Azienda Ospedaliera Santa Maria – Terni

AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA TERNI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
n. 0000295 del 30/04/2024

OGGETTO:

PA N. 13 REGOLAMENTO GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI: DETERMINAZIONI

VISTA

Proposta n. 0000800 del 18/10/2023 a cura di S.S.D. Formazione Qualità e Comunicazione
Hash.pdf (SHA256):1475bdd8f0f26a58fc5e4b80aa0da2541493f6f6e40765af64eedd72e430833e

firmata digitalmente da:

Il Responsabile S.S.D. Formazione Qualità e Comunicazione
Alessandra Ascani

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Parere: FAVOREVOLE
Maria Mariani

IL DIRETTORE SANITARIO
Parere: FAVOREVOLE
Pietro Manzi

DELIBERA

Di fare integralmente propria la menzionata proposta che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e di disporre così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
Andrea Casciari

Il Dirigente della SSD Formazione Qualità Comunicazione Dr.ssa Alessandra Ascani relaziona quanto segue:

Visto il D. Lgs.vo 30.12.1992 n. 502 "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" e sue successive modifiche ed integrazioni

Richiamata la L. R. 9 aprile 2015 n. 11 recante "*Testo unico in materia di Sanità e Servizi Sociali*" pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 21 del 15/04/2015;

Premesso:

-che l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni ha intrapreso con disposizione di servizio del 21-02-2019 n prot. 15873 avente per oggetto" Allineamenti del sistema di governo clinico al sistema di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, il percorso di accreditamento istituzionale regionale;

-che, con Delibera del DG n. 401 del 29 aprile 2022, Accreditamento Istituzionale Regolamento Regione Umbria n°10 del 26 settembre 2018: Disciplina in materia di Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie Pubbliche e Private è stato approvato il piano di adeguamento aziendale al regolamento sopra richiamato;

Visti:

- i requisiti generali del regolamento regionale n. 10 del 2018 "Disciplina in materia di Accreditamento Istituzionale delle Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie Pubbliche e Private";

-i requisiti contenuti nel capitolo 6 del sopracitato regolamento *"***APPROPRIATEZZA CLINICA E SICUREZZA***"* ed in particolare al punto 6.2 "L'organizzazione deve definire in **modo documentato** responsabilità, criteri e risorse per la gestione integrata del rischio ambientale (*es. eventi catastrofici*), rischio operatore (*es. rischio fisico, chimico, biologico*) e rischio paziente (*es. rischio clinico*) che comprenda anche la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza e al punto 6.3, " All'interno delle articolazioni organizzative interessate deve essere fornita **opportuna evidenza** circa la diffusione, conoscenza e applicazione dei i criteri definiti per:

- l'identificazione, la segnalazione e l'analisi di near miss, eventi avversi ed eventi sentinella;
- la raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica e l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione, disinfezione e sterilizzazione, della profilassi antibiotica e del lavaggio delle mani;
- la comunicazione ai pazienti e/o familiari/caregiver degli eventi avversi;

Ritenuto:

-che la Procedura Aziendale n 13 "Procedura Aziendale gestione rifiuti sanitari" proposta dalla S.S.D. Igiene e Processi Ospedalieri è conforme a quanto previsto dalle norme contenute nel regolamento regionale n. 10 del 2018 sopra richiamato;

Attestato che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari;

Preso atto che il responsabile del procedimento, il Dirigente della Struttura proponente, attesta di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, tale da pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni e compiti attribuiti in relazione al procedimento indicato in oggetto, attesta l'insussistenza di cause di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis della legge n. 241/90 e ss.mm.ii e art. 1, comma 9, lett. e) della Legge n. 190/2012 e l'inesistenza delle condizioni di incompatibilità di cui l'art. 35-bis del D. Lgs. n. 165/2001;

Dato atto che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente in ordine alla regolarità amministrativa e legittimità del contenuto della stessa;

Giusta la premessa in narrativa che qui si intende integralmente richiamata

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE:

-di deliberare la Procedura Aziendale PA n. 13 “procedura Gestione rifiuti sanitari”;

- di prendere atto che il presente provvedimento sostituisce integralmente la delibera del Direttore Generale n. 479 del 12/08/2013 avente per oggetto: Approvazione Regolamento aziendale gestione rifiuti e Manuale delle procedure gestione rifiuti sanitari.

-di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri finanziari;

-di individuare quale responsabile del procedimento ai sensi e per gli effetti degli articoli 5 e 6 della Legge 7 agosto 1990 n. 241 il dott. Mauro Ciculi cui è delegato ogni atto esecutivo del presente provvedimento;

-di trasmettere copia del presente provvedimento alla SC Tecnico Patrimoniale.

-stante l’urgenza di provvedere in merito, di attribuire al presente provvedimento l’immediata esecutività.

Responsabile SSD Formazione Qualità e Comunicazione
Dr.ssa Alessandra Ascani

Il Responsabile del Procedimento
Servizio Qualità e Accreditamento
Dott. Mauro Ciculi

Sommario

1. OGGETTO 8
2. OBIETTIVO 8
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 9
3.1 ESCLUSIONI 9
4. RIFERIMENTI NORMATIVI 9
5. TERMINI E ABBREVIAZIONI 10
6. DEFINIZIONI DI RIFIUTO 12
6.1 - CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI IN BASE ALL'ORIGINE 12
6.2 RIFIUTI SANITARI - CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA 12
6.3 CLASSIFICAZIONE CODICE C.E.R. (Catalogo Europeo dei Rifiuti) 13
6.4 SMALTIMENTO E RECUPERO 15
6.4.1 operazioni di smaltimento – d. lgs. 152/06 allegato b 15
6.4.2 operazioni di recupero – d. lgs. 152/06 allegato c 15
7. DOCUMENTI INERENTI LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI 16
7.1 F.I.R. (FORMULARIO IDENTIFICATIVO RIFIUTO) 16
7.2 REGISTRO DI CARICO E SCARICO 18
7.3 - MUD (MODELLO UNICO DI DICHIARAZIONE AMBIENTALE) 18
7.4 - DENOMINAZIONE R.E.N.T.Ri. 19
8. MATRICE DI RESPONSABILITA' 20
9. TIPOLOGIE DI RIFIUTI SANITARI: 21
9.1 RIFIUTI URBANI PRODOTTI IN AMBITO SANITARIO 21
9.2 GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI – CONVENZIONE ASM 22
9.2.1 oggetto della convenzione 23

9.2.2 obblighi del gestore 23
9.2.3 obblighi dell'utente 23
9.2.4 sicurezza 23
9.2.5 formazione e addestramento del personale dell'azienda ospedaliera 24
9.2.6 verifiche 24
9.2.7 durata 24
9.3 CODICI DI RICICLAGGIO 25
9.4 INDICAZIONI RACCOLTA RIFIUTI URBANI DIFFERENZIATI E INDIFFERENZIATI PRESSO REPARTI E SERVIZI 28
9.5 RACCOLTA DIFFERENZIATA CENTRALIZZATA 29
10. RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 30
11. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 32
11.1 REAGENTI DI LABORATORIO - CER 16.05.06* (Requisiti corretto confezionamento) 33
11.1.1 condizioni particolari di confezionamento: 34
11.1.2 materiali particolari che non possono essere confezionati 34
11.1.3 altri rifiuti sanitari che richiedono particolari modalita' di smaltimento - cer 15.01.10* 35
11.2 MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI CER 18.01.08* 36
11.2.1 tempo di eliminazione degli antiblastici negli escreti 37
12. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO 38
12.1 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO SOLIDO 38
12.2 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO LIQUIDO 39
12.3 CER 18.01.03* - RIFIUTI SANITARI A RISCHIO INFETTIVO 39
12.4 RIFIUTI A RISCHIO INFETTIVO - CHIUSURA ED ETICHETTATURA CONTENITORI 42
12.5 FINALITA' DELL'APPOSIZIONE DEL QR-CODE 43
12.6 RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITÀ DI SMALTIMENTO 43
13 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI - CARATTERISTICHE DI PERICOLO 44

13.1 INDICAZIONI DI PERICOLO H (HAZARD STATEMENTS) 44
13.2 INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI 46
13.3 ELEMENTI DELL'ETICHETTA E INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI PER TALUNE SOSTANZE E MISCELE 47
14 SCHEDE COMPARATIVE: SOSTANZE E PRODOTTI PERICOLOSI/RIFIUTI 48
15 RICHIESTA DI SMALTIMENTO RIFIUTI CHE VERRANNO PRODOTTI IN MANIERA CONTINUATIVA60
15.1 MOD. A: "SCHEDA RICHIESTA RIFIUTI PRODOTTI IN MODO CONTINUATIVO" 61
15.2 (MOD. B) "RICHIESTA DI SMALTIMENTO RIFIUTI DETENUTI DI CUI IL PRODUTTORE INTENDE DISFARSI O ABBIA L'OBBLIGO DI DISFARSI" 64
15.2.1 *contenuto delle schede di sicurezza" 65
16 RICHIESTA SMALTIMENTO DI RIFIUTI SANITARI PER NUOVA PRODUZIONE E/O DA SMALTIRE IN MANIERA SPORADICA 66
17 S.C. LABORATORIO ANALISI 66
17.1 RIFIUTI URBANI 66
17.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (principali tipologie prodotte) 66
17.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 68
17.3.1 rifiuti composti da reagenti di laboratorio pericolosi (cer 16.05.06*) 68
17.3.2 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06*) 68
17.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (CER 18.01.03*) 69
18 S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE 70
18.1 RIFIUTI SANITARI ASSIMILATI AI RIFIUTI URBANI 70
18.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (principali tipologie prodotte) 70
18.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 71
18.3.1 Rifiuti composti da reagenti di laboratorio pericolosi (CER 16.05.06*) 71
18.3.2 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06*) 71
18.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (CER 18.01.03*) 72
18.4.1 rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo liquido 72

18.4.2 rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo solido 73

19 S.C. UNIV. ANATOMIA PATOLOGICA 73

19.1 RIFIUTI URBANI 73

19.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 74

19.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO NON INFETTIVO 74

19.3.1 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06* certificato da laboratori esterni qualificati) 74

19.3.2 formalina liquida 76

19.3.3 rifiuti organici contenenti sostanze pericolose (cer 16.03.05* certificato da laboratori esterni qualificati): 76

19.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO liquidi (CER 18.01.03* certificato da Laboratori esterni qualificati 77

19.5 ORGANI E PARTI ANATOMICHE IN FORMALINA 77

20 S.C. FARMACIA OSPEDALIERA 78

20.1 RIFIUTI URBANI 78

20.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 78

20.2.1 rifiuti sanitari non pericolosi - cer 18.01.09: 78

20.2.2 rifiuti sanitari non pericolosi – cer 18.01.01 78

20.2.3 rifiuti sanitari non pericolosi e non utilizzati e inutilizzabili (esempio scaduti) - cer 18.01.04: 79

20.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 79

20.3.1 cer 18.01.08* : 79

20.3.2 cer 16.05.06*: 80

20.4 Gestione del ciclo produttivo e distributivo farmaceutico 80

20.4.1 percorso di smaltimento farmaci scaduti o inutilizzabili derivanti da sperimentazione clinica 82

21 S.C. UNIV. MEDICINA LEGALE 83

21.1 RIFIUTI URBANI 83
21.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 83
21.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 83
21.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*) 84
22 S.C. NEFROLOGIA E DIALISI 84
22.1 RIFIUTI SANITARI URBANI 84
22.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 84
22.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*) 85
23 SERVIZI CARDIOLOGICI 85
23.1 RIFIUTI SANITARI URBANI 85
23.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI 86
23.2.1 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche non pericolose (cer 18.01.07): 86
23.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*) 86
24 AMBULATORIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA 87
24.1 RIFIUTI SANITARI URBANI 87
24.2 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO 87
24.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*) 88
25 SMALTIMENTO DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENENTE DATI SENSIBILI 88
26 GESTIONE RIFIUTI POTENZIALMENTE CONTAMINATI DA RADIOISOTOPI 89
26.1 GESTIONE PORTALE RILEVATORE DI RADIAZIONI PER RIFIUTI SANITARI 90
26.2 ISTRUZIONI OPERATIVE 90
27 ISOLA ECOLOGICA 92
27.1 PROGETTO GESTIONE E SMALTIMENTO AUTOMATIZZATO DELLE SACCHE CONTENENTI URINE 93
27.2 METODICA TRATTAMENTO SACCHE URINE 94
27.3 FASE DI TRITURAZIONE 94

27.4 I RIFLESSI SUI CONSUMI DELLA NUOVA MODALITÀ 95
27.5 RISORSE UMANE COINVOLTE NEL PROGETTO 95
27.6 DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE E DEI MATERIALI OCCORRENTI 96
27.7 PERSONALE DITTA APPALTATRICE 97
27.8 OPERATORI TECNICI D.M.P.O. 97
27.9 VERIFICA DI RISULTATO E DELLA COERENZA DEL PROGETTO 98
27.10 REPARTI IN CUI ATTUALMENTE IL PROGETTO E' OPERATIVO 98
28 KIT EMERGENZA IN CASO DI SVERSAMENTI ACCIDENTALI DI RIFIUTI SANITARI 99
28.1 INDICAZIONI IN CASO DI SVERSAMENTO 100
29. PUNTI DI INTERESSE NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI AZIENDALI 103
30 INDICATORI E CONTROLLI 104
30.1 VERIFICHE E CONTROLLI INTERNI 104
31 ARCHIVIAZIONE 104
32 DIFFUSIONE / DISTRIBUZIONE / LISTA DI DISTRIBUZIONE 104
32.1 ENTRATA IN VIGORE 104
32.2 DISPOSIZIONI FINALI E SANZIONI 105

Redatto da	Referente Gruppo di lavoro Dott. Mauro Palego	*Firma*	*data* 28/4/24
Approvato da	Responsabile struttura emittente Dr. Massimo Rizzo	*Firma*	*data* 28/4/24
Verificato/ Approvato	Serv. Qualità-Accreditamento Aziendale Dott. Mauro Ciculi	*Firma*	*data* 28/4/24

GRUPPO DI LAVORO	
funzione	**nome**
Direttore f.f. SC Direzione medica	Dr. Massimo Rizzo
Responsabile Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri	Dott. Mauro Palego
Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri	Dott. Francesco Orsini
Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri	Dott. Giancarlo Vannozzi
Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri	Dott.ssa Sara Macrì
Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri	OSS Lucia Baldoni

STATO DI AGGIORNAMENTO			
N°	**Pag. e/o §**	**Natura della modifica**	**Data**
	Intero documento	**Prima stesura**	**24/04/2024**

1. OGGETTO

I rifiuti in generale rappresentano nell'attuale modello di sviluppo della società globalizzata un grande problema, sono infatti una delle cause dell'impoverimento delle risorse naturali e una delle fonte più gravi di inquinamento, considerando l'impatto ambientale che comportano ma, se ben gestiti, sono anche una notevole risorsa che riesce ad incidere sui principi stessi dello sviluppo sostenibile. Poiché i rifiuti sanitari, prodotti all'interno delle strutture ospedaliere, necessitano di un'attività gestionale di elevata complessità, avente particolari peculiarità dalle quali scaturiscono precauzioni aggiuntive legate alla tipologia dei rifiuti stessi ed ai rischi ad essi correlati, l'Azienda Ospedaliera "S.Maria" di Terni si è dotata del presente Regolamento.

2. OBIETTIVO

E' mettere in atto una gestione controllata, efficace, efficiente e sicura dei rifiuti sanitari tramite:

- L'informazione e la formazione di tutto il personale aziendale;
- la riduzione della produzione dei rifiuti;
- la riduzione del rischio di infortunio;
- l'incentivazione del riciclaggio e del recupero dei rifiuti tramite un'attenta raccolta differenziata;
- la riduzione dei costi inerenti la produzione, la raccolta, il trasporto e lo smaltimento dei rifiuti.

Il Regolamento ha lo scopo di uniformare e standardizzare tutte le procedure inerenti le modalità di:

- Produzione dei rifiuti e classificazione;
- corretta ripartizione per composizione chimica e/o merceologica;
- utilizzo per tipologia dei molteplici contenitori dedicati a raccogliere i vari tipi di rifiuti;
- posizionamento dei rifiuti negli idonei contenitori;
- etichettatura dei contenitori dei rifiuti;
- deposito a piè di produzione;
- conferimento al personale preposto alla movimentazione interna;
- movimentazione interna;
- deposito temporaneo;
- trasporto dei rifiuti finalizzato allo smaltimento o al recupero parziale o totale delle materie in essi contenute.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

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

3.1 ESCLUSIONI

Dal presente procedura sono escluse:

- la gestione di rifiuti speciali contenenti amianto, provenienti da interventi di manutenzione delle strutture aziendali, da arredi o da apparecchiature varie in quanto di competenza delle Ditte incaricate degli interventi di bonifica;
- la gestione dei rifiuti generati dai lavori di demolizione, ristrutturazione, manutenzione dei fabbricati o porzioni degli stessi, degli impianti e quant'altro concerne la produzione di rifiuti di cantiere;
- la gestione della maggior parte dei rifiuti speciali derivanti dagli interventi sugli impianti tecnologici presenti nelle aree di pertinenza dell'Azienda, in quanto, se citato nel contratto, rimane di competenza della ditta incaricata della gestione degli impianti medesimi, nonché dell'esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria;
- la gestione dei rifiuti radioattivi in quanto disciplinati da specifiche disposizioni di legge (D.Lgs 241/2000 "Attuazione dell Direttive Euratom in materia di radiazioni ionizzanti".

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

Le principali fonti normative di riferimento relative alla gestione dei rifiuti sono:

- **DCI 27/07/1984** Gestione Deposito Temporaneo
- **D.P.R. 309/1990, n. 309** – "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza";
- **D. Min 28 settembre 1990** "Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali, pubbliche e private";
- **Legge 70/94** Comunicazione annuale Modello Unico di Dichiarazione Ambientale;
- **D.Lgs 22 del 5 febbraio 1997** meglio noto come "Decreto Ronchi", ha poi sostituito il DPR 915/82 ed ha recepito le Direttive europee emanate nella prima metà degli anni novanta, a seguito del IV Programma di Azione Ambientale.
- **D. Min. 1 aprile 1998 n. 145** "Procedura recante la definizione del modello e dei contenuti del formulario di accompagnamento dei rifiuti";
- **D. Min. 1 aprile 1998, n.148**, "Procedura recante l'approvazione del modello dei registri di carico e scarico rifiuti" e successive modifiche ed integrazioni;
- **Circolare 4 agosto 1998**, n. GAB/DEC/812/98 esplicativa sulla compilazione dei registri di carico scarico dei rifiuti e dei formulari di accompagnamento dei rifiuti;
- **D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254**: "Procedura recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari" a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002 n. 179;

- **Legge 11 febbraio 2019 n. 12**: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135" riportante l'abrogazione del Sistri e l'istituzione del registro elettronico di carico e scarico rifiuti;
- **D. Lgs 3 aprile 2006, n. 152, parte IV**: "Norme in materia ambientale" relativa alla gestione dei rifiuti e sue modifiche ed integrazioni;
- **Regolamento CE n.1272/2008** relativo alla classificazione, all'etichettatura e al confezionamento delle sostanze e delle miscele;
- **D. Lgs 81/2008** "attuazione dell'art.1 della L. 123/2007 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- **D.lgs 35/2010** normativa ADR.
- **Legge 14 settembre 2011, n. 148,** recante modificazioni alla legge 13 agosto 2011 n. 138 e apportando nuove disposizioni al sistema di tracciabilità dei rifiuti;
- **D.lgs 49/2014**, – "Attuazione Della Direttiva 2012/19/UE sui Rifiuti di Apparecchiature Elettriche Ed Elettroniche (RAEE)".
- **decreto Ministero Ambiente 59/2023** che disciplina il nuovo sistema di tracciabilità dei rifiuti - e il Registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti (Rentri) - operativo a partire dal 15 dicembre 2024.

5. TERMINI E ABBREVIAZIONI

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.

RIFIUTI URBANI: i rifiuti indifferenziati e da raccolta differenziata provenienti da altre fonti che sono simili per natura e composizione ai rifiuti domestici indicati nell'allegato L-quater prodotti dalle attivita' riportate nell'allegato L-quinquies del D.Lgs n. 152/2006 e s.m.i.

RIFIUTO PERICOLOSO: rifiuto che presenta una o più caratteristiche di cui all'Allegato I della parte quarta del DLgs. 205/2010 (art. 183 comma 1 lettera b del DLgs. 152/2006 come modificato dal DLgs. 205/2010).

GESTIONE RIFIUTI: la raccolta, il trasporto, il recupero e lo smaltimento dei rifiuti compreso il controllo di tali operazioni.

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.

UNITA' OPERATIVA: reparto, impianto o stabilimento dalla quale sono autonomamente originati i rifiuti.

PUNTO DI RACCOLTA: stanze o aree di ciascun Reparto, Laboratorio o Ambulatorio deputati alla raccolta temporanea prima del trasporto verso il deposito temporaneo.

DEPOSITO TEMPORANEO: il raggruppamento dei rifiuti effettuato nel luogo in cui sono prodotti purché rispetti precise condizioni di quantità, qualità, sicurezza e periodicità di allontanamento.

PRODUTTORE: il soggetto la cui attività produce rifiuti (produttori iniziali) o chiunque effettui operazioni di pretrattamento, di miscelazione o di altre operazioni che hanno modificato la natura o la composizione di detti rifiuti.

DETENTORE: il produttore di rifiuti o la persona fisica o giuridica che ne è in possesso.

INTERMEDIARIO: qualsiasi impresa che dispone il recupero o lo smaltimento dei rifiuti per conto di terzi.

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.

REGISTRO DI CARICO E SCARICO: previsto dall'art. 190 del DLgs. 152/2006, è il documento che riporta, nel rispetto dei tempi indicati dalla normativa, i flussi quali-quantitativi di produzione dei rifiuti (carico) e di allontanamento dalla Struttura (scarico) il cui obbligo di tenuta spetta ai soggetti che non hanno l'obbligo di adesione al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti (SISTRI) (s.s.m RENTRI).

MODELLO UNICO DI DICHIARAZIONE AMBIENTALE (M.U.D): previsto dall'art 189 del DLgs. 152/2006 come modificato dal DLgs. 205/2010, è il documento che descrive i flussi quali-quantitativi dei rifiuti prodotti nell'anno solare precedente a quello nel quale viene presentata la denuncia.

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, etc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio all'ambiente.

RACCOLTA: l'operazione di prelievo, cernita o di raggruppamento dei rifiuti per il loro trasporto.

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.

RECUPERO: le operazioni che utilizzano i rifiuti per generare materie prime secondarie, combustibili o prodotti, attraverso trattamenti meccanici, termici, chimici o biologici, incluse la cernita o selezione.

RISCHIO BIOLOGICO/INFETTIVO: rischio legato alla presenza nei rifiuti, di microrganismi in grado di infettare i lavoratori addetti in qualsiasi fase della catena di gestione dei rifiuti (movimentazione, deposito, trasporto e smaltimento/recupero.

RISCHIO CHIMICO: rischio dovuto alla presenza nei rifiuti di sostanze chimiche. Rientrano in questa categoria tutti i reagenti, solventi, miscele di composti contenenti le sostanze di cui si conosce il potere

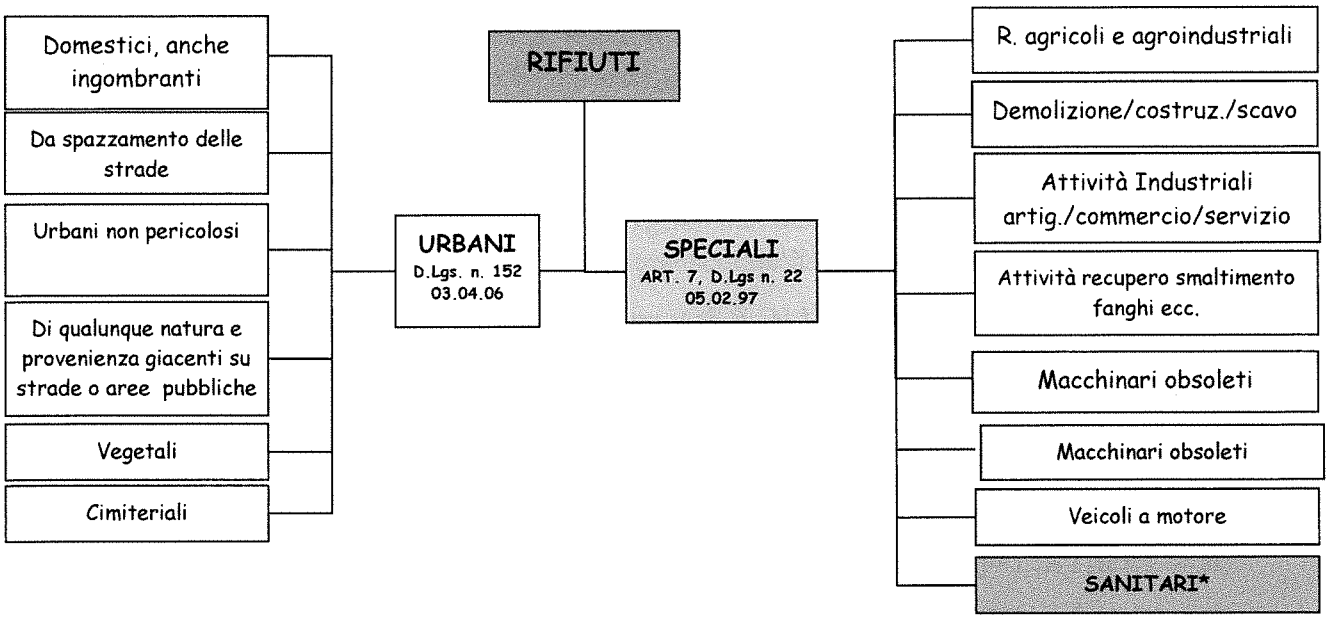
tossico o mutageno/cancerogeno. Anche un eventuale rischio di combustione degli stessi con conseguente incendio sono aspetti da non sottovalutare.

REGISTRO ELETTRONICO NAZIONALE DI TRACCIABILITA' DEI RIFIUTI (RENTRI) disciplinato dal decreto Ministero Ambiente 59/2023 che regola il nuovo sistema di tracciabilità dei rifiuti, sarà operativo a partire dal 15 dicembre 2024.

6. DEFINIZIONI DI RIFIUTO

E' definito **RIFIUTO** "qualsiasi sostanza od oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'obbligo di disfarsi" che rientri nelle categorie riportate nell'allegato A alla parte quarta del D.Lgs.152/2006 art. 183 comma 1 lettera a.

6.1 - CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI IN BASE ALL'ORIGINE



6.2 RIFIUTI SANITARI - CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA

Il DPR 254/03, regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179, disciplina la gestione dei rifiuti sanitari e degli altri rifiuti allo scopo di garantire elevati livelli di tutela dell'ambiente, della salute pubblica e controlli efficaci.
I rifiuti sanitari devono essere gestiti in modo di diminuirne la pericolosità, di favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero e di ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento. A tale fine devono essere incentivati:

a) l'organizzazione di corsi di formazione del personale delle strutture sanitarie sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari, soprattutto per minimizzare il contatto di materiali non infetti con potenziali fonti infettive e ridurre la produzione di rifiuti a rischio infettivo;
b) la raccolta differenziata dei rifiuti sanitari urbani prodotti dalle strutture sanitarie;
c) l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di reagenti e farmaci per ridurre la produzione di rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo e di rifiuti sanitari non pericolosi;
d) l'ottimizzazione dell'approvvigionamento delle derrate alimentari al fine di ridurre la produzione di rifiuti alimentari;
e) l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di prodotti e reagenti a minore contenuto di sostanze pericolose;
f) l'utilizzo preferenziale, ove tecnicamente possibile, di plastiche non clorurate;
g) l'utilizzo di tecnologie di trattamento di rifiuti sanitari tendenti a favorire il recupero di materia e di energia. Le strutture sanitarie devono provvedere alla gestione dei rifiuti prodotti secondo criteri di sicurezza.

I rifiuti disciplinati dal regolamento sopra citato e definiti all'art. 2, comma 1, sono:

- i rifiuti sanitari urbani;
- i rifiuti sanitari non pericolosi;
- i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo;
- i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo;
- i rifiuti da esumazioni e da estumulazioni, nonché i rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali, esclusi i rifiuti vegetali provenienti da aree cimiteriali;
- i rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che come rischio risultano analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, con l'esclusione degli assorbenti igienici.

6.3 CLASSIFICAZIONE CODICE C.E.R. (Catalogo Europeo dei Rifiuti)

In tutta la Comunità Europea le diverse tipologie di rifiuti sono raccolte in un unico Catalogo Europeo dei Rifiuti, nel quale i rifiuti sono identificati per tipologia, attraverso uno specifico codice a sei cifre provvisto di asterisco se trattasi di rifiuti pericolosi (es sostanze chimiche pericolose CER 18.01.06*).
Il sistema di classificazione dei rifiuti pericolosi è stato introdotto a livello Europeo, e conseguentemente nel nostro ordinamento giuridico, a far data dal 1° gennaio 2002 (Decisione 2001/118/CE ad integrazione della Decisione 2000/532/CE).
In seguito, come precedentemente indicato, la normativa di riferimento in materia di caratteristiche di pericolosità è stata modificata ed integrata dal più recente Regolamento (UE) N. 1357/2014.
Oggi sono da considerarsi pericolosi i rifiuti i cui codici CER sono contrassegnati con un asterisco (*) ed elencati nella Decisione 2001/118/CE entrata in vigore in data 1/1/2002 (in ottemperanza alla decisione 2000/532/CE).

La più recente Decisione della Commissione 955/2014 UE del 18 dicembre 2014 ha modificato la precedente (2000/532/CE) relativamente all'elenco dei rifiuti ai sensi della direttiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, come segue:
La classificazione in base all'elenco dei rifiuti comporta innanzitutto che ciascun rifiuto debba essere classificato tramite un codice a sei cifre:

- la prima coppia di cifre rappresenta la fonte da cui origina il rifiuto; (cod.18 rifiuti del settore sanitario/vet.)
- la seconda coppia di cifre rappresenta la provenienza legata ad uno specifico settore
- la terza coppia di cifre individua i singoli tipi di rifiuto provenienti da una fonte specifica.

La classificazione completa e conforme consente alle imprese e alle autorità competenti di prendere una decisione in merito alla pericolosità o meno dei rifiuti. A questo proposito, l'elenco dei rifiuti riconosce tre tipi di voci: «voci di pericolo assoluto»:

- i rifiuti assegnati a voci di pericolo assoluto non possono essere assegnati a voci di non pericolo e sono considerati essere pericolosi senza ulteriore valutazione;
- «voci di non pericolo assoluto»: i rifiuti assegnati a voci di non pericolo assoluto non possono essere assegnati a voci di pericolo e sono considerati essere non pericolosi senza ulteriore valutazione;
- «voci specchio»: si tratta di voci nel contesto delle quali rifiuti generati dalla stessa fonte possono essere classificati a norma dell'elenco dei rifiuti secondo una voce di pericolo o una voce di non pericolo in base al caso specifico e alla composizione dei rifiuti.

I rifiuti per i quali è stata riconosciuta la natura di "pericoloso" presentano almeno uno dei requisiti di pericolosità (classi HP) già riportati.
L'individuazione dei rifiuti pericolosi viene effettuata sulla base di criteri che tengono prevalentemente conto dell'origine e, in alcuni casi, della concentrazione delle sostanze pericolose contenute (vedi tabelle sostanze pericolose).
Le concentrazioni limite si riferiscono alla Direttiva CEE 88/279 sulla classificazione dei preparati pericolosi e sono riportate all'art. 2 della Decisione 2000/532/CE e successive modifiche ed integrazioni (elenco comunitario dei rifiuti pericolosi).
In definitiva mentre nel primo caso la classificazione è oggettiva e praticamente automatica (origine del rifiuto), nella seconda ipotesi (voci speculari) la pericolosità del rifiuto continua ad essere evidente dal ciclo di lavorazione che lo ha generato, **dall'etichettatura e dalle schede di sicurezza del prodotto originario** ma spetta al detentore stabilire la corretta natura del proprio rifiuto tramite la verifica analitica che diventa pertanto fondamentale nella classificazione dei rifiuti.

6.4 SMALTIMENTO E RECUPERO

I rifiuti possono essere avviati a smaltimento o recupero:

- "**smaltimento**"*: qualsiasi operazione diversa dal recupero anche quando l'operazione ha come conseguenza secondaria il recupero di sostanze o di energia. L'Allegato B alla parte IV del presente decreto riporta un elenco non esaustivo delle operazioni di smaltimento;
- **"recupero"**: qualsiasi operazione il cui principale risultato sia di permettere ai rifiuti di svolgere un ruolo utile, sostituendo altri materiali che sarebbero stati altrimenti utilizzati per assolvere una particolare funzione o di prepararli ad assolvere tale funzione, all'interno dell'impianto nell'economia in generale. L'allegato C della parte IV del presente decreto riporta un elenco non esaustivo di operazioni di recupero.;

6.4.1 operazioni di smaltimento – d. lgs. 152/06 allegato b

D1 Deposito sul o nel suolo (a esempio discarica)
D2 Trattamento in ambiente terrestre (a esempio biodegradazione di rifiuti liquidi o fanghi nei suoli)
D3 Iniezioni in profondità (a esempio iniezioni dei rifiuti pompabili in pozzi. In cupole saline faglie geologiche naturali)
D4 Lagunaggio (a esempio scarico di rifiuti liquidi o di fanghi in pozzi, stagni o lagune, ecc.)
D5 Messa in discarica specialmente allestita (a esempio sistematizzazione in alveoli stagni separati, ricoperti o isolati gli uni dagli altri e dall'ambiente)
D6 Scarico dei rifiuti solidi nell'ambiente idrico eccetto l'immersione
D7 Immersione, compreso il seppellimento nel sottosuolo marino
D8 Trattamento biologico non specificato altrove nel presente allegato, che dia origine a composti o a miscugli che vengono eliminati secondo uno dei procedimenti elencati nei punti da D1 a D12
D9 Trattamento fisico-chimico non specificato altrove nel presente allegato che dia origine a composti o a miscugli eliminati secondo uno dei procedimenti elencati nei punti da D1 a D12 (ad esempio evaporazione, essiccazione, calcinazione, ecc.)
D10 Incenerimento a terra
D11 Incenerimento in mare
D12 Deposito permanente (a esempio sistemazione di contenitori in una miniera, ecc.)
D13 Raggruppamento preliminare prima di una delle operazioni di cui ai punti da D1 a D12
D14 Ricondizionamento preliminare prima di una delle operazioni di cui ai punti da D1 a D13
D15 Deposito preliminare prima di una delle operazioni di cui ai punti da D1 a D14 (escluso il deposito temporaneo, prima della raccolta, nel luogo in cui sono prodotti).

6.4.2 operazioni di recupero – d. lgs. 152/06 allegato c

R1 Utilizzazione principale come combustibile o come altro mezzo per produrre energia
R2 Rigenerazione/recupero di solventi

R3 Riciclo/recupero delle sostanze organiche non utilizzate come solventi (comprese le operazioni di compostaggio e altre trasformazioni biologiche)
R4 Riciclo/recupero dei metalli e dei composti metallici
R5 Riciclo/recupero di altre sostanze inorganiche
R6 Rigenerazione degli acidi o delle basi
R7 Recupero dei prodotti che servono a captare gli inquinanti
R8 Recupero dei prodotti provenienti dai catalizzatori
R9 Rigenerazione o altri reimpieghi degli oli
R10 Spandimento sul suolo a beneficio dell'agricoltura o dell'ecologia
R11 Utilizzazione di rifiuti ottenuti da una delle operazioni indicate da R1 a R10
R12 Scambio di rifiuti per sottoporli a una delle operazioni indicate da R1 a R11
R13 Messa in riserva di rifiuti per sottoporli a una delle operazioni indicate nei punti da R1 a R12 (escluso il deposito temporaneo, prima della raccolta, nel luogo in cui sono prodotti).

7. DOCUMENTI INERENTI LA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI

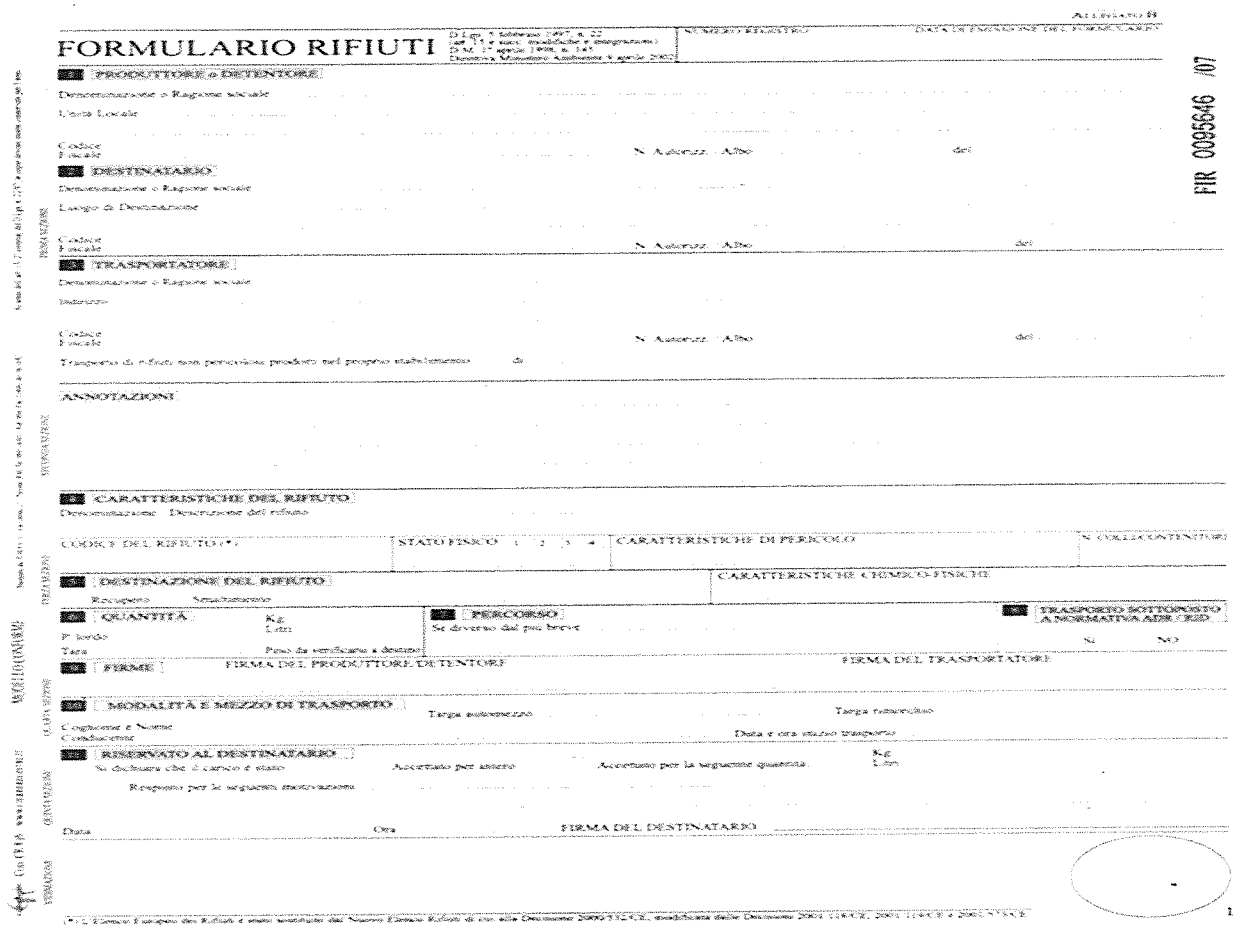
7.1 F.I.R. (FORMULARIO IDENTIFICATIVO RIFIUTO)

E' il documento di Identificazione che accompagna il rifiuto (sia esso pericoloso che non pericoloso) durante il trasporto, dal momento del suo conferimento alla Ditta appaltatrice autorizzata ed iscritta all'albo nazionale gestori ambientali, fino alla destinazione finale cioè all'impianto di smaltimento/recupero.

Il formulario è vidimato dalla CCIAA competente per territorialità, così come il registro di carico e scarico, ed è costituito da 4 fogli prenumerati e a ricalco. Compilato in tutte le sue parti al momento del prelevamento del rifiuto, prima della partenza del mezzo di trasporto, il suddetto FIR viene sottoscritto dal produttore del rifiuto (in questo caso dai medici della D.M.P.O o dalla P.O. Gestione Rifiuti Sanitari) e controfirmata dal trasportatore in qualità di affidatario del rifiuto. La prima copia (originale) rimane all'Ufficio Igiene, le restanti 3 copie accompagnano il rifiuto nel suo tragitto fino all'avvenuto smaltimento/recupero. La quarta ed ultima copia viene recapitata dalla Ditta incaricata del trasporto entro 90 gg. e va conservata, unitamente alla prima e al registro di carico/scarico per almeno 3 anni, dalla data dell'ultima registrazione, dall'Ufficio Igiene.

Qualora la quarta copia non venga restituita nei tempi sopraindicati, o la quantità dei rifiuti risulti marcatamente diversa da quella inviata, la nostra azienda ne dà immediata comunicazione alle autorità competenti (Provincia).

Esempio di FIR:


FORMULARIO RIFIUTI

PRODUTTORE o DETENTORE

Denominazione o Ragione sociale

Unità Locale

Codice Fiscale — N. Autorizz. Albo — del

DESTINATARIO

Denominazione o Ragione sociale

Luogo di Destinazione

Codice Fiscale — N. Autorizz. Albo — del

TRASPORTATORE

Denominazione o Ragione sociale

Indirizzo

Codice Fiscale — N. Autorizz. Albo — del

Trasporto di rifiuti non pericolosi prodotti nel proprio stabilimento di

ANNOTAZIONI

CARATTERISTICHE DEL RIFIUTO

Denominazione Descrizione del rifiuto

CODICE DEL RIFIUTO (*) — STATO FISICO 1 2 3 4 — CARATTERISTICHE DI PERICOLO — N. COLLI CONTENITORI

DESTINAZIONE DEL RIFIUTO — CARATTERISTICHE CHIMICO-FISICHE

Recupero Smaltimento

QUANTITÀ — Kg Litri — P. lordo — Tara — Peso da verificare a destino

PERCORSO — Se diverso dal più breve

TRASPORTO SOTTOPOSTO A NORMATIVA ADR/RID — SI NO

FIRME — FIRMA DEL PRODUTTORE DETENTORE — FIRMA DEL TRASPORTATORE

MODALITÀ E MEZZO DI TRASPORTO — Targa autoveicolo — Targa rimorchio — Cognome e Nome — Conducente — Data e ora inizio trasporto

RISERVATO AL DESTINATARIO — Si dichiara che il carico è stato — Accettato per intero — Accettato per la seguente quantità — Kg Litri — Respinto per le seguenti motivazioni

Data — Ora — FIRMA DEL DESTINATARIO

FIR 0095646 /07

(*) Codice Europeo dei Rifiuti e eventi modificati dal Nuovo Elenco Rifiuti di cui alla Decisione 2000/532/CE, modificata dalle Decisioni 2001/118/CE, 2001/119/CE e 2001/573/CE

IMPORTANTE

Qualsiasi materiale debba essere smaltito da qualunque unità operativa con l'utilizzo dei formulari di trasporto intestati all'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, tutta la documentazione inerente il trasporto e/o lo smaltimento, deve essere trasmessa immediatamente all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri, per la registrazione e conservazione (L'articolo 258 del D.Lgs. n. 152/2006, recante le sanzioni relative alla compilazione e alla tenuta dei registri di carico e scarico e dei formulari d'identificazione dei rifiuti, è stato sostituito con un nuovo testo, per effetto dell'articolo 4 del D.Lgs. n. 116/2020. Chiunque omette di tenere ovvero tiene in modo incompleto il registro di carico e scarico di cui all'articolo 190, comma 1, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da €. 2.000,00 a €. 10.000,00. Se il registro è relativo a rifiuti pericolosi si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da €. 10.000 a €. 30.000,00, nonché nei casi più gravi, la sanzione amministrativa accessoria facoltativa della sospensione da un mese a un anno dalla carica rivestita dal soggetto responsabile dell'infrazione e dalla carica di amministratore).

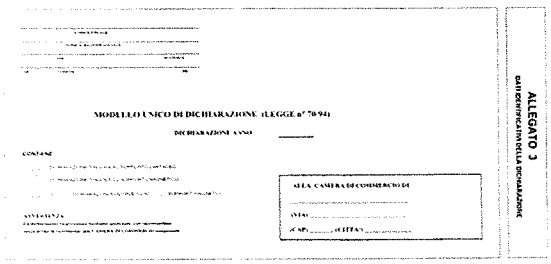
7.2 REGISTRO DI CARICO E SCARICO

Registro di carico e scarico (compilato e conservato per 3 anni dalla data dell'ultima registrazione, dall'Ufficio Igiene) ha la funzione di documentare le quantità di rifiuti pericolosi prodotti (operazione di carico, da effettuare entro 10 gg dall'avvenuta produzione di rifiuti pericolosi sanitari ed entro 5 gg unicamente per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo) e le quantità conferite al trasportatore autorizzato per l'invio agli impianti di smaltimento/recupero (operazione di scarico, da effettuare entro 10 gg dall'avvenuto inizio trasporto di rifiuti pericolosi in genere ed entro 5 gg unicamente per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo). Il registro deve essere vidimato in ogni sua pagina dalla Camera di Commercio competente per territorio.

Esempio di una pagina del registro di carico e scarico:

7.3 - MUD (MODELLO UNICO DI DICHIARAZIONE AMBIENTALE)

La normativa vigente prevede che tutti i rifiuti pericolosi prodotti e annotati nel Registro di carico e scarico siano ricompresi in una denuncia annuale MUD compilata dall'Ufficio Igiene e firmata dal Direttore Generale. Tale dichiarazione viene conservata presso l'Ufficio Igiene per 5 anni (Legge n. 70/94).



7.4- DENOMINAZIONE R.E.N.T.Ri.

Il R.E.N.T.Ri. (Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti).
Si tratta del nuovo sistema informatico con il quale sarà possibile, per coloro che producono, trasportano, smaltiscono/recuperano i rifiuti, assolvere gli oneri documentali obbligatori in maniera digitale.
L'art.188-bis del D.lgs. 152/2006 e s.m.i., nell'attuale formulazione, definisce che il nuovo sistema di tracciabilità dei rifiuti si compone delle procedure e degli strumenti che devono essere integrati nel nuovo sistema informativo R.E.N.TRI, gestito presso la competente struttura organizzativa del Ministero dell'Ambiente, ora Ministero della Transizione Ecologica e che tale struttura verrà supportata tecnicamente dell'Albo Nazionale Gestori Ambientali, sulla base di modalità operative stabilite da una regolamentazione ministeriale.
Il R.E.N.T.Ri. sarà suddiviso in due sezioni:
. Sezione dell'anagrafica degli iscritti, che raccoglie anche le autorizzazioni ambientali;
. Sezione della tracciabilità, che raccoglie i dati annotati nei registri e nei formulari.
Il R.E.N.T.Ri. introduce un modello di gestione digitale per l'assolvimento degli adempimenti quali l'emissione dei Formulari di Identificazione Rifiuti, e la tenuta dei Registri Cronologici di Carico e Scarico. Per tutti i soggetti non obbligati all'iscrizione al Registro Elettronico Nazionale, i suddetti adempimenti potranno continuare ad essere assolti tramite i formati cartacei.

8. MATRICE DI RESPONSABILITA'

	Direttore U.O. Coordinatore inf.co/Tecnici/ Ost. Altri Dirigenti	Personale dell'U.O.	Ausiliari OSS	Ditte appaltatr. Trasporto rifiuti, pulizie	Impianto di dest.	F.O. gestione rifiuti sanitari	S.C. Direzione medica	Direzione sanitaria
Corretta gestione rifiuti nell'unità operativa	R	C	C	I	-	C	I	
Vigilanza sulla raccolta rifiuti nell'unità operativa	R	C	C	I	-	C	C	
Raccolta/confezionamento/ etichettatura dei contenitori	I	I	R	I	-	I	I	
Conferimento rifiuti speciali nel deposito interno delle UU.OO. e relativa gestione dello stesso	C	C	R	I	-	I	I	
Ritiro rifiuti dalle unità produttive	I	I	I	R	-	I	I	
Movimentazione rifiuti deposito temporaneo/aree ecologiche	C	C	C	R	-	I	I	
Smaltimento, recupero dei rifiuti	-	-	-	I	R	I	I	
Gestione della documentazione (formulari identificazione rifiuti,registri di carico e scarico) vigilanza e supervisione sull'intero processo di gestione dei rifiuti	-	-	-	C	C	R	C	
Indirizzo e coordinamento	-	-	-	-	-	I	C	R

R= Responsabile
C= Coinvolto/collaboratore
I= Informato

N.B. resta inteso che tutte le fasi del processo sopra descritto, anche in assenza temporanea delle figure aziendali preposte, all'interno di ciascuna U.O. /Servizio dovranno essere garantite dal personale afferente alla struttura, sotto la responsabilità dei rispettivi Dirigenti/Coordinatori.

9. TIPOLOGIE DI RIFIUTI SANITARI:

9.1 RIFIUTI URBANI PRODOTTI IN AMBITO SANITARIO

Tabella 1 - Principali tipologie di rifiuti sanitari simili ai domestici

Genere di rifiuto	Provenienza e caratteristiche del rifiuto	Tipologia di rifiuto (elenco esemplificativo)	CER
Rifiuti biodegradabili	Rifiuti derivanti da cucine e mense per la preparazione dei pasti raccolti nei e conferiti nei contenitori dell'organico direttamete dalla ditta appaltatrice	Alimenti	20.01.08
Residui alimentari da conferire nella raccolta dei rifiuti urbani indifferenziati	Residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie. Qualora tali residui non siano ritirati dalla ditta affidataria dell'appalto di ristorazione	Sono esclusi i residui alimentari prodotti da pazienti ricoverati presso il reparto Malattie Infettive o posti in isolamento infettivo in altri reparti (tali rifiuti vanno gestiti come rifiuti sanitaria rischio infettivo)	20.03.01
Imballaggi in vetro	Tipologia di rifiuto derivante principalmente da imballaggi di soluzioni di infusione, farmaci, alimenti, bevande.	Negli appositi raccoglitori devono essere introdotti solo contenitori vuoti il cui contenuto sia stato completamente infuso, somministrato o utilizzato e priviati di cannule, di aghi ed accessori per la somministrazione. Sono esclusi i contenitori di soluzioni di farmaci antiblastici o visibilmente contaminati da materiale biologico; inoltre non possono essere conferiti contenitori radioattivi ai sensi del D.lgs 17/3/95 n° 230 e provenienti da pazienti in isolamento infettivo.	15.01.07
Materiali misti	Imballaggi in materiali misti	Purchè non contenenti sostanza pericolose	15.01.06
Carta e cartone	Imballaggi in carta e cartone	Ogni tipologia di carta e cartone non contaminata da sostanze pericolose	15.01.01
Plastica	Imballaggi in plastica	Contenitori o imballaggi in plastica purché non contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze	15.01.02
Legno	Imballaggi in legno	Bancali (non EURO) scarti di lavorazione del legno	15.01.03
Metallo	Imballaggi metallici	Imballaggi metallici in genere	15.01.04
Metalli	Ferro, acciaio	Metalli ferrosi	16.01.17
		Ferro e acciaio	17.04.05
		Metallo	20.01.40
	Altri metalli	Metalli non ferrosi	16.01.18
		Metalli (incluse le loro leghe)	17.04.XX
		Metallo	20.01.40
Materiali ingombranti	Rifiuti ingombranti	Poltrone, arredi, ecc.	20.03.07
Rifiuti da attività di giardinaggio	Rifiuti biodegradabili	Sfalci dei giardini, foglie e prodotti dalla potatura degli alberi, ecc.	20.02.01

Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sottoposti a processo di sterilizzazione	Rifiuti sterilizzati	Fatto salvo quanto stabilito nell'art. 1, commi 1, 2, 3 del DM 219/2000 e quanto stabilito all'art. 2, comma 1, lettera g), punto 8, e all'art. 9, i rifiuti sanitari sterilizzati sono sottoposti a regime giuridico dei rifiuti urbani	20.03.01

9.2 GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI – CONVENZIONE ASM

Per quanto attiene la Gestione dei rifiuti urbani, in osservanza dei Regolamenti Comunali vigenti (regolamento TARI 11/2014 ,D.C.C 30/12/2020), la nostra Azienda ha stipulato una convenzione con l'Azienda Servizi Municipalizzati di Terni (ASM) che viene sotto riportata:

ASM TERNI S.p.A.	CONVENZIONI PER IL SERVIZIO DI RACCOLTA RIFIUTI URBANI PRODOTTI DALL'OSPEDALE DI TERNI	Pag. 22 di 3	Rev 0
		Conv. Del 15/12/2017	

CONVENZIONE TRA

ASM Terni S.p.A., concessionaria di pubblico servizio per la raccolta dei rifiuti urbani nel comune di Terni, con sede in Via B. Capponi 100, 05100 Terni, CF/PI.00693630550., nella persona del suo legale rappresentante Ing. Stefano Tirinzi, di seguito denominato "**gestore**"

e

AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DI TERNI, con sede in Terni in VIALE TRISTANO DI JOANNUCCIO, PI 00679270553, nella persona del Suo legale rappresentante dott. Maurizio Dal Maso, di seguito denominato il "**produttore**" o "**utente**"

Premesso che

Il Gestore del Pubblico Servizio esegue la raccolta dei rifiuti urbani.

I rifiuti urbani come stabilito dal D.Lgs. 152/06, art. 184, c. 2, sono i:

- rifiuti domestici anche ingombranti, provenienti da locali e luoghi adibiti ad uso di civile abitazione;
- rifiuti non pericolosi provenienti da locali e luoghi adibiti ad usi diversi da quelli del primo punto, assimilati ai rifiuti urbani per qualità e quantità;
- rifiuti provenienti dalla pulitura delle strade;
- rifiuti di qualunque natura o provenienza, giacenti sulle strade ed aree pubbliche o sulle strade ed aree private comunque soggette ad uso pubblico o sulle spiagge marittime e lacuali e sulle rive dei corsi d'acqua;
- rifiuti vegetali provenienti da aree verdi, quali giardini, parchi e aree cimiteriali;
- rifiuti provenienti da esumazioni ed estumulazioni, nonché gli altri rifiuti provenienti da attività cimiteriale.

Considerato che:

- l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni è un ente pubblico che offre un pubblico servizio ai cittadini;
- i rifiuti prodotti all'interno della suddetta Azienda nei locali ad uso pubblico (corsie, reparti e sale di attesa) dai pazienti in degenza e dal personale operativo sono classificati come urbani;
- i rifiuti provenienti dalla mensa costituiti da scarti alimentari sono classificati urbani;
- l'utente dichiara di smaltire tutti i rifiuti speciali in conto proprio attraverso aziende autorizzate;
- la delibera del consiglio comunale di Terni n°147 del 2013 approva "Il Regolamento per l'assimilazione ai rifiuti urbani dei rifiuti speciali ai sensi del D. Lgs n. 152/2006 così come modificato dal D.Lgs. n. 205/2010".

tutto ciò premesso si conviene e si stipula quanto segue

9.2.1 oggetto della convenzione

L'utente conferisce ad ASM Terni S.p.A. in qualità di Gestore del Pubblico Servizio indicato in premessa tutti i rifiuti classificati come urbani prodotti all'interno della struttura ospedaliera.

9.2.2 obblighi del gestore

Il Gestore ai fini dell'ottimizzazione del servizio fornisce all'Utente in comodato d'uso gratuito:

- n. 10 bidoni da 240 lt organico.
- n. 3 "*press-containers*" da posizionare all'interno dell'area adibita ai cassoni; in particolare n. 1 "*press container*" per la carta e cartone COD. CER 200101, n. 1 "*press container*" per la plastica COD. CER 150102 e n. 1 "*press-container*" per il rifiuto urbano indifferenziato COD. CER 200301.

Il Gestore procederà al ritiro dei rifiuti biodegradabili con cadenza bisettimanale nell'area adibita al deposito rifiuti.

9.2.3 obblighi dell'utente

L'utente s'impegna a conferire i rifiuti urbani in forma differenziata ai sensi della normativa vigente e come previsto dal Regolamento Comunale indicato in premessa, **avendo cura di dare le opportune istruzioni ai cittadini, nonché addestrare e formare il personale operativo e le imprese di pulizia al fine di evitare che rifiuti non conformi siano inseriti nel circuito dei rifiuti urbani.**

L'utente s'impegna altresì ad effettuare la raccolta e lo svuotamento dei bidoni **contenenti i rifiuti urbani** posizionati nelle corsie e nei reparti con proprio personale e a conferirli in modalità differenziata nei "*press containers*" posizionati all'interno dell'area di deposito adeguatamente attrezzata per tale scopo.

Con la fornitura dei contenitori sopra indicati in comodato gratuito la custodia degli stessi passa in capo all'utente che ne risponde per i danni cagionati verso i terzi, con esclusione delle attività svolte dal personale ASM durante la sostituzione dei contenitori e/o il ritiro dei rifiuti classificati come urbani.

9.2.4 sicurezza

L'utente dichiara di aver partecipato al sopralluogo e alla compilazione della Check-list, di aver ricevuto lo stralcio del DVR (Documento di valutazione del Rischio) dal gestore (Allegato 2), di aver ricevuto la

manualistica relativa alla gestione dei cassoni scarrabili e all'uso e alla manutenzione dei "press container".
L'utente dichiara altresì di essere in possesso di idonea polizza di responsabilità civile verso Terzi.

9.2.5 formazione e addestramento del personale dell'azienda ospedaliera

Su richiesta dell'Utente il gestore si rende disponibile a formare il personale dell'utente sul corretto uso dei "*press containers*" e sulla sicurezza legata a questi aspetti, rilasciando attestati di avvenuta formazione.

9.2.6 verifiche

ASM verificherà la correttezza dei conferimenti e segnalerà eventuali anomalie al produttore, riservandosi sin da ora di non procedere al ritiro quando i rifiuti non siano conformi a quanto dichiarato ovvero alle disposizioni di cui alla normativa comunale e nazionale, fino alla segnalazione agli organi di controllo laddove ne ravveda gli estremi.

9.2.7 durata

La convenzione decorre dalla data di stipula del presente atto e si rinnoverà tacitamente di anno in anno fino alla scadenza della concessione del servizio pubblico svolto dal Gestore;
E' comunque ammesso il recesso da entrambe le parti mediante comunicazione scritta a mezzo raccomandata A/R o PEC da inviare almeno tre mesi prima della scadenza annuale del contratto.

9.3 CODICI DI RICICLAGGIO

Nella raccolta differenziata va tenuto conto dei codici di riciclaggio sotto riportati (Direttiva Europea n. 94/62/CE):

Simbolo	Codice	Descrizione
Plastiche		
01 PET / PET	№ 1 PET o PETE	**Polietilene tereftalato o arnite**
02 PE-HD / PE	№ 2 HDPE	**Polietilene ad alta densità**
03 PVC	№ 3 PVC o V	**Cloruro di polivinile**
04 PE-LD / PE	№ 4 LDPE	**Polietilene a bassa densità**
05 PP / PP	№ 5 PP	**Polipropilene o Moplen**
06 PS / PS	№ 6 PS	**Polistirene o Polistirolo**
07 O	№ 7÷19 O	**Tutte le altre plastiche**
Carta		
20 PAP	№ 20 PAP	**Cartone ondulato**
21 PAP	№ 21 PAP	**Cartone non ondulato**
22 PAP	№ 22 PAP	**Carta**
	№ 23÷39	Altri tipi di carta.

Metalli

№ 40 FE **Acciaio.** Il simbolo identifica anche la **banda stagnata**

№ 41 ALU **Alluminio**

№ 42÷49 Altri tipi di metallo.

Vetro

№ 70 GL **Vetro trasparente/incolore**

№ 71 GL **Vetro di colore verde**

№ 72 GL **Vetro di colore marrone**

№ 73÷79 Altri materiali in vetro

Materiali composti

Poliaccoppiati: Simbolo generico dei materiali poliaccoppiati.

Cartone Poliaccoppiato: Simbolo del poliaccoppiato, cioè della carta o cartone accoppiato ad altri materiali, come ad esempio il Tetra Pak

№ 80 **Carta e cartone/metalli vari**

№ 81 **Carta e cartone/plastica**

№ 82 **Carta e cartone/alluminio**

№ 83 **Carta e cartone/latta**

№ 84 **Carta e cartone/plastica/alluminio Tetra-Pak**

№ 85 **Carta e cartone/plastica/alluminio/latta**

№ 86÷89 Altri materiali composti

№ 90 **Plastica/alluminio**

№ 91 **Plastica/latta**

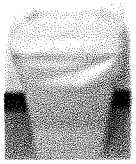
№ 92 **Plastica/metalli vari**

№ 93, 94 Altri materiali composti

№ 95 **Vetro/plastica**
№ 96 **Vetro/alluminio**
№ 97 **Vetro/latta**
№ 98 **Vetro/metalli vari**
№ 99 Altri materiali composti

9.4 INDICAZIONI RACCOLTA RIFIUTI URBANI DIFFERENZIATI E INDIFFERENZIATI PRESSO REPARTI E SERVIZI

Nella nostra Azienda le principali indicazioni riportate all'esterno dei contenitori forniti per la raccolta Differenziata e indifferenziata sono le seguenti:

RACCOLTA DIFFERENZIATA PLASTICA E METALLI			
	**INSERIRE:** Bicchieri, piatti usa e getta, contenitori per liquidi, bottiglie di acqua o bibite, buste **(tutto in plastica).** polistirolo ecc.	**INSERIRE:** Coperchi in metallo, lattine in alluminio, scatolette e barattoli ferrosi, fogli di alluminio, ecc.	**NON INSERIRE:** Guanti monouso, siringhe, aghi, deflussori, sacche che hanno contenutofarmaci e liquidi biologici, cateteri, provette, **pannoloni**, **pannolini**, flaconi in plastica vuoti con pittogrammi di pericolo, fleboclisi in Ecoflac monouso, penne, pennarelli.

RACCOLTA DIFFERENZIATA CARTA E CARTONE		
	INSERIRE: Carta, giornali, libri, riviste. Scatole di imballaggi in cartone. Contenitori per alimenti in tetrapak, ecc.	**NON INSERIRE:** Carta sporca di alimenti o con residui di colla, contenitori unti, carta oleata o plastificata, ecc.

RACCOLTA DIFFERENZIATA IMBALLAGGI IN VETRO		
	INSERIRE: Flebo vuote, Bottiglie, flaconi in vetro privati del sistema di chiusura, ecc.	**NON INSERIRE:** Flebo vuote che abbiano contenuto farmaci citotossici e citostatici, fleboclisi in Ecoflac, aghi, deflussori, ecc.

RACCOLTA INDIFFERENZIATA		
	INSERIRE: Gessi ortepedici e bende non contaminati da sangue, assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, pannolini pediatrici e pannoloni, contenitori e sacche vuote utilizzate per raccogliere le urine, DPI (compresi mascherine e guanti) utilizzati al di fuori degli ambienti di isolamento infettivo e non contaminati, rifiuti derivati da residui alimentari (vedasi tabella al capitolo 6), fleboclisi in Ecoflac vuote. Tutti i rifiuti che non possono essere destinati alla raccolta differenziata.	**NON INSERIRE:** Tutti i rifiuti ricompresi nella raccolta differenziata esempio plastica e metalli, carta e cartone, vetro, pile e toner esausti.

9.5 RACCOLTA DIFFERENZIATA CENTRALIZZATA

(presso corridoio zona centrale piano -2 edificio A e zona parcheggio Dialisi edificio D)

RACCOLTA DIFFERENZIATA TONER ESAUSTI	
	INSERIRE ESCLUSIVAMENTE: - Cartucce per stampante a getto di inchiostro - Cartucce per stampante laser - Cartucce per stampanti inkjet - Nastri per stampanti ad aghi

RACCOLTA DIFFERENZIATA PILE ESAUSTE	
	Le pile usate e le batterie esauste sono considerate **rifiuti speciali pericolosi** e non devono essere smaltite nei rifiuti indifferenziati **INSERIRE ESCUSIVAMENTE:** Pile a stilo rettangolari, quadrate, tonde: **(presso corridoio zona centrale piano -2 edificio A e zona parcheggio Dialisi edifiocio D)**

Le indicazioni precise diffuse dall'ASM di Terni in tema di raccolta differenziata sono consultabili sul sito: www.asmterni.it (alla voce Abecedario o oppure scaricando da Google Play l'App gratuita "Junker" "inquadra-riconosci-differenzia")

PUNTO DI RACCOLTA SFIGMOMANOMETRI ROTTI	
	Gli sfigmomanometri attualmente utilizzati presso la nostra Azienda sono apparecchi elettronici da smaltire come **rifiuti elettromedicali** e non devono essere smaltiti nei rifiuti sanitari urbani indifferenziati. **INSERIRE ESCLUSIVAMENTE:** nell'apposito contenitore ogni parte dell'apparecchio dopo aver tolto le pile **(presso corridoio zona centrale piano -2 edificio A e zona parcheggio Dialisi edifiocio D)**

10. RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

I rifiuti sanitari non pericolosi, visti i riferimenti normativi, sono quelli privi di asterisco contenuti nell'Allegato A della Direttiva Ministeriale 9 aprile 2003. Nello stesso Allegato si specifica però che se un rifiuto è identificato come non pericoloso in quanto diverso da quello pericoloso (voce a specchio), esso è classificato come pericoloso solo se le sostanze raggiungono determinate concentrazioni tali da conferire al rifiuto in questione una o più delle proprietà di cui all'Allegato III della Direttiva 91/698/CEE del Consiglio. La classificazione del rifiuto identificativo da una voce a specchio e la conseguente attribuzione del codice sono effettuate dal produttore/detentore del rifiuto.

Principali tipologie di rifiuti sanitari non pericolosi

Genere di rifiuto	Provenienza e caratteristiche del rifiuto	Tipologia di rifiuto (elenco esemplificativo)	CER*
Rifiuti sanitari non pericolosi	Tutti i rifiuti che per caratteristiche e provenienza non sono classificati come rifiuti sanitari urbani *Tutti i rifiuti che provengano da:* - ambienti sanitari nei quali non sussista un pericolo di infettività o un rischio di trasmissione biologica aerea - ambienti in cui soggiornano pazienti non infetti ***Che non siano contaminati da:*** - sangue o altri liquidi biologici infetti o che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile ***Che non siano contaminati da:*** - feci o urine provenienti da pazienti con una patologia trasmissibile attraverso tali escreti: ***Che non siano contaminati da:*** - liquido seminale, - secrezioni vaginali, - liquido cerebrospinale, - liquido sinoviale, - liquido pleurico, - liquido peritoneale, - liquido pericardico, - liquido amniotico	***Oggetti da taglio inutilizzati:*** ** - Aghi, siringhe, lame, vetri, lancette, pungidito, venflon, testine, rasoi e bisturi monouso, ecc.	18.01.01
		Parti anatomiche e organi incluse le sacche per il plasma e le riserve di sangue (tranne 18.01.03*)	18.01.02
		Oggetti e materiali inutilizzati per esempio: - Indumenti monouso, camici e divise del personale, biancheria, assorbenti e pannoloni igienici, bende, gessi ortopedici, ecc. - Astucci - Materiale monouso: guanti, *vials*, pipette, provette, indumenti protettivi, mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, seridrape, soprascarpe, camici - Materiale per medicazione (garze, tamponi, bende, cerotti, lunghette, maglie tubolari) - Sacche (per trasfusioni, urina, stomia, nutrizione parenterale); - Bastoncini cotonati per colposcopia e *pap test* - Bastoncini oculari non sterili e oftalmici di TNT - Cannule e drenaggi, raccordi, sonde - Cateteri (vescicali, venosi, arteriosi, per drenaggi pleurici, ecc.), - Circuiti per circolazione extracorporea - Deflussori - Cuvette monouso per prelievo bioptico endometriale - Materiale monouso: guanti, *vials*, pipette, provette, mascherine, occhiali, calzari, seridrape, soprascarpe, camici - Set di infusione - Sonde rettali e gastriche - Sondini (nasogastrici, broncoaspiraz., ossigenoterapia, ecc.) - Spazzole, cateteri per prelievo citologico - *Speculum* auricolare monouso - - Suturatrici automatiche monouso - Contenitori vuoti in genere	18.01.04
		- Medicinali scaduti o di scarto, esclusi i medicinali citotossici e citostatici (18.01.08)	18.01.09
	Sostanze chimiche di scarto	Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca collegate, non pericolose o non contenenti sostanze pericolose ai sensi ell'art. 1 della decisione Europea 2001/118/CE	18.01.07 o 18.02.06

* **Codice C.E.R. (Catalogo Europeo dei Rifiuti)** : in tutta la Comunità Europea le diverse tipologie di rifiuti sono raccolte in un unico Catalogo Europeo dei Rifiuti, nel quale i rifiuti sono identificati per tipologia, attraverso uno specifico codice a sei cifre (provvisto di asterisco se trattasi di rifiuti pericolosi)

** Per ragioni antinfortunistiche, anche se non infetti, tali rifiuti vanno inseriti negli appositi contenitori rigidi per rifiuti a rischio infettivo taglienti e pungenti (CER 18.01.03*), salvo il caso in cui la confezione in cui sono contenuti risulti adeguatamente protettiva da rischi di tagli o punture.

11. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

Si definiscono rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo quei rifiuti che, prodotti in ambito sanitario, presentando almeno una caratteristica di pericolo e necessitano di essere smaltiti o ricondizionati secondo le direttive introdotte dalla vigente normativa. *-D.P.R. 254/2003 All.II*

GENERE DI RIFIUTO	PROVENIENZA E CARATTERISTICHE DEL RIFIUTO	TIPOLOGIA DI RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CER
Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo	Medicinali citotossici e citostatici	- Chemioterapici antiblastici - Materiali residui da operazioni di manipolazione: indumenti protettivi, telini assorbenti monouso, garze, cotone, fiale, flaconi, raccordi ecc. - Urine dei pazienti sottoposti a instillazioni endovescicali	18.01.08*
	Rifiuti di laboratorio dentistico e odontoiatrico	- Rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici contenenti mercurio	18.01.10*
	Rifiuti costituiti da prodotti chimici e rifiuti liquidi di laboratorio analisi chimico-cliniche e diagnostica	- sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose	18.01.06*
		- Altri solventi e miscele di solventi alogenati	14.06.02*
	Assorbenti, materiali filtranti, stracci, indumenti protettivi	- Filtri di cappe chimiche, di liquidi o polveri pericolose	15.02.02*
		- Assorbenti materiali filtranti (inclusi filtri dell'olio) stracci, indumenti contaminati da sostanze pericolose	15.02.02*
	Contenitori, flaconi, imballaggi di scarto contaminati da sostanze chimiche pericolose	- rifiuti costituiti da contenitori vuoti, (ossia privi di contenuto visibile) siano essi di plastica, vetro etc. che abbiano contenuto e /o abbiano costituito imballo di sostanze pericolose, ovvero contraddistinti all'esterno da una o più etichette riportanti i simboli di pericolo.	15.01.10*
		- Imballaggi metallici contenenti matrici solide porose pericolose, compresi i contenitori a pressione vuoti	15.01.11*
	Trattamento chemioterapico	- Contenitori contenenti residui di farmaci antiblastici e materiale contaminato (filtri, garze, indumenti, ecc.)	18.01.08*
	Rifiuti derivanti da attività di servizio, diagnostiche o tecniche svolte nelle strutture sanitarie	- Soluzioni di sviluppo e attivanti a base acquosa	09.01.01*
		- Soluzioni fissative	09.01.04*
		- Sostanze chimiche di laboratorio (reagenti)*	16.05.06*
		- Elettroliti di batterie e accumulatori oggetto di raccolta differenziata	16.06.03*
		- Batterie contenenti mercurio	16.06.03*
		- Batterie al piombo	16.06.01*
		- Batterie al nichel-cadmio	16.06.02*
	Tubi fluorescenti e altri rifiuti contenenti mercurio	- Tubi di lampade fluorescenti o lampade a scarica contenenti mercurio	20.01.21*
	Rifiuti inorganici contenenti sostanze pericolose	- CUP *card*, schede e cartellini magnetici	16.03.03*
	Rifiuti derivanti da attività di servizio o tecniche svolte nelle strutture sanitarie	- Oli di impianti, condensatori e trasformatori, centrali tecnologiche	13.03.XX*
		- Trasformatori e condensatori contenenti PCB	16.02.09*
		- Apparecchiature fuori uso, contenenti HCFC, HFC, clorofluorocarburi	20.01.23*

Secondo la lettera c) del comma 1 dell'art. 2 Definizioni del D.P.R. 254/2003, appartengono a questa categoria i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II dello stesso regolamento e nell'allegato E della Direttiva del Ministero dell'Ambiente del 09/04/2002 (le due normative risultano, a tale riguardo, sostanzialmente coincidenti), compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati da un * nel codice CER aggiornato con la direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio in data 9 aprile 2002. Talvolta, i rifiuti appartenenti a tale categoria prendono il nome di "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio chimico".

In ambito sanitario è possibile ricomprendere in questa categoria, tra gli altri, i seguenti rifiuti:

- liquidi e sostanze chimiche di scarto derivanti da attività di laboratorio (es. 180106*);
- oli o altre sostanze pericolose provenienti da officine o manutenzioni interne alla struttura sanitaria.

Al fine dell'attribuzione del corretto codice occorre conoscere, ove tecnicamente possibile, la composizione chimica del rifiuto od altrimenti la composizione dei prodotti utilizzati, prendendo anche in considerazione le indicazioni contenute nelle schede di sicurezza.

Per quanto riguarda le modalità di gestione dei rifiuti sanitari pericolosi occorre precisare che le stesse non sono differenti da quelle previste per qualsiasi rifiuto speciale pericoloso prodotto al di fuori di una struttura sanitaria. Pertanto, a seconda della tipologia di rifiuto e dello stato fisico, sono possibili operazioni di recupero quali, ad esempio, la rigenerazione o recupero dei solventi, la rigenerazione degli acidi e delle basi, od operazioni di smaltimento quali, ad esempio, il trattamento chimico-fisico-biologico, l'incenerimento ed il conferimento in discarica (solo per i rifiuti allo stato solido).

11.1 REAGENTI DI LABORATORIO - CER 16.05.06* (Requisiti corretto confezionamento)

- i reagenti devono essere confezionati, in base allo stato fisico, in fusti di plastica omologati ADR integri da 30 a 60 litri posti su pallets (peso lordo max/cad. = 60 Kg.), o in imballi in cartonato provvisti di doppio sacco.
- il fondo del fusto deve essere coperto da materiale inerte e/o assorbente (es. silice gel, perlite, argilla espansa): tale materiale deve riempire anche gli spazi esistenti tra le boccette e/o contenitori.
- esternamente ad ogni fusto deve essere applicato l'elenco leggibile dei prodotti contenuti, suddivisi secondo il criterio di compatibilità di seguito esposti. Nel caso questo non sia possibile, è sufficiente numerare progressivamente i singoli fusti anticipando a mezzo fax/posta elettronica l'elenco del contenuto di ogni singolo fusto preventivamente numerato.
- per la suddivisione dei prodotti compatibili occorre tenere presente che le sostanze reattive quali acidi e basi forti e sostanze ossidanti quali permanganati, cromati, ipocloriti ecc., dovrebbero essere separati tra loro e da tutte le altre sostanze, onde evitare ad esempio che la rottura contemporanea di una boccetta di acido e di un contenitore di sale quale ad esempio il solfuro di sodio (frase di rischio R31) possano provocare lo sviluppo di acido solfidrico.

- se all'interno dei fusti il materiale è contenuto in altri contenitori più piccoli (es. bottigliette, barattoli, flaconi, etc), questi devono essere integri, sigillati e muniti di etichetta identificativa del reagente, in modo da riconoscere sia le sostanze presenti sia le indicazioni di pericolo prescritte.
- gli imballi non devono assolutamente presentare lesioni e/o rigonfiamento sensibile del coperchio.
- ogni contenitore potrà essere controllato con contatore geiger e con il metodo della radice quadratica si farà la verifica del contenuto conforme all'etichetta apposta.
- il peso lordo massimo di ogni contenitore (fusto cravattato o cartonato) non potrà superare i limiti imposti per la movimentazione manuale dei carichi (d.lgs. 81/2008).
- il peso da indicare è costituito dal peso lordo (peso rifiuti + contenitore esterno + pallet).
-

11.1.1 condizioni particolari di confezionamento:

- i reagenti allo stato solido o liquido vanno esclusivamente confezionati in contenitori integri e omologati ADR. I contenitori tal quali, devono essere correttamente etichettati, ossia riportare la caratterizzazione del rifiuto, CER 16.05.06* e le HP di pericolo definite sulla base delle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti (rifiuti) da smaltire.
-

11.1.2 materiali particolari che non possono essere confezionati

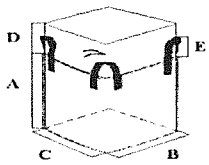
(se non dietro preventiva richiesta e procedura concordata ed approvata con la Direzione di Presidio ed il Responsabile Aziendale del Servizio Gestione rifiuti sanitari):

- Acido Fluoridrico, Materiali Esplosivi (Acido picrico secco, Trinitrobenzene, TNT, Fulminato di Mercurio, ecc.), Fosforo bianco, Fosforo rosso, Tetrossido di Osmio, Gas in bombole o bombolette (Iprite, Fosgene, Anidride solforosa), materiali con T innesco < 25° C.

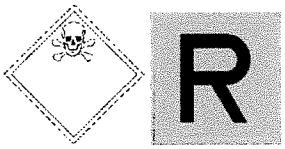
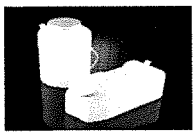
N.B. i colli non devono assolutamente contenere materiali radioattivi (come ad es. acetato di uranile)

11.1.3 - altri rifiuti sanitari che richiedono particolari modalita' di smaltimento - cer 15.01.10*

(Contenitori contaminati da residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze)

Tipologia di rifiuto	Contenitore	Note
Contenitori contaminati da residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze CER 15.01.10* N.B. indicare sul F.I.R. UN 3509, rifiuto imballaggi di scarto, vuoti, non ripuliti (con residui di 9), 9, (E) inserire HP14	 Contenitore in plastica rigida per la raccolta dei rifiuti 15.01.10* BIG BAG  Durante il trasporto sul Big Bag deve essere applicato il seguente pittogramma unitamente alla R 	I contenitori vuoti (ossia privi di contenuto visibile) siano essi di plastica, vetro etc. che abbiano costituito imballo di sostanze pericolose si contraddistinguono da una etichetta di pericolo es: Nei reparti e servizi tali rifiuti vengono raccolti in contenitori in polietilene da 60 lt. di colore bianco e il personale afferente all'Ufficio Igiene", su segnalazione o sistematicamente secondo la quantità di rifiuti prodotta, passa a ritirare i bidoni che provvede a svuotare nei big bag all'uopo dedicati. Nel BIG BAG vanno riposti i contenitori vuoti che originariamente contenevano prodotti pericolosi. N.B. Le bombolette a pressione vuote (spray) che hanno contenuto sostanze pericolose vanno smaltite con il codice CER 15.01.11 *

11.2 MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI CER 18.01.08*

Tipologia di rifiuto	CER	Contenitore	Note
Medicinali citotossici e citostatici: - Materiali contaminati da medicinali citotossici e citostatici - contenitori di farmaci e soluzioni infusionali; - materiale utilizzato per la preparazione, somministrazione e pulizia di eventuali spandimenti; - DPI a fine utilizzo (guanti, mascherine, cappe monouso, ecc.); - Liquidi biologici dei pazienti in chemioterapia (escreti, liquido ascetico, ecc.) ETICHETTE DA APPLICARE ALL'ESTERNO DELLE TANICHE: 	**18.01.08***	 Contenitore in plastica rigida (ROSSO), con coperchio a chiusura ermetica , al cui interno viene posto un sacco impermeabile GRIGIO. Etichettare il contenitore con la lettera "R" Apporre all'esterno l'etichetta adesiva che riporta il codice CER, la data di chiusura del contenitore e la firma dell'addetto che ha provveduto alla chiusura "CONTENITORE PER RIFIUTI CITOTOSSICI E CITOSTATICI"	- Non riempire il sacco in modo eccessivo (2/3 del volume) - Non pressare il contenuto del sacco - Introdurre solo rifiuti a rischio infettivo **E' vietato** riaprire il contenitore una volta chiuso e compiere operazioni manuali sui rifiuti collocati all'interno dei sacchi. Stoccaggio: • **indossare** i guanti monouso, visiera o occhiali, chiudere il sacco con l'apposita fascetta, chiudere il contenitore esterno comprimendo il coperchio; • **rimuovere** i guanti; • **conservare** i contenitori nell' idoneo luogo di raccolta (opportunamente contrassegnato, arieggiato, non accessibile ai non addetti, lontano da fonti di calore); • **Apporre** all'esterno del coperchio di chiusura. il q-code del reparto di produzione e scrivere con pennarello indelebile la data di chiusura del contenitore Ritiro rifiuti da parte della Ditta specializzata autorizzata
Feci ed urine di pazienti che hanno ricevuto terapie con antineoplastici possono essere smaltiti in fognatura	**18.01.08***		Aggiungere per l'inattivazione l'ipoclorito di sodio granulare
Urine emesse dai pazienti trattati con instillazione vescicale di antiblastici.	**18.01.08***		Per questi pz. l'urina dovrà essere raccolta con le dovute protezioni nei contenitori urine, aggiungendo l'ipoclorito di sodio granulare al 10% dopo 24 h può essere poi smaltita in fognatura
Vomito emesso dai pazienti che hanno ricevuto terapie con antiblastici	**18.01.08***	Sacchetto monouso richiudibile nel cui interno è posizionato ipoliacrilato di sodio	Gettare il sacchetto chiuso nei contenitori per rifiuti citotossici e citostatici Se il pz. vomita mettere i telini o gli stracci di pulizia nel sacchetto che andrà riposto nei contenitori per rifiuti citotossici e citostatici.
Feci e urine escrete dai pazienti che hanno ricevuto terapie con antiblastici	**18.01.08***	Telo copripadella composto all'interno da poliacrilato di sodio	

		Sacchetto di raccolta urine degli uomini composto all'interno da poliacrilato di sodio	

11.2.1 tempo di eliminazione degli antiblastici negli escreti

Farmaco	Via di somministrazione	Urine	Feci
alcaloidi della vinca	endovenosa	4 giorni	7 giorni
azacitidina	sottocutanea		
bleomicina	parenterale	3 giorni	trascurabile
cisplatino	endovenosa	7 giorni	trascurabile
ciclofosfamide	tutte	3 giorni	5 giorni
dactinomicina	endovenosa	5 giorni	7 giorni
daunorubicina	endovenosa	2 giorni	7 giorni
doxorubicina	endovenosa	6 giorni	7 giorni
epirubicina	endovenosa	7 giorni	5 giorni
etoposide	tutte	4 giorni	7 giorni
fluorouracile	endovenosa	6 ore	trascurabile
melfalan	orale	2 giorni	7 giorni
metotrexato	endovenosa	6 giorni	7 giorni
mitomicina	endovenosa/endovescicale		
alcaloidi della vinca	endovenosa	4 giorni	7 giorni

Qualora non vi siano dati disponibili sui tempi di eliminazione dei chemioterapici negli escreti le precauzioni devono essere prese per almeno 48 ore dopo la somministrazione

Quando si inattivano gli escreti bisogna seguire le indicazioni per ciascun farmaco o usare ipoclorito di sodio al 10% e lasciare agire per 24 ore prima dello smaltimento in quanto determina una buona inattivazione di gran parte dei chemioterapici.

Se viene raccolta la diuresi delle 24 ore per non generare rischi legati alla volatilità le urine vanno conservate in un contenitore con chiusura ermetica pre-allestendolo con 10 cc/litro di ipoclorito di sodio o con l'inattivatore specifico, rispettando i tempi di inattivazione. Padelle, pappagalli e contenitori per la raccolta delle urine vanno lavati e decontaminati con soluzione di ipoclorito al 5%.

Si devono informare il paziente e i familiari sui tempi di smaltimento del chemioterapico per via renale e su come eliminare gli escreti al domicilio.

La biancheria e i materiali non monouso contaminati dovranno essere raccolti separatamente; se possibile, prima di inviarli in lavanderia in sacchetti di plastica identificati secondo le norme dell'istituzione, vanno trattati con ipoclorito di sodio al 10% per inattivare i residui di farmaco e inviare, previo accordi con il servizio di lavanderia, in sacchetti di plastica identificando in modo appropriato.

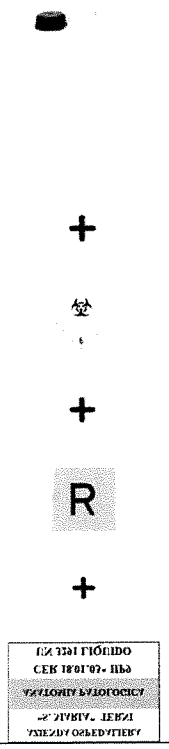
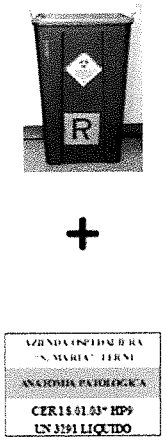
12. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO

12.1 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO SOLIDO

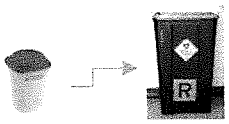
Principali tipologie di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

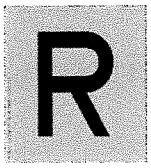
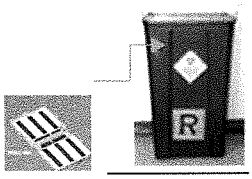
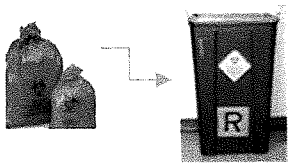
GENERE DI RIFIUTO	PROVENIENZA E CARATTERISTICHE DEL RIFIUTO	TIPOLOGIA DEL RIFIUTO	CER
Rifiuti a rischio infettivo **Rifiuti caratterizzati dal simbolo di pericolo H9:** "sostanze contenenti microrganismi vitali e loro tossine, conosciute o ritenute per buoni motivi come cause di malattie nell'uomo o in altri organismi viventi". Le parti anatomiche riconoscibili, costituite da arti inferiori, superiori e parti di essi, restano disciplinate dal DPR 285/1990 (Regolamento di Polizia mortuaria e successive modificazioni e integrazioni).	***Tutti i rifiuti che provengano da:*** - ambienti di isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea - ambienti in cui soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di Gruppo IV di cui all'Allegato XI al D.Lgs. 626/1994 - ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto o escreto dei pazienti isolati ***Siano contaminati da:*** - sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da 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 cerebrospinale, - liquido sinoviale - liquido pleurico - liquido peritoneale - liquido pericardio - liquido amniotico	**N.B. I materiali sotto descritti non sono di per sé classificabili come rifiuto a rischio infettivo ma devono soddisfare esattamente i requisiti esposti nella colonna centrale della presente tabella:** - Pannolini pediatrici e pannoloni se infetti; - Bastoncini cotonati per colposcopia e pap test; - Bastoncini oculari non sterili e oftalmici di TNT; - Cannule e drenaggi; - Cateteri (venosi, arteriosi, per drenaggi pleurici, ecc.); - raccordi, sonde; - Circuiti per circolazione extracorporea – Deflussori; - Cuvette monouso per prelievo bioptico endometriale; - Fleboclisi contaminate; - Filtri dialisi; - Filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico); - Materiale monouso: guanti, *vials*, pipette, provette, indumenti protettivi, mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, seridrape, soprascarpe, camici; - Materiale per medicazione (garze, tamponi, bende, cerotti, lunghette, maglie tubolari); - Sacche (per trasfusioni, stomia, nutrizione parenterale); - Set di infusione; - Sondini per broncoaspirazione; - Spazzole, cateteri per prelievo citologico; - Speculum auricolare monouso - Speculum vaginale; - Suturatrici automatiche monouso; - Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili; - Rifiuti da gabinetti dentistici; - Contenitori vuoti di vaccini ad antigene vivo; - Rifiuti di ristorazione di reparti di isolamento infettivo; - Piastre, terreni di coltura e altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni; - Rifiuti taglienti o acuminati (aghi, siringhe, lame, vetri, lancette, pungidito, rasoi e bisturi monouso, venflon, ecc.) anche se non utilizzati; - Tessuti, organi e parti anatomiche non riconoscibili;	18.01.03*

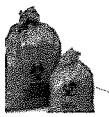
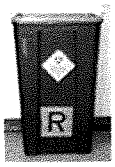
12.2 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO LIQUIDO

REFLUI DI LABORATORIO	CONTENITORI			NOTE IMPORTANTI
Alcuni macchinari presenti nei laboratori producono un refluo PERICOLOSO A RISCHIO INFETTIVO		+		Come indicato nell'ADR 2023 cap. 1.1.5 i Rifiuti a rischio infettivo 18.01.03* liquido devono essere smaltiti confezionandoli con doppio imballaggio. La procedura corretta da seguire prevede di etichettare la tanica con il simbolo del rischio infettivo, la R su fondo giallo e l'etichetta che specifica il reparto di produzione, CER, stato fisico liquido e il codice UN di smaltimento, posizionarla se possibile già nel bidone nero a rischio infettivo. Al momento della sostituzione chiudere la tanica con l'apposito tappo chiudere il bidone con il coperchio ed apporre sullo stesso un'altra etichetta specifica del reparto.

12.3 CER 18.01.03* - RIFIUTI SANITARI A RISCHIO INFETTIVO

RIFIUTI TAGLIENTI E PUNGENTI	CONTENITORI	NOTE IMPORTANTI
Oggetti taglienti e pungenti utilizzati o non utilizzati e/o sterili non conservati nelle confezioni originali	 Contenitore in plastica rigida per aghi e taglienti sul quale è presente la scritta: **"RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO TAGLIENTI E PUNGENTI"** ed il simbolo del rischio biologico. **N.B.** Non riempire il contenitore oltre la linea di riempimento indicata sul contenitore stesso e comunque non oltre i tre quarti.	 Sul contenitore **NERO** * da 60 o 35 litri, rigido, impermeabile è presente la scritta: **"RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO"** e i pittogrammi

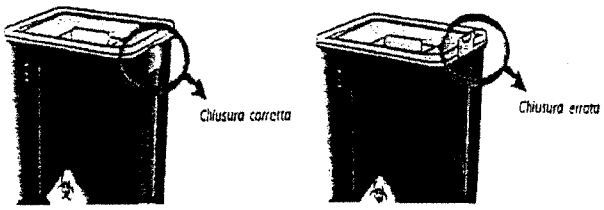
	I contenitori chiusi ermeticamente in maniera irreversibile vanno gettati nel contenitore rigido (NERO)* per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo	 Presso le Sale Operatore i contenitori neri per la raccolta dei rifiuti a rischio infettivo vengono forniti opportunamente imbustati N.B. Nel contenitore NERO va inserito il SACCO ROSSO interno in polietilene che presenta la scritta **"RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO"** **SI RACCOMANDA DI:** -Introdurre solo rifiuti a rischio infettivo; -non riempire il sacco in modo eccessivo (2/3 del volume) e per un peso approssimativo di max 10 kg; -non pressare il contenuto del sacco. **E' vietato:** - riaprire il contenitore una volta chiuso; - compiere operazioni manuali sui rifiuti collocati all'interno dei sacchi. **Confezionamento:** - indossare i DPI: camici, guanti monouso, visiera e/o occhiali protettivi; - chiudere il sacco con l'apposita fascetta; - chiudere il contenitore esterno; comprimendo il coperchio e abbassando le alette di sicurezza; - prima di depositare i contenitori nel punto di raccolta apporre all'esterno del coperchio di chiusura il Q-code del reparto di produzione e scrivere con pennarello indelebile la data di chiusura del contenitore. Gli addetti della ditta appaltatrice incaricata della microraccolta preleveranno con cadenza quotidiana i contenitori per portarli nel Deposito Temporaneo. **Raccolta trasporto e smaltimento:** Dal Deposito Temporaneo tali rifiuti devono essere avviati a smaltimento, dalla ditta specializzata autorizzata, entro 5 gg dal giorno di chiusura e confezionamento dei contenitori.
Taglienti utilizzati durante gli interventi chirurgici (ad es. contalame sterile per Sale Operatorie)	 **I contenitori contalame, sterili e calamitati, chiusi ermeticamente in maniera irreversibile vanno gettati nel contenitore rigido (NERO)* per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo**	
RIFIUTI A RISCHIO INFETTIVO	**CONTENITORI**	
Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari al fine di evitare infezioni		

RIFIUTI A RISCHIO INFETTIVO (PZ IN ISOLAMENTO)	CONTENITORI	NOTE IMPORTANTI
-tutti i rifiuti venuti a contatto con qualunque liquido biologico secreto o escreto dal paziente infetto posto in isolamento; -tutti i rifiuti che provengono da ambienti di isolamento ove sussista un rischio di trasmissione aerea (es. TBC bacillifera in fase attiva); -rifiuti di ristorazione prodotti da pazienti posti in isolamento.	  	**Modalità di confezionamento:** I contenitori riportati nella colonna a sinistra devono essere posti durante l'uso all'interno delle stanze di degenza in isolamento. **Confezionamento:** Il personale che già indossa gli appositi DPI (e la maschera FFP3 quale protezione dal rischio di trasmissione aerea) all'interno della stanza di degenza deve: • chiudere il sacco rosso con l'apposita fascetta; • chiudere il contenitore esterno comprimendo il coperchio e abbassare le apposite alette di sicurezza; • disinfettare tutte le superfici esterne del contenitore stesso; • portare fuori dalla stanza di degenza, disinfettare una seconda volta il contenitore; • prima di stiparlo apporre all'esterno del coperchio di chiusura il QR-code del reparto di produzione e scrivere con pennarello indelebile la data di chiusura del contenitore presso il punto di raccolta.
-tutti i rifiuti che provengono da ambienti ove soggiornano pazienti in isolamento affetti da patologie causate da agenti biologici del gruppo 4, All. XI D. Lgs. 81/08 (es. Ebola)		**Confezionamento:** Il personale che già indossa gli appositi DPI (e la maschera FFP3 quale protezione dal rischio di trasmissione aerea) all'interno della stanza di degenza deve: • chiudere il sacco giallo con l'apposita fascetta; • chiudere il contenitore esterno, sempre di colore giallo, comprimendo il coperchio ove è presente il silicone per una chiusura irreversibile; • disinfettare tutte le superfici esterne; • Portare il contenitore nell'adiacente stanza di decontaminazione e disinfettare le superfici esterne con estrema accuratezza una seconda volta; • Prima di portare il contenitore nel punto di raccolta apporre all'esterno del coperchio di chiusura il QR-code del reparto di produzione e scrivere con pennarello indelebile la data di chiusura del contenitore (vedi dettagli a presente in ogni Reparto/Servizio.

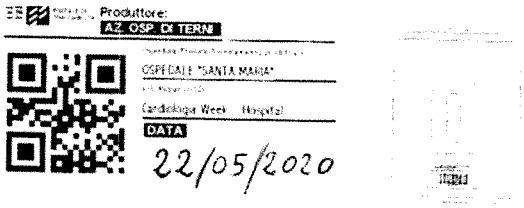
12.4 RIFIUTI A RISCHIO INFETTIVO - CHIUSURA ED ETICHETTATURA CONTENITORI

- Figura 1 - Utilizzare solamente questa tipologia di contenitori per la raccolta dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo (quelli di colore rosso sono adibiti alla raccolta dei rifiuti pericolosi citotossici e citostatici)

- Figura 2 - verificare che:
    - Il sacco interno sia chiuso con l'apposita fascetta;
    - ogni contenitore sia chiuso correttamente ed in maniera irreversibile;
    - il coperchio sia posizionato correttamente e siano state chiuse le alette di sicurezza.



- Figura 3 – in ogni contenitore deve essere riportata sul coperchio:
    - L'etichetta con **QR code;**
    - La data di chiusura del contenitore.



12.5 FINALITA' DELL'APPOSIZIONE DEL QR-CODE

Il QR-code rappresenta l'ausilio necessario al nostro sistema di tracciabilità del processo di gestione dei rifiuti a rischio infettivo.

Innanzitutto identifica il luogo di produzione (pertanto sono attribuibili i problemi connessi alla produzione e al confezionamento del rifiuto), altresì il suddetto QR-code fornisce le seguenti informazioni ad uso interno, che possono essere riferite ad un singolo giorno o ad uno specifico lasso di tempo:

- numero dei contenitori prodotti da ciascun Centro di Costo;
- peso complessivo prodotto;
- percentuale di contenitori prodotti da ogni singolo Centro di Costo e percentuale riferita al peso.

Il QR-code fornisce anche informazioni generali utilizzabili dalla filiera che porta il rifiuto dal luogo di produzione al luogo di smaltimento, ad es. l'informazione basilare rappresentata dall'identificazione della Struttura Sanitaria produttrice (Ospedale/Presidio Territoriale) con la possibilità di disaggregare i dati ricavabili, fino ai dettagli del singolo contenitore.

I dati ricavabili possono essere comparati a quelli riscontrati in altre strutture sanitarie della nostra regione o anche strutture sanitarie extra regionali, qualora utilizzino lo stesso sistema di tracciabilità.

La comparazione di tali dati fornisce informazioni fondamentali al fine di individuare problematiche connesse all'eccessiva produzione di rifiuti e, quindi, utile a monitorare eventuali sprechi di risorse economiche.

12.6 RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITÀ DI SMALTIMENTO

Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento

Genere di rifiuto	Regime giuridico	CER
Organi e parti anatomiche in formalina	Pericolosi a rischio infettivo	18.01.03*
Farmaci scaduti o inutilizzati	Non pericolosi	18.01.09 18.02.08
- Medicinali citotossici e citostatici - Materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso di medicinali citotossici e citostatici (contenitori di farmaci, filtri, garze, indumenti, effetti letterecci monouso, DPI a fine utilizzo ecc.	Pericolosi non a rischio infettivo (regolamentato dal DPR n. 309/1990)	18.01.08*
Sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope	Non Pericolosi	18.01.09

13 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI - CARATTERISTICHE DI PERICOLO

Rifiuti sanitari la cui raccolta e smaltimento richiede precauzioni particolari poiché presentano caratteristiche di pericolo quali tossicità, nocività, infiammabilità ecc. (Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo), o in funzione della prevenzione di infezioni (Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo).

Pericolosità : la normativa attualmente in vigore (Regolamento UE 1357/2014) in tema di gestione rifiuti individua nel seguente elenco le caratteristiche di pericolosità che possono possedere i rifiuti prodotti.

HP1	=	**Esplosivo**
HP2	=	**Comburente**
HP3	=	**Infiammabile**
HP4	=	**Irritante – Irritazione cutanea e lesioni oculari**
HP5	=	**Tossicità specifica per organi di bersaglio/Tossicità in caso di aspirazione**
HP6	=	**Tossicità acuta**
HP7	=	**Cancerogeno**
HP8	=	**Corrosivo**
HP9	=	**Infettivo**
HP10	=	**Tossico per la riproduzione**
HP11	=	**Mutageno**
HP12	=	**Liberazione di gas a tossicità acuta**
HP13	=	**Sensibilizzante**
HP14	=	**Ecotossico**
HP15	=	**Rifiuto che non possiede direttamente una delle caratteristiche precedenti ma può manifestarla successivamente**

13.1 INDICAZIONI DI PERICOLO H (HAZARD STATEMENTS)

Le **indicazioni di pericolo H**, contenute all'interno del Regolamento (CE) n. 1272/2008, rappresentano indicazioni di pericolo relative a sostanze chimiche.

In Italia, l'Istituto Superiore di Sanità ha fatto sue queste indicazioni, redistribuendole in sue pubblicazioni.

Le indicazioni di pericolo H hanno sostituito le frasi R delle precedenti direttive europee ed oggi abrogate dal Regolamento (CE) n. 1272/2008.

Frasi associate alle indicazioni di pericolo H – Elenco:

Pericoli fisici

- H200 – Esplosivo instabile.
- H201 – Esplosivo; pericolo di esplosione di massa.
- H202 – Esplosivo; grave pericolo di proiezione.
- H203 – Esplosivo; pericolo di incendio, di spostamento d'aria o di proiezione.
- H204 – Pericolo di incendio o di proiezione.
- H205 – Pericolo di esplosione di massa in caso d'incendio.
- H220 – Gas altamente infiammabile.
- H221 – Gas infiammabile.
- H222 – Aerosol altamente infiammabile.

- H223 – Aerosol infiammabile.
- H224 – Liquido e vapori altamente infiammabili.
- H225 – Liquido e vapori facilmente infiammabili.
- H226 – Liquido e vapori infiammabili.
- H227 – Liquido combustibile.
- H228 – Solido infiammabile.
- H229 – Contenitore pressurizzato: può scoppiare se riscaldato.
- H230 – Può esplodere anche in assenza di aria.
- H231 – Può esplodere anche in assenza di aria a pressione e/o temperatura elevata.
- H240 – Rischio di esplosione per riscaldamento.
- H241 – Rischio d'incendio o di esplosione per riscaldamento.
- H242 – Rischio d'incendio per riscaldamento.
- H250 – Spontaneamente infiammabile all'aria.
- H251 – Autoriscaldante; può infiammarsi.
- H252 – Autoriscaldante in grandi quantità; può infiammarsi.
- H260 – A contatto con l'acqua libera gas infiammabili che possono infiammarsi spontaneamente.
- H261 – A contatto con l'acqua libera gas infiammabili.
- H270 – Può provocare o aggravare un incendio; comburente.
- H271 – Può provocare un incendio o un'esplosione; molto comburente.
- H272 – Può aggravare un incendio; comburente.
- H280 – Contiene gas sotto pressione; può esplodere se riscaldato.
- H281 – Contiene gas refrigerato; può provocare ustioni o lesioni criogeniche.
- H290 – Può essere corrosivo per i metalli.

Pericoli per la salute

- H300 – Letale se ingerito.
- H301 – Tossico se ingerito.
- H302 – Nocivo per ingestione.
- H303 – Può essere nocivo in caso di ingestione.
- H304 – Può essere letale in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie.
- H305 – Può essere nocivo in caso di ingestione e di penetrazione nelle vie respiratorie.
- H310 – Letale per contatto con la pelle.
- H311 – Tossico per contatto con la pelle.
- H312 – Nocivo per contatto con la pelle.
- H313 – Può essere nocivo per contatto con la pelle.
- H314 – Provoca gravi ustioni cutanee e gravi lesioni oculari.
- H315 – Provoca irritazione cutanea.
- H316 – Provoca una lieve irritazione cutanea.
- H317 – Può provocare una reazione allergica cutanea.
- H318 – Provoca gravi lesioni oculari.
- H319 – Provoca grave irritazione oculare.
- H320 – Provoca irritazione oculare.
- H330 – Letale se inalato.
- H331 – Tossico se inalato.
- H332 – Nocivo se inalato.
- H333 – Può essere nocivo se inalato.
- H334 – Può provocare sintomi allergici o asmatici o difficoltà respiratorie se inalato.
- H335 – Può irritare le vie respiratorie.
- H336 – Può provocare sonnolenza o vertigini.

- H340 – Può provocare alterazioni genetiche.
- H341 – Sospettato di provocare alterazioni genetiche.
- H350 – Può provocare il cancro.
- H351 – Sospettato di provocare il cancro.
- H360 – Può nuocere alla fertilità o al feto.
- H361 – Sospettato di nuocere alla fertilità o al feto.
- H362 – Può essere nocivo per i lattanti allattati al seno.
- H370 – Provoca danni agli organi.
- H371 – Può provocare danni agli organi.
- H372 – Provoca danni agli organi in caso di esposizione prolungata o ripetuta.
- H373 – Può provocare danni agli organi in caso di esposizione prolungata o ripetuta.

Codici supplementari

- H350i – Può provocare il cancro se inalato.
- H360F – Può nuocere alla fertilità.
- H360D – Può nuocere al feto.
- H361f – Sospettato di nuocere alla fertilità.
- H361d – Sospettato di nuocere al feto.
- H360FD – Può nuocere alla fertilità. Può nuocere al feto.
- H361fd – Sospettato di nuocere alla fertilità. Sospettato di nuocere al feto.
- H360Fd – Può nuocere alla fertilità. Sospettato di nuocere al feto.
- H360Df – Può nuocere al feto. Sospettato di nuocere alla fertilità.

Pericoli per l'ambiente

- H400 – Molto tossico per gli organismi acquatici.
- H401 – Tossico per gli organismi acquatici.
- H402 – Nocivo per gli organismi acquatici.
- H410 – Molto tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
- H411 – Tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
- H412 – Nocivo per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
- H413 – Può essere nocivo per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata.
- H420 – Nuoce alla salute pubblica e all'ambiente distruggendo l'ozono dello strato superiore dell'atmosfera.

13.2 INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI SUI PERICOLI

Proprietà fisiche

- EUH 001 – Esplosivo allo stato secco.
- EUH 014 – Reagisce violentemente con l'acqua.
- EUH 018 – Durante l'uso può formarsi una miscela vapore – aria esplosiva/infiammabile.
- EUH 019 – Può formare perossidi esplosivi.
- EUH 044 – Rischio di esplosione per riscaldamento in ambiente confinato.

Proprietà pericolose per la salute

- EUH 029 – A contatto con l'acqua libera un gas tossico.
- EUH 031 – A contatto con acidi libera gas tossici.
- EUH 032 – A contatto con acidi libera gas molto tossici.
- EUH 066 – L'esposizione ripetuta può provocare secchezza o screpolature della pelle.
- EUH 070 – Tossico per contatto oculare.
- EUH 071 – Corrosivo per le vie respiratorie.

Proprietà pericolose per l'ambiente

- EUH 059 – Pericoloso per lo strato di ozono

13.3 ELEMENTI DELL'ETICHETTA E INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI PER TALUNE SOSTANZE E MISCELE

- EUH 201 – Contiene piombo. Non utilizzare su oggetti che possono essere masticati o succhiati dai bambini.
- EUH 201A – Attenzione! Contiene piombo.
- EUH 202 – Cianoacrilato. Pericolo. Incolla la pelle e gli occhi in pochi secondi. Tenere fuori dalla portata dei bambini.
- EUH 203 – Contiene cromo(VI). Può provocare una reazione allergica.
- EUH 204 – Contiene isocianati. Può provocare una reazione allergica.
- EUH 205 – Contiene componenti epossidici. Può provocare una reazione allergica.
- EUH 206 – Attenzione! Non utilizzare in combinazione con altri prodotti. Possono liberarsi gas pericolosi (cloro).
- EUH 207 – Attenzione! Contiene cadmio. Durante l'uso si sviluppano fumi pericolosi. Leggere le informazioni fornite dal fabbricante. Rispettare le disposizioni di sicurezza.
- EUH 208 – Contiene... Può provocare una reazione allergica.
- EUH 209 – Può diventare facilmente infiammabile durante l'uso.
- EUH 209A – Può diventare infiammabile durante l'uso.
- EUH 210 – Scheda dati di sicurezza disponibile su richiesta.
- EUH 401 – Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.
- EUH 207 – Attenzione! Contiene cadmio. Durante l'uso si sviluppano fumi pericolosi. Leggere le informazioni fornite dal fabbricante. Rispettare le disposizioni di sicurezza.
- EUH 208 – Contiene... Può provocare una reazione allergica.
- EUH 209 – Può diventare facilmente infiammabile durante l'uso.
- EUH 209A – Può diventare infiammabile durante l'uso.
- EUH 210 – Scheda dati di sicurezza disponibile su richiesta.
- EUH 401 – Per evitare rischi per la salute umana e per l'ambiente, seguire le istruzioni per l'uso.

14 SCHEDE COMPARATIVE: SOSTANZE E PRODOTTI PERICOLOSI/RIFIUTI

Simboli e indicazioni di pericolo - classi di pericolosita' del rifiuto

Sono riportati qui di seguito i **simboli di pericolo** e le **diciture delle indicazioni di pericolo** che sono presenti sulla etichetta di recipienti contenenti sostanze e preparati pericolosi.

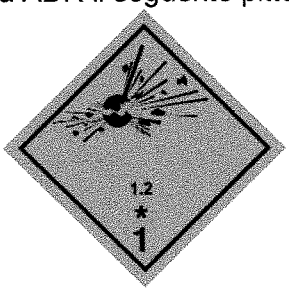
PRODOTTO CLASSIFICATO COME ESPLOSIVO

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP 1

"Esplosivo": rifiuto che può, per reazione chimica, sviluppare gas a una temperatura, una pressione e una velocità tali da causare danni nell'area circostante. Sono inclusi i rifiuti pirotecnici, i rifiuti di perossidi organici esplosivi e i rifiuti autoreattivi esplosivi.

Codici di classe e categoria di pericolo e codici di indicazione di pericolo per i componenti di rifiuti ai fini della classificazione dei rifiuti come rifiuti pericolosi di tipo **HP 1**: Regolamento CLP H200 – H201 – H202 – H203 - H204 – H240 – H241.
Non è prevista nessuna concentrazione limite per classificare il rifiuto esplosivo.
Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:



PRODOTTO CLASSIFICATO COME COMBURENTE

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP 2

"Comburente": rifiuto capace, in genere per apporto di ossigeno, di provocare o favorire la combustione di altre materie.

Codici di classe e categoria di pericolo e codici di indicazione di pericolo per i componenti di rifiuti ai fini della classificazione dei rifiuti come rifiuti pericolosi di tipo **HP 2:** Regolamento CLP H270 – H271 – H272

Non è prevista nessuna concentrazione limite per classificare il rifiuto comburente

Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:

PRODOTTO CLASSIFICATO COME INFIAMMABILE

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP 3: Regolamento CLP H220 – H221- H222 – H223 -H224 – H225- H226 – H228 - H242 – H250- H251 – H252 - H260 – H261

Categorie di pericolo e concentrazione limite per classificare il rifiuto infiammabile:

- Rifiuto liquido infiammabile:rifiuto liquido il cui punto di infiammabilità è inferiore a 60 °C oppure rifiuto di gasolio, carburanti diesel e oli da riscaldamento leggeri il cui punto di infiammabilità è superiore a 55 °C e inferiore o pari a 75 °C;
- Rifiuto solido e liquido piroforico infiammabile:rifiuto solido o liquido che, anche in piccole quantità, può infiammarsi in meno di cinque minuti quando entra in contatto con l'aria;
- Rifiuto solido infiammabile:rifiuto solido facilmente infiammabile o che può provocare o favorire un incendio per sfregamento;
- Rifiuto gassoso infiammabile:rifiuto gassoso che si infiamma a contatto con l'aria a 20 °C e a pressione normale di 101,3 kPa;
- Rifiuto idroreattivo:rifiuto che, a contatto con l'acqua, sviluppa gas infiammabili in quantità pericolose;
- Altri rifiuti infiammabili: aerosol infiammabili, rifiuti autoriscaldanti infiammabili, perossidi organici infiammabili e rifiuti autoreattivi infiammabili.

Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:

PRODOTTO CLASSIFICATO COME IRRITANTE

.

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato: "**Irritante** - Irritazione cutanea e lesioni oculari": rifiuto la cui applicazione può provocare irritazione cutanea o lesioni oculari

Classe di pericolosità del rifiuto HP 4

Classificazione ed Etichettatura in caso di smaltimento

Il rifiuto che contiene una o più sostanze in concentrazioni superiori al valore soglia, che sono classificate con uno dei seguenti codici di classe e categoria di pericolo e codici di indicazione di pericolo e uno o più dei seguenti limiti di concentrazione è superato o raggiunto, è classificato come **rifiuto pericoloso di tipo HP 4**: Regolamento CLP come segue

Il valore soglia di cui tenere conto in sede di valutazione riguardo ai codici Skin corr. 1A (H314), Skin irrit. 2 (H315), Eye dam. 1 (H318) e Eye irrit. 2 (H319) è pari a 1 %.

Se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze classificate con il codice Skin corr. 1A (H314) **è pari o superiorea 1 %,** il rifiuto è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 4.

Se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze classificate con il codice H318 **è pari o superiore a 10 %,** il rifiutoè classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 4.

Se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze classificate con i codici H315 e H319 **è pari o superiore a 20 %,** il rifiuto è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 4.

Si noti che i rifiuti contenenti sostanze classificate con il codice H314 (Skin corr.1A, 1B o 1C) **in quantità superiori o pari a 5 % sono classificati come rifiuti pericolosi di tipo HP 8**. La caratteristica di pericolo HP 4 non si applica se il rifiuto è classificato come HP 8.

PRODOTTO CLASSIFICATO COME TOSSICO

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP 5

Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT) e tossicità in caso di aspirazione

Il rifiuto che contiene una o più sostanze classificate con uno dei codici di classe e categoria di pericolo e uno dei codici di indicazione di pericolo figuranti nella tabella 4, e uno o più limiti di concentrazione figuranti nella tabella 4 è superato o raggiunto, è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 5. Se il rifiuto contiene sostanze classificate come STOT, la concentrazione di una singola sostanza deve essere superiore o pari al limite di concentrazione affinché il rifiuto sia classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 5.
Se il rifiuto contiene una o più sostanze classificate come Asp. Tox. 1 e la somma di tali sostanze è pari o superiore al limite di concentrazione, il rifiuto è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 5 solo se la viscosità cinematica totale (a 40 °C) non è superiore a 20,5 mm^2/s.

Classe di pericolosità del rifiuto HP5 (e limite concentrazione): Regolamento CLP
H370 (1 %) – H371(10%) H372(1 %)– H373 (10%) - H304 (10 %) – H335(20%)

PRODOTTO con TOSSICITA' ACUTA

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP 6

Se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze contenute in un rifiuto, classificate con una classe e categoria di pericolo di tossicità acuta e un codice di indicazione di pericolo di cui alla tabella 5, supera o raggiunge la soglia che figura nella suddetta tabella, il rifiuto è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 6. Se il rifiuto contiene più di una sostanza classificata come tossica acuta, la somma delle concentrazioni è necessaria solo per le sostanze che rientrano nella stessa categoria di pericolo.
I seguenti valori limite sono da prendere in considerazione in sede di valutazione:
— per i codici Acute Tox. 1, 2 o 3 (H300, H310, H330, H301, H311, H331): 0,1 %;
— per il codice Acute Tox. 4 (H302, H312, H332): 1 %.

Classe di pericolosità del rifiuto HP6: Regolamento CLP H302 – H312 – H332 – H300 H301 – H310 H311 – H330 - H331

Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:

PRODOTTO CANCEROGENO

Pericolo: Rifiuto che causa il cancro o ne aumenta l'incidenza.

Il rifiuto che contiene una sostanza classificata con uno dei seguenti codici di classe e categoria di pericolo e codici di indicazione di pericolo e supera o raggiunge uno dei limiti di concentrazione che figurano nella tabella 6 è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 7. Se il rifiuto contiene più di una sostanza classificata come cancerogena, la concentrazione di una singola sostanza deve essere superiore o pari al limite di concentrazione affinché il rifiuto sia classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 7.

Classe di pericolosità del rifiuto HP7 se è presente:

una sostanza riconosciuta come cancerogena (categorie 1a e 1b Regolamento CLP H350)

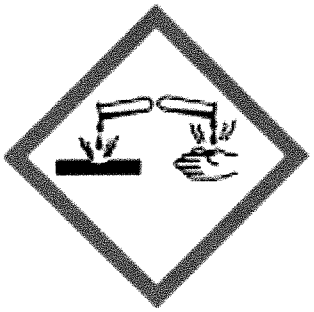
in concentrazione tot. >= 0,1%

una sostanza riconosciuta come cancerogena (categoria 2 Regolamento CLP H351)

in concentrazione tot. >= 1%

PRODOTTO CORROSIVO

Pericolo: rifiuto la cui applicazione può provocare corrosione cutanea.



Il rifiuto che contiene una o più sostanze classificate come Skin Corr. 1A, 1B o 1C (H314) e la somma delle loro concentrazioni è pari o superiore a 5 % è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 8.
Il valore soglia di cui tenere conto in sede di valutazione riguardo ai codici 1A, 1B e 1C (H314) è 1,0 %.

Classe di pericolosità del rifiuto HP8: Regolamento CLP H314 H318

Si noti che i rifiuti contenenti sostanze classificate con il codice H314 (Skin corr.1A, 1B o 1C) **in quantità superiori o pari a 5 % sono classificati come rifiuti pericolosi di tipo HP 8**. Se inferiore a 5% si classifica HP 4 (Irritante) che non si applica se il rifiuto è classificato come HP 8.

Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:

MATERIALE INFETTO

Pericolo:rifiuto contenente microrganismi vitali o loro tossine che sono cause note, o a ragion veduta ritenuti tali, di malattie nell'uomo o in altri organismi viventi.

L'attribuzione della caratteristica di pericolo HP 9 è valutata in base alle norme stabilite nei documenti di riferimento o nella legislazione degli Stati membri.

Classe di pericolosità del rifiuto HP9: Regolamento CLP H200 – H201 – H202 – H203

Al momento del confezionamento del rifiuto e prima del trasporto ai fini dello smaltimento o al recupero si deve apporre ai sensi della normativa ADR il seguente pittogramma:

TOSSICO PER LA RIPRODUZIONE

Pericolo: rifiuto che ha effetti nocivi sulla funzione sessuale e sulla fertilità degli uomini e delle donne adulti, nonché sullo sviluppo della progenie.

Il rifiuto che contiene una sostanza classificata con uno dei seguenti codici di classe e categoria di pericolo e codici diindicazione di pericolo e supera o raggiunge uno dei limiti di concentrazione sotto riportate è classificato comerifiuto pericoloso di tipo HP 10. Se il rifiuto contiene più di una sostanza classificata come tossica per la riproduzione,la concentrazione di una singola sostanza deve essere superiore o pari al limite di concentrazione affinché il rifiuto siaclassificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 10.

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP10: Regolamento CLP H360 - H361

Limiti di concentrazione:

Repr. 1A e 1B H360 (0,3%) – Repr. 2 H361 (3%)

MUTAGENO

Pericolo: rifiuto che può causare una mutazione, ossia una variazione permanente della quantità o della struttura del materiale genetico di una cellula.

Se il rifiuto contiene più di una sostanza classificata come mutagena, la concentrazione di una singola sostanza deve essere superiore o pari al limite di concentrazione affinché il rifiuto sia classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 11.

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP11: Regolamento CLP H340 - H341

Limiti di concentrazione:

Repr. 1A e 1B H340 (0,1%) – Repr. 2 H341 (1%)

LIBERAZIONE DI GAS A TOSSICITA' ACUTA

Pericolo: rifiuto che libera gas a tossicità acuta (Acute Tox. 1, 2 o 3) a contatto con l'acqua o con un acido.Il rifiuto che contiene una sostanza contrassegnata con una delle informazioni supplementari sui pericoli EUH029, EUH031 e EUH032 è classificato come rifiuto pericoloso di tipo HP 12 in base ai metodi di prova o alle linee guida.

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP12: Regolamento CLP EUH029, EUH031 e EUH032

SENSIBILIZZANTE

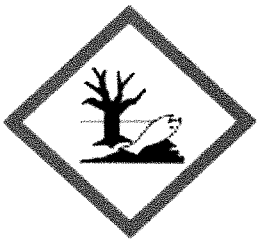
Pericolo: rifiuto che contiene una o più sostanze note per essere all'origine di effetti di sensibilizzazione per la pelle o gli organi respiratori.
Il rifiuto che contiene una sostanza classificata come sensibilizzante ed è contrassegnato con il codice di indicazione di pericolo H317 o H334, e una singola sostanza è pari o superiore al limite di concentrazione del 10 %.

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP13: Regolamento CLP H317 H334

ECOTOSSICO

Pericolo: rifiuto che presenta o può presentare rischi immediati o differiti per uno o più comparti ambientali



(A decorrere dal 5 luglio 2018 - Definizione e ulteriore descrizione dell'allegato III alla direttiva quadro sui rifiuti, come modificata dal regolamento (EU) 2017/997 del Consiglio)

Qualora debba essere smaltito come un rifiuto viene classificato:

Classe di pericolosità del rifiuto HP14: Regolamento CLP come segue

«HP 14 «Ecotossico»:rifiuto che presenta o può presentare rischi immediati o differiti per uno o più comparti ambientali. Sono classificati come rifiuti pericolosi di tipo HP 14 i rifiuti che soddisfano una delle condizioni indicate di seguito: — I rifiuti che contengono una sostanza classificata come sostanza che riduce lo strato di ozono con il codice di indicazione di pericolo H420 conformemente al regolamento (CE) n. 1272/2008 del

Parlamento europeo e del Consiglio (*), se la concentrazione di tale sostanza è pari o superiore al limite di concentrazione dello 0,1 %. [c(H420) ≥ 0,1 %] — I rifiuti che contengono una o più sostanze classificate come sostanze con tossicità acuta per l'ambiente acquatico con il codice di indicazione di pericolo H400 conformemente al regolamento (CE) n. 1272/2008, se la somma delle concentrazioni di tali sostanze è pari o superiore al limite di concentrazione del 25 %. A tali sostanze si applica un valore soglia dello 0,1 %. [Σ c (H400) ≥ 25 %] — I rifiuti che contengono una o più sostanze classificate come sostanze con tossicità cronica per l'ambiente acquatico 1, 2 o 3 con il codice di indicazione di pericolo H410, H411 o H412 conformemente al regolamento (CE) n. 1272/2008, se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze della categoria 1 (H410) moltiplicata per 100, aggiunta alla somma delle concentrazioni di tutte le sostanze della categoria 2 (H411) moltiplicata per 10, aggiunta alla somma delle concentrazioni di tutte le sostanze della categoria 3 (H412), è pari o superiore al limite di concentrazione del 25 %. Alle sostanze classificate con il codice H410 si applica un valore soglia dello 0,1 % e alle sostanze classificate con il codice H411 o H412 si applica un valore soglia dell'1 %. [100 × Σc (H410) + 10 × Σc (H411) + Σc (H412) ≥ 25 %] — I rifiuti che contengono una o più sostanze classificate come sostanze con tossicità cronica per l'ambiente acquatico 1, 2, 3 o 4 con il codice di indicazione di pericolo H410, H411, H412 o H413 conformemente al regolamento (CE) n. 1272/2008, se la somma delle concentrazioni di tutte le sostanze classificate come sostanze con tossicità cronica per l'ambiente acquatico è pari o superiore al limite di concentrazione del 25 %. Alle sostanze classificate con il codice H410 si applica un valore soglia dello 0,1 % e alle sostanze classificate con il codice H411, H412 o H413 si applica un valore soglia dell'1 %. [Σ c H410 + Σ c H411 + Σ c H412 + Σ c H413 ≥ 25 %] dove: Σ = somma e c = concentrazioni delle sostanze. (*)Regolamento (CE) n. 1272/2008 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 2008, relativo alla classificazione, all'etichettatura e all'imballaggio delle sostanze e delle miscele che modifica e abroga le direttive 67/548/CEE e 1999/45/CE e che reca modifica al regolamento (CE) n. 1907/2006 (GU L 353 del 31.12.2008, pag. 1).»; 2)

RIFIUTO CHE NON POSSIEDE DIRETTAMENTE UNA DELLE CARATTERISTICHE DI PERICOLO SUMMENZIONATE MA PUÒ MANIFESTARLA SUCCESSIVAMENTE

Soppresso da Regolamento UE 997/2017

Il rifiuto che contiene una o più sostanze contrassegnate con una delle indicazioni di pericolo o con una delle informazioni supplementari sui pericoli figuranti nella tabella 9 è classificato come rifiuto pericoloso con il codice HP 15, a meno che si presenti sotto una forma tale da non potere in nessun caso manifestare caratteristiche esplosive o potenzialmente esplosive.

Classe di pericolosità del rifiuto HP15:

Pericolo di esplosione di massa in caso di incendio	H205
Esplosivo allo stato secco	EUH001
Può formare perossidi esplosivi	EUH019
Rischio di esplosione per riscaldamento in ambiente confinato	EUH044

15 RICHIESTA DI SMALTIMENTO RIFIUTI CHE VERRANNO PRODOTTI IN MANIERA CONTINUATIVA

Il Dirigente Responsabile della Struttura che produce o detiene un rifiuto ha l'obbligo di effettuare una richiesta di smaltimento e di certificare al Delegato Responsabile Aziendale della Gestione dei Rifiuti: l'origine del rifiuto che intende smaltire, le materie prime da cui scaturisce, la strumentazione che ne determina la formazione, le caratteristiche chimico-fisiche, i codici eventualmente riportati nelle schede di sicurezza (CER, n° ONU, classe ADR), la pericolosità o non pericolosità del rifiuto, le classi HP di pericolo la destinazione del rifiuto (smaltimento/recupero) (compilazione **Mod. A**). **Tale certificazione deve essere redatta ogni qualvolta intervengano modifiche sostanziali nel processo di produzione (D.M. 12 Giugno 2002 art.7) o vi sia la messa in funzione di una nuova strumentazione che produce rifiuti liquidi da smaltire.**

Qualora Il Dirigente di cui sopra non sia in grado di caratterizzare il rifiuto, certificherà tale caratteriazzazione dopo aver richiesto specifiche analisi chimico-fisiche, merceologiche, a seguito delle quali, l'Ufficio Igiene o il tecnico del laboratorio esterno incaricato all'analisi effettueranno i campionamenti.

15.1 MOD. A: "SCHEDA RICHIESTA RIFIUTI PRODOTTI IN MODO CONTINUATIVO"

Spazio riservato all'attribuzione codice identificativo del rifiuto →		

RICHIESTA SMALTIMENTO RIFIUTI SPECIALI

STRUTTURA CHE PRODUCE O DETIENE IL RIFIUTO :

_____

UBICAZIONE INSEDIAMENTO PRODUTTIVO: _____

DIRIGENTE RESPONSABILE: _____ TEL : _____

E MAIL : _____

ORIGINE DEL RIFIUTO

Descrizione del processo che dà origine al rifiuto:_____

Se il rifiuto è prodotto tramite strumentazione specificare il produttore dell'apparecchiatura e il nome del modello in uso:

_____

Materie prime utilizzate:_____

Schede tecniche allegate n°_____

Prodotto ottenuto_____

Caratteristiche fisiche: ☐ **liquido** ☐ **solido non polverulento** ☐ **solido polverulento**

☐ **Rifiuto trattato presso l'insediamento** ☐ **Rifiuto non trattato**

Descrizione del trattamento :

_____

Specificare motivo:

_____

Codici riportati nella scheda di sicurezza o estrapolabili dalla stessa con la consulenza del responsabile aziendale della gestione dei rifiuti :

Il materiale o composto da smaltire è: ☐ NON PERICOLOSO ☐ PERICOLOSO se trattasi di rifiuto pericoloso aggiungere l'asterisco (*) al CER (Codice Europeo dei Rifiuti)

CER ..... CER (+ *) se rifiuto pericoloso.....*

(Vedasi elenco nell' allegato B D.Lgs 3/12/2010 n°205)

Classe ADR per il trasporto..... N° ONU .....
classe.....

Dopo aver preso visione della/e scheda/e di sicurezza si attesta che:

Se PERICOLOSO segnalare la pericolosità: HP____ HP____ HP____ HP____ HP____ HP____ HP____

HP1 - esplosivo HP2 - comburente HP3 infiammabile HP4 – irritante/Irritazione cutanea e lesioni oculari HP5 – tossicità specifica per organi bersaglio/tossicità in caso di aspirazione HP6 – tossicità acuta HP7 - cancerogeno HP8 - corrosivo HP9 - infettivo HP10 - tossico per la riproduzione HP11 - mutageno HP12 - liberazione di gas a tossicità acuta HP13 - sensibilizzante H14 - ecotossico

Destinazione del rifiuto:

☐ **Smaltimento D*** ..... (da D1 a D15) ☐ **Recupero R*** ..... (da R1 a R13)

ATTENZIONE: Se i dati sul codice CER e le classi di pericolosità non sono ricavabili dalla scheda di sicurezza, o da una dichiarazione scritta da parte del costruttore dell'apparecchiatura da cui scaturisce il rifiuto, chiedere analisi merceologica chimico – fisica (qualora già in precedenza effettuate tenere conto dell'adeguamento normativo Regolamento UE n. 1357/2014, in vigore dal 01.06.2015, e Regolamento UE n. 997/2017, in vigore dal 05.07.2018, che introducono nuovi parametri limite delle sostanze contaminanti

SI RICHIEDE ANALISI ☐ NON SI RICHIEDE ANALISI ☐

Modalità di deposito temporaneo:

☐ CUMULO ☐ FUSTI CAPACITÀ NOMINALE CONTENITORE

☐ CONTAINER ☐ PALLETS MC_____ LT_____

☐ IMBALLAGGIO IN CARTONE ☐ CISTERNE

☐ IMBALLAGGIO IN PLASTICA ☐ ALTRO_____

MATERIALE OMOGENEO ☐

MATERIALE NON OMOGENEO ☐

1) **QUANTITÀ IN GIACENZA** * **VERIFICATA** ☐ **2) SE TRATTASI DI PRODUZIONE CONTINUATIVA***
STIMATA ☐ **STIMA PRODUZIONE MENSILE**

☐ KG _____ ☐ LT _____

☐ MC _____

*** se trattasi di rifiuto pericoloso, comunicare tassativamente ogni settimana all'Ufficio Igiene, via fax/e-mail, le variazioni quantitative prodotte negli ultimi 7 gg. (quanto sopra ad eccezione dei rifiuti a rischio infettivo CER 18.01.03 che vanno obbligatoriamente smaltiti entro 5 gg. dalla produzione)**

IL DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA STRUTTURA CHE PRODUCE O DETIENE IL RIFIUTO DA SMALTIRE, DOVRÀ FAR APPORRE SUI CONTENITORI DEI RIFIUTI SOPRA CARATTERIZZATI, L'ETICHETTATURE DI LEGGE CHE VERRANNO FORNITE, **UNITAMENTE AD UNA ETICHETTA DI RICONOSCIMENTO DEL RIFIUTO (IN CUI SCRIVERE IL CODICE RIPORTATO SUL FRONTESPIZIO DEL SEGUENTE MODULO ……, CON LA FIRMA DELL'OPERATORE CHE LA APPLICA). TALE ETICHETTA LEGHERA' IN MANIERA UNIVOCA IL RIFIUTO PRODOTTO ALLA PRESENTE CERTIFICAZIONE.**

Data_____

Il Dirigente Responsabile (timbro e firma leggibile)

……

15.2 (MOD. B) "RICHIESTA DI SMALTIMENTO RIFIUTI DETENUTI DI CUI IL PRODUTTORE INTENDE DISFARSI O ABBIA L'OBBLIGO DI DISFARSI"

La richiesta va compilata tramite nota protocollata indirizzata all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri
(MOD. B) Unitamente alla **scheda di sicurezza*** del rifiuto da smaltire vanno fornite le seguenti informazioni:

- TIPO DI RIFIUTO
- CODICE CER (se conosciuto)
- TIPO DI CONTENITORE e n. COLLI
- STATO FISICO
- PESO
- EVENUALI FRASI ASSOCIATE ALLE INDICAZIONI DI PERICOLO

TIPO DI RIFIUTO	CODICE CER (se conosciuto)	TIPO DI CONTENITORE e n. COLLI	STATO FISICO	PESO	EVENUALI FRASI ASSOCIATE ALLE INDICAZIONI DI PERICOLO

15.2.1 *contenuto delle schede di sicurezza"

La scheda informativa di sicurezza o scheda dati di sicurezza (SDS), o, come viene generalmente abbreviato, la scheda di sicurezza, è prevista dal D.Lgs. 3 febbraio 1997, n. 52, ed è regolamentata in dettaglio dal D.M. 7 settembre 2002 e successivo Regolamento U.E. 878/20.
16 punti obbligatori delle schede di sicurezza :

1. Identificazione della sostanza/preparato e della società/impresa
2. Identificazione dei pericoli
3. Composizione/informazioni sugli ingredienti
4. Misure di primo soccorso
5. Misure antincendio
6. Misure in caso di rilascio accidentale
7. Manipolazione e immagazzinamento
8. Controllo dell'esposizione
9. Proprietà fisiche e chimiche
10. Stabilità e reattività
11. Informazioni tossicologiche
12. Informazioni ecologiche
13. Considerazioni sullo smaltimento
14. Informazioni sul trasporto
15. Informazioni sulla regolamentazione
16. Altre informazioni

16 RICHIESTA SMALTIMENTO DI RIFIUTI SANITARI PER NUOVA PRODUZIONE E/O DA SMALTIRE IN MANIERA SPORADICA

Chiunque, in qualsiasi attività o struttura sanitaria aziendale (Resp. di Servizio/Reparto o Ambulatorio), si appresti a produrre nuovi rifiuti sanitari (pericolosi e non), è tenuto a darne comunicazione preventiva all'Ufficio Igiene.
Quanto sopra, al fine di provvedere con i tempi e le modalità previste dalla legislazione vigente, alla corretta classificazione/caratterizzazione, confezionamento e successivo avvio alla raccolta, trasporto e smaltimento/recupero tramite Ditta autorizzata del rifiuto.

17 S.C. LABORATORIO ANALISI

Procedure specifiche

Il Laboratorio Analisi dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni produce prevalentemente e in maniera continuativa le seguenti tipologie di rifiuti:

17.1 RIFIUTI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Regolamento e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

17.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (principali tipologie prodotte)

Rifiuti sanitari liquidi non pericolosi (CER 18.01.07)

Le procedure operative della produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Regolamento.

I rifiuti liquidi vengono o convogliati nel deposito temporaneo sottostante il Laboratorio Analisi e, attraverso un'apposita rete, confluiscono in cisterne di raccolta centralizzata (vedasi foto), oppure fatti confluire dal macchinario in una tanica (da 20 – 10 – 5 lt) e , dopo apposita etichettatura inviati al deposito temporaneo. Da tale deposito temporaneo vengono aspirati dalle cisterne e trasportati per l'avvio allo smaltimento dalla Ditta appaltatrice specializzata due volte a settimana.

Elenco delle apparecchiature analitiche e dei relativi rifiuti liquidi prodotti (classificazione CER 18.01.07 certificata da Laboratori esterni qualificati):

- **app. AU 5800** Cisterna
- **app. HB NEXT APCL** Cisterna
- **app. THERNO SCIENTIFIC KRIPTOR** Cisterna
- **app. UNICEL DXI 800** Cisterna
- **app.SISMEX XN10 123°** Cisterna
- **app. OC SENSOR PLEDIA** Cisterna

- **app. HYDRASYS (Immunofissazione)** Taniche
- **app. ALIFAX ALFRED** Taniche
- **app. WERFEN TAURUS** Taniche
- **app. HB 9210 APLC** Taniche

Cisterne di raccolta dei rifiuti liquidi.

Sulle taniche deve essere apposta l'apposita etichetta descrittiva del rifiuto prodotto.

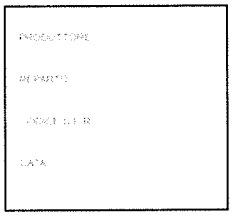
AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" TERNI LABORATORIO ANALISI CER 180107 LIQUIDO
Hydrasys - Alifax Alfred - Werfen Taurus - Hb 9210 - Hb NEXT

17.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

17.3.1 rifiuti composti da reagenti di laboratorio pericolosi (cer 16.05.06*)

La produzione di tale rifiuto è alquanto modesta poiché in genere si tratta di reagenti scaduti e pertanto lo smaltimento avviene sporadicamente.

Etichetta da applicare,debitamente compilata, sul reagente da smaltire dal personale tecnico di laboratorio unitamente al pittogramma "R":

Ulteriori etichette 

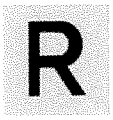
vanno individuate in funzione della scheda di sicurezza dello specifico reagente da smaltire.

17.3.2 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06*).

Nello specifico, tali rifiuti liquidi prodotti dall' apparecchiatura **VARIAN 920-LC** (CER 18.01.06* certificata da Laboratori esterni qualificati) in quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa ADR prevedono per lo smaltimento:

- HP di pericolo: HP5 e HP6 (elenco HP riportato a pag. 34 e peculiarità a pag. 40 e 43)
- Stato fisico e Classe App.za: liquido - 3 (6.1) II (D/E)
- ONU: UN 2810, RIFIUTO, LIQUIDO TOSSICO, N.A.S., 3 (6.1), II, (D/E) rifiuto conforme al 2.1.3.5.5 ADR,
- Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA
"S. MARIA" TERNI
LABORATORIO ANALISI
CER 180106*
HP5 HP6 UN 2810 LIQUIDO
VARIAN



I rifiuti liquidi sono convogliati direttamente dal macchinario in una tanica da 20 lt successivamente raccolta e trasferita con periodicità mensile dal personale addetto nel deposito temporaneo sottostante il

Laboratorio Analisi dal quale viene ritirata per il trasporto e l'avvio allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.
Un altro rifiuto che viene smaltito con codice 18.01.06* è il refluo dell'apparecchiatura **Bio Merieux Previ Color**

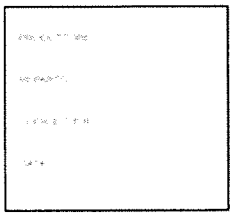
- HP di pericolo: HP5 (vedi elenco HP)
- Stato fisico: liquido
- ONU: NO ADR,
- Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

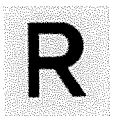
AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **LABORATORIO ANALISI** **CER 180106*** **HP5 LIQUIDO**
Bio Merieux Previ Color Gram

I rifiuti liquidi sono convogliati direttamente dal macchinario in una tanica da 20 lt successivamente raccolta e trasferita con periodicità mensile dal personale addetto nel deposito temporaneo sottostante il Laboratorio Analisi dal quale viene ritirata per il trasporto e l'avvio allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

17.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (CER 18.01.03*)

Tali rifiuti, (trattati nel presente Regolamento), confezionati dal personale del Laboratorio Analisi secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati quotidianente dalla Ditta addetta alla microraccolta e portati presso il Deposito temporaneo dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.
Pittogrammi di pericolo associati:





18 S.C. IMMUNOEMATOLOGIA E TRASFUSIONALE

Il Centro Trasfusionale dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni produce prevalentemente e in maniera continuativa le seguenti tipologie di rifiuti:

18.1 RIFIUTI SANITARI ASSIMILATI AI RIFIUTI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Regolamento e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

18.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (principali tipologie prodotte)

Rifiuti Sanitari liquidi non pericolosi (cer 18.01.07)

Le procedure operative della produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Regolamento.

Elenco delle apparecchiature analitiche e dei relativi rifiuti liquidi prodotti (classificazione CER 18.01.07 certificata da Laboratori esterni qualificati):

- app. **SIEMENS BCS XD** (coagulometro)
- app. **COBAS PRO E801 E COBAS 6800** (biologia molecolare)
- app. **LH – 1000 DIAMED** (Agglutinazione su colonna plasma sangue intero)
- app. **IMMUCOR NEO** (Agglutinazione su piastra plasma sangue intero)
- app. **LIASON X** (Analisi del siero)
- app. **FUJIREBIO TENDIGO AUTOBLOT 3000 E LIMIPULSE G1200**
- app. **GRIFOLS ERYTRA E EFLEXIS**
- app **BD FACS CANTO II – BD FACS SAMPLE**

Etichetta da applicare sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti dal personale tecnico di laboratorio:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **CENTRO TRASFUSIONALE** **CER 180107** **LIQUIDO**
Liaison X - Immucor - Sysmex XNL -Cobas - Autoblot - Grifols - Lumipulse

PROCEDURA

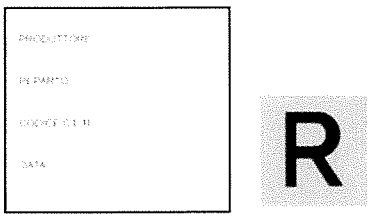
I rifiuti liquidi prodotti dalle suddette apparecchiature sono convogliati direttamente dai macchinari in taniche da 20 lt e successivamente, corredate dei rispettivi pittogrammi, collocate, ad opera del personale dipendente, nel punto di raccolta all'interno del Centro Trasfusionale.
Il capotecnico comunica all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri, responsabile dell'intero processo, il n. di taniche da smaltire in relazione al tipo di refluo prodotto e il corrispondente CER (18.01.07), al fine di consentire le procedure burocratico/legali di smaltimento nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa di riferimento.
Le taniche vengono, in un secondo momento, trasferite dal personale addetto della Ditta appaltatrice nel deposito temporaneo posto al 2° seminterrato nel locale adiacente quello delle cisterne del laboratorio analisi, dal quale vengono ritirate, con periodicità settimanale, dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e dell'avvio allo smaltimento.

18.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

18.3.1 Rifiuti composti da reagenti di laboratorio pericolosi (CER 16.05.06*)

La produzione di tale rifiuto è alquanto modesta poiché in genere si tratta di reagenti scaduti e pertanto lo smaltimento avviene sporadicamente.

Etichetta da applicare,debitamente compilata, sul reagente da smaltire dal personale tecnico di laboratorio unitamente al pittogramma "R":



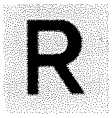
Ulteriori etichette vanno individuate in funzione della scheda di sicurezza del reagente da smaltire.

18.3.2 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06*)

- app. **PROCLEIX PANTHER SYSTEM** (test acido nucleico DNA/RNA) - In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - HP di pericolo: HP10 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico: liquido
  - ONU: NO ADR

- Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **CENTRO TRASFUSIONALE** **CER 180106*** **HP10 LIQUIDO**
Procleix Panther System



18.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (CER 18.01.03*)

18.4.1 rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo liquido

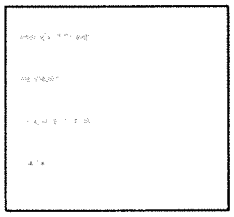
- app. **SYSMEX XNL550** (per emocromo)
  - HP di pericolo: HP9 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: liquido - 6,2
  - ONU: UN 3291, RIFIUTI OSPEDALIERI, NON SPECIFICATI, N.A.S., 6.2, (-)
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

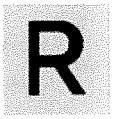
AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **CENTRO TRASFUSIONALE** **CER 180103*** **HP 9 LIQUIDO** **Sysmex A4369 XE 2100**	R	6	UN 3291

18.4.2 rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo solido

Tali rifiuti, confezionati dal personale del servizio secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati quotidianente dalla Ditta addetta alla microraccolta e portati presso il Deposito temporaneo dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

Pittogrammi di pericolo associati:





PROCEDURA

I rifiuti liquidi prodotti dalle apparecchiature menzionate nei paragrafi 3) e 4) vengono convogliati direttamente dai macchinari in taniche da 5, 10 o 20 lt e successivamente, corredate dei rispettivi pittogrammi, collocate, a cura del personale dipendente, nel punto di raccolta all'interno del Centro Trasfusionale.

Il capotecnico comunica all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri, responsabile dell'intero processo, il n. di taniche da smaltire in relazione al tipo di refluo prodotto e il corrispondente CER, al fine di consentire le procedure burocratico/legali di smaltimento nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa di riferimento.

Le taniche vengono, in un secondo tempo, raccolte e trasferite, dal personale addetto della Ditta appaltatrice, nel deposito temporaneo posto al 2° seminterrato con ingresso sul piazzale esterno antistante la Radioterapia.

Dal deposito temporaneo vengono ritirate, con periodicità quindicinale (CER 18.01.06* - paragrafo 3) ed entro 5 giorni dalla chiusura e confezionamento (CER 18.01.03* – paragrafo 4), dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento.

19 S.C. UNIV. ANATOMIA PATOLOGICA

Il Laboratorio della S.C. Univ. Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni produce prevalentemente e in maniera continuativa le seguenti tipologie di rifiuti:

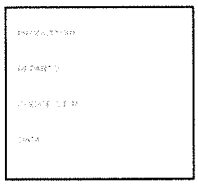
19.1 RIFIUTI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Regolamento e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

19.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

- app. per **Clorazione automatica fissazione – Biopsie Ossee**
  - CER 18.01.07

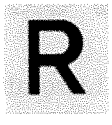
I rifiuti liquidi prodotti durante questo processo vengono convogliati in una cisterna si raccolta esterna della capacità di litri 1000.
Il refluo viene poi preso in carico dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento, con periodicità trimestrale.



19.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO NON INFETTIVO

19.3.1 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06* certificato da laboratori esterni qualificati)

- app. **BENCHMARK ROCHE** (cloratore automatico per immunoistologia) - In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - 18.01.06*
  - HP di pericolo: HP 14 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico: liquido
  - ONU 3082 CLASSE 9 Liquido
    - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **ANATOMIA PATOLOGICA** **CER 180106*** **HP14 LIQUIDO** **1 - BENKMARK IMMUNOISTOCHIMICA**			

- **App. LEIKA** (clorazione manuale e automatica)

- **App. MENARINI**
- **App. ARTISAN**
- **App. HOLOGIC**
- **app. Processatore Automatico Donatello Diapath OTTIX SHAPER**
  - **CER 18.01.06***
  - HP di pericolo: HP3 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: liquido - 3
  - ONU: UN 1993, RIFIUTO LIQUIDO INFIAMMABILE, N.A.S., 3 (6.1), II, (D/E) rifiuto conforme al 2.1.3.5.5 ADR
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi i prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

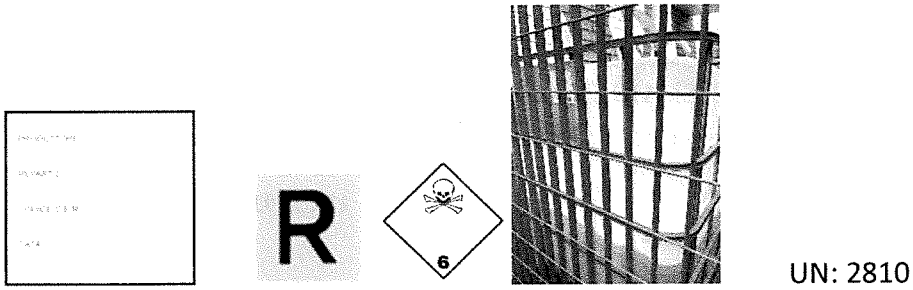
AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **ANATOMIA PATOLOGICA** **CER 180106*** **HP3 UN 1993 LIQUIDO** **4 - 6 - Donatello Diapath Ottix Shaper**	UN 1993	R	

- app. **Processatore Automatico Donatello Diapath OTTIX PLUS** (Processazione automatica) In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - CER 18.01.06*
  - HP di pericolo: HP3 HP14 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: liquido - 3
  - ONU: UN 1993, RIFIUTO LIQUIDO INFIAMMABILE E INQUINANTE PER L'AMBIENTE N.A.S., 3 II, (D/E) - rifiuto conforme al 2.11.3.5.5 ADR
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **ANATOMIA PATOLOGICA** **CER 180106*** **HP 3 HP14 LIQUIDO** **7 - Donatello Diapath Ottix Plus**	R			UN 1993

19.3.2 formalina liquida

- app. refluo **Formalina 4%** (non sottoposto a processo) In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - HP di pericolo: HP 6 HP7 HP11 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico: liquido - 6
  - ONU: 2810, Rifiuto TOSSICO
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:



Il refluo viene trasferito in una cisterna di raccolta esterna della capacità di litri 1000. Il refluo viene poi preso in carico dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento, con periodicità trimestrale.

19.3.3 rifiuti organici contenenti sostanze pericolose (cer 16.03.05* certificato da laboratori esterni qualificati):

- app. **Processatore Automatico Donatello Diapath** (processazione pezzi istologici – paraffina solidificata). In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - HP di pericolo: HP3 HP4 HP5 HP14 (Vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: solido n.p. - 4
  - ONU: UN 1325, RIFIUTO SOLIDO ORGANICO INFIAMMABILE, INQUINANTE PER L'AMBIENTE, N.A.S., 4 (6.1), II, (E) rifiuto conforme al 2.11.3.5.5 ADR
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" TERNI ANATOMIA PATOLOGICA CER 16.03.05* HP3 HP4 HP5 HP14 UN 1325 LIQUIDO 5- PARAFFINA SOLIDA DONATELLO	UN 1325			R

19.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO liquidi (CER 18.01.03* certificato da Laboratori esterni qualificati

- app. **Citofluorimetro BD FAC SC anto II** In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
  - CER 18.01.03*
  - HP di pericolo: HP9 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: liquido - 6.2
  - ONU: UN 3291, RIFIUTI OSPEDALIERI, NON SPECIFICATI, N.A.S., 6.2, (-)
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

	R		UN 3291

19.5 ORGANI E PARTI ANATOMICHE IN FORMALINA

Le parti anatomiche sottoposte ad esame istologico vengono conservate in formalina al 4%. Quando tale conservazione non è più necessaria vengono classificati come rifiuti a rischio infettivo con il CER 18.01.03* . Ciò e dovuto al fatto che la formalina al 4% non garantisce un effetto "sterilizzante" pertanto prevale il rischio infettivo rispetto al rischio chimico.

Pittogrammi di riferimento:

	R		UN 3291

PROCEDURA

I rifiuti liquidi prodotti dalle apparecchiature menzionate nei paragrafi 2) e 3) vengono convogliati direttamente dai macchinari in taniche da 5, 10 o 20 lt e successivamente, corredate dei rispettivi pittogrammi, collocate, a cura del personale tecnico dipendente, nel punto di raccolta all'interno dell'Anatomia Patologica.

Il capotecnico comunica all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri, responsabile dell'intero processo, il n. di taniche da smaltire in relazione al tipo di refluo prodotto e il corrispondente CER, al fine di consentire le procedure burocratico/legali di smaltimento nel rispetto dei termini stabiliti dalla normativa di riferimento.

Le taniche vengono ritirate direttamente dal punto di raccolta dell'Anatomia Patologica, dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento, con periodicità quindicinale (CER 18.01.06* CER 16.03.05* 14.06.03* - paragrafo 2) e secondo la necessità per i CER 16.05.06* (reagenti scaduti) e 18.01.03* (paragrafo 3).

20 S.C. FARMACIA OSPEDALIERA

La S.C. Servizio di Farmacia dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni produce prevalentemente e in maniera continuativa le seguenti tipologie di rifiuti (stato fisico da specificare nei Formulari di smaltimento: solido polverulento, solido non polverulento o liquido):

20.1 RIFIUTI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Manuale e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

20.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITÀ DI SMALTIMENTO
(specificati nella tabella del Manuale)

20.2.1 rifiuti sanitari non pericolosi - cer 18.01.09:

- Farmaci scaduti o inutilizzati (liquidi, solidi polverulenti o solidi n.p). Sono esclusi dalla gestione aziendale dei rifiuti sanitari i campioni farmaceutici consegnati dagli Informatori scientifici ai Medici ospedalieri. Saranno questi ultimi a provvedere personalmente allo smaltimento dei suddetti rifiuti.
- Rifiuti sanitari costituiti da farmaci scaduti o non utilizzati derivanti da sperimentazioni qualora la nostra Azienda ne risulti il produttore

20.2.2 rifiuti sanitari non pericolosi – cer 18.01.01

- Rifiuti taglienti non utilizzati in confezione integra (aghi, siringhe, lame e rasoi)

20.2.3 rifiuti sanitari non pericolosi e non utilizzati e inutilizzabili (esempio scaduti) - cer 18.01.04:

Elenco esemplificativo:

- *assorbenti igienici, pannolini pediatrici e pannoloni*
- *Bastoncini cotonati per colposcopia e pap-test*
- *Bastoncini oculari non sterili*
- *Bastoncini oftalmici di TNT*
- *Cannule e drenaggi Cateteri (vescicali, venosi, arteriosi per drenaggi pleurici, ecc.) raccordi, sonde*
- *Circuiti per circolazione extracorporea*
- *Cuvette monouso per prelievo bioptico endometriale*
- *Deflussori*
- *Fleboclisi*
- *Filtri di dialisi*
- *Filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico)*
- *Guanti monouso*
- *Materiale monouso: vials, pipette, provette, indumenti protettivi mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, seridrape, soprascarpe, camici*
- *Materiale per medicazione (garze, tamponi, bende, cerotti, lunghette, maglie tubolari)*
- *Sacche (per trasfusioni, urina stomia, nutrizione parenterale)*
- *Set di infusione Sonde rettali e gastriche*
- *Sondini (nasogastrici per broncoaspirazione, per ossigenoterapia, ecc.)*
- *Spazzole, cateteri per prelievo citologico*
- *Speculum auricolare monouso*
- *Speculum vaginale*
- *Suturatrici automatiche monouso*
- *Contenitori vuoti (esempio contenitori per urinocoltura, esame urine, raccolta urine 24h ecc.)*

20.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

20.3.1 cer 18.01.08* :

- Farmaci citotossici o citostatici (liquidi, solidi polverulenti o solidi n.p).
- Sono classificati con Hp di pericolo: HP5 HP6 HP7 HP14.
- Rifiuti sanitari costituiti da farmaci scaduti o non utilizzati derivanti da sperimentazioni qualora la nostra Azienda ne risulti il produttore

PRODUTTORE REPARTO LOCALE U.E.R. DATA	R	

20.3.2 cer 16.05.06*:

- Reagenti scaduti (vedi del Manuale)

Procedura

I rifiuti pericolosi citotossici e citostatici (CER 18.01.08*), prodotti dall'Unità Farmaci Antiblastici, vengono depositati, dal personale dipendente, presso il punto di raccolta collocato in prossimità dello stesso e successivamente ritirati, con cadenza quotidiana, dalla ditta incaricata alla microraccolta e trasportati presso il Deposito Temporaneo sito nelle vicinanze dell'obitorio. Il personale operante presso l'UFA, invia all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri, con cadenza settimanale, la quantità prodotta dei suddetti rifiuti (espressa in chilogrammi).
L'Ufficio Igiene provvede a prenotare il ritiro da parte della ditta appaltatrice. Settimanalmente la Ditta appaltatrice autorizzata effettua il ritiro finalizzato all'invio a smaltimento.

I rifiuti di cui CER 18.01.09, 18.01.01, 18.01.04, 16.05.06*, vengono depositati presso un punto di raccolta adiacente al magazzino della Farmacia. L'invio a smaltimento, viene effettuata su segnalazione da parte della Farmacia all'Ufficio Igiene, il quale attiva la ditta appaltatrice autorizzata al ritiro.

20.4 Gestione del ciclo produttivo e distributivo farmaceutico

Il Ministero dell'Ambiente e Tutela del Territorio e del Mare e il Ministero dello Sviluppo Economico hanno promosso un Accordo di programma con ASSINDE Srl (costituita da Farmaindustria, Federfarma, A.S.S.O. Farm, ADF e Federfarm Servizi) inerente la gestione dei rifiuti derivanti dal ciclo produttivo e distributivo del settore farmaceutico qualora si verifichino le sottoelencate condizioni:

- revoca dell'autorizzazione da parte dell'Autorità competente;
- scadenza del termine di validità;
- difetto nel processo produttivo tale da comprometterne l'utilizzabilità;
- danneggiamento o deterioramento tale da comprometterne l'utilizzabilità;
- scadenza del periodo di validità eventualmente concesso dall'Amministrazione in caso di modifica dell'autorizzazione all'immissione in commercio;
- ritiro a titolo definitivo dal commercio a seguito di decisione del Produttore o dell'Autorità Competente.

Per quanto sopra, i farmaci vanno classificati differenziandoli tra rifiuti pericolosi e non pericolosi.
Il ruolo di Assinde Srl è quello di attivare le Ditte autorizzate al fine della raccolta, trasporto e smaltimento/recupero dei rifiuti di cui sopra, ha inoltre altre incombenze amministrative qualora sia applicabile l'articolo 8 del succitato Accordo di Programma. Tale articolo prevede semplificazioni amministrative per i produttori dei rifiuti sopra menzionati, infatti è Assinde Srl che provvede direttamente alla tenuta registri di carico e scarico ed all'elaborazione del Modello Unico di Dichiarazione Ambientale (MUD). Tali semplificazioni invece non sono applicabili nel nostro contesto. in quanto la nostra Azienda Ospedaliera supera la produzione limite, che il succitato articolo individua essere di 10 tonnellate annue di rifiuti non pericolosi e di 2 tonnellate annue di rifiuti pericolosi.

Pertanto tutti gli adempimenti amministrativi di legge, in materia di rifiuti, devono essere espletati direttamente dalla nostra Azienda Ospedaliera. A tal fine l'Ufficio di Igiene ed Epidemiologia fornisce il proprio supporto alla Farmacia Interna, qualora produca rifiuti riconducibili alle sopraelencate condizioni previste dall'Accordo di programma.
Nello specifico:

1) qualora si producano rifiuti pericolosi, l'Ufficio Igiene, su segnalazione della Farmacia, compila il registro di carico e scarico entro 10 giorni dalla produzione (operazione di carico);
2) il giorno del trasporto, lo stesso Ufficio verifica la corretta compilazione del FIR prima della firma da parte del Dirigente della Farmacia;
3) qualora trattasi di rifiuto pericoloso, l'Ufficio Igiene compila il registro di carico e scarico entro 10 giorni dal trasporto del rifiuto (operazione di scarico);
4) il succitato Ufficio fa archiviare la prima copia del FIR in una cartella conservata presso la Farmacia;
5) si fa recapitare entro 90 gg, dalla ditta autorizzata che ha effettuato il trasporto dei rifiuti, la quarta copia del FIR che la Farmacia conserverà unitamente alla prima copia per cinque anni;
6) l'Ufficio Igiene ricava dalla documentazione conservata presso la farmacia i dati necessari all'elaborazione annuale del MUD (prevista dalla L. n. 70/94).

La tempistica di compilazione dei registri di carico e scarico dei rifiuti sanitari pericolosi, sopra riportata, è stabilita dal decreto ministeriale n. 148/1998 e deve avvenire:

- entro 10 giorni dalla produzione del rifiuto (carico);
- entro 10 giorni dall'invio a smaltimento del rifiuto (scarico).

La conservazione del suddetto Registro ha la durata di cinque anni dall'ultima registrazione.
I FIR devono essere compilati e firmati al momento del trasporto dei rifiuti sia pericolosi e non pericolosi, analogamente ai Registri vanno conservati per 5 anni.

20.4.1 percorso di smaltimento farmaci scaduti o inutilizzabili derivanti da sperimentazione clinica

AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA
GESTIONE RIFIUTI SANITARI
DERIVANTI DA
SPERIMENTAZIONE CLINICA DI FARMACI
SCADUTI O INUTILIZZABILI

PROMOTORE - SPONSOR

CONTRATTO IN CUI E' STABILITO CHE LO SPONSOR E' RESPONSABILE DELLA GESTIONE DEL RIFIUTO*

CONTRATTO IN CUI E' STABILITO CHE L'AZIENDA OSPEDALIERA E' GIURIDICAMENTE IL PRODUTTORE DEL RIFIUTO*

NON E' PREVISTO UN CONTRATTO E L'AZIENDA OSPEDALIERA E' GIURIDICAMENTE IL PRODUTTORE DEL RIFIUTO**

Lo SPONSOR
ATTIVA la Ditta autorizzata alla raccolta, trasporto e invio a smaltimento/recupero del rifiuto

Lo SPERIMENTATORE consegna il prodotto da smaltire alla ditta incaricata e documenta la procedura avvenuta nell'Investigator site file

se il ritiro avviene tramite ASSINDE Srl la stessa:
- Compila e conserva per 5 anni il registro di carico e scarico rifiuti;
- redige annualmente il Modello Unico di Dichiarazione Ambientale (MUD).

IL RIFIUTO VIENE RICONSEGNATO ALLA FARMACIA INTERNA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "SANTA MARIA" (TR)

Il DIRIGENTE FARMACISTA (detentore del rifiuto) assimila il prodotto da smaltire, qualora trattasi di CER 180108*, ai rifiuti dell'UFA secondo le procedure aziendali vedi pagg. 59-61)

* Rifiuto sanitario non pericoloso CER 180109
Rifiuto sanitario pericoloso CER 180108*

21 S.C. UNIV. MEDICINA LEGALE

Nella S.C. Univ. Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni vengono prodotte, prevalentemente e in maniera continuativa, le seguenti tipologie di rifiuti:

21.1 RIFIUTI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Manuale e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

21.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

- Estrazione purificazine e ricerca del DNA:

Ha come codice CER di smaltimento 18.01.07

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **MEDICINA LEGALE** **ESTR. purificazione ricerca del DNA** **CER 180107**

21.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

Rifiuti Sanitari liquidi composti da sostanze chimiche pericolose (cer 18.01.06*):

- Estrazione sostanze stupefacenti – Lavaggio matrici pilifere:
  - HP di pericolo: HP3 HP5 HP6 HP 7 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico e Classe App.za: liquido - 3 (6.1), (D/E)
  - ONU: 1992
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **MEDICINA LEGALE** **ESTR. SOST.** **STUPEFACENTI/LAVAGGIO** **MATRICI PILIFERE** **CER 180106*** **HP3 HP5 HP6 HP7 UN1992**	R	6	3	UN 1992

PROCEDURA

I rifiuti prodotti, derivanti dai processi chimici di estrazione, vengono raccolti in taniche da 20 lt che, corredate degli opportuni pittogrammi e su richiesta del responsabile, vengono ritirate periodicamente dal personale afferente all'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri e trasportate nel punto di raccolta, da qui vengono prelevate per l'avvio allo smaltimento dalla Ditta autorizzata.

21.4 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*)

Tali rifiuti, (trattati nel presente Manuale), confezionati dal personale della S.C. Medicina Legale, secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati su segnalazione del capotecnico dal personale afferente l'Ufficio Igiene. Trattandosi di una struttura decentrata i contenitori, una volta chiusi, devono essere portati il prima possibile presso deposito temporaneo aziendale dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

Pittogrammi di pericolo associati:

	☣	R

22 S.C. NEFROLOGIA E DIALISI

Nella S.C. Nefrologia e dialisi dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni vengono prodotte, prevalentemente e in maniera continuativa, le seguenti tipologie di rifiuti:

22.1 RIFIUTI SANITARI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Manuale e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

22.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

Rifiuti Sanitari liquidi non pericolosi (cer 18.01.07)

Smaltimento residui sacche per Emodialisi*:

AZIENDA OSPEDALIERA **"S. MARIA" TERNI** **DIALISI** **CER 180107** **LIQUIDO**	

PROCEDURA

I rifiuti prodotti tranite il residuo delle sacche con cui è stata effettueta la DIALISI, con codice CER 18.01.07, vengono raccolti in bidoni da 35 lt dal personale infermieristico e corredati degli opportuni pittogrammi. Quotidianamente vengono raccolti e stipati dal personale dipendente operante presso la dialisi nel locale, adibito a punto di raccolta, con accesso dal piazzale esterno della S.C. Nefrologia ed Emodialisi. Ogni giorno vengono ritirati dagli addetti alla microraccolta e trasportati presso il Deposito temporaneo dove, una volta alla settimana, vengono prelevati per l'avvio a smaltimento dalla Ditta appaltatrice autorizzata.

22.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*)

Tali rifiuti, (trattati nel presente Manuale), confezionati dal personale della Emodialisi, secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati quotidianente dalla Ditta addetta alla microraccolta e portati presso il Deposito temporaneo dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

Pittogrammi di pericolo associati:

23 SERVIZI CARDIOLOGICI

Nei Servizi Cardiologici dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni vengono prodotte, prevalentemente e in maniera continuativa, le seguenti tipologie di rifiuti:

23.1 RIFIUTI SANITARI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Manuale e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

23.2 RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

23.2.1 rifiuti sanitari liquidi composti da sostanze chimiche non pericolose (cer 18.01.07):

- Smaltimento di taniche ottenute dopo la disinfezione degli endoscopi utilizzati per gli eco-trans-esofagea, a base di perissido di idrogeno:
- Stato fisico e Classe App.za: liquido - no ADR

AZIENDA OSPEDALIERA "S. MARIA" TERNI
SERVIZI CARDIOLOGICI
CER 180107
LIQUIDO

PROCEDURA

I rifiuti prodotti di cui CER 18.01.07 costituiti da taniche da 10 lt vengono sostituiti dal personale infermieristico e corredati da opportuna etichettatura. Al bisogno vengono raccolti e stipati dal personale dipendente operante presso il servizio cardiologico nel locale, adibito a punto di raccolta. Il personale del reparto avvisa l'ufficio igiene che provvede a farlo ritirare e trasportati presso il Deposito temporaneo dove al bisogno vengono prelevati per l'avvio a smaltimento dalla Ditta appaltatrice autorizzata.

23.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*)

Tali rifiuti, (trattati nel presente Manuale), confezionati dal personale della Emodialisi, secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati quotidianente dalla Ditta addetta alla microraccolta e portati presso il Deposito temporaneo dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

Pittogrammi di pericolo associati:

		R

24 AMBULATORIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA

24.1 RIFIUTI SANITARI URBANI

Le procedure operative inerenti la produzione e raccolta di tali tipologie di rifiuti sono riportate nel presente Manuale e sono comuni a tutti i Reparti e Servizi nosocomiali.

24.2 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

- **Formalina 4%** In quanto classificati pericolosi dalla vigente normativa per l'avvio allo smaltimento di tali rifiuti liquidi occorre considerare:
- **CER 18.01.06***

  - HP di pericolo: HP7 HP11 (vedi elenco HP)
  - Stato fisico: liquido - 6
  - ONU: 2810, Rifiuto TOSSICO
  - Pittogrammi di pericolo da applicare dal personale tecnico di laboratorio sulle taniche dei rifiuti liquidi prodotti unitamente all'etichetta sottostante debitamente compilata:

	R		UN: 2810

Il refluo viene trasferito in taniche da 20 lt. Il personale del servizio avvisa l'Ufficio Igiene, che provvede a ritirarlo e stiparlo nel deposito temporaneo prima di essere preso in carico dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento.

ACIDO PERACETICO

		R

Contenuto in vaschette che vengono raccolte in bidoni blu, il personale avvisa l'Ufficio Igiene che provvede al ritiro e allo stipaggio nel deposito temporaneo prima di essere preso in carico dalla Ditta specializzata incaricata del trasporto e avvio allo smaltimento.

24.3 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO solidi n.p. (CER 18.01.03*)

Tali rifiuti, (trattati nel presente Manuale), confezionati dal personale della Emodialisi, secondo le disposizioni già riportate, vengono ritirati quotidianente dalla Ditta addetta alla microraccolta e portati presso il Deposito temporaneo dove, entro cinque giorni dalla data di chiusura e confezionamento, vengono avviati allo smaltimento dalla Ditta specializzata incaricata.

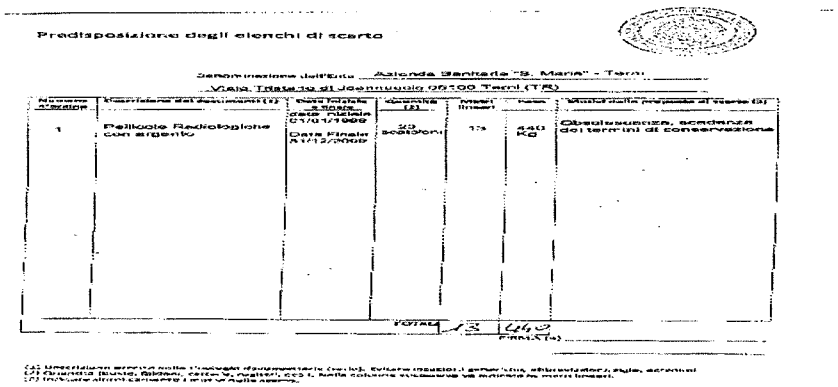
Pittogrammi di pericolo associati:

	☣	R

25 SMALTIMENTO DOCUMENTAZIONE SANITARIA CONTENENTE DATI SENSIBILI

Modalità Operative

Il Responsabile del Reparto/Servizio deve predisporre un elenco dettagliato del materiale di scarto contenente dati sensibili di cui siano scaduti i termini di conservazione stabiliti dalla normativa vigente.
La modulistica va richiesta alla DMPO a cui va riconsegnata dopo la compilazione.
Qualora fossero presenti dei referti questi sono destinati alla conservazione permanente.


Predisposizione degli elenchi di scarto

Denominazione dell'Ente: Azienda Sanitaria "S. Maria" - Terni
Viale Tristano di Joannuccio 05100 Terni (TR)

Numero progr.	Descrizione del documento (1)	Data iniziale e finale	Quantità (2)	Metri lineari	Peso	Motivo della proposta di scarto (3)
1	Pellicole Radiologiche con argento	Data Iniziale 07/01/1989 Data Finale 31/12/2006	23 scatoloni	13	440 Kg	Obsolescenza, scadenza dei termini di conservazione
		TOTALE	23		440	

FIRMA(Te)

(1) Descrizione sommaria della tipologia documentaria (es.: lettere, mandati, registri, delibere, atti, ecc.)
(2) Quantità (buste, faldoni, carte, registri, ecc.) nella colonna successiva va indicato in metri lineari.
(3) Indicare altresì eventuali carenze (es. buste rotte, ecc.)

La modulistica compilata verrà inoltrata dalla DMPO alla Soprintendenza Archivistica e Bibliografica dell'Umbria al fine di ottenere l'autorizzazione allo smaltimento.
Tale autorizzazione è concessa ferma restando la responsabilità della nostra Azienda di verificare che tutti gli atti connessi allo smaltimento siano realmente privi di rilevanza amministrativa e legale e non siano

soggetti a eventuali accertamenti o controlli, né vi siano in corso contenziosi di natura giuridica che li riguardino.

La Ditta incaricata dello smaltimento firma un verbale di presa consegna del materiale, fornendo per iscritto adeguate garanzie affinchè durante le operazioni non si verifichino indebite dispersioni di documenti ma tutti siano regolarmente distrutti. La suddetta Ditta deve comunicare per iscritto l'avvenuta distruzione della documentazione oggetto dello smaltimento che dovrà essere eseguita con modalità adeguata a proteggere la riservatezza dei dati sensibili, ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento UE n. 679/2016" e ss.mm.ii.

La documentazione dell'avvenuto smaltimento deve essere reinviata alla suddetta Soprintendeza e al Ministero dell'Interno per la regolare conclusione del procedimento.

26 GESTIONE RIFIUTI POTENZIALMENTE CONTAMINATI DA RADIOISOTOPI

Medicina Nucleare e Reparti interessati dal ricovero del paziente	**RIFIUTI DA PAZIENTI RICOVERATI SOTTOPOSTI A PROCEDURE DI MEDICINA NUCLEARE** • A tutti i pazienti ricoverati sottoposti ad **esame nel Servizio di Medicina Nucleare** deve essere richiesto, prima di lasciare il servizio di Med. Nucleare, di urinare negli appositi servizi igienici collegati alle vasche di smaltimento (cd."bagno caldo"). • Il Medico Nucleare responsabile dell'esame fornisce al Reparto tutte le informazioni necessarie all'espletamento corretto della procedura: viene allegata in cartella clinica apposito modulo con relative disposizioni cui il Personale del reparto dovrà attenersi. • Durante il periodo del ricovero, il personale del reparto deve informare il paziente di urinare, se possibile, stando seduto al gabinetto del reparto, a partire dal giorno successivo alla somministrazione fino alla fine del ricovero. • Per i pazienti **cateterizzati e dotati di sacche raccolta urine**, ove possibile, deve essere sostituita la sacca prima della dimissione dal reparto: tali sacche costituiranno rifiuto potenzialmente radioattivo. • Nel caso di ricovero di pazienti, sottoposti a procedure di medicina nucleare **in altre Strutture sanitarie**, il Personale del reparto in cui il paziente si ricovera è tenuto ad avvertire tempestivamente il Servizio di Medicina Nucleare dell'Azienda; il Servizio di Medicina Nucleare fornirà al reparto interessato un documento riportante nuclide ed attività somministrata e gli eventuali accorgimenti e precauzioni da adottare. • I **pannoloni** di pazienti incontinenti e le **sacche di urina** sostituite entro 24 ore dalla somministrazione del radioisotopo **^{18}F** (indagini PET) ovvero entro 48 ore dalla somministrazione del radioisotopo **^{99}Tc**, ovvero entro 6 giorni dalla somministrazione del radioisotopo **^{123}I**, ovvero per tutta la durata del ricovero in caso di somministrazione di radioisotopi **^{111}In,^{131}I**, devono essere inserite in un sacchetto impermeabile ben chiuso all'interno di un contenitore rigido a rischio infettivo e conferiti al Servizio di Medicina Nucleare dove verranno stoccati in locale dedicato in attesa dell'esaurimento dell'attività dell'isotopo. • Nel caso di ricovero di **pazienti sottoposti a somministrazione del radioisotopo ^{111}In,^{131}I** (caratterizzati da tempi di dimezzamento più lunghi), sarà compito della Struttura di Medicina Nucleare avvertire la SSD di Fisica Sanitaria e l'Ufficio Igiene per coordinare azioni utili al rispetto della normativa radioprotezionistica ed alla gestione corretta dei rifiuti potenzialmente contaminati, escludendo pazienti sottoposti a diagnostica PET

Qualora la procedura sopra riportata non venga applicata correttamente e con lo scopo di rilevare eventuali contaminazioni radioattive, presenti nei rifiuti provenienti da ogni Reparto o Servizio nosocomiale, l'Azienda, in accordo e con l'ausilio della Ditta incaricata alla microraccolta, ha disposto il posizionamento di un portale nella zona del piazzale dedicato al carico rifiuti urbani e speciali, vicino al punto di uscita dei bidoni/sacchi contenenti i rifiuti.

26.1 GESTIONE PORTALE RILEVATORE DI RADIAZIONI PER RIFIUTI SANITARI

La procedura di utilizzo del portale rilevatore di radiazioni per rifiuti sanitari installato, predisposta a cura della S.S. Fisica Sanitaria, prevede, a carico delle parti interessate, quanto segue:

Questa procedura specifica le modalità di collaborazione e coordinamento con le quali AOSP Terni e DITTA appaltatrice garantiranno il funzionamento del sistema di controllo dei livelli di radioattività dei rifiuti prodotti dalla AOSP Terni.
Il sistema comprende una stazione fissa (sistema Modello RS-200/1500 della Ditta Tema Sinergie) montata verticalmente a terreno nella zona dedicata al carico rifiuti urbani e speciali, vicino al punto di uscita dei bidoni/sacchi contenenti i rifiuti, sul piazzale in oggetto.

AOSP Terni si impegna a mantenere accessibile l'area in prossimità del portale tramite apposita segnaletica al fine di rendere sempre possibile alla DITTA appaltatrice l'entrata e l'uscita con i mezzi di raccolta e per limitare la sosta nelle immediate vicinanze del portale da parte di terzi;

davanti al rivelatore sono montati dissuasori fissi per regolare il parcheggio di mezzi di locomozione (auto, camion etc.).

La SC Tecnico Patrimoniale AOSP Terni è incaricata di adeguare in tal senso la cartellonistica e garantire la manutenzione delle strutture.

La stazione rilevatrice è stata controllata e sottoposta a procedura di accettazione da parte della AOSP Terni - Struttura Semplice di Fisica Sanitaria - in data 14/10/2017 con esito positivo;

Il rilevatore è attivo 24 ore su 24 ed è dotato di sistema di allarme sonoro e visivo ;

Un "software" effettua un costante monitoraggio 24 ore su 24 delle letture del sistema stesso, registrandone le eventuali anomalie.

26.2 ISTRUZIONI OPERATIVE

1-Verifica ad inizio turno del corretto funzionamento del portale (DITTA)
L'operatore ad inizio turno verifica che il portale abbia la spia verde accesa;

Nel caso in cui la spia sia rossa lampeggiante o spenta, l'operatore deve immediatamente contattare la centrale di allarme della AOSP Terni al nr 0744/205222 comunicando quanto segue: "Il Portale per la misurazione della Radioattività dei rifiuti non è funzionante";

Gli operatori della DITTA non sono tenuti in alcun modo ad intervenire sul portale.

Se dopo 20 min. dal malfunzionamento il portale non è stato riattivato/riparato, la DITTA riprende le attività sospendendo la misurazione della radioattività.

La riparazione dei guasti è a totale carico di AOSP Terni.

2-Verifica preventiva al caricamento del rifiuto dell'assenza di carica radioattiva (DITTA).

L'operatore passa con il carrello dei rifiuti davanti al sistema osservando se si attiva il segnale luminoso rosso e l'allarme sonoro;
Se il segnalatore visivo rimane di colore verde i bidoni/sacchi contenuti nel carrello possono essere caricati;
Se si attiva il segnale di allarme bisogna tornare indietro con il carrello nella zona coperta vicino all'ascensore ed aspettare che il segnale di allarme cessi;
Ripetere l'uscita con il carrello e verificare se si attiva nuovamente l'allarme;
In caso di ripetizione dell'allarme il contenitore/carrello deve essere gestito come al successivo punto 3.
Se invece l'allarme non si ripete, si è trattato di un falso positivo e si procede normalmente al carico.

3- Gestione del rifiuto radioattivo (AOSP-DITTA)

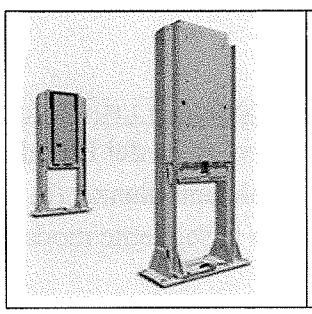
Tutti i carichi dei bidoni/sacchi dei rifiuti provenienti da tutti i reparti/servizi (compresi i rifiuti urbani raccolti dagli edifici esterni al corpo centrale) con destinazione finale l' Isola Ecologica del Presidio Ospedaliero, dovranno essere vagliati dal Portale di rilevazione posto sul piazzale ambulanze, (la capacità di rilevazione è efficace fino ad un massimo di 4 metri di distanza) con la seguente modalità:

Nel caso in cui un rifiuto sanitario risultasse radioattivo l'operatore della DITTA posiziona il bidone all'interno dell'apposito armadietto giallo schermato sito nei pressi dell'ingresso della zona di carico, al 2° seminterrato;
avverte la centrale di allarme della AOSP Terni al numero 0744/205222 comunicando quanto segue: "E' stato confinato un rifiuto, si richiede intervento della Struttura di Fisica Sanitaria"e riprende il lavoro routinario.
La Centrale di Allarme avvisa a mezzo mail la S.S. di Fisica Sanitaria e l'Ufficio Igiene e Processi Ospedalieri - (m.italiani@aospterni.it e ufficio.igiene@aospterni.it).

La S.S. di Fisica Sanitaria provvede a numerare progressivamente il contenitore del rifiuto risultato non conforme informandone l'Ufficio Gestione Rifiuti, e se del caso il SPP AOSP TERNI ed il SPP DITTA.
La gestione del rifiuto radioattivo rimane in capo alla Committenza in quanto produttore del rifiuto: la SS di Fisica Sanitaria determina/verifica l'avvenuto decadimento radioattivo e provvede alla riammissione dello stesso nel normale ciclo di smaltimento.

Nel caso di rifiuti urbani differenziati e indifferenziati, dopo aver caricato i sacchi sul mezzo di trasporto aperto e dotato di sistema di sollevamento per lo scarico automatizzato, tutti i carichi che risulteranno positivi al Portale rilevatore (emetterà un allarme sonoro e visivo), dovranno essere sempre segnalati telefonicamente all'Ufficio Igiene, telefonando ai numeri: 2164,2029,2431,2170 e alla S.S. di Fisica

Sanitaria al numero 2635 o 2401; solo in caso di chiusura degli uffici suddetti l'operatore chiamerà il numero Aziendale delle Emergenze " 2222 " e gli operatori presenti in portineria si attiveranno per avvisare A MEZZO MAIL la S.S. di Fisica Sanitaria e l' Ufficio Igiene, - (m.italiani@aospterni.it e ufficio.igiene@aospterni.it) mail nella quale indicheranno il nome dell'operatore dalla ditta Vivenda che segnala, la data e l'orario della segnalazione di positività rilevata dal Portale; infine detti rifiuti saranno destinati sempre all'Isola Ecologica interna al Presidio Ospedaliero e travasati automaticamente dal mezzo dotato di sollevatore, direttamente nel contenitore dei Rifiuti Indifferenziati per il decadimento della radioattività residua.
I rifiuti stazioneranno per il periodo necessario (periodo individuato ed indicato dal Responsabile della S.S. di Fisica Sanitaria); solo dopo il nulla osta (ottenuto dopo misurazione di controllo del decadimento avvenuto della radioattività residua, effettuato sempre dalla S.S. di Fisica Sanitaria e comunicato all'Ufficio Igiene) il contenitore scarrabile sarà destinato al trasporto finale in discarica per il corretto smaltimento.

	Portale installato presso il Punto di raccolta antistante l'ingresso della Pet-Tac

27 ISOLA ECOLOGICA

L'Isola Ecologica della nostra azienda è ubicata presso un'area recintata, opportunamente attrezzata per la raccolta differenziata dei rifiuti urbani derivanti dalla microraccolta, effettuata presso il nosocomio, che, periodicamente, vengono ritirati per lo smaltimento/recupero dall'Azienda Servizi Municipalizzati (ASM), secondo quanto stipulato nella convenzione con la nostra Azienda, riportata nel presente Regolamento.
La Ditta che ha in appalto la microraccolta, movimenta i rifiuti (costituiti da carta, plastica e metalli, provenienti dalla raccolta differenziata) dai Reparti e Servizi all'Isola Ecologica, convogliandoli negli appositi container/compattatori.
Periodicamente il personale ASM provvede a ritirare i suddetti contenitori per l'avvio allo smaltimento/recupero e a sostituire gli stessi con altri vuoti.
E' inoltre presente nell'area un container ove vengono depositati i rifiuti in vetro; questi sono sistematicamente ritirati e avviati al recupero, con il cod. CER 15.01.07, dalla Ditta appaltatrice contrattualmente incaricata di smaltire i rifiuti sanitari nosocomiali.
La ditta aggiudicataria dell'appalto pulizie mantiene il sito in idonee condizioni igieniche.

27.1 PROGETTO GESTIONE E SMALTIMENTO AUTOMATIZZATO DELLE SACCHE CONTENENTI URINE

Ogni giorno nella nostra Azienda ci sono circa 160/175 pazienti portatori di catetere vescicale su circa 500 posti letto. Fino al 2013 le sacche di urina venivano disconnesse dai cateteri vescicali, sostituite in toto ed allocate nei rifiuti solidi a rischio infettivo.
Ciò generava oltre 200 kg/die di urine impropriamente caricate tra i rifiuti «solidi» a rischio infettivo per un peso complessivo annuo pari a circa 75 tonnellate.
Quindi oltre ad essere una tipologia di rifiuto la cui raccolta e smaltimento non erano conformi alla normativa vigente, quanto sopra comportava un aumento:

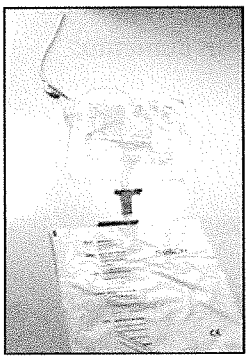
- delle infezioni ospedaliere;
- dei rischi occupazionali;
- dei rifiuti a rischio infettivo
- dei costi inerenti la gestione dei rifiuti sanitari.

Con l'introduzione del progetto sotto menzionato, gli oneri di smaltimento dei rifiuti a rischio infettivo, dal 2014 al 2019, si erano ridotti per circa € 180.000/annui.
La pandemia ha poi causato dal 2020 ad oggi un reincremento della produzione dei succitati rifiuti che andremo in dettaglio ad analizzare nelle pagine seguenti.

27.2 METODICA TRATTAMENTO SACCHE URINE

Tale metodica presuppone, durante il cateterismo vescicale, che vengano utilizzate due sacche collegate tra loro per la raccolta delle urine:

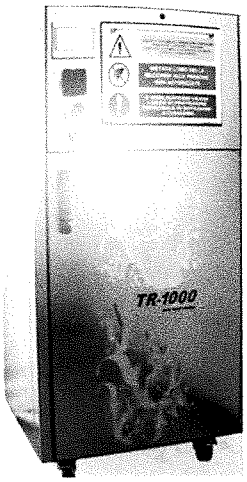
- la prima sacca, sterile con rubinetto, collegata al catetere vescicale (sacca di riempimento) consente di conservare il circuito chiuso e sterile;
- la seconda sacca, non sterile e senza rubinetto, collegata alla prima sacca ne consente lo svuotamento.



La 2° sacca, contenente le urine, viene poi posta in un apposito carrello per essere avviata ad un trattamento centralizzato di triturazione.

27.3 FASE DI TRITURAZIONE

Tutti i carrelli provenienti da dodici reparti vengono trasportati presso un locale tecnico ove è collocato un macchinario automatico di triturazione delle seconde sacche contenenti urine. Tale macchinario convoglia la parte liquida (urine) nella rete fognaria, mentre i frammenti in plastica delle suddette sacchedi svuotamento vengono raccolti separatamente nei rifiuti urbani indifferenziati.



27.4 I RIFLESSI SUI CONSUMI DELLA NUOVA MODALITÀ

Dai report forniti dalla ns. Farmacia Ospedaliera, dall'anno 2013, ovvero prima dell'introduzione di questa nuova metodica, rispetto al 2019, anno di riferimento, si evince che **ci sono stati significativi cambiamenti** nei profili di consumo di alcuni dispositivi a fronte di un andamento stabile dell'utilizzo dei cateteri vescicali che sono passati da 12.000 a circa 11.000.
Il dato da sottolineare è **l'incremento di utilizzo delle sacche sterili con rubinetto**, che sono passate da 1860 nel 2013, a quasi 9.000 nel 2019. Prima del 2014 **quasi tutti i cateteri venivano collegati a sacche non sterili senza rubinetto** (consumo 78.000 pezzi).
Si registra invece, nel 2019, un largo utilizzo di sacche di svuotamento (circa 80.000 pezzi) che fino al 2014 non venivano affatto utilizzate. Si deduce un **consumo medio di 7- 8 sacche di svuotamento per catetere utilizzato.**

27.5 RISORSE UMANE COINVOLTE NEL PROGETTO

- Infermieri/OSS gia operanti nei reparti e servizi
- n° 4 operatori tecnici già afferenti presso la D.M.P.O.
- n° 2 operatori della Ditta operanti nella microraccolta dei rifiuti pericolosi e non.

27.6 DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE E DEI MATERIALI OCCORRENTI PERSONALE SITRO

(raccolta sacche urina e alloggiamento nel carrello in dotazione)
Le prime sacche (sacche di riempimento) non vanno mai disaccordate dal catetere vescicale (salvo quando il catetere viene sostituito o rimosso) quindi nel cateterismo vescicale occorre sempre utilizzate sacche sterili provviste di rubinetto, al fine di collegarle alle seconde sacche non sterili denominate di svuotamento.

Materiale occorrente al personale infermieristico/OSS reparti, t.i. etc :

- guanti monouso;
- sacca di svuotamento;
- garze pulite;
- disinfettante (Clorexidina alcolica);
- carrello porta sacche urine;

Attività del personale infermieristico/OSS reparti, t.i. etc
Procedura:

- informare il paziente;
- lavarsi le mani con soluzione saponosa;
- indossare guanti puliti;
- posizionare la sacca di svuotamento sotto il rubinetto di scarico della sacca di riempimento
- collegare le due sacche tra loro;
- aprire il rubinetto di scarico e lasciar vuotare totalmente la sacca di riempimento nella sacca di svuotamento;
- chiudere il rubinetto di scarico della sacca di riempimento;
- chiudere il rubinetto di carico della sacca di svuotamento;
- disinfettare il rubinetto con la garza imbevuta di disinfettante;
- posizionare la sacca di svuotamento nell'apposito carrello dato in dotazione al reparto;
- togliere i guanti e lavarsi le mani;
- registrare la quantità delle urine nella documentazione infermieristica.

N.B. Non vanno inserite nel carrello portadanesi:

- Le sacche delle urine in cui è presente ematuria;
- Le sacche contenti urine dei pazienti posti in isolamento infettivo;
- Le danesi contenenti urine dei pazienti sottoposti a procedure diagnostiche con utilizzo di radioisotopi e quelle dei pazienti sottoposti a chemioterapie con utilizzo di farmaci citotossici e citostatici (seguire le specifiche procedure operative in merito alla loro gestione).

27.7 PERSONALE DITTA APPALTATRICE

(movimentazione carrelli)
Materiale occorrente al personale della Ditta Appaltatrice addetta alla movimentazione dei carrelli porta-danesi:

- guanti monouso;
- camice impermeabile monouso;
- kit antispandimento;
- paletta, scopetta e sacchetto per la raccolta del materiale liquido disperso reso solidificato;
- contenitore contenente ipoclorito di sodio
- carrello porta sacche urine.

Attività del personale dipendente della Ditta Appaltatrice addetta alla movimentazione dei carrelli porta-danesi:

- indossare camice e guanti monouso;
- recarsi presso ogni reparto coinvolto nel progetto e ritirare il carrello portadanesi pieno;
- portare il carrello porta danesi pieno in un locale posto al 2° seminterrato (tramite montacarichi) dove è collocato il macchinario che permette lo svuotamento automatizzato delle danesi;
- prendere il carrello porta danesi già vuotato ed igienizzato dal personale tecnico dipendente dell'Azienda Ospedaliera e riconsegnarlo al reparto a cui appartiene.

27.8 OPERATORI TECNICI D.M.P.O.

(addetti alla movimentazione carrelli e svolgimento della procedura di triturazione delle sacche urine)
Materiale occorrente al personale tecnico, dipendente dell'Azienda Ospedaliera, addetto all'utilizzo del macchinario svuota danesi automatico:

- guanti monouso;
- camice impermeabile monouso;
- calzari;
- visiera facciale;
- cuffie antirumore;
- kit antispandimento;
- paletta, scopetta per la raccolta del materiale liquido disperso reso solidificato;
- detergenti/disinfettanti per la pulizia dei carrelli porta- danesi e del macchinario.

Attività svolta dal personale tecnico, dipendente dell'Azienda Ospedaliera, addetto all'utilizzo del macchinario svuota danesi automatico:

• indossare il camice impermeabile monouso, i guanti, i calzari, la visiera, cuffie antirumore;
• prelevare le sacche piene di urine dal carrello "portadanesi" una alla volta e avvicinarsi al macchinario trattamento sacche;
• con spia luminosa verde, aprire l'apposito sportello del macchinario trattamento sacche ed inserire le danesi una alla volta all'interno (max n°3), chiudere il vano di alloggiamento delle sacche e azionare con un pulsante la macchina, al termine del ciclo di trattamento che fa convogliare le urine in fogna separandole dalla plastica delle sacche, si accende la spia luminosa verde, ripetere tutta l'operazione con altre 3 sacche;
• igienizzare il carello "portadanesi" vuoto e riconsegnarlo agli operatori della ditta Appaltatrice addetti alla movimentazione dei suddetti carreli che riconsegneranno ai reparti.
• sostituire periodicamente il contenitore dei rifiuti contenente la plastica delle sacche svuotate;
• igienizzare a fine turno o quando necessario il macchinario automatico;
• sostituire periodicamente il contenitore contenente il liquido detergente, posto in un apposito cassetto all'interno del macchinario che tratta le sacche.

27.9 VERIFICA DI RISULTATO E DELLA COERENZA DEL PROGETTO

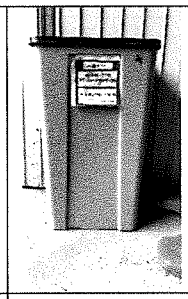
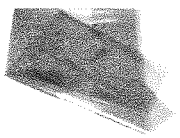
- Verifica miglioramento della qualità dell'assistenza;
- Verifica della riduzione infortuni occupazionali legati alla contaminazione muco cutanea con le urine dei pazienti cateterizzati tramite dati progetto SIROH;
- Verifica della riduzione produzione rifiuti a rischio infettivo tramite determinazione, per ogni singolo insediamento produttivo, delle quantità di rifiuti prodotti;
- Verifica della riduzione dei costi inerenti la gestione dei rifiuti sanitari tramite comparazioni fatturative;
- Verifica dell'ottimizzazione dell'attività delle risorse umane impiegate.

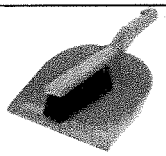
27.10 REPARTI IN CUI ATTUALMENTE IL PROGETTO E' OPERATIVO.

1	PNEUMOLOGIA/MEDICINA INTERNA
2	GERIATRIA
3	CH. della MANO
4	MED.INTERNA D'URGENZA
5	MEDICINA INTERNA
6	AREA MEDICA MISTA
7	UTIC/TIPO
8	NEUROCHIRURGIA
9	NEUROLOGIA E STROKE UNIT
10	OSTETRICIA

11	CH.DIG.UNITA' DEL FEGATO
12	NEFROLOGIA
13	CARDIO-TORACO-VASCOLARE

28 KIT EMERGENZA IN CASO DI SVERSAMENTI ACCIDENTALI DI RIFIUTI SANITARI

KIT EMERGENZA IN CASO DI SVERSAMENTI ACCIDENTALI DI "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI E NON" Il kit contiene:		
1		N. 1 contenitore da 60 lt. di colore fucsia da utilizzare per il contenimento del materiale di seguito riportato
2		N. 1 contenitore da 5 lt. riempito con sepiolite, materiale inerte/assorbente e resistente alla fiamma
3		N. 1 sacco "anonimo" per il riconfezionamento del rifiuto sversato cod. CER/EER 18.01.06*, 18.01.07, etc..
4		N. 1 sacco rosa recante la scritta "Rifiuti sanitari a rischio infettivo" e il simbolo del rischio biologico, per il riconfezionamento del cod. CER/EER 18.01.03* e 18.02.02*
5		N. 3 tappetini adsorbenti DENIOS per sostanze pericolose

6		N. 1 tuta protettiva monouso in TNT, protezione rischio biologico e altri rischi EN 1149 CE (indumenti con proprietà elettrostatiche), EN 14126 CE (protezione da agenti infettivi), EN 14605/5 tipo 3B e 4B, EN ISO 13982 CE tipo 5B (tenuta contro particelle solide)
7		N. 1 visiera protettiva, protezione da particelle e liquidi ad alta velocità con impatto medio di energia, EN 166 CE
8		N. 1 paio di guanti protettivi in PVC, EN 420 + A1:2009 - EN 388 - EN ISO 374. Marchio CE
9		N. 1 facciale filtrante FFP2 EN 149:2001
10		N. 1 paio di calzari
11		N. 1 contenitore di sodio ipoclorito (1:10)
12		N. 1 scopa/paletta

28.1 INDICAZIONI IN CASO DI SVERSAMENTO

1- Verifica periodica dell'integrita' e delle scadenze degli articoli contenuti.
2- Indossare sempre i D.P.I. a disposizione prima di intraprendere ogni operazione di raccolta del rifiuto sversato.
3- Allontanare le persone estranee ed avvisare l'Ufficio Igiene.

IN CASO DI ROTTURA ACCIDENTALE CONTENITORE E/O SVERSAMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO SETTORE UMANO E VETERINARIO (COD. CER 18.01.03* E CER 18.02.02*).

4- Reperire un nuovo contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo da 60 lt.(CER/ERR 18.01.03* Umano/18.02.02* - Settore Veterinario) dotato di idoneo sacco interno e collocarlo nelle immediate vicinanze
5- Raccogliere i rifiuti fuoriusciti con l'ausilio di strumenti monouso da destinare successivamente allo smaltimento come rifiuto pericoloso a rischio infettivo (scopa, paletta, etc..) e collocarli nel nuovo contenitore
6- Decontaminare l'area con la soluzione di ipoclorito di sodio e lasciare agire per almeno 10 minuti.
7- Rimuovere il liquido decontaminato con panno monouso e smaltire nel nuovo contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al Punto 4 Inserire i D.P.I. utilizzati e gli altri materiali contaminati dal rifiuto all'interno del nuovo contenitore, procedere alla chiusura e confezionamento secondo le modalità definite ed avviarlo a smaltimento
8- Lavare accuratamente la zona interessata allo sversamento

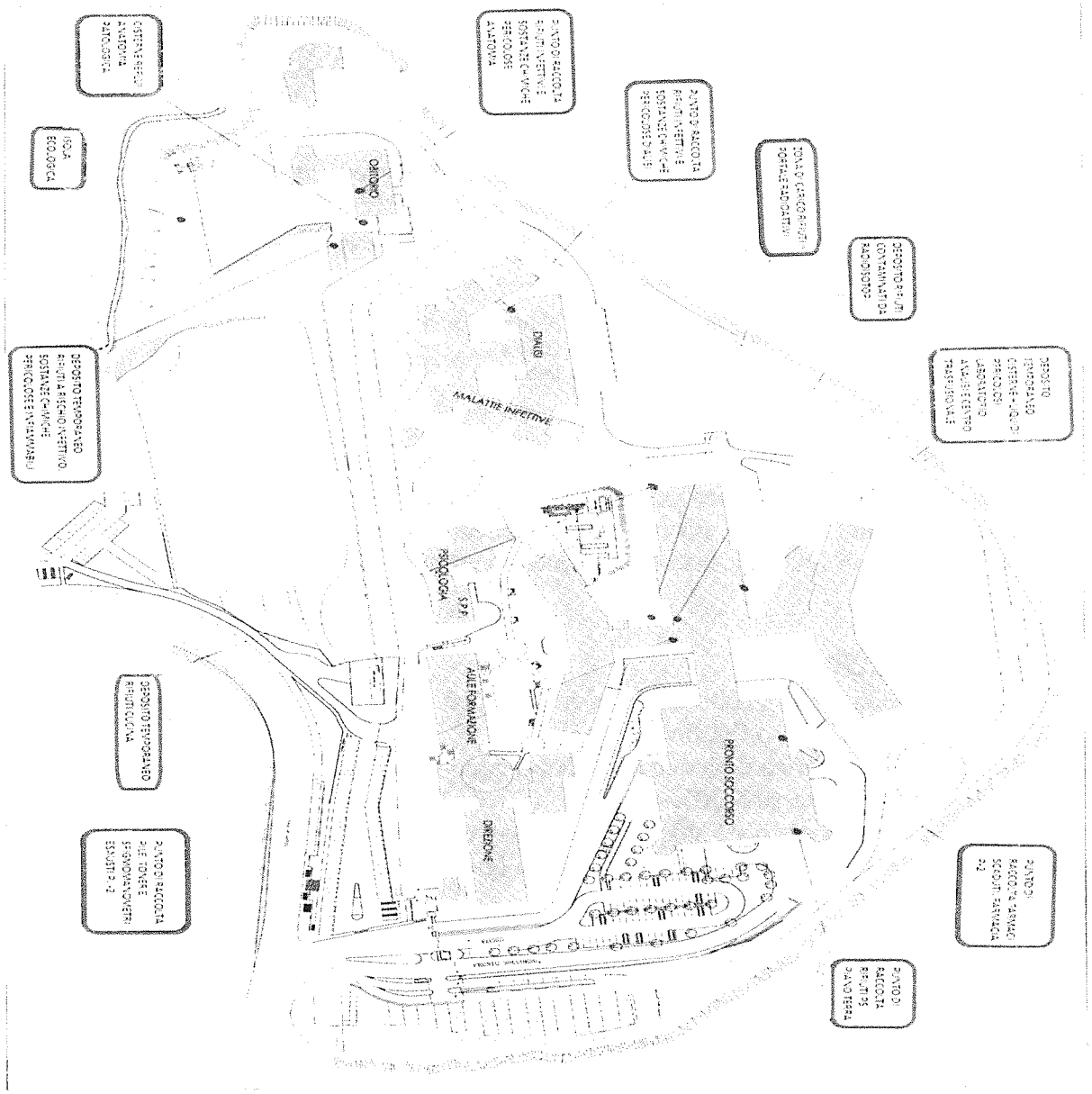
N.B.: nel caso di sversamento rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo allo stato liquido, raccogliere lo stesso con i tappetini assorbenti e/o la sepiolite contenuti all'interno del kit e smaltire nel nuovo contenitore di cui al Punto 4)

ROTTURA ACCIDENTALE CONTENITORI (TANICHE) RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO CHIMICO E RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (COD. CER 18.01.06*, 18.01.07, ETC..)
9- Reperire un contenitore da 60 lt. di colore blu/grigio per lo smaltimento cod. CER/ERER 15.02.02*, e CER/ERR15.02.03 e, collocare all'interno dello stesso, il sacco "anonimo" contenuto nel kit.
10- Versare la sepiolite contenuta all'interno del kit (contenitore bianco da 5 lt.) sul rifiuto sversato, avendo cura di cospargerla uniformemente ed in maniera tale da bloccare il deflusso del rifiuto
11- Lasciare agire la graniglia per qualche istante, in modo tale che il refluo liquido sia completamente assorbito
12- Qualora il rifiuto continui a defluire verso tombini o caditoie, utilizzare i tappetini assorbenti per arginare lo sversamento.
13- Rimuovere la sepiolite aiutandosi con scopa e paletta, pulire la superficie interessata dallo sversamento utilizzando materiale adsorbente e/o i tappetini presenti all'interno del kit
Raccogliere tutto il materiale utilizzato per arginare e raccogliere lo sversamento (tappetini assorbenti e sepiolite), i D.P.I. monouso utilizzati e altro materiale contaminato (scopa, paletta, etc…) nel contenitore di cui al Punto 9, procedere alla chiusura e confezionamento secondo le modalità definite ed avviarlo a smaltimento.
14- Lavare accuratamente la zona interessata allo sversamento.

Nel caso di sversamenti di: 1) rifiuti sanitari pericolosi a rischio chimico smaltire il contenitore di raccolta di cui al Punto 4 con il cod. CER/EER 15.02.02* - "Assorbenti, materiali filtranti, stracci e indumenti protettivi, contaminati da sostanze pericolose";

2) rifiuti sanitari non pericolosi, smaltire il contenitore con il cod. CER/EER 15.02.03 – Assorbenti, materiali filtranti, stracci e indumenti protettivi non contaminati da sostanze pericolose".
Le taniche da cui è fuoriuscito il rifiuto liquido, se vuote o contenenti piccoli residui, devono essere smaltite con il cod. CER/EER 15.01.10* - "Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze".
N.B.: IL KIT DI EMERGENZA VA RICOSTITUITO DOPO OGNI UTILIZZO.

29. PUNTI DI INTERESSE NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI AZIENDALI



30 INDICATORI E CONTROLLI

OBIETTIVO	TIPO DI CONTROLLO	Frequenza controllo	Resp. controllo	INDICATORE (formula)	STANDARD / valore atteso	RESP. RILEVAZ.
conformità	Verifica produzione rifiuti sanitari pericolosi per singolo luogo di produzione	quotidiano	Funzionario Ufficio Igiene	Numero delle non conformità / totale dei controlli	<1	Resp. Procedimento Ufficio Igiene
conformità	Verifica produzione rifiuti non pericolosi per singolo luogo di produzione	quotidiano	Funzionario Ufficio Igiene	Numero delle non conformità / totale dei controlli	<1	Resp. Procedimento Ufficio Igiene
conformità	Verifica produzione rifiuti urbani differenziati e indifferenziati per singolo luogo di produzione	quotidiano	Funzionario Ufficio Igiene	Numero delle non conformità / totale dei controlli	<1	Resp. Procedimento Ufficio Igiene
conformità	Verifica tenuta depositi temporanei	settimanale	Funzionario Ufficio Igiene	Numero delle non conformità / totale dei controlli	<1	Resp. Procedimento Ufficio Igiene

30.1 VERIFICHE E CONTROLLI INTERNI

L'Ufficio Igiene organizza e gestisce una costante e diffusa attività di verifica e controllo in tutti i luoghi di produzione dei rifiuti; a tal fine, si avvale del personale Tecnico assegnato all'ufficio stesso.
Il personale dell'Ufficio Igiene accede liberamente presso qualsiasi struttura dell'Azienda Sanitaria per verifica e controllo.

31 ARCHIVIAZIONE

Tutti i documenti relativi allo smaltimento dei rifiuti (F.I.R.) vengono conservati per almeno 3 anni dall'ultima registrazione presso l'Ufficio Igiene.
I Registri Cronologici di carico e scarico dei FIR vengono conservati per almeno 3 anni dall'ultima registrazione presso l'Ufficio Igiene.
Tutta la modulistica utilizzata per l'attività di verifica e controllo, richiamata nella presente procedura, viene archiviata presso l'Ufficio Igiene e conservata per almeno 3 anni.

32 DIFFUSIONE / DISTRIBUZIONE / LISTA DI DISTRIBUZIONE

32.1 ENTRATA IN VIGORE

lA presente PROCEDURA (unitamente all'allegato REGOLAMENTO GESTIONE RIFIUTI SANITARI) sostituisce ogni altra precedente disposizione procedurale e regolamentare aziendale avente lo stesso oggetto.
Con l'entrata in vigore del presente regolamento, cessano di avere efficacia le norme con esso incompatibili.
la presente procedura subirà aggiornamenti ogni qualvolta vi siano modifiche e/o aggiornamenti della normativa vigente.

32.2 DISPOSIZIONI FINALI E SANZIONI

Tutti i dipendenti dell'Azienda e gli altri soggetti indicati del presente procedura sono tenuti al rispetto di quanto in esso contenuto oltre che ad ogni altra disposizione normativa regionale e nazionale in proposito. *All'accertamento delle violazioni del presente regolamento, impregiudicata l'applicazione delle Leggi* Penali ed Amministrative previste dalla normativa sulla gestione dei rifiuti, conseguirà l'irrogazione delle sanzioni disciplinari previste dalle vigenti disposizioni di legge e regolamentari.

LISTA DI DISTRIBUZIONE							
N.	COGNOME NOME	FUNZIONE E STRUTTURA	FIRMA	N.	COGNOME NOME	FUNZIONE E STRUTTURA	FIRMA