

**Protocollo Generale
N° 0164809 del 23/12/2024 14:08**

Movimento: Interno

Tipo Documento:

Tramite: Brevi Manu

Classificazione:

Documento precedente: /

Oggetto: **PROCEDURE DI SMALTIMENTO DEI RIFIUTI PRODOTTI NELL'AMBITO DELLE
STRUTTURE SANITARIE DELL'ASP DI CATANZARO.**

Mittenti

Denominazione	Comune di Residenza	PEC
Direzione Medica Presidio Lamezia Terme		

Smistamenti

In carico a	dal	Data ricev.	Trasmesso da	Smistamento per
Segreteria Direzione Generale	23/12/2024	23/12/2024	Direzione Medica Presidio Lamezia Terme	COMPETENZA
Gestione della Qualità	27/12/2024		Segreteria Direzione Generale	COMPETENZA
Provveditorato Economato e Gestione Logistica	30/12/2024		Dipartimento Prevenzione	COMPETENZA
Direzione Medica Presidio Lamezia Terme	07/01/2025		Segreteria Direzione Generale	COMPETENZA
Dipartimento Prevenzione	27/12/2024	30/12/2024	Segreteria Direzione Generale	COMPETENZA
Protezione e Prevenzione Aziendale	23/12/2024		Direzione Medica Presidio Lamezia Terme	COMPETENZA
Gestione della Qualità	23/12/2024		Direzione Medica Presidio Lamezia Terme	COMPETENZA

Allegati

Q.tà	Tipo Allegato	Descrizione
1	Allegato	Allegato

REGIONE CALABRIA - A.S.P. DI CATANZARO
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME
U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Unico

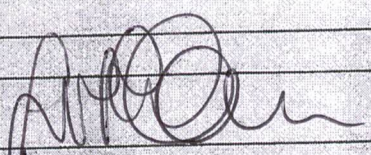
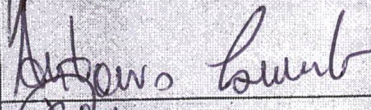
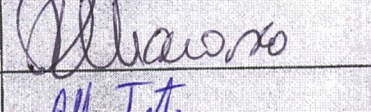
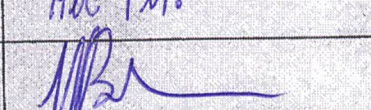
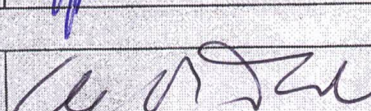
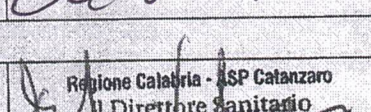
Prot. n. 47 /DS-POU
del 07-01-25
N. Fogli
Cat. Classe Fasc.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE CATANZARO Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie	U.O.C. DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO
	Procedure di smaltimento dei rifiuti prodotti nell'ambito delle Strutture Sanitarie dell'ASP di Catanzaro

REGIONE CALABRIA
 Azienda Sanitaria Provinciale di CZ
 PROTOCOLLO GENERALE N.10 - P.O.U.
 Prot. Gen. N° 164809
 del 23/12/2024 4 fogli

REGIONE CALABRIA - A.S.P. di CATANZARO PRESIDIO OSPEDALIERO DI LAMEZIA TERME U.O.C. Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Unico			
Prot. n.	<u>1288</u>	/DS-POU	
del	<u>23/12/24</u>		
N.		Fogli	
Cl.		Classe	Fasc.

Procedure di smaltimento dei rifiuti prodotti nell'ambito delle Strutture Sanitarie dell'ASP di Catanzaro

Redazione		
Dott.ssa Eleonora Gallelli	Assistente al DEC Direzione Medica POU	
Ing. Antonio Cannistrà	Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale	
Dr.ssa Rita Marasco	Dirigente Medico Direzione Medica POU	
Dr. Alessandro Trovato	Dirigente Medico Direzione Medica POU	
Dr.ssa Maria Grazia Belfiore	Dirigente Medico Direzione Medica POU	
Verifica		
Dr. Claudio Francesco Tomasello	Direttore Gestione Totale della Qualità	
Approvazione		
Dr. Antonio Gallucci	Direttore Sanitario Aziendale	Regione Calabria - ASP Catanzaro Il Direttore Sanitario Dott. Antonio Gallucci



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

Servizio Prevenzione e Protezione
Direzione Medica POU

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Scheda Obiettivi di Performance Organizzativa Anno – 2024
“Funzioni e obiettivi correlati”

U.O. C. Direzione Medica POU
E
Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale

**1.1.3.1 Aggiornamento protocollo aziendale sulla gestione dei
rifiuti urbani, speciali, pericolosi e non pericolosi**

(Procedure di smaltimento dei rifiuti prodotti nell'ambito delle Strutture
Sanitarie dell'ASP di Catanzaro)



INDICE

1. PREMESSA	pag. 3
2. DEFINIZIONI	pag. 4
3. SCOPO	pag. 5
4. PERCORSO DEI RIFIUTI	pag. 5
5. RIFIUTI PRODOTTI DALL'ASP DI CATANZARO	pag. 6
6. CRITERI PER VALUTARE L'APPARTENENZA AI RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO	pag. 8
7. PROCEDURA SMALTIMENTO RIFIUTI SPECIALI	pag. 9
A. RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI	pag. 9
B. RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI	pag.10
I. INDIFFERENZIATA	pag. 10
II. VETRO	pag. 10
III. PLASTICA	pag. 11
IV. CARTA E CARTONE	pag. 11
C. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO	pag.11
D. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO	pag.12
E. RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITÀ DI GESTIONE	pag.16
1) RIFIUTI CONTENENTI MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI	pag. 16
2) SOSTANTE STUPEFACENTI O PSICOTROPE SCADUTE, REVOCATE O UTILIZZATE PARZIALMENTE	pag. 16
3) FARMACI SCADUTI	pag. 16
4) PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI E FETI	pag. 16
5) ORGANI E PARTI ANATOMICHE NON RICONOSCIBILI	pag. 17
6) LASTRE RADIOLOGICHE DI SCARTO	pag. 17
7) MATERIALE FUORI USO O FINE USO	pag. 17
8. GESTIONE DEI RIFIUTI DOPO RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A RADIOFARMACO	pag. 18
9. GESTIONE DI SMALTIMENTO DEI PACEMAKER DOPO LA LORO RIMOZIONE	pag. 18
10. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEGLI OPERATORI ADDETTI ALLA GESTIONE DEI RIFIUTI	pag. 19
11. RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 20

1. PREMESSA

Il Decreto Legislativo 152/2006 con le successive modifiche e integrazioni identifica il “rifiuto” come: **qualsiasi sostanza o oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'intenzione o abbia l'obbligo di disfarsi.**

Lo stesso Decreto classifica i rifiuti secondo:

- l'origine:
 - **Speciali**
 - **Urbani**
- le caratteristiche di pericolosità:
 - **Pericolosi**
 - **Non pericolosi**

In base al Decreto del Presidente della Repubblica n° 254 del 15 luglio 2003 i rifiuti speciali prodotti nelle strutture sanitarie pubbliche o private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricerca sono classificati in base alla loro origine in:

- A. **Rifiuti sanitari non pericolosi;**
- B. **Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani;**
- C. **Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo;**
- D. **Rifiuti sanitari a rischio infettivo;**
- E. **Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento;**
- F. **Rifiuti da esumazioni e estumulazioni, nonché i rifiuti derivanti da altre attività cimiteriali, esclusi i rifiuti vegetali provenienti da aree cimiteriali;**
- G. **Rifiuti speciali, prodotti al di fuori delle strutture sanitarie, che risultino analoghi come rischio ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo, ad esclusione degli assorbenti igienici**

I rifiuti Radioattivi sono normati dal DLgs 230/95 e dal DLgs 241/00.

L'OMS afferma che i rifiuti provenienti dalle attività sanitarie per il 75-90% sono assimilabili a quelli domestici e solo il 10-25% sono infettivi o tossici. Ne deriva pertanto che la parte più rilevante dei suddetti rifiuti debba essere trattata come rifiuti urbani.

La raccolta differenziata anche in ambito sanitario dei rifiuti offre la possibilità di ridurre l'impatto ambientale e i costi conseguenti al loro smaltimento e, non ultimo per importanza, la possibilità di trasformare il rifiuto in una risorsa preziosa da utilizzare. Appare pertanto indispensabile fornire agli operatori le informazioni utili ai fini di smaltire correttamente ogni tipologia di rifiuto prodotto in ambito sanitario.

Sono escluse dal presente Regolamento, in applicazione del D.Lg. 3 Aprile 2006 n° 152:

- a. La gestione dei rifiuti speciali inerti contenenti amianto, dei rifiuti provenienti da interventi di

- manutenzione degli edifici sanitari, da arredo o da apparecchiature (la competenza è delle ditte incaricate della bonifica).
- b. La gestione dei rifiuti derivanti dagli interventi sugli impianti tecnologici presenti negli edifici in quanto di competenza delle ditte incaricate della conduzione e gestione degli impianti medesimi, nonché della esecuzione degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria.
 - c. La gestione dei rifiuti urbani e della raccolta differenziata per quanto di competenza del servizio pubblico comunale.
 - d. La gestione di rifiuti animali.

2. DEFINIZIONI

La normativa italiana all'art. 183 del D.Lgs. n. 152/06 e ss.mm.ii. definisce:

- a) **RIFIUTO**: in base al D. Lgs. 05.02.1997 n°22 si intende per rifiuto *qualsiasi sostanza od oggetto che rientra nelle categorie riportate nell'allegato A alla Direttiva Ministro Ambiente del 9 Aprile 2002 e di cui il detentore si disfi o abbia deciso di disfarsi o abbia l'obbligo di disfarsi.*
- b) **PRODUTTORE**: la persona la cui attività ha prodotto rifiuti e la persona che ha effettuato operazioni di pre-trattamento, di miscuglio o altre operazioni che hanno mutato la natura o la composizione dei rifiuti.
- c) **DETENTORE**: il produttore dei rifiuti o la persona fisica o giuridica che li detiene.
- d) **LUOGO DI PRODUZIONE**: 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.
- e) **GESTIONE**: la raccolta, il trasporto, il recupero e lo smaltimento dei rifiuti.
- f) **RACCOLTA**: l'operazione di prelievo, di cernita e di raggruppamento dei rifiuti per il loro trasporto.
- g) **RACCOLTA DIFFERENZIATA**: la raccolta idonea a raggruppare i rifiuti urbani in frazioni merceologiche omogenee, compresa la frazione organica umida, destinata al riutilizzo, al riciclaggio ed al recupero della materia prima.
- h) **PUNTI DI RACCOLTA**: stanze o aree di ciascun reparto, laboratorio o ambulatorio deputati alla raccolta prima del trasporto verso il deposito temporaneo.
- i) **DEPOSITO TEMPORANEO**: luogo di raggruppamento dei rifiuti effettuato nel luogo in cui sono prodotti alle condizioni riportate nell'art.6 del testo aggiornato del D.Lgs. 5 febbraio/97 n° 22.
- j) **RIDUZIONE** della quantità di rifiuti mediante educazione al consumo razionale.
- k) **RIUTILIZZO**: L'oggetto, per quanto scartato come rifiuto, può essere utilizzato per scopi analoghi a quelli originali.
- l) **RICICLAGGIO**: comporta la trasformazione del materiale recuperato del rifiuto.
- m) **CER**: Codice Europeo dei Rifiuti: è un elenco unificato (rifiuti pericolosi e non pericolosi), i rifiuti pericolosi sono evidenziati da un asterisco. I primi due numeri indicano la categoria o l'attività che genera i rifiuti, i secondi due numeri il processo produttivo che genera il rifiuto, i terzi due numeri identificano il singolo rifiuto.
- n) **SMALTIMENTO**: le operazioni previste nell'allegato B parte quarta del D.Lgs. 152/2006.

3. SCOPO

Lo scopo della suddetta procedura è di rendere disponibile agli operatori sanitari le nozioni fondamentali e le informazioni necessarie per una corretta gestione delle varie tipologie di rifiuti prodotti in ambito ospedaliero ma, soprattutto, per diminuirne la pericolosità ottimizzando la raccolta, il trasporto e lo smaltimento attraverso comportamenti uniformi.

Le disposizioni contenute nella presente procedura devono essere adottate da tutto il personale sanitario e non sanitario afferente ai Presidi Ospedalieri di Lamezia Terme, Soverato e Soveria Mannelli.

4. PERCORSO DEI RIFIUTI

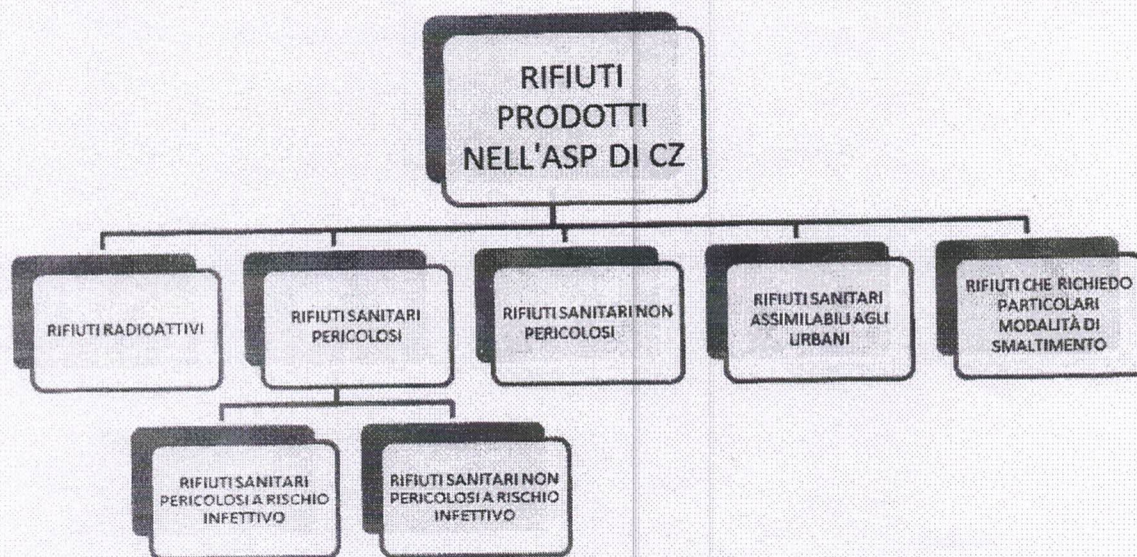
Il percorso del rifiuto e la sua gestione si articola nelle seguenti fasi:

1. Identificazione del rifiuto;
2. Confezionamento del rifiuto;
3. Movimentazione interna e trasporto al deposito locale identificato;
4. Conferimento al deposito temporaneo;
5. Adempimenti amministrativi;
6. Conferimento alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.



5. I RIFIUTI PRODOTTI DALL'ASP DI CZ

Le tipologie dei rifiuti prodotti e generati nei P.P.O.O. e nelle Strutture Territoriali dell'ASP di CZ sono:



1. Rifiuti sanitari non pericolosi:

- Pannoloni sporchi di feci o urine non infette non contaminati visibilmente da sangue;
- Gessi e bendaggi non contaminati visibilmente da sangue;
- Guanti, mascherine, occhiali, telini, lenzuolini, calzari e camici monouso non contaminati visibilmente da sangue;

2. Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani

- Residui derivati dalle attività di preparazione e di ristorazione;
- Stracci e ritagli di tessuto;
- Pagliette metalliche e spugne;
- Materiale sterilizzato scaduto non utilizzato;
- Rifiuti da imballaggio in carta o cartone; involucri di confezioni farmacologiche vuote, residui di attività burocratica e amministrativa;
- Materiali e contenitori di plastica;
- Lattine e vaschette di alluminio;

- Rifiuti metallici non pericolosi.

3. Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo

- Medicinali citotossici e citostatici;
- Sostanze chimiche di scarto (es. miscele di solventi organici, soluzioni e reagenti acidi o basici);
- Rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici;
- Olii per circuiti idraulici contenenti PCB, clorurati e non clorurati, minerali sintetici;
- Liquidi di fissaggio e sviluppo;
- Batterie (pile) ed accumulatori esausti;

4. Rifiuti sanitari a rischio infettivo:

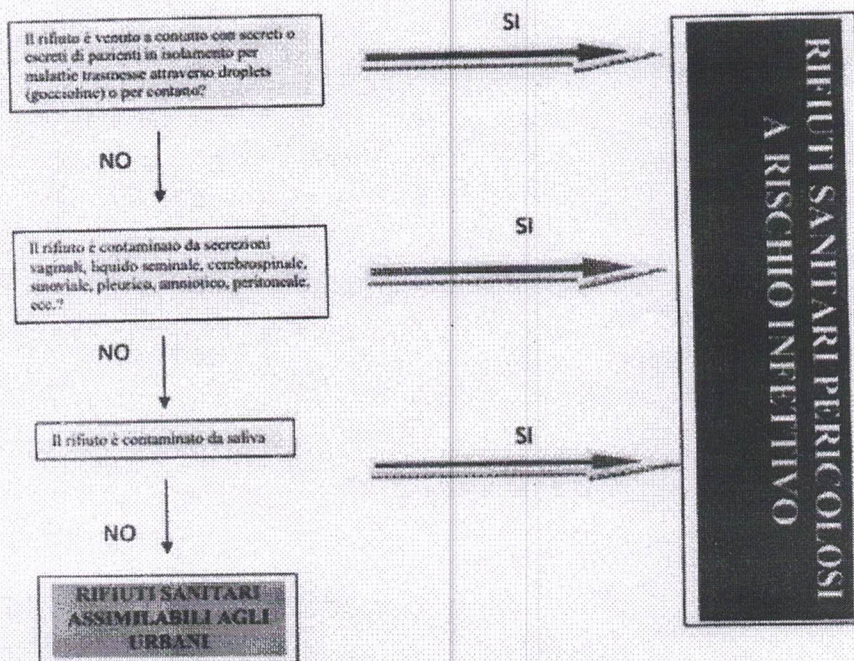
- Assorbenti igienici e pannoloni sporchi di feci o urine infette o contaminati visibilmente da sangue;
- Cannule, drenaggi e cateteri, deflussori;
- Fleboclisi contaminate visibilmente da sangue;
- Guanti, mascherine, occhiali, telini, lenzuolini, calzari e camici monouso contaminati visibilmente da sangue;
- Materiale per medicazione (garze, bende, cerotti, tamponi, etc.);
- Sacche per trasfusioni;
- Sacche per nutrizione parenterale;
- Sonde rettali e gastriche;
- Set di infusione;
- Sondini naso-gastrici;
- Gessi e bendaggi contaminati visibilmente da sangue;
- Contenitori di vetro vuoti contaminati visibilmente da sangue.

5. Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento:

- Medicinali citotossici e citostatici e materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi;
- Sostanze stupefacenti e psicotrope scadute, revocate o parzialmente utilizzate;
- Farmaci scaduti o non utilizzabili;
- Parti anatomiche riconoscibili e feti;
- Organi e parti anatomiche non riconoscibili;
- Lastre radiologiche di scarto.



6. CRITERI PER VALUTARE L'APPARTENENZA DI UN RIFIUTO AI RIFIUTI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO



I gessi ortopedici, le bende, gli assorbenti igienici, anche contaminati da sangue, i pannolini pediatrici ed i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine sono assimilabili ai rifiuti urbani e come tali devono essere smaltiti (se non dichiarati infetti).

Il D.P.R. 254/03 art. 6 ribadisce che le feci, le urine ed il sangue (se non dichiarati infetti) possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria.

Lo scarico delle acque reflue provenienti da attività sanitarie è disciplinato D.Lgs. 03 aprile 2006 n. 152 parte terza, e successive modificazioni.

La normativa fa assoluto divieto di miscelazione dei rifiuti pericolosi con i rifiuti non pericolosi.

7. PROCEDURA PER LO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI SANITARI (RIFIUTI SPECIALI)

Di seguito sono descritte le tipologie e le modalità operative per la corretta gestione dei rifiuti sanitari prodotti all'interno dei PP.OO. dell'ASP di CZ.

Gli elenchi dei rifiuti riportati sono esemplificativi e non esaustivi

A. RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI (non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al D.Lg.vo 152/2006)

CONTENITORE:

- I. SACCHI DI PLASTICA RESISTENTI per i solidi**
- II. TANICHE per i liquidi**

Es. sostanze chimiche non contenenti sostanze pericolose; sostanze chimiche di scarto

RACCOMANDAZIONI

Gestione diretta delle UU.OO di Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale

B. RIFIUTI SANITARI ASSIMILABILI AGLI URBANI: Si considerano rifiuti assimilati/assimilabili agli urbani quei rifiuti che **NON** provengono da ambiente di isolamento infettivo, né da pazienti affetti da patologia infettiva- diffusiva attraverso rifiuti prodotti, clinicamente certificata (anche nel solo sospetto) dal medico che ha in cura il pz (dirigente medico della UU.OO) e che **NON** sono venuti a contatto con liquidibologici secreti o escreti di qualsiasi paziente (compresi al punto 7D Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo)

CONTENITORE:

I. SACCHI DI PLASTICA RESISTENTI (per INDIFFERENZIATA)

Es.

- Assorbenti igienici anche se contaminati da sangue con esclusione di quelli provenienti da degenti infettivi o contaminati da liquidi biologici in grado di trasmettere patologie (segnalate in cartella clinica dal medico che ha in cura il paziente)
- Pannoloni imbrattati di urine e feci non infette;
- Pannolini pediatrici imbrattati di urine e/o feci non infette;
- Materiale imbrattato da urine e/o feci non infette;
- Sacche per nutrizione parenterale utilizzate (dipz non infetti);
- Rifiuti /residui alimentari della cucina aziendale, nonché rifiuti dei pasti che provengono dai reparti di degenza esclusi quelli che provengono e/o da pazienti affetti da malattia per i quali sia ravvisata clinicamente dal medico che li ha in cura una patologia trasmissibile attraverso tali rifiuti/residui di pasti;
- Camici e biancheria monouso (anche imbrattati di urine e/o feci non infette)
- Gessi ortopedici, bende anche contaminati da sangue (di pz non infetti)
- Sacche per urina non infetta (N.B. La sacca delle urine, se non proveniente da paziente infetto deve essere svuotata prima di essere smaltita come "rifiuto sanitario assimilato agli urbani").
- Sacche per colostomia per feci non infette
- Rifiuti provenienti dalla pulizia dei locali (spazzatura)
- Deflussori privi di sangue evidente
- Lenzuola monouso in TNT (anche imbrattate di urine e/o feci non infette)
- Piatti, bicchieri, posate usa e getta sporchi

RACCOMANDAZIONI

Il sacco deve essere riempito non oltre i 3/4 per consentire un'agevole chiusura e movimentazione c/o la cucina aziendale la raccolta differenziata dell'organico deve essere conferita in contenitore di colore da definire.

II. VETRO (sacco trasparente inserito nel contenitore rigido di colore da definire con il simbolo per Vetro)

Es:

- Flaconi per fleboclisi privi di deflussore, di aghi completamente svuotati del loro contenuto;
- Contenitori di vetro per farmaci non tossici (completamente svuotati);
- Flaconi di vetro per soluzioni

- Bottiglie di vetro
- Altro materiale vetroso

N.B. I contenitori di vetro devono essere vuoti, privati di deflussori, di aghi, di cannule o di accessori per la somministrazione, non contaminati da liquidi biologici, farmaci antitumorali, sostanze di laboratorio a rischio chimico, sostanze radioattive.

III. PLASTICA (*sacco trasparente, contenitore rigido di colore da definire con il simbolo per Plastica*)

Es.

- Bottiglie vuote in plastica;
- Contenitori vuoti provenienti dall'uso di detersivi;
- Flaconi e taniche per alimenti e bevande;
- Circuiti respiratori non provenienti da paziente infetto;
- Maschere monouso non provenienti da paziente infetto;
- Cellophane e nylon per imballaggio.

IV. CARTA E CARTONE (*sacco trasparente da inserire nell'apposito contenitore rigido di colore da definire con il simbolo Carta*)

Es.

- Carta utilizzata per i lettini (non imbrattata di sangue, urine e/o feci e altri liquidi biologici);
- Scatole in cartone (imballaggi, primari di confezioni di farmaci);
- Giornali e riviste (anche utilizzate dall'utenza)
- Carta prodotta da attività di ufficio (debitamente sminuzzata per la riservatezza dei dati riportati).

NB le scatole in cartone devono essere appiattite prima di venire risposte nei contenitori

N.B. LUOGHI DI RACCOLTA I rifiuti Sanitari Assimilati agli urbani, compresi quelli per i quali è prevista la raccolta differenziata, raccolti negli appositi sacchi\contenitori, saranno consegnati nel luogo designato per la raccolta interna che li conferirà all'isola ecologica dalla quale saranno prelevati dalla ditta municipalizzata del comune di appartenenza del P.O.

LA RACCOLTA DIFFERENZIATA NON SI APPLICA AI REPARTI COVID NE' AI RIFIUTI PROVENIENTI DA PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA INFETTIVA DIFFUSIVA.

C. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO
(rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del DPR 254/2003, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con asterisco nell'allegato D del D. Lg.vo 152/2006)

CONTENITORE

IN PLASTICA RIGIDA PER RIFIUTI PERICOLOSI con la dicitura "Rifiuti Sanitari Pericolosi non a Rischio Infettivo"

Es.

- Sfigmomanometri rotti o non più funzionanti contenenti mercurio;
- Lampade fluorescenti;
- Batterie al nichel, cadmio, piombo, mercurio (rifiuti solidi per i quali deve essere favorito il recupero);
- Toner, cartucce per stampanti mercurio (rifiuti solidi per i quali deve essere favorito il recupero);
- Pile esauste e filtri esausti per cappe biologiche e chimiche mercurio (rifiuti solidi per i quali deve essere favorito il recupero);
- Filtri per impianti di ventilazione e condizionamento (non contaminati)

RACCOMANDAZIONI

Contattare la U.O. Gestione Tecnico-Patrimoniale per la messa fuori uso e lo smaltimento.

Contattare la U.O. di Provveditorato per l'acquisto del nuovo dispositivo.

D. RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO

Rifiuti individuati nell'allegato Dalla parte quarta del D. Lg.vo 152/2006 Sono quei rifiuti sanitari il cui rischio è prevalentemente quello infettivo, cioè tutti quei materiali che:

1. provengono da ambienti d'isolamento infettivo;
2. provengono da laboratori analisi, di microbiologia, di anatomia patologica, ecc. e siano contaminati da materiale biologico o sangue in quantità tale da renderlo visibile;
3. pur non provenendo da reparti di isolamento infettivo, sono venuti a contatto con fluidi biologici di pazienti dichiarati clinicamente infetti o che comunque siano visibilmente contaminati da:
 - a. sangue nonché altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;
 - b. liquido seminale;
 - c. secrezioni vaginali;
 - d. liquido cerebro-spinale;
 - e. liquido sinoviale;
 - f. liquido pleurico;
 - g. liquido peritoneale;
 - h. liquido pericardico;
 - i. liquido amniotico;
 - j. feci e/o urine solo nel caso in cui sia ravvisata e dichiarata dal Medico responsabile del ricovero o che ha in cura il paziente una patologia

trasmissibile attraverso tali escreti;

CONTENITORE

- **MONOUSO in CARTON PLAST da 40-60 l e dicitura "Rifiuti sanitari a Rischio Infettivo" con il simbolo di Rischio Biologico con sacco interno di colore giallo con la medesima dicitura e fascetta per la chiusura irreversibile di sicurezza.**
- **MONOUSO in PLASTICA RIGIDA di colore nero e dicitura "e dicitura "Rifiuti sanitari a Rischio Infettivo" con il simbolo di Rischio Biologico con sacco interno di colore giallo con la medesima dicitura e fascetta per la chiusura irreversibile di sicurezza.**
- **con sacco interno di colore giallo con la medesima dicitura e fascetta per la chiusura irreversibile di sicurezza.**
- **TANICHE (per i liquidi con dicitura "Rifiuti Sanitari Pericolosi: Liquidi a Rischio Infettivo)**

Es

- Assorbenti igienici provenienti da degenti infettivi o contaminati da liquidi biologici e/o da secrezioni e/o da escrezioni in grado di trasmettere patologie (segnalate in cartella clinica dal medico che ha in cura il pz);
- Pannolini pediatrici e/o Pannoloni da adulti contaminati da urine e/o feci infette, o sangue infetto;
- Bastoncini oculari e/o oftalmici in tnt contaminati da sangue e/o secrezioni
- Cateteri vescicali contaminati da sangue e/o urine infette
- Cateteri venosi ed arteriosi
- Cateteri per il drenaggio pleurico, addominale, ecc
- Circuiti per la circolazione extra-corporea
- Curette monouso per il prelievo biotico endometriale
- Deflussori con presenza di sangue evidente
- Febloclisi con presenza di sangue evidente
- Filtri per dialisi
- Filtri esausti provenienti da cappe privi di rischio di rischio chimico
- Guanti monouso contaminati di materiale infetto e utilizzati su pazienti in isolamento
 - Materiale monouso: mascherine, occhiali, calzari, camici, cuffie, sovrascarpe, lenzuola, telini contaminati da sangue o altri liquidi biologici, da feci e/o urine infette;
 - Vials, pipette, provette
 - Materiale per medicazione: garze, tamponi, bende, cerotti, maglie tubolari contaminati da sangue o altri liquidi biologici
 - Sacche monouso contenente urina il cui contenuto sia infetto (certificato dal medico di reparto);
 - Sacche con deflussore e filtro per trasfusione ed emoderivati utilizzate (vuote);
 - Sacche per urostomia contaminate da sangue e/o urine infette o altri liquidi biologici

- Sacche per nutrizione parenterale contaminate da sangue e/o utilizzate su pazienti in isolamento ambientale
- Set da infusione completo con presenza di sangue evidente
- Sonde rettali di pazienti in isolamento ambientale per feci infette
- Sonde gastriche di pazienti in isolamento ambientale
- Sondini per bronco-aspirazione contaminati da sangue e/o di pazienti in isolamento ambientale
- Sondini per ossigenoterapia di pazienti in isolamento ambientale
- Spazzole, cateteri per prelievo citologico contaminato da sangue evidente e/o di pazienti in isolamento ambientale
- Speculum auricolare monouso di pazienti in isolamento ambientale e/o contaminati da sangue o altri liquidi biologici
- Speculum vaginale
- Suture automatiche monouso
- Gessi ortopedici, bendaggi contaminati da liquidi biologici e/o provenienti da degenze infettive;
- Denti o piccole parti anatomiche non riconoscibili;
- Carta ecc., contaminata da sangue evidente, da urine e/o feci infette o di pazienti in isolamento infettivo
- Contenitori vuoti di vaccini ad antigene vivo;
- Piastre e terreni di coltura ed altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni;
- Residui di pasti, di pulizia e qualsiasi altro materiale proveniente da reparti con pazienti affetti da malattia infettiva-diffusiva (certificata dal medico in cartella clinica)
- Sacca con liquido di lavaggio per recupero sangue;
- Sacca con liquido di paracentesi
- Piastre;
- Terreni di coltura
- Provette e contenitori con residui di liquidi biologici;

• **MONOUSO in PLASTICA RIGIDA per TAGLIANTI o PUNGENTI da 5/10 l di colore giallo con tappo rosso con dicitura "Rifiuti sanitari a Rischio Infettivo" con il simbolo di Rischio Biologico**

Es.

- Siringhe con ago non reincappucciato;
- Agocannule senza protezione
- Butterfly;
- Fiale vuote di farmaci
- Bisturi monouso
- Rasoi, lamette
- Mandrini metallici per aghi e cateteri;
- Lancette pungidito

N.B, il contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (compreso taglienti e/o pungenti) deve essere riempito per $\frac{3}{4}$. Il contenitore per i taglienti una volta chiuso deve essere collocato all'interno del contenitore rigido.

Su ogni carrello di servizio, il contenitore per taglienti e/o pungenti deve essere collocato nell'apposito supporto metallico di ancoraggio che ne assicura la stabilità. Devono essere chiusi preferibilmente dopo 48 ore dall'inizio del suo utilizzo o quando è riempito per $\frac{3}{4}$ della sua capacità contenitiva.

LUOGHI DI RACCOLTA

I contenitori per Rifiuti Pericolosi a Rischio Infettivo saranno prelevati dalla ditta appaltata per il trasporto interno, solo se chiusi e debitamente etichettati, e depositati nel punto di accumulo individuato presso il punto di produzione. Verranno da lì prelevati e trasportati presso il deposito temporaneo per la raccolta dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, quindi prelevati dalla ditta appaltatrice per il trasporto esterno ai fini dello smaltimento.

E' fatto obbligo di riportare sul contenitore con pennarello indelebile la data di chiusura e l'indicazione della UU.OO.\Servizio di produzione.

E. RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITÀ DI GESTIONE

CONTENITORE

In plastica rigida per Rifiuti Sanitari Pericolosi individuati per tipologia di Rischio con dicitura:

1) RIFIUTI CONTAMINATI CON MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI apporre al contenitore rigido l'etichetta di riconoscimento prodotto CER

Es.

- Materiale per allestimento di terapie con antitumorali;
- Materiale per la somministrazione di terapie con antitumorali (siringhe con ago innestato, fiale, ecc..)
- Contenitori di farmaci citotossici e citostatici
- DPI monouso utilizzati

La gestione di smaltimento è diretta dalla U.O. di Oncologia

N.B. si raccomanda alle U.O. che somministrano farmaci e/o soluzioni citotossici e citostatici:

Di smaltire feci e /o urine di pazienti che hanno ricevuto tali terapie direttamente nella fognatura, fatta eccezione delle urine emesse da pazienti con instillazione vescicale di antitumorali, solo in questo caso le urine dovranno essere raccolte con le dovute protezioni nei contenitori per urina e trascorse 24 ore, smaltite nella fognatura.

2) SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE SCADUTE, REVOCATE O UTILIZZATE PARzialmente

Devono essere riconsegnate alla U.O. di Farmacia previa esibizione dell'apposito registro di scarico debitamente firmato dal dirigente medico del Reparto e dal dirigente medico di Direzione Sanitaria.

3) FARMACI SCADUTI O INUTILIZZATI

Vanno consegnati alla U.O. di Farmacia

4) PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI E FETI

- Arti e/o parti di essi possono essere tumulate, inumate o cremate, secondo quanto previsto dal regolamento della polizia mortuaria
- I feti con meno di 20 settimane complete di gestazione vanno smaltiti nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, salvo la richiesta di seppellimento da parte dei genitori entro 24 ore dall'espulsione, in questo caso il feto andrà inviato alla camera

mortuaria con la relativa documentazione sanitaria di
accompagnamento.

5) **ORGANI E PARTI ANATOMICHE NON RICONOSCIBILI**

Come pezzi biotipici, organi e/o tessuti

Devono essere smaltiti come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

6) **LASTRE RADIOLOGICHE DI SCARTO**

Devono essere raccolte nei contenitori di origine ed inviate a ditte specializzate per il recupero dell'argento (contattare la ditta appaltatrice per lo smaltimento delle stesse)

7) **MATERIALE FUORI USO O FINE USO**

- Arredi d'ufficio
- Attrezzature informatiche
- Apparecchiature medicali

Contattare l'U.O. Gestione Tecnico-Patrimoniale

8. GESTIONE DEI RIFIUTI DOPO RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A RADIOFARMACO

Il paziente sottoposto a radiofarmaco per ricerca del linfonodo sentinella ha all'interno del corpo tracce di radioattività; pertanto, è opportuno trattare i rifiuti che vengono a contatto con lui in modo separato rispetto agli altri rifiuti.

Dopo la procedura di ricerca del linfonodo sentinella con radiofarmaco, tutto il materiale utilizzato in sala operatoria deve essere messo a "decantare" per 48 ore dei sacchetti gialli con dicitura "Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo" e con il simbolo di rischio biologico, e posto all'interno del Contenitore Schermato per Rifiuti Solidi Radioattivi.

Il radiofarmaco decade rapidamente per tale motivo dopo le 48 ore di "decantazione" il sacco contenente il materiale utilizzato può essere riposto all'interno del contenitore rigido nero e seguire il normale processo di smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

9. GESTIONE DI SMALTIMENTO DEI PACEMAKER DOPO LA LORO RIMOZIONE

Secondo il Catalogo Europeo dei Rifiuti (CER) i Pacemaker sono identificati come Materiale Elettrico Pericoloso CER 160213, per la normativa vigente sono "equipaggiamenti contenenti batterie al litio esauste" il cui trattamento finale è obbligatoriamente il recupero a causa dei rischi ambientali che deriverebbero da un errato smaltimento.

Dopo la rimozione i pacemaker cardiaci devono essere sottoposti a decontaminazione e asciugatura, e posti in un sacchetto con chiusura in plastica trasparente nel quale verrà allegato il modulo di avvenuta decontaminazione (all'interno dello stesso sacchetto possono essere raccolti più pacemaker ogni accompagnato dal relativo modulo), successivamente sanno stoccati o presso i reparti di produzione del rifiuto all'interno di un contenitore di plastica rigida dedicato, o consegnati alla ditta che li produce/procura per lo smaltimento degli stessi.

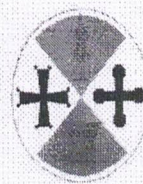
Si demanda alla singola U.O. la responsabilità della gestione e della richiesta del contenitore rigido schermato per materiale solido radioattivo.



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

10. INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI ADDETTI ALLA GESTIONE DEI RIFIUTI

Una corretta gestione dei rifiuti, in tutte le sue fasi, condotta nel pieno rispetto della normativa vigente, non può prescindere da attività di informazione, formazione e addestramento di tutto il personale coinvolto nel ciclo di gestione del rifiuto, sia nelle fasi operative che gestionali.

La consapevolezza degli operatori infatti risulta fondamentale per due aspetti:

- **IMPATTO SULL'UOMO E SULL'AMBIENTE:** una corretta gestione dei rifiuti consente di prevenire la produzione del quantitativo di rifiuti prodotti e lì dove non realizzabile consente di ridurre gli impatti sull'ambiente e sulla salute umana che la scorretta manipolazione dei rifiuti stessi potrebbe determinare.
- **IMPATTO ECONOMICO:** la corretta gestione e classificazione dei rifiuti nonché la corretta raccolta differenziata riduce il quantitativo di rifiuti prodotti o dei rifiuti non recuperabili andando ad incidere positivamente sui costi di gestione;

Si fa presente inoltre la stessa normativa vigente in campo di corretta gestione dei rifiuti sanitari (DPR 254/03) sottolinea l'importanza della formazione del personale recitando "deve essere incentivata l'organizzazione di corsi di formazione del personale delle strutture sanitarie sulla corretta gestione dei rifiuti sanitari, soprattutto per minimizzare il contatto dei materiali non infetti con potenziali fonti infettive e ridurre la produzione di rifiuti a rischio infettivo".

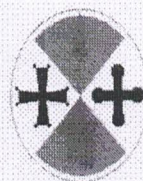
11. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Art.24 della legge 31 luglio 2002, n. 179, di cui al DPR 15 luglio 2003, n. 254 (pubblicato sulla G.U. n. 211 del 19/9/2003), nel rispetto dei principi stabiliti dal D.Lgs 5 febbraio 1997, n. 22 e successive modificazioni e integrazioni;
- Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152: "Norme in materia ambientale" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2006 - Supplemento Ordinario n. 96);
- D.M. del 17 dicembre 2009;
- D.lgs. 81/2008.
- Decreto Legislativo 101/2020 "Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordina la normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117. (20G00121)"
- Deliberazione n. 43/24 del 19.7.2016 "Gestione dei rifiuti con presenza di sostanze radioattive presso i termovalorizzatori. D.lgs. n. 230 del 17 marzo 1995 e D.Lgs. n. 152 del 3 aprile 2006.
- Indicazioni fornite dall'Ispettorato nazionale per la sicurezza nucleare e la radioprotezione (ISIN) attraverso la normativa vigente e tramite il portale web STRIMS (Sistema per la tracciabilità dei rifiuti e dei materiali radioattivi e delle sorgenti di radiazioni ionizzanti), vd. <https://strims.isinucleare.it/it>.
- Relazioni tecniche e provvedimenti dell'Esperto di Radioprotezione
- Norme interne di radioprotezione ARNAS



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

ALLEGATI:



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Ceck list di controllo sulle corrette modalità di gestione dello smaltimento dei rifiuti ospedalieri



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



U.O.C. D.M. POU Direttore Dr. Antonio Gallucci

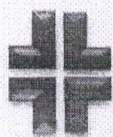
CHECK LIST DI CONTROLLO SULLE CORRETTE MODALITÀ DI GESTIONE DELLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI OSPEDALIERI

U.O./Servizi _____ P.O. _____ MESE _____

ELEMENTI	SI	NO
1. I rifiuti sono raccolti negli appositi contenitori?		
2. Il contenitore chiuso è correttamente confezionato (CER, U.O., Data, Firma, ecc)?		
3. Il personale è a conoscenza delle procedure di corretta gestione dello smaltimento rifiuti?		
In caso di risposta NO specificare:		
4. La fornitura dei contenitori avviene con regolarità (contenitori, sacche, taniche)?		
5. Le frequenze di ritiro sono rispettate?		
NOTE:		
Criticità riscontrate:		
Azioni Correttive		

Firma Coord.Inf.

Direttore Responsabile



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**

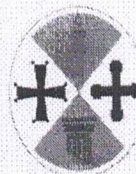


REGIONE CALABRIA

**Copia del formulario dei rifiuti ospedalieri
In consegna alle strutture ed ai Presidi Ospedalieri**



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA



Progetto Ecologico di Albano A.S.C. S.r.l.

50:383

SC6184

Cruce de Lloreda - Zona P.I.P. - 88871. Care-lina (KR)

SEVA S.C.F. 0021080706 - F.E.A. 156327 - Cap. Soc. 7 x EMP 1.350.000,00



FORMULARIO RIFIUTI

W. J. HARRIS
J. G. HARRIS

DATE ENGINEERED
 FORMULARIO

34-07-2024

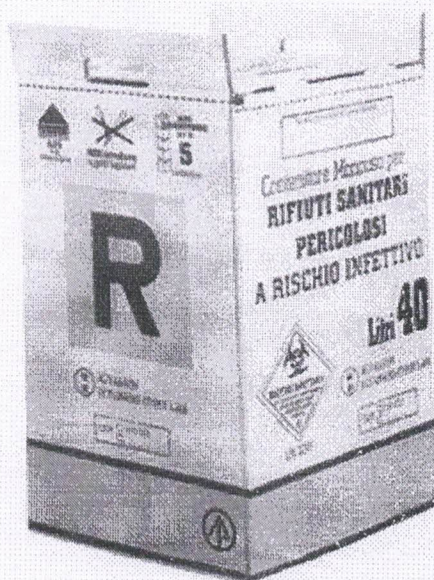
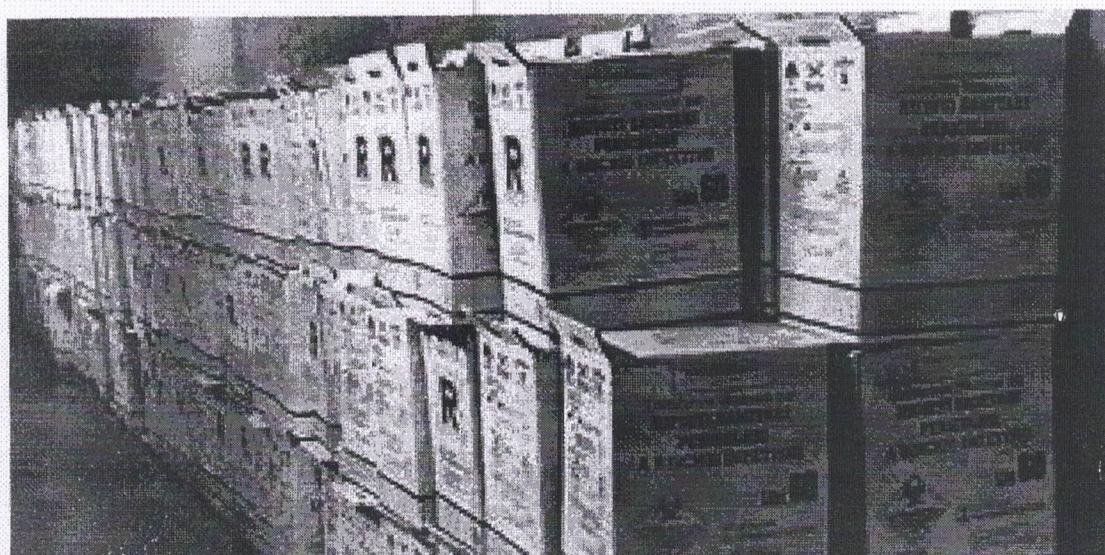
MZZR 030747 L

[illegible]

**Segnaletica da apporre nei locali e sui contenitori dei rifiuti ospedalieri
strutture ed ai Presidi Ospedalieri**



Contenitori in uso per la raccolta dei rifiuti ospedalieri



Gestione dei rifiuti contaminati da radioisotopi

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Poiché presso i PP.OO. dell'ASP di Catanzaro non sono effettuati esami diagnostici o terapie con radionuclidi, è necessario individuare i pazienti che accedono alle UU.OO. dei nostri presidi che sono stati sottoposti a tali trattamenti presso altre strutture sanitarie e che devono aver ricevuto in tali sedi idonee istruzioni.

Gestione dei rifiuti contaminati con liquidi biologici di pazienti con recente somministrazione di radioisotopi

▪ Individuazione pazienti:

In fase di accettazione in reparto e di Triage in Pronto Soccorso è necessario accertare, per ogni paziente, la condizione di recente somministrazione di isotopi radioattivi, mediante accurata anamnesi remota (fino a 90 giorni precedenti) e attraverso la consultazione della documentazione clinica rilasciata dalla struttura che ha effettuato l'indagine diagnostica o la terapia, al fine di raccogliere informazioni utili ad evitare di contaminare i rifiuti sanitari ed incorrere nelle sanzioni dovute ad uno smaltimento improprio. L'accertamento dovrà essere riportato in cartella e/o nella scheda di Triage. Nel caso in cui la documentazione fornita dal paziente non contenga le indicazioni radioprotezionistiche rilasciate dalla struttura che ha effettuato l'indagine diagnostica o la terapia si dovrà contattare la stessa ed averne, quanto più tempestivamente possibile, copia. Al paziente individuato come "portatore di radioattività", sarà riservata una stanza di degenza dedicata, in modo da facilitarne la gestione e ridurre il più possibile i rischi, compreso quello di esposizione di individui della popolazione.

▪ Individuazione rifiuto:

I rifiuti contaminati con radioisotopi possono essere pannoloni, sacche per urina, sacche per dialisi, sacche per stomia, drenaggi, garze, cotone, medicazioni, campioni biologici e materiali monouso provenienti dall'assistenza al paziente con storia di recente somministrazione, per esempio, dei seguenti radioisotopi: Iodio-131, Indio-111, Gallio-67, Tallio-201, Tecnezio-99,

▪ Confezionamento:

I rifiuti sanitari prodotti dall'assistenza e contaminati da liquidi biologici del paziente trattato con radioisotopi, per tutta la durata della degenza, dovranno essere raccolti in un contenitore per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo (RSP-I), ma esclusivamente dedicato al paziente, da mantenere nei pressi del paziente e da sostituire a intervalli che sono funzione del radioisotopo presente secondo indicazioni fornite per ogni singolo caso e, comunque non appena il livello di riempimento è pari ai tre quarti della capacità. Il contenitore sarà trasportato dal personale addetto nel locale deposito di decantazione. Il personale addetto seguirà il percorso dello sporco secondo le indicazioni fornite. Terminato il periodo di tempo necessario per un adeguato decadimento, il rifiuto non sarà più da ritenersi contaminato da radioisotopi ma un rifiuto sanitario pericoloso a rischio infettivo. All'atto del ritiro del contenitore, il trasportatore della ditta appaltatrice del servizio di smaltimento rifiuti sanitari, con apposito strumento di rilevazione della radioattività verificherà il rateo e qualora il valore rilevato fosse inferiore al valore soglia, procederà al ritiro; diversamente il contenitore tornerà al deposito di stoccaggio. Nel caso di rilevazione di radioattività in contenitori per rifiuti sanitari a rischio infettivo sfuggiti a quanto previsto nelle fasi di individuazione della presente procedura, il trasportatore avviserà la segreteria della Direzione Medica di Presidio, che provvederà a far prelevare il contenitore dall'operatore addetto al trasporto interno e a farlo convogliare nel deposito per la decantazione.

