciali di settore.

Lavoratori: ogni lavoratore è tenuto ad osservare le disposizioni e le istruzioni impartite per il tramite del presente regolamento, ad utilizzare in modo appropriato i D.P.I. messi a disposizione, a segnalare immediatamente qualsiasi eventuale condizione di difformità di cui vengono a conoscenza al Direttore della struttura di appartenenza.

I direttori, i dirigenti responsabili, i CPSE (caposala, capotecnici Capo ostetrica Fisioterapista Coordinatore) ed i preposti devono:

- vigilare sul personale da loro dipendente affinché le disposizioni non vengano disattese
- segnalare immediatamente verbalmente e successivamente per iscritto alla Direzione Medica tutte le "non conformità" riscontrate al fine di pervenire ad un corretto smaltimento dei rifiuti.

Il personale infermieristico, tecnico e ausiliario direttamente coinvolto nel complesso processo di gestione dei rifiuti dovrà in particolare:

- confezionare i rifiuti sanitari secondo la loro tipologia nei contenitori/imballaggi messi a disposizione secondo il codice a colore individuato per ogni tipologia di rifiuto
- chiudere ermeticamente i contenitori
- scrivere sull'imballaggio la data di chiusura, il luogo di produzione e la struttura di provenienza
- indossare i D.P.I. durante le operazioni di cui sopra
- controllare che la ditta addetta al trasporto dei rifiuti nei punti di raccolta impili i contenitori in maniera idonea.

RESPONSABILI DI SERVIZI COINVOLTI NELLA PRODUZIONE e SMALTIMENTO

Responsabile SISTRI

Direttori di Strutture Complesse

Direttori di Strutture Semplici Dipartimentali

Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi

Direttore Area Tecnico Informatica

Direttore UOC Ingegneria Clinica

Direttore UOC Tecnica e Manutentiva

Ditte Esterne fornitrici di Servizi in convenzione od in appalto.

Modalità di raccolta e conferimento dei rifiuti speciali

Conferimento, punto di raccolta e trasposto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo:

1. i rifiuti sanitari conferiti da ogni singolo luogo di produzione, devono essere collocati in modo ordinato all'interno del punto di raccolta;
2. all'interno del punto di raccolta le diverse tipologie di rifiuti sanitari devono essere raggruppate in relazione al codice C.E.R.;
3. i rifiuti sanitari liquidi negli appositi contenitori, devono avere un volume pari ad almeno al 30% in meno del volume del contenitore, al fine di evitare sversamenti sul suolo durante le fasi del trasporto;
4. il punto di raccolta, deve essere realizzato in modo tale da evitare l'accesso agli animali che possono favorire lo spandimento dei rifiuti depositati;
5. il punto di raccolta, deve essere sottoposto periodicamente a lavaggio e disinfezione. La sua individuazione deve tenere conto che in caso di incendio non provochi danni alle persone, ai pazienti ed all'ambiente.
6. per garantire la tutela della salute e dell'ambiente, il punto di raccolta temporaneo, la movimentazione interna alla struttura sanitaria, il deposito preliminare, la raccolta ed il trasporto dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, devono essere effettuati utilizzando apposito imballaggio a perdere, anche flessibile, recante la scritta "**Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**" e il simbolo del rischio biologico ovvero, se si tratta di rifiuti taglienti o pungenti, apposito imballaggio rigido a perdere, resistente alla puntura e recante la scritta "**Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo taglienti e pungenti**", che deve essere inserito in un secondo imballaggio rigido imperforabile. Su entrambi deve essere annotata l'unità di produzione e la data di confezionamento e la struttura sanitaria di provenienza.
7. Gli imballaggi esterni di cui al punto 6 devono avere caratteristiche adeguate di resistenza agli urti ed alle sollecitazioni provocate dalla movimentazione e trasporto e devono essere realizzati con colore idoneo a distinguerli dagli imballaggi utilizzati per il conferimento di altri rifiuti.

Fatte salve le disposizioni di cui ai punti 1 -2 - 3 - 4 - 5 - 6 del presente capitolo

- La permanenza nei punti di raccolta di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo può avere una durata massima di 5 giorni dal momento della chiusura del contenitore.
- Nel rispetto dei requisiti di igiene e sicurezza e sotto la responsabilità del produttore, tale termine è esteso a 30 giorni per quantitativi inferiori a 200 lt.
- La registrazione, di cui all'art. 12 comma 1 del D.Lgs n° 22 del 05/02/97, deve avvenire entro 5 giorni.

Per ogni altro rifiuto non contemplato nel presente regolamento e prodotto o generato dall'introduzione di nuove metodiche di lavoro e/o d'utilizzo di nuove tecnologie sanitarie, è necessario contattare la Direzione Medica della struttura di afferenza.

Rifiuti sanitari prodotti all'esterno delle strutture sanitarie (Assistenza domiciliare)

Nel caso in cui l'attività del personale sanitario sia svolta all'esterno della struttura di afferenza, si considera luogo di produzione dei rifiuti sanitari la struttura medesima. Pertanto il conferimento di tali rifiuti dal luogo in cui è effettuata la prestazione alla struttura sanitaria avviene sotto la responsabilità dell'operatore sanitario che ha fornito la prestazione.

1. All'inizio del turno l'operatore fissa il contenitore monouso da 20 litri per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo nel vano separato dell'auto di servizio e ne porta con se uno di scorta per eventuali rotture o spandimenti. Per facilitare la gestione dei rifiuti prodotti al domicilio, utilizzare singoli sacchetti gialli per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo in

modo da chiudere il prodotto di ogni prestazione evitando spargimenti odori all'interno del vano auto.

2. Alla fine del turno, provvede alla chiusura del contenitore presente in auto e scrive data e servizio di provenienza

3. Si precisa che i taglienti vanno inseriti nel contenitore speciale per taglienti (0,6 lt). Al termine della prestazione chiudere il contenitore con il coperchio dalla parte riapribile fino a quando non sarà a 3/4 della sua capienza. Quindi va chiuso in modo definitivo con lo scatto sigillante e deve essere introdotto nel contenitore monouso per rifiuti sanitari pericolosi da 20 L.

4. I contenitori correttamente chiusi e identificati devono essere movimentati fino al Punto di raccolta della struttura di appartenenza rispettando i percorsi.

E' indispensabile che, prima di effettuare il trasporto del contenitore chiuso con data e servizio di provenienza, venga compilato in ogni sua parte e firmato il "*Documento di trasporto su strada di merci pericolose*" e firmarlo.

5. I contenitori dei rifiuti devono essere trasportati esclusivamente con mezzi aziendali garantendo la separazione fisica tra conducente e rifiuto. Può essere utilizzato il bagagliaio dell'autovettura a condizione che mantenga detta separazione. Il contenitore per rifiuto o quant'altro deve essere possibilmente bloccato affinché in caso di manovre brusche o incidente non ci sia spandimento e fuoriuscita di materiale.

6. All'interno dell'auto che si utilizza per il trasporto dei rifiuti deve essere presente un contenitore di riserva, guanti monouso, carta assorbente, disinfettante per intervenire in sicurezza in caso di rotture accidentali e in cui si debba recuperare del materiale.

Schede tecniche per lo smaltimento di rifiuti sanitari

SCHEDA n. 1

TIPOLOGIA DI RIFIUTO: rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (C.E.R. 18 01 03*):

si intendono tutti quei rifiuti contaminati o venuti a contatto con sangue e altri liquidi biologici (elenco come da All. 2 del D.P.R.254/03). A titolo esemplificativo dell'elenco indicato, detti rifiuti sono rappresentati da: **aghi, siringhe, bisturi, cannule, drenaggi, cateteri (vascolari, vescicali,ecc), filtri dialisi, materiale di medicazione, piastre, terreni di coltura, altri presidi di microbiologia contaminati da agenti patogeni, ecc., i tessuti, gli organi e la parti anatomiche non riconoscibili.**

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative che erogano prestazioni sanitarie.

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: per la raccolta di questi rifiuti vengono utilizzate diverse tipologie di contenitori. Imballaggio in cartone con sacco interno in polietilene, imballaggio in polietilene rigido , contenitore in polietilene rigido per aghi e taglienti.

MODALITA' DI GESTIONE: la raccolta di questi rifiuti deve essere effettuata utilizzando contenitori specifici.

- I contenitori prima dell'uso devono essere assemblati (sia quelli in cartone sia quelli in polietilene) assicurandosi della presenza dell'imballaggio interno (sacco in polietilene).
- Nei contenitori devono essere introdotti solo quei rifiuti considerati pericolosi in quanto venuti a contatto con sangue a altri liquidi biologici. I contenitori devono essere utilizzati fino ad un livello di riempimento di $\frac{3}{4}$ **del loro volume** al fine di ridurre al minimo il rischio di contatto con il contenuto e permettere un'agevole chiusura.

A fine utilizzo i contenitori devono essere chiusi, identificati e trasferiti negli spazi della UOC identificati alla raccolta del materiale sporco. Indossare sempre guanti monouso a perdere prima di iniziare questa operazione. Tale attività è svolta dal personale OTA/Ausiliario presente all'interno dei diversi contesti organizzativi.

Procedere alla chiusura dell'imballaggio interno (sacco in polietilene) utilizzando l'apposita fascetta a strangolo, **non toccare e/o comprimere i rifiuti**. Chiudere successivamente il contenitore esterno in polietilene con il coperchio facendo pressione sul bordo. Per la chiusura del contenitore in cartone invece incastrare le linguette di chiusura nelle fessure predisposte. Procedere in ultimo all'identificazione del rifiuto trascrivendo sull'apposita etichetta/spazio predisposto, l'unità produttrice, il presidio di appartenenza, la data di chiusura dei contenitori.

- Anche i contenitori utilizzati per la raccolta dei **rifiuti pungenti e taglienti** devono essere chiusi con apposito tappo ad un livello di riempimento di $\frac{3}{4}$ **del loro volume** (al fine di ridurre al minimo il rischio di punture accidentali). Indossare sempre guanti monouso a perdere prima di iniziare questa operazione. Dopo la chiusura introdurre **obbligatoriamente** i contenitori dei rifiuti pungenti e taglienti all'interno di contenitori rigidi grandi da lt 60 in polietilene.
- Al termine delle operazioni di chiusura e identificazione i contenitori devono essere depositati nel locale deputato alla raccolta del materiale sporco all'interno della stessa unità operativa, in attesa del ritiro da parte della ditta appaltatrice autorizzata. Mantenere sempre i contenitori in posizione verticale anche durante le operazioni di movimentazione e di "deposito".
- Il ritiro dei contenitori viene effettuato, da parte degli operatori della ditta appaltatrice autorizzata, all'interno delle stesse unità operative: 1 volta al giorno (festivi compresi) in tutte le aree assistenziali aziendali; più volte al giorno nelle Aree Critiche e nei Blocchi Operatori.

RACCOMANDAZIONI:

- ⌘ Non posizionare i contenitori all'interno delle stanze di degenza (quando non necessario) e in aree non protette come: corridoi, sale d'attesa, aree di passaggio.
- ⌘ Non introdurre nei contenitori rifiuti di diversa natura (ad esempio rifiuti assimilati agli urbani).
- ⌘ Il sangue e gli altri liquidi biologici devono essere raccolti in questi contenitori solo se opportunamente contenuti nei presidi monouso d'origine (es. filtri per dialisi, sacche di drenaggi, ecc.).
- ⌘ Le sacche della raccolta urine devono essere eliminate dopo lo svuotamento nelle rete fognaria dell'urina in esse contenuta.
- ⌘ **Le siringe devono essere introdotte nei contenitori specifici senza rimuovere l'ago.**

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: imballaggio a perdere (sacco in polietilene) recante la simbologia del rischio biologico e la scritta "rifiuti sanitari a rischio infettivo" e secondo imballaggio rigido esterno in cartone (da lt 60) o polietilene di colore nero (da lt 60 e lt 20) recanti la simbologia del rischio biologico, la simbologia (**R nera su fondo giallo**) identificativa per la raccolta e il trasporto di rifiuti pericolosi e la scritta "rifiuti sanitari a rischio infettivo". I contenitori rigidi in polietilene, di colore NERO vengono forniti in tutte le aree critiche aziendali (Blocchi Operatori, Terapie Intensive, Rianimazioni e in ogni altra situazione in cui si renda necessario). Per i rifiuti taglienti o pungenti vengono forniti contenitori rigidi in polietilene (da lt 3 e da lt 5), resistenti alla puntura. Anche detti contenitori devono recare la simbologia del rischio biologico, la simbologia (**R nera su fondo giallo**) e la scritta "rifiuti sanitari a rischio infettivo **taglienti e pungenti**". Tutto il materiale di consumo viene fornito dalla stessa ditta appaltatrice del servizio.

SCHEDA N. 2

TIPOLOGIA DI RIFIUTO: rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (C.E.R. 18 01 03*) che richiedono ulteriori e specifiche modalità di gestione.

DEFINIZIONE: si intendono i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e nello specifico: **quelli contaminati da sostanze radioattive (2.1)**, i filtri esausti delle cappe aspiranti biologiche (2.2),

2.1 Per i rifiuti contaminati con sangue ed altri liquidi biologici (aghi, siringhe, garze ovatta etc..) **derivanti esclusivamente dall'assistenza ai pazienti presso la UOC Medicina Nucleare** vedi il Regolamento interno vigente della UOC di Medicina Nucleare aggiornato alla data dell'11/11/2008.

2.2 MODALITA' DI GESTIONE dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo come **i filtri esausti delle cappe biologiche**. Questi rifiuti sono generati dalla sostituzione dei filtri esausti delle cappe aspiranti di tipo biologico utilizzate prevalentemente presso alcuni Laboratori (es. Lab. di Microbiologia). Tali rifiuti sono da considerare a tutti gli effetti come rifiuti sanitari a rischio infettivo.

- I filtri esausti devono essere rimossi, con la tecnica del **Bag out**, dagli operatori addetti alla manutenzione delle apparecchiature aziendali che devono provvedere anche al riconfezionamento nel cartone che ha costituito l'imballaggio del nuovo filtro.

Detto rifiuto dovrà essere successivamente, a cura del personale dell' Ufficio tecnico , etichettato con l'indicazione della data di produzione del rifiuto, del punto di produzione e la descrizione "filtri esausti di cappa/e biologiche" e trasferito dallo stesso personale nell'area deputata alla raccolta del materiale per l'attivazione della ditta autorizzata al ritiro.

- Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della ditta autorizzata deve obbligatoriamente rilasciare all'ufficio tecnico o personale da lui delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Tecnico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della ditta appaltatrice deve essere conservata presso la UOC produttrice per 5 anni.

SCHEDA N. 3

TIPOLOGIA RIFIUTO : infusione delle terapie antitumorali codice (CER15 02 02*)

MODALITA' DI GESTIONE dei rifiuti sanitari pericolosi **generati dalla infusione delle terapie antitumorali nelle diverse UU.OO.CC.** Questi devono essere raccolti come rifiuti sanitari pericolosi , utilizzando i contenitori rigidi di colore NERO da 60 e da 40 Lt.. Questa scelta è dettata dalla prevalenza del rischio chimico su quello biologico .

SCHEDA N.4

TIPOLOGIA RIFIUTO: medicinali citotossici e citostatici del settore sanitario o da attività di ricerca collegate (CER 18 01 08*) :

sono considerati pericolosi tutti i rifiuti generati dalla preparazione delle terapie antitumorali, che hanno contenuto il farmaco originariamente (fiale, flaconi) o, sono venuti a contatto con la sostanza concentrata durante la fase di preparazione (aghi, siringhe, D.P.I., ecc.).

PUNTO DI PRODUZIONE: l'allestimento centralizzato delle terapie oncologiche viene effettuato presso il locale denominato U.F.A. situato presso la Farmacia Clinica dell'Ospedale S.Eugenio.

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene per tossici e nocivi, di colore GIALLO con coperchio nero che a loro volta devono essere inseriti in contenitori rigidi in polietilene di colore Nero da 60 Lt.

MODALITA' DI GESTIONE: la raccolta di questi rifiuti deve essere effettuata utilizzando contenitori specifici.

- Per i rifiuti taglienti e pungenti e per le fiale/flaconcini che hanno contenuto il farmaco , devono essere utilizzati contenitori rigidi in polietilene per tossici e nocivi, di colore **giallo** da 3 e 5 Lt. Il contenitore deve essere posizionato sul piano di lavoro all'interno delle cappe aspiranti e deve essere riempito fino a $\frac{3}{4}$ della sua capienza (al fine di prevenire incidenti). Al termine del loro utilizzo, devono essere chiusi con il dispositivo in dotazione (tappo) dagli stessi utilizzatori e solo successivamente introdotti nel contenitore grande da 60 Lt. di colore nero Queste operazioni devono essere svolte indossando guanti monouso a perdere.

- Tutti gli altri rifiuti generati durante le fasi della preparazione delle terapie citostatiche e costituiti prevalentemente da garze, deflussori, raccordi, telini assorbenti, D.P.I., ecc., dovranno essere introdotti obbligatoriamente nel contenitore rigido in polietilene, di colore **giallo** sotto cappa, recante la simbologia internazionale (lettera R di colore nero su fondo giallo). Questo tipo di contenitore, con al suo interno un sacco di polietilene, andrà utilizzato nelle immediate vicinanze della zona di lavoro. Al termine dell'utilizzo, necessita provvedere al confezionamento del contenitore, che prevede la chiusura del sacco in polietilene e del contenitore rigido esterno con il relativo coperchio.

Per le operazioni di chiusura dei contenitori indossare sempre guanti monouso a perdere.

SCHEDA N. 5

TIPOLOGIA RIFIUTO: rifiuti di amalgama (CER 18 01 10*) :

sono rifiuti pericolosi i residui di amalgama (lega composta da più metalli tra cui il mercurio), prodotti dalle cure odontoiatriche.

PUNTI DI PRODUZIONE: Ambulatori Odontoiatrici territoriali

TIPOLOGIA CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene da 200 ml

MODALITA' DI GESTIONE: anche se l'amalgama viene scarsamente utilizzata nelle cure odontoiatriche la stessa deve comunque essere raccolta secondo le modalità riportate.

- L'amalgama deve essere raccolta dal lavabo del riunito odontoiatrico di volta in volta e introdotta nel contenitore specifico in dotazione agli ambulatori odontoiatrici. Il contenitore deve essere chiuso con il tappo in dotazione. Tali operazioni devono essere effettuate dal personale aziendale dei servizi odontoiatrici.

Per il ritiro del rifiuto in questione le stesse odontoiatrie devono richiedere l'attivazione del servizio facendo pervenire una richiesta scritta alla Direzione Medica / Direzione Distretto, per l'attivazione del servizio da parte della ditta appaltatrice autorizzata.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene di piccole dimensioni (circa 200 ml), provvisti di tappo di chiusura. Il contenitore deve riportare la simbologia identificativa per la raccolta e il trasporto di rifiuti pericolosi (R nera su fondo giallo) ed etichetta prestampata con identificativo della Azienda di appartenenza e del punto di produzione. I contenitori sono forniti dalla ditta appaltatrice del servizio.

SCHEDA N. 6

TIPOLOGIA RIFIUTO: liquidi esausti di fissaggio (CER 09 01 04*), liquidi esausti di sviluppo (CER 09 01 01*) : prodotti chimici pericolosi di scarto delle sviluppatrici radiologiche per lo sviluppo e il fissaggio delle immagini radiografiche.

PUNTI DI PRODUZIONE: territorio "Poliambulatorio di Acqua Donzella"ove è presente un servizio di Radiologia che ha ancora in uso il sistema tradizionale per lo sviluppo e il fissaggio delle immagini radiologiche.

L'utilizzo progressivo del sistema digitale, in sostituzione del sistema tradizionale, tra i molteplici vantaggi offerti ha permesso anche la drastica riduzione dei quantitativi di rifiuti reflui di sviluppo e fissaggio. Sono in corso i lavori per la digitalizzazione del suddetto servizio.

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene o polipropilene per la raccolta interna;

MODALITA' DI GESTIONE: detti rifiuti sono **raccolti separatamente** in contenitori posti in prossimità delle sviluppatrici o con convogliamento diretto in impianti di raccolta esterni.

- La raccolta interna viene effettuata con connessione diretta tra le sviluppatrici e i contenitori. Ogni sviluppatrice deve essere dotata di 2 contenitori, uno utilizzato per la raccolta delle soluzioni esauste di sviluppo e l'altro per la raccolta delle soluzioni esauste di fissaggio.

- I contenitori di raccolta interna a fine utilizzo, massimo riempimento consentito **¾ del volume (per evitare spandimenti e contatti diretti con le sostanze chimiche contenute** durante il trasporto), devono essere chiusi con apposito tappo a tenuta e sostituiti con altrettanti contenitori vuoti. I contenitori pieni devono essere trasferiti in un'area protetta della U.O. C. produttrice.

Queste attività devono essere svolte dal personale aziendale utilizzando DPI idonei a ridurre l'esposizione al rischio chimico (guanti in lattice e maschera facciale filtrante al carbone attivo).

- Il ritiro dei contenitori pieni viene effettuato con cadenza variabile a seconda delle quantità prodotte dalle singole unità produttrici, dagli operatori della ditta appaltatrice autorizzata.

Al momento del ritiro/svuotamento l'operatore incaricato deve obbligatoriamente rilasciare al CPSE TRM o personale da lui delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Tecnico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della ditta appaltatrice deve essere conservata presso la struttura produttrice per 5 anni.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: vengono di norma utilizzati per la raccolta interna contenitori in polietilene e polipropilene (riutilizzabili più volte), di colore bianco, con etichetta adesiva (**R nero su fondo giallo**), di capacità variabile (20, 50, 100 litri) in base alle quantità mediamente prodotte dalle diverse U.O. di Radiologia e agli spazi disponibili. Anche per i contenitori utilizzati per la raccolta interna è previsto l'utilizzo di un bacinetto di contenimento per eventuali sversamenti (con capacità pari a 1/3 del volume complessivo dei contenitori utilizzati). I contenitori e i bacini di contenimento sono forniti dalla stessa ditta appaltatrice del servizio

SCHEDA N. 7

TIPOLOGIA RIFIUTO:

- **sono rifiuti speciali la carta e le pellicole per fotografia, contenenti argento o composti dell'argento (CER 090107);** lastre radiologiche ultradecennali e scarti di pellicole radiologiche

- **sono rifiuti speciali la carta e le pellicole per fotografia, non contenenti argento o composti dell'argento (CER 090108):**

PUNTI DI PRODUZIONE: UU.OO.CC . di Radiologia

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: imballaggi in cartone

MODALITA' DI GESTIONE: sono da considerare rifiuti speciali gli scarti radiologici e le lastre radiologiche ultradecennali che non necessitano più di conservazione.

Per quel che concerne invece le lastre radiologiche non ultradecennali detenute a vario titolo da altre U.O.C. ed eseguite all'interno dell'Azienda , queste dovranno essere inviate presso le stesse Radiologie aziendali per la conservazione.

- Gli scarti di pellicole radiografiche prodotti dalla UOC di Radiologia devono essere raccolti in locali custoditi all'interno delle articolazioni aziendali e contenuti all' interno di imballaggi in cartone riportanti la scritta "pellicole radiografiche di scarto".

- Per richiedere l'allontanamento di queste tipologie di rifiuto le UU.OO. di Radiologia devono far pervenire la richiesta scritta alla Direzione Sanitaria, motivando se trattasi di scarti radiologici oppure di lastre radiologiche ultradecennali e indicando inoltre il quantitativo presunto. Nel caso di richiesta di allontanamento di radiogrammi ultradecennali, la stessa U.O. richiedente deve preventivamente rimuovere, quando presente, il referto conservato di norma assieme al radiogramma (i referti cartacei devono essere trattati come rifiuti cartacei contenenti dati sensibili).

I suddetti rifiuti saranno smaltiti da apposita ditta incaricata dall'Amministrazione.

SCHEDE N. 8

TIPOLOGIA RIFIUTO: apparecchiature fuori uso (CER 16 02 14);

apparecchiature fuori uso contenenti componenti pericolosi (CER 16 02 13*) :

sono da intendersi tutte le apparecchiature elettriche ed elettroniche compresi i video terminali, di cui sia stato dichiarato il fuori uso. Le apparecchiature sono da considerare rifiuti speciali o rifiuti speciali pericolosi nel caso contengano componenti che possono rappresentare un rischio per la salute nell'uomo o causare danni all'ambiente.

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali.

MODALITA' DI GESTIONE: è fatto divieto assoluto l'abbandono di qualsiasi apparecchiatura/attrezzatura. In caso di fuori uso di apparecchiature (con dichiarazione scritta del Direttore della UOC Ingegneria clinica) la U.O.C. detentrica deve osservare quanto di seguito indicato:

- Inoltre di una richiesta scritta, alla UOC ABS , che deve riportare la tipologia, il n. di apparecchiature e le copie delle dichiarazioni di fuori uso in allegato.

La richiesta è necessaria al fine di poter attivare il servizio che deve essere effettuato da una ditta autorizzata al ritiro e trasporto di tali tipologie di rifiuti.

Relativamente alle apparecchiature radiogene il loro fuori uso deve essere formalizzato dalla UOC Ingegneria Clinica che comunicherà alla Direzione UOC ABS la necessità dello smaltimento. Per lo smaltimento dovrà essere acquisita la relazione dell'Esperto Qualificato per la comunicazione agli Organismi Competenti.

SCHEDA n. 9

TIPOLOGIA RIFIUTO : rifiuti ingombranti assimilati agli urbani (C.E.R. 20 03 07):

sono da intendere i rifiuti ingombranti assimilabili agli urbani come **arredi obsoleti non più utilizzabili (ad esclusione degli elettrodomestici elettrici e/o elettronici)**.

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali

MODALITA' DI GESTIONE: è fatto divieto assoluto l'abbandono di qualsiasi arredo o attrezzatura obsoleta. In caso di dismissione di arredi obsoleti l'U.O.C detentriche deve osservare quanto di seguito indicato.

- Inoltro di richiesta scritta alla Direzione UOC – ABS e per conoscenza alla Direzione Medica della struttura, specificando le tipologie di arredi di cui si richiede lo smaltimento.
- Per conoscere il giorno previsto per il ritiro e l'allontanamento dei rifiuti in questione da parte degli operatori preposti, contattare telefonicamente la UOC ABS.

SCHEDA n. 10

TIPOLOGIA RIFIUTO : rifiuti assimilati agli urbani recuperabili: vetro, plastica, alluminio, di natura organica utilizzabili per il compostaggio :

per rifiuti assimilati agli urbani differenziabili come vetro, plastica , alluminio sono da intendere tutti i contenitori vuoti in vetro e plastica e alluminio che hanno contenuto bevande, acqua minerale, ecc, vetro e la plastica dei flaconi vuoti di fleboclisi ad **esclusione** di quelli contaminati con sangue e altri liquidi biologici o venuti a contatto con farmaci antitumorali e radioisotopi.

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali, Bar e punti di ristoro

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitori BLU

MODALITA' DI GESTIONE

- Le bottiglie in vetro e quelle in plastica e contenitori in alluminio al termine del loro utilizzo devono essere raccolte nei contenitori specifici di colore **BLU** e It 60.
- Le fleboclisi in vetro e plastica con all'interno liquidi residui devono essere preventivamente vuotate.
- Le fleboclisi in vetro vanno raccolte in cartoni e allontanate a cura dell'ausiliario/OTA presso il punto di raccolta centrale.

- I contenitori blu utilizzati per la raccolta devono essere posizionati all'interno dei contesti organizzativi nelle aree/locali dove maggiore è la possibilità di produzione di tale tipologia di rifiuto (medicherie, tisane, aree di ristoro del personale, mensa aziendale, ecc.).
- I contenitori devono essere utilizzati fino a 3/4 del loro volume (al fine di evitare l'eccessivo appesantimento)
- La consegna dei contenitori vuoti e l'allontanamento di quelli pieni è effettuato giornalmente dalla ditta appaltatrice del servizio di pulizia.

I rifiuti di natura organica derivanti dall'attività di cucina per accordi con l'AMA vengono smaltiti come " UMIDO ".

SCHEDA n 11

TIPOLOGIA RIFIUTO: rifiuti assimilati agli urbani recuperabili: **carta contenente dati sensibili, giornali e riviste, bugiardin, scatole cartone medicinali non contaminati, involucro delle siringhe :**

è da intendere il materiale cartaceo contenente dati sensibili che non necessita più di conservazione. Tale materiale può essere assimilato ai rifiuti urbani differenziabili previo sminuzzamento per il solo materiale cartaceo contenente dati sensibili.

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: imballaggi in cartone.

MODALITA' DI GESTIONE

- Il materiale cartaceo contenente dati sensibili che non necessita più di conservazione deve essere raccolto e confezionato all'interno di imballaggi in cartone da parte dello stesso punto di produzione. Evitare l'eccessivo riempimento dell'imballaggio in cartone che potrebbe causare la rottura del contenitore nelle successive fasi di movimentazione.
- Il materiale cartaceo in attesa del ritiro deve essere conservato in un luogo protetto (pericolo incendio) all'interno della stessa U.O./Servizio/Ufficio. I rifiuti cartacei contenenti dati sensibili a fine trattamento (sminuzzamento) vengono trasferiti presso l'area ecologica e introdotti all'interno dei contenitori deputati alla raccolta differenziata così come gli altri rifiuti cartacei.

La carta imbevuta di sostanze oleose non può essere riciclata.

Tutti gli imballaggi di cartone devono essere piegati e conferiti alle Aree di raccolta.

SCHEDA N.12

TIPOLOGIA RIFIUTO : rifiuti assimilati agli urbani non differenziati sono da intendere tutti i rifiuti assimilati agli urbani per i quali non è ancora attuabile la raccolta differenziata, come **i rifiuti generati dalla consumazione dei pasti :**

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: sacchi e sacchetti in polietilene di colore NERO.

MODALITA' DI GESTIONE

- I rifiuti assimilati agli urbani non differenziabili devono essere raccolti all'interno dei sacchi e sacchetti in polietilene di colore **NERO** contenuti a loro volta nei contenitori rigidi e/o nei cestini getta rifiuti. Evitare di inserire altro materiale di diversa origine.
- Il sacco in polietilene viene chiuso dal personale della ditta appaltatrice del servizio di pulizia ad inizio attività e posizionato nell'area dedicata all'interno dell'U.O./Servizio/Ufficio. Lo stesso personale provvederà contestualmente all'inserimento del nuovo sacco/sacchetto all'interno dei contenitori gettarifiuti.
- L'allontanamento dei sacchi e degli imballaggi dall'U.O./Servizio/Ufficio, viene effettuato dal personale deputato della stessa ditta appaltatrice del servizio di pulizia. Il ritiro deve essere svolto 3 volte al giorno, festivi compresi.

SCHEDA n. 13

TIPOLOGIA DI RIFIUTO: rifiuti da imballaggi di scarto contaminati da sostanze pericolose (CER 15 01 10*):

sono rifiuti speciali pericolosi gli imballaggi/contenitori (bottiglie in vetro e plastica) vuoti che hanno contenuto sostanze o preparati che riportano l'etichetta del rischio e che sono classificati come: molto tossici (concentrazione >0,1 %); tossici (concentrazioni >3%); corrosivi (concentrazione >5%); cancerogeni di categoria 1 e 2 (concentrazione >0,1); cancerogeni di categoria 3 (concentrazione >1%); tossici per il ciclo riproduttivo di categoria 1,2 e 3; mutageni.

PUNTI DI PRODUZIONE: laboratori (analisi cliniche, microbiologia, genetica, istologia).

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: rigido in polietilene (da lt 60), colore GIALLO.

MODALITA' DI GESTIONE

- Gli imballaggi/contenitori (bottiglie in vetro e plastica) devono essere raccolti all'interno di appositi contenitori rigidi in polietilene da lt 60 di colore Giallo. I contenitori devono essere riempiti in maniera tale da non rendere difficoltosa la loro chiusura con l'apposito coperchio in dotazione.
- I contenitori identificati dal personale interno con la trascrizione dell' U.O. produttrice e il presidio ospedaliero d'appartenenza, dovranno essere trasferiti dallo stesso personale nell'area deputata alla raccolta del materiale sporco all'interno del laboratorio stesso.
- Il ritiro dei contenitori pieni viene effettuato dagli operatori della ditta appaltatrice autorizzata. Al momento del ritiro l'operatore incaricato deve obbligatoriamente rilasciare al Coord. Tecnico o personale da lui delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Tecnico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata

dal personale della ditta appaltatrice deve essere conservata presso l'U.O. produttrice per 5 anni.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene (da lt 60) di colore Giallo, riportanti la simbologia (**R nera su fondo giallo**) identificativa per la raccolta e il trasporto di rifiuti pericolosi. I contenitori sono forniti dalla stessa ditta appaltatrice del servizio.

SCHEDA N. 14

TIPOLOGIA RIFIUTO: cere e grassi esauriti/paraffina (CER 12 01 12*): è un rifiuto speciale pericoloso la paraffina non contaminata scaduta o non più utilizzabile.

PUNTI DI PRODUZIONE: laboratori di Istologia

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: gli stessi contenitori originari della paraffina scaduta o non utilizzabile.

MODALITA' DI GESTIONE: in caso di detenzione di paraffina non contaminata scaduta o non utilizzabile per richiederne il ritiro si deve osservare quanto segue.

- La paraffina deve essere lasciata nel suo contenitore originario.
- Per il ritiro del rifiuto in questione la stessa U.O. detentrica deve richiedere l'attivazione del servizio facendo pervenire una richiesta scritta alla direzione ABS, al fine dell'attivazione del servizio da parte della ditta appaltatrice autorizzata.
- Al momento del ritiro gli operatori incaricati della ditta autorizzata, devono obbligatoriamente rilasciare al Coord. Tecnico o personale da lui delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Tecnico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile dell'U.O. detentrica. Una copia del documento di movimentazione interna deve essere conservata presso l'U.O. per 5 anni.

SCHEDA n. 15

TIPOLOGIA DI RIFIUTO : resine a scambio ionico sature o esaurite (CER 190905) : sono rifiuti speciali i deionizzatori con resine sature non rigenerabili prodotti dai laboratori di analisi cliniche.

PUNTI DI PRODUZIONE: Laboratorio Analisi Cliniche.

MODALITA' DI GESTIONE

- In attesa del ritiro da parte della ditta appaltatrice autorizzata questi rifiuti devono essere depositati in un locale protetto all'interno degli stessi laboratori.

- Per il ritiro, i laboratori devono richiedere l'attivazione del servizio facendo pervenire una richiesta scritta alla UOC ABS
- Al momento del ritiro gli operatori della ditta autorizzata incaricati, devono obbligatoriamente rilasciare al Coord. Tecnico o personale da lui delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Tecnico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile dell'U.O. detentrica. Una copia del documento di movimentazione interna deve essere conservata presso l'U.O. per 5 anni.

SCHEDA N. 16

TIPOLOGIA DI RIFIUTO : batterie alcaline (CER 16 06 04); batterie al nichel-cadmio (CER 16 06 02*); altre batterie (CER 16 06 05) :

sono rifiuti speciali e pericolosi le batterie a secco utilizzate per alimentare alcuni dispositivi medici quali ad esempio (laringoscopi, holter dinamici, termometri timpanici, ecc.).

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le UU.OO. sanitarie che utilizzano dispositivi medicamentati con batterie/pile a secco.

MODALITA' DI GESTIONE: le batterie a secco esaurite sono da considerarsi come rifiuti speciali e devono essere raccolte secondo le seguenti modalità.

- La raccolta è centralizzata presso il Magazzino Armamentario dell'Ospedale e il Magazzino dei Distretti.

Tutte le UU.OO. che hanno necessità di disfarsi di batterie/pile a secco esauste devono conferire le stesse presso i menzionati Magazzini, dove sono presenti contenitori specifici per la raccolta.

- Per richiedere il ritiro di questa tipologia di rifiuti da parte della ditta autorizzata, il personale referente dei Magazzini aziendali deve far pervenire una richiesta scritta alla Direzione UOC ABS

- Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della ditta appaltatrice autorizzata, deve obbligatoriamente rilasciare al referente del Magazzino o ad altro personale delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dallo stesso referente aziendale o personale delegato) la firma del referente e il timbro. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della ditta appaltatrice deve essere conservata presso il punto di raccolta per 5 anni.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: contenitore rigido e/o cartone con la scritta batterie esauste

SCHEDA n. 17

TIPOLOGIA RIFIUTO: batterie al piombo (CER 16 06 01*):

sono rifiuti speciali pericolosi le batterie al piombo esauste non più riutilizzabili.

PUNTI DI PRODUZIONE: le UOC. sanitarie che detengono apparecchiature elettromedicali alimentate con batterie al piombo.

MODALITA' DI GESTIONE: è fatto divieto assoluto l'abbandono in aree non protette di batterie al piombo che devono essere depositate in luogo sicuro all'interno degli stessi punti di produzione in attesa del ritiro. I punti di produzione per attivare il servizio di ritiro devono osservare quanto di seguito indicato.

- Inoltro di una richiesta scritta, alla Direzione UOC ABS , che deve riportare, il punto di produzione e il n. batterie da allontanare.
- La richiesta è necessaria al fine dell' attivazione del servizio di ritiro, trasporto e smaltimento/recupero, effettuato gratuitamente dal Consorzio Obbligatorio Batterie (COBAT)
- Al punto di produzione verrà preventivamente comunicato telefonicamente dalla UOC ABS il giorno previsto per il ritiro.
- Il personale della Direzione Medica presente al conferimento verifica le operazioni di ritiro e compila il Formulario di Identificazione Rifiuto (FIR) trattenendo una copia del documento. Una fotocopia del Formulario deve essere conservata presso la U.O.C. produttrice.

SCHEDA n. 18

TIPOLOGIA di RIFIUTO piombo (CER 17 04 03) : sono rifiuti speciali i contenitori e le colonne al piombo per il contenimento delle sostanze radioattive utilizzate per la diagnostica di Medicina Nucleare, nei quali non risulti più nessun tipo di attività radiogena residua.

PUNTI DI PRODUZIONE: U.O.C. di Medicina Nucleare

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: raccoglitore in polietilene rigido, di colore GRIGIO e di volumetria adeguata per la raccolta dei rifiuti in questione.

MODALITA' DI GESTIONE

- Al termine del loro utilizzo i contenitori e le colonne al piombo devono essere raccolti nel deposito dell'U.O. di Medicina Nucleare, all'interno del raccoglitore specifico di colore GRIGIO.
- Periodicamente l'Esperto Qualificato del Servizio di Fisica Sanitaria valuta l'attività radiogena residua dei contenitori/colonne al piombo. Soltanto quando da controllo radiometrico risulta assente ogni tipo d'attività residua, lo stesso Esperto Qualificato

rilascia una dichiarazione dell'avvenuto decadimento. Tale dichiarazione è necessaria al fine dell'attivazione della procedura per richiedere l'allontanamento dei rifiuti in questione.

- Per il ritiro l'U.O.C. di Medicina Nucleare deve inoltrare la richiesta scritta all'U.O.C. ABS. La richiesta deve riportare il quantitativo di contenitori al piombo da allontanare, la firma del Direttore dell'U.O.C. e la dichiarazione dell'Esperto Qualificato attestante il decadimento dell'attività radiogena.
- Il giorno previsto del ritiro verrà preventivamente comunicato telefonicamente all'U.O.C. di Medicina Nucleare da parte dell' U.O.C ABS
- Il ritiro viene effettuato dagli operatori del Consorzio. Il personale della Direzione Medica presente al conferimento, verifica le operazioni di ritiro e compila il Formulario di Identificazione Rifiuto (FIR) trattenendo una copia del documento e una fotocopia della dichiarazione dell'Esperto Qualificato. Le altre 3 copie del FIR e la dichiarazione originale dell'Esperto Qualificato sono da rilasciare agli operatori del Consorzio. Una fotocopia del Formulario e una fotocopia della dichiarazione dell'Esperto Qualificato deve essere conservata presso l'U.O. di Medicina Nucleare per 5 anni.

SCHEDE n. 19

TIPOLOGIA DI RIFIUTO: sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose (C.E.R. 18 01 06*):

si intendono i rifiuti costituiti da prodotti chimici e reflui liquidi di laboratorio analisi chimico cliniche e diagnostiche. Prevalentemente questi rifiuti sono rappresentati dai reflui delle apparecchiature di analisi, dai liquidi di colorazione e fissaggio derivanti dai laboratori di anatomia patologica e citologica, dai reagenti e dai disinfettanti.

PUNTI DI PRODUZIONE: prevalentemente tutti i laboratori (analisi cliniche, microbiologia, genetica, istologia).

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene o polipropilene per la raccolta interna;

MODALITA' DI GESTIONE: le sostanze chimiche di scarto e quelle non più utilizzabili in quanto scadute sono prevalentemente rifiuti liquidi.

Detti rifiuti devono essere raccolti per tipologie omogenee al momento della produzione **evitare la miscelazione** di prodotti chimici incompatibili (il pericolo è che si possono sviluppare gas e vapori, potenzialmente tossici od esplosivi).

La raccolta deve essere effettuata nel punto di produzione: dalle apparecchiature di analisi con connessione diretta tra contenitore di raccolta e il sistema di deflusso dei reflui, all'interno delle cappe chimiche d'aspirazione con l'introduzione dei reflui direttamente nel contenitore posto sotto cappa, con impianto provvisto di cisterna centralizzata di raccolta.

- I contenitori di raccolta interna a fine utilizzo, massimo riempimento **consentito ¾ del volume (per evitare spandimenti e contatti diretti con le sostanze chimiche contenute durante il trasporto), devono essere chiusi con apposito tappo a tenuta e sostituiti con** altrettanti contenitori vuoti. I contenitori pieni devono essere trasferiti in un' area protetta dell'U.O.C. produttrice . Queste attività devono essere svolte dal personale aziendale utilizzando DPI idonei a ridurre l'esposizione al rischio chimico (guanti in lattice e maschera facciale filtrante al carbone attivo).

- L'allontanamento dei rifiuti viene effettuato con cadenza almeno settimanale dalla ditta appaltatrice autorizzata. Al momento del ritiro di detti rifiuti l'operatore incaricato della ditta appaltatrice deve obbligatoriamente rilasciare al Coord. Tecnico o personale delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia del rifiuto, la quantità del rifiuto (che dovrà essere verificata dal Coord. Tecnico o personale delegato). Una copia del modulo di movimentazione interna rilasciata dal trasportatore deve essere conservata presso la 'U.O.C. produttrice per 5 anni.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: vengono utilizzati contenitori in plastica rigida (in polietilene e polipropilene) di colore **BIANCO**, di varie grandezze (5, 10, 20 per le diverse esigenze aziendali. I contenitori in uso devono essere provvisti di: adeguata apertura, tappo di chiusura, mezzi di presa, simbologia adesiva (**R nera fondo giallo**) identificativa per la raccolta e il trasporto di rifiuti pericolosi. I contenitori possono essere riutilizzabili previa pulizia prima del riutilizzo, attività espletata dalla stessa ditta appaltatrice autorizzata addetta al ritiro e al trasporto.

Vengono utilizzati anche sistemi di raccolta centralizzata costituiti da 1 o più contenitori di grande volumetria (cisterne). Questi impianti devono inoltre essere dotati segnalatori di livello con dispositivo di troppo pieno, bacino di contenimento per eventuali sversamenti (con capacità pari a 1/3 del volume complessivo dei due contenitori), gabbio metallico di protezione con identificazione del punto di raccolta targa in plastica riportante una **R nera su fondo giallo**)

SCHEDA n. 20

Farmaci scaduti (CER 18 01 09) : sono rifiuti speciali non pericolosi tutti i farmaci scaduti/medicinali di scarto ad esclusione dei farmaci antitumorali/citostatici e dei farmaci/sostanze stupefacenti e sostanze psicotrope.

PUNTI DI PRODUZIONE: U.O.C. di Farmacia Aziendale e tutte le U OC sanitarie.

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitori rigidi in polietilene.

MODALITA' DI GESTIONE: la raccolta dei farmaci scaduti/medicinali di scarto è centralizzata presso l'U.O.C. di Farmacia Aziendale.

- Quando si detengono all'interno delle U.O.C. sanitarie farmaci/medicinali scaduti o non più utilizzabili, questi dovranno essere conferiti da parte delle stesse UOC alla Farmacia.

Detti rifiuti devono essere raccolti all'interno dei contenitori rigidi in polietilene, presenti all'interno degli stessi ambienti della Farmacia.

- Per il ritiro da parte della ditta appaltatrice autorizzata la stessa U.O.C. di Farmacia dovrà far pervenire una richiesta scritta alla Direzione UOC ABS, per l'attivazione del servizio.

- Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della ditta deve obbligatoriamente rilasciare al Coord. Infermieristico dell'U.O.C. di Farmacia o al personale da lui delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dal Coord. Infermieristico o personale delegato) la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale delladitta appaltatrice deve essere conservata presso l'U.O.C. di Farmacia per 5 anni.

CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI: contenitore rigido con scritta raccolta farmaci scaduti..

SCHEDA n. 21

TIPOLOGIA Rifiuto :Sostanze stupefacenti e Psicotrope codice C.E.R. (18 01 08) :

sostanze e composizioni stupefacenti soggetti all'obbligo di registrazione comma 1 art. 25bis L. 38/2010, scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente in possesso dei soggetti autorizzati dall'art.17 DPR 309/90 e delle farmacie;

Modalità Operative : per la distruzione delle sostanze e composizioni stupefacenti e psicotrope scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente, limitatamente a quelle soggette all'obbligo di registrazione, residue alle farmacie aperte al pubblico, Case di Cura, Ospedali.

Norme di riferimento :

Testo Unico delle Leggi Sanitarie

DPR 309/90

Legge 38/2010

Circolare Ministero della Salute 24.05.2011

Soggetti Coinvolti

Ministero della Salute

Direttore Farmacia

Direttore Sanitario Casa di Cura

Direttore Responsabile Farmacia Ospedaliera

Farmacista Responsabile Vigilanza dell'UOC Servizio Farm.co Terr.le ASL
Funzionario Amministrativo AUSL
Direttore ABS
Forze di Polizia

Soggetto autorizzato alla distruzione : Azienda Sanitaria Locale ROMA C , Azienda Autorizzata allo smaltimento di rifiuti sanitari comma 2. art. 25bis L. 38/2010

FARMACIE PRIVATE insistenti sul territorio della ASL RMC

Il Direttore di Farmacia comunica regolarmente alla Asl l'elenco delle sostanze stupefacenti scadute.

Nell'ambito delle attività di Vigilanza i medicinali/sostanze stupefacenti scadute o deteriorate non utilizzabili farmacologicamente così come previste dal comma 1 art. 25 bis L. 38/2010 sono oggetto di constatazione da parte della Commissione di Vigilanza della ASL la quale:

- 1) constata quantità e qualità dei farmaci/sostanze;
- 2) redige il verbale di constatazione;
- 3) provvede ad inserire i Farmaci/sostanze all'interno di un contenitore;
- 4) provvede a sigillare il contenitore apponendo i contrassegni d'ufficio nonché le firme del Farmacista e Funzionario Asl e Direttore della farmacia;
- 5) Affida il contenitore così sigillato al Direttore di Farmacia;
- 6) Su indicazione del Direttore di Farmacia viene concordata la procedura di termodistruzione da effettuarsi o a carico della ASL (caso A) o da un'Azienda autorizzata allo smaltimento (caso B)

Caso A:

Il Servizio Farmaceutico Territoriale della Asl concorda la data della distruzione con le Forze di Polizia ed eventualmente con l'Azienda autorizzata allo smaltimento individuata come previsto dalla normativa vigente dal Direttore UOC ABS. Al ritiro dei medicinali il farmacista può scaricare i medicinali dal registro, utilizzando come documento di scarico il documento di presa in consegna da parte della ASL. Le Forze di Polizia insieme alla ASL redigono apposito verbale delle operazioni di distruzione che deve essere annotato, successivamente, nel registro di entrata/uscita degli stupefacenti nella casella "note" del rigo corrispondente alla scarico registrato dal Direttore di farmacia.

Caso B:

Il direttore di farmacia chiede al Servizio farmaceutico Territoriale l'autorizzazione alla distruzione inviando copia dei verbali di affidamento a suo tempo redatti.

L'azienda autorizzata allo smaltimento concorda con le Forze di Polizia la data della distruzione. All'atto del ritiro dei medicinali, la suddetta Azienda consegna al Direttore di Farmacia il relativo documento di presa in carico, con cui il Farmacista scarica il registro. Le Forze di Polizia redigono apposito verbale i cui estremi devono essere annotati dal Direttore di Farmacia sul registro degli stupefacenti quale giustificativo finale dell'uscita dei farmaci/sostanze.

Il Direttore di Farmacia invia una copia del verbale alla ASL.

In entrambi i casi (A B) le Forze di Polizia Giudiziaria, in caso di riscontro di palese o presunta violazione dei sigilli, provvedono a verificare la rispondenza dei farmaci/sostanze riportate nel verbale della ASL con quelle presenti nel contenitore, dandone atto nel verbale di distruzione.

Tale controllo può comunque essere eseguito a campione indipendentemente dalla violazione di sigilli palese o presunta.

FARMACIE delle AZIENDE OSPEDALIERE e dei presidi ospedalieri, delle strutture sanitarie private convenzionate con il SSR e non convenzionate.

Nel corso delle ispezioni ordinarie e/o straordinarie alle Farmacie delle strutture, i componenti della Commissione Ispettiva di Vigilanza, su richiesta del Direttore della Farmacia o del Direttore sanitario (per le strutture senza servizio di farmacia) procedono alla constatazione dell'esistenza di sostanze e/o preparazioni stupefacenti e/o psicotrope non più utilizzabili, che vengono annotate nel relativo verbale.

1) Il dirigente farmacista della ASL redige il verbale di constatazione e affidamento e provvede a sigillare in un contenitore, con contrassegni d'ufficio, i prodotti da distruggere, che affida al direttore della Farmacia o al Direttore Sanitario.

2) Il farmacista Direttore o il Direttore Sanitario della struttura viene convocato presso il Servizio Farmaceutico della ASL, munito del plico sigillato contenente i farmaci stupefacenti scaduti affidate e di copia del verbale di affidamento.

3) il Dirigente farmacista della ASL del Servizio Farmaceutico, verifica che l'imballaggio contenente i prodotti relativi al suddetto verbale di constatazione e affido non presenti segni di manomissione e che i sigilli siano integri. Il collo viene quindi contrassegnato con apposita sigla e inserito in un contenitore per rifiuti speciali e rilascia al Farmacista Direttore o al Direttore Sanitario copia del "verbale di presa in consegna" dei farmaci stupefacenti scaduti, sottoscritto dai presenti, che sarà utilizzato per lo scarico nel registro di Entrata e Uscita dei Farmaci stupefacenti, a giustificazione dell'uscita degli stessi.

4) Il servizio farmaceutico della ASL concorda la data della distruzione con le Forze di Polizia e con l'azienda autorizzata allo smaltimento

5) Delle operazioni di distruzione la ASL assieme alle Forze di Polizia redigono apposito verbale che dovrà essere riportato nel registro di entrata e uscita degli stupefacenti nella casella "note" del rigo corrispondente allo scarico registrato.

N.B I medicinali stupefacenti scaduti o deteriorati non più utilizzabili farmacologicamente soggetti ad obbligo di registrazione, qualora venissero previste dalla ASL modalità di vigilanza al di fuori delle attività ispettive per la constatazione della qualità e quantità di medicinali da avviare a distruzione, dovrebbero essere inseriti in un contenitore da sigillare all'atto del conferimento dei medicinali/sostanze dal farmacista all'Azienda autorizzata allo smaltimento dei rifiuti. Le successive operazioni di distruzione seguono le modalità indicate nel precedente caso B

PUNTI DI PRODUZIONE : tutte le UOC

Smaltire i contenitori dei farmaci ,scatola e bugiardino , secondo le indicazioni della Raccolta differenziata della carta e cartone a cura del Direttore Farmacia territoriale

SCHEDA n.22

TIPOLOGIA RIFIUTO: toner per stampa esauriti (CER 08 03 18) sono rifiuti speciali i toner esauriti o non più utilizzabili di stampanti, fotocopiatrici, ecc.

PUNTI DI PRODUZIONE: tutte le strutture organizzative aziendali che utilizzano fotocopiatrici e/o stampanti ad inchiostro.

TIPOLOGIA DEI CONTENITORI: contenitore in cartone da lt 100 di colore bianco, riportante la scritta raccolta toner.

MODALITA' DI GESTIONE: i toner esauriti e le cartucce inchiostrate esaurite devono essere raccolti secondo le seguenti modalità.

La raccolta è decentrata e i contenitori sono posizionati solo presso alcune aree aziendali dove è rilevante la produzione di questa tipologia di rifiuto, come ad esempio: Magazzino Inventario, Aree Amministrative dei Dipartimenti, CUP, Ufficio Fotocopie, Direzioni Sanitarie di Presidio, , ecc.). o presso le aree per la raccolta differenziata.

Tutte le UU.OO. amministrative, sanitarie, di direzione, ecc. che hanno necessità di disfarsi dei toner esauriti e che non hanno un proprio punto di raccolta interno, devono avvalersi dei punti di raccolta decentrati.

- Per la raccolta è obbligatorio provvedere al riconfezionamento del rifiuto nel sacchetto in polietilene che ha costituito l'imballaggio del nuovo toner. Il rifiuto così confezionato deve essere conferito presso i punti di raccolta esistenti e introdotto all'interno dei contenitori specifici.

- Per richiedere il ritiro dei toner esausti dai punti di raccolta aziendali, il personale referente dei punti di raccolta deve far pervenire (prima dell'eccessivo riempimento dei contenitori) una richiesta scritta alla UOC ABS

Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della ditta appaltatrice autorizzata, deve obbligatoriamente rilasciare al referente del punto di raccolta, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, il peso presunto (verificato dallo stesso referente aziendale o personale delegato) la firma del referente e il timbro del punto di raccolta. Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della ditta appaltatrice deve essere conservata presso il punto di raccolta per 5 anni.

SCHEDA N.23

Tipologie di Rifiuti particolari

Prodotti abortivi al di sotto della presunta età gestazionale delle 20 settimane

1.rifiuto speciale a rischio infettivo

2.Per la sepoltura dei prodotti abortivi, qualora richiesto dai familiari, occorre, invece, far riferimento all'art. 7, comma 2 e seguenti, del DPR. 285/1990 (G.U. n. 239 del 12/10/1990) ed al paragrafo 5.2 della circolare del Ministero della Sanità n. 24 del 24/6/1993 (G.U. n. 158 del 8/7/1993) che prevede per i trasporti di prodotti abortivi un'autorizzazione da parte dell' A.U.S.L.

Pace Maker cardiaci codice CER 160605

1. Nei soggetti ai quali deve essere sostituito il pacemaker lo stesso una volta prelevato, dopo decontaminazione con una idonea soluzione detergente / disinfettante, deve essere smaltito seguendo la procedura predisposta per le "pile a secco".

2.Nei soggetti deceduti il pacemaker deve essere prelevato, dopo aver acquisito il consenso scritto da parte dei familiari, per lo smaltimento secondo la procedura per le pile a secco.

Parti anatomiche non riconoscibili

a) Le parti anatomiche non riconoscibili vanno raccolte in doppio contenitore (sacco di polietilene interno e contenitore rigido di materiale plastico od altro materiale "a tenuta" esterno);

b) Il contenitore esterno deve essere di materiale plastico o comunque di materiale che non consenta la dispersione di eventuali percolati e deve essere provvisto di meccanismo a tenuta ermetica;

c) Il contenitore esterno recherà etichettatura che riporta dati sul luogo di produzione del rifiuto, nome dell'ospedale, data di confezionamento, cioè di chiusura, del contenitore;

d) Il contenitore così confezionato va conferito al Punto di raccolta per lo smaltimento **come rifiuto speciale a rischio infettivo**;

e) **Le placente umane**, confezionate singolarmente in sacchetti di plastica chiusi, seguono lo stesso destino con le stesse modalità delle altre parti anatomiche non riconoscibili, fatto salvo l'obbligo da parte della capo-ostetrica della tenuta aggiornata di un registro presso il blocco parto, in cui siano annotate e numerate in ordine progressivo le placente contraddistinte dal nome delle partorienti. Sull'etichetta esterna del contenitore per lo smaltimento, andranno indicati i numeri di registro delle placente corrispondenti avviate allo smaltimento; sul suddetto registro andrà riportata la data di conferimento alla Ditta autorizzata.

Parti anatomiche riconoscibili (arti) e feti

a) Le parti anatomiche riconoscibili sono avviate alla Camera mortuaria dell'ospedale, in doppio sacchetto in polietilene, recante all'esterno dicitura relativa a Nome, Cognome del paziente di riferimento, tipo di parte anatomica contenuta all'interno del sacchetto e la data del trattamento chirurgico/espulsione abortiva;

b) In camera mortuaria le parti anatomiche riconoscibili vanno posizionate in cassette di legno di uso e misura specifiche ad opera degli operatori delle imprese funebri nelle modalità previste dalla normativa vigente e successivamente conferite alla Polizia Mortuaria;

c) La Polizia Mortuaria procede al trasporto ed inumazione delle parti anatomiche riconoscibili;

d) I feti di età gestazionale inferiori alla 20 settimane vengono avviati all'inumazione attraverso la Polizia mortuaria previa richiesta dei genitori che avverrà su apposito modulo allegato alla presente nota; l'ostetrica che ha assistito la donna nel corso dell'espulsione abortiva avrà cura di raccogliere il modulo di richiesta e trasmetterlo alla camera Mortuaria;

I feti di età gestazionale superiore alle 20 settimane saranno comunque avviati all'inumazione attraverso la Polizia Mortuaria senza necessità di compilazione del modulo sopradescritto;

a) Tutti i conferimenti alla P.M. vengono annotati sul registro di carico/scarico depositato presso la Direzione Sanitaria di presidio in sequenza progressiva. Presso l'archivio della D.S. di presidio viene conservata la documentazione attestante il conferimento stesso;

b) Il conferimento delle cassette alla P.M. avviene a cura del personale del R.T.I. (Raggruppamento Temporaneo di Imprese) della Morgue.

Sia il posizionamento delle parti che gli atti amministrativi relativi alle spettanze economiche della P.M. vengono effettuati dal R.T.I. vincitore di gara di appalto.

ACRONIMI

DSM Dipartimento Salute Mentale

DMI Dipartimento Materno Infantile

DIP Dipartimento di Prevenzione

ABS U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi

S.I. UOC Sistema Informativo Aziendale

CPSE Coordinatore Professionale Sanitario Esperto

CPSI Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

D.P.I. Dispositivo di protezione individuale

MUD Modello Unico di Dichiarazione ambientale

ELENCO DEI RIFIUTI PER UNA RICERCA RAPIDA (in ordine alfabetico)

TIPOLOGIA PAGINA

Aghi e acuminati di tipo sanitario 10,11, 13,15,17
Alimenti (residui non infetti) 7,22
Attrezzature di ufficio,(macchinari dismessi) 20
Amalgama per odontoiatria 18
Apparecchiature medicali e di laboratorio dismesse 20
Arredi dismessi 21
Assistenza Domiciliare ,11
Assorbenti igienici 7
Bottiglie di plastica (PE) 21
Contenitori (imballaggi) contaminati da sostanze pericolose 22,23
Carta e cartone 22
Cellophane, pellicole plastiche da imballaggio 21
Cere 23
Citotossici e citostatici 17
Contenitori di vetro non contaminati da liquidi biologici 21
Deflussori e prolunghe (non usati per citostatici) 13
Farmaci scaduti o inutilizzabili 27
Feti 30
Filtri esausti cappe biologiche 16
Flebocli di vetro (non infette, non contaminate da citostatici) 21
Gessi ortopedici (non infetti) 7
Indumenti monouso (grembiuli, cappellini, calzari, ecc) non infetti e non contaminati da liquidi biologici da citostatici 7
Infetto (materiale infetto) 7
Lastre 20
Liquidi di sviluppo e fissaggio 18
Materiali Ferrosi 21
Pacemaker cardiaci 29
Parti anatomiche riconoscibili 29
Parti anatomiche non riconoscibili 29
Pannoloni e pannolini 7,15
Paraffina 23
Piastre, terreni di coltura e materiali di laboratorio usati per attività di ricerca e di diagnostica batteriologica 13
Piatti e bicchieri monouso 22
Pile 24,25
Piombo 25
Polistirolo espanso 7
Prodotti abortivi 29
Radioattivi 15
Resine a scambio ionico sature 24
Responsabili dei siti di produzione 8,
Sacche per urine (non contaminate) 7
Siringhe e aghi usati 13,15,17
Stupefacenti
Taglienti vari sanitari 13,15,17
Toner per stampanti e fotocopiatrici 28
Vetri rotti di porte, finestre e serramenti 22

