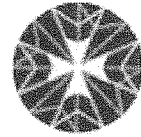


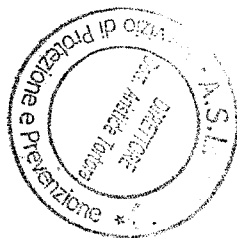
ASL SALERNO
Azienda Sanitaria Locale Salerno



*PROCEDURE DI SICUREZZA
IN OSPEDALE*

Gestione dei Rifiuti Sanitari
Revisione n. 1 del maggio 2016

*A cura del Servizio di Prevenzione e Protezione della ASL SALERNO
Direttore e RSPP: dott. Aristide Tortora*

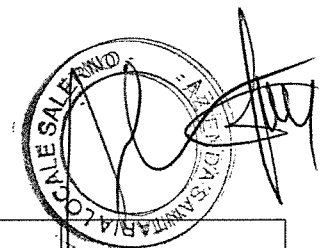


Aristide Tortora

ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti Sanitari	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Sommario	Maggio 2016

SOMMARIO

1	OGGETTO	1
2	SCOPO	1
3	CAMPO DI APPLICAZIONE	1
4	DEFINIZIONI	1
5	TIPOLOGIA DI RIFIUTO	4
6	INDICAZIONI GENERALI	5
6.1.	DEPOSITO TEMPORANEO DEI CONTENITORI	6
6.2.	ETICHETTE PER I RIFIUTI PERICOLOSI SOLIDI E LIQUIDI	7
7	RESPONSABILITA'	7
8	PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI	7
8.1	NATURA DEI RIFIUTI NON PERICOLOSI	7
8.2	MODALITÀ DI RACCOLTA E TRASPORTO DEI RIFIUTI NON PERICOLOSI	8
8.3	CONTENITORI PER RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI	8
8.4	CONTENITORI PER LA RACCOLTA DIFFERENZIATA	8
8.5	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DEI FARMACI SCADUTI (CER 18 01 09 – 18 02 08)	8
8.6	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DEL VETRO (CER 20 01 02)	9
8.7	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELLA CARTA E CARTONE (CER 20 01 01)	9
8.8	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELLE APPARECCHIATURE FUORI USO, METALLI, INGOMBRANTI, LEGNO, CALCINACCI, CARTONGESSO	9
8.9	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DI ALTRI RIFIUTI NON PERICOLOSI	10
9	PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO	10
9.1	NATURA DEI RIFIUTI	10
9.2	METODO E MATERIALI DI SMALTIMENTO	11
9.3	MIGLIORAMENTO DELLO SMALTIMENTO PER SACCHE DI URINA NON INFETTA	11
9.4	CONFEZIONAMENTO	12
9.5	MIGLIORAMENTO DEL CONFEZIONAMENTO MEDIANTE IMBUSTAMENTO	12
9.6	MOVIMENTAZIONE INTERNA FINO AL DEPOSITO TEMPORANEO	13
9.7	AGHI E TAGLIENTI UTILIZZATI (CER 18 01 03 – 18 02 02)	13
9.8	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DEI RIFIUTI PERICOLOSI LIQUIDI A RISCHIO CHIMICO (CER 07 07 01 – 07 07 04 – 07 07 07)	14
9.9	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DI TUTTI GLI ALTRI RIFIUTI PERICOLOSI	15
10	PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO	15
11	MODALITA' DI CONFERIMENTO DI RIFIUTI PARTICOLARI	15
11.1	MODALITÀ DI CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI	15
11.2	SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE	16
11.3	RIFIUTI RADIOATTIVI	16
12	LOCALI DI DEPOSITO TEMPORANEO	17
13	TENUTA DEL REGISTRO DI CARICO E SCARICO E FORMULARI	17



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

1 OGGETTO

In questo documento si descrivono i metodi previsti per lo smaltimento in sicurezza dei rifiuti ospedalieri e i rifiuti assimilabili agli urbani secondo le esigenze dei PPOO della ASL SALERNO.

2 SCOPO

Lo scopo di questo documento è di descrivere in modo dettagliato gli aspetti riguardanti la sicurezza e salute dei lavoratori che applicano la procedura di smaltimento dei rifiuti ospedalieri in modo che siano chiare a tutti gli operatori interessati (sia del ruolo sanitario che tecnico) e disponibili al controllo per le autorità preposte. In sintesi si vuole giungere a:

- informare correttamente tutti gli operatori
- distinguere senza dubbi le diverse tipologie di rifiuti, il loro conferimento, il pretrattamento
- non avere giacenze di alcun genere di rifiuto
- ridurre la quantità, incrementare il riutilizzo e di prevenirne la pericolosità
- eventualmente dove possibile ridurre il costo economico della gestione interna e dello smaltimento.

3 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli operatori delle UUOO dei PPOO sono tenuti all'applicazione dei metodi previsti nelle procedure di sicurezza descritte. Il monitoraggio e la vigilanza dell'applicazione dei metodi è sotto la diretta responsabilità dei Coordinatori Infermieristici dei Reparti e degli operatori che contribuiscono al pretrattamento e conferimento dei rifiuti. Il Coordinatore Infermieristico comunica alla Direzione Sanitaria del PO eventuali distorsioni ad opera dell'Impresa di Pulizie, che è tenuta a rispettare le condizioni dettate dalla Direzione Sanitaria e dalla normativa vigente in merito allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri e degli assimilabili agli urbani.

4 DEFINIZIONI

Codice CER: codice del Catasto Europeo dei Rifiuti.

Deposito temporaneo: luogo deputato allo stoccaggio dei rifiuti fino al conferimento alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento.

Detentore: il produttore dei rifiuti, o la persona fisica o giuridica che li detiene.

Disinfezione: drastica riduzione della carica microbica effettuata con l'impiego di sostanze disinfettanti.

Gestione: raccolta, trasporto, recupero e smaltimento dei rifiuti compreso il controllo di queste 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.

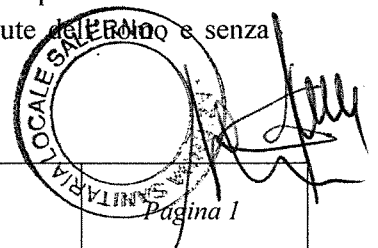
Produttore rifiuto: la persona la cui attività ha prodotto materialmente il rifiuto.

Punti di raccolta: stanze o aree di ciascun reparto, laboratorio o ambulatorio deputati alla raccolta temporanea prima del trasporto verso il deposito temporaneo.

Raccolta: operazioni di prelievo, di cernita e di raggruppamento dei rifiuti per il loro trasporto.

Raccolta differenziata: la raccolta idonea a raggruppare i rifiuti assimilabili urbani in frazioni merceologiche omogenee destinate al riutilizzo, al riciclaggio e al recupero di materia prima.

Recupero: i rifiuti devono essere smaltiti e recuperati senza pericolo per la salute pubblica e senza usare procedimenti o metodi che possono provocare pregiudizio all'ambiente.



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

Recupero rifiuto: operazioni, quali l'utilizzazione come combustibile o altro mezzo per produrre energia o materia prima, rigenerazione, riciclo di sostanze, solventi, reimpiego di oli, ecc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio dell'ambiente.

Rifiuto: in base al d.lgs. 05.02.1997 n. 22 e all'art. 183 del d.lgs. 152/2006 e s.m.i., s'intende per rifiuto qualsiasi sostanza o oggetto di cui il detentore necessita lo smaltimento o abbia deciso o abbia l'obbligo di smaltire.

Rifiuti sanitari: i rifiuti elencati a titolo esemplificativo, negli Allegati I e II del Regolamento di cui al DPR n. 254 del 15 luglio 2003, che derivano da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Rifiuti sanitari non pericolosi: i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22.

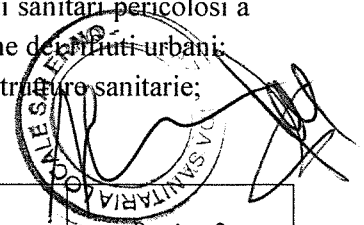
Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo: i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'Allegato II del Regolamento di cui DPR n. 254 del 15 luglio 2003, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "*" nell'Allegato A della direttiva del Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio in data 9 aprile 2002.

Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: i seguenti rifiuti sanitari individuati dalle voci 18.01.03 e 18.02.02 nell'Allegato A della citata direttiva in data 9 aprile 2002:

- tutti i rifiuti che provengono da ambienti d'isolamento infettivo nei quali sussiste un rischio di trasmissione biologica aerea, nonché da ambienti ove soggiornano pazienti in isolamento infettivo affetti da patologie causate da agenti biologici di gruppo 4 del d.lgs. 81/08 e successive modificazioni;
- i rifiuti elencati a titolo esemplificativo nell'Allegato I del Regolamento di cui DPR n. 254 del 15 luglio 2003, che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche:
 - provengano da ambienti d'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 cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o liquido amniotico;
- i rifiuti provenienti da attività veterinaria, che:
 - siano contaminati da agenti patogeni per l'uomo o per gli animali;
 - siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto o escreto per il quale sia ravvisato, dal medico veterinario competente, un rischio di patologia trasmissibile attraverso tali liquidi.

Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani: i seguenti rifiuti sanitari, qualora non rientrino tra quelli sopra definiti come "rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo" oppure "rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo", che sono assoggettati al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani:

- i rifiuti derivanti dalla preparazione dei pasti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie;



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

- i rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
- vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata, nonché altri rifiuti non pericolosi che per qualità e per quantità siano assimilati agli urbani ai sensi dell'art. 21, comma 2, lett. g), del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22;
- la spazzatura;
- indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;
- i rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuata nell'ambito delle strutture sanitarie;
- i gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, i pannolini pediatrici e i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine;
- i rifiuti sanitari a solo rischio infettivo assoggettati a procedimento di sterilizzazione, a condizione che lo smaltimento avvenga in impianti di incenerimento per rifiuti urbani. Lo smaltimento in discarica è sottoposto a condizioni specifiche del Regolamento di cui al DPR cui DPR n. 254 del 15 luglio 2003. In caso di smaltimento, per incenerimento o smaltimento in discarica, al di fuori dell'ambito territoriale ottimale, la raccolta ed il trasporto di questi rifiuti non è soggetta a privativa.

Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione: le seguenti categorie di rifiuti sanitari:

- farmaci scaduti o inutilizzabili;
- medicinali citotossici e citostatici per uso umano o veterinario e i materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione e uso degli stessi;
- organi e parti anatomiche non riconoscibili;
- piccoli animali da esperimento;
- sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope.

Smaltimento rifiuto: operazioni, quali l'incenerimento, la discarica, il deposito permanente, la biodegradazione, ecc. alle quali viene sottoposto il rifiuto, effettuate senza pericolo per la salute dell'uomo e senza recare pregiudizio dell'ambiente.

Sterilizzazione: abbattimento della carica microbica tale da garantire un S.A.L. (Sterility Assurance Level) non inferiore a 10⁻⁶. La sterilizzazione è effettuata secondo le norme UNI 10384-1:1994 - Impianti e processi di sterilizzazione dei rifiuti ospedalieri. Requisiti generali - mediante procedimento che comprenda anche la triturazione e l'essiccamento ai fini della non riconoscibilità e maggiore efficacia del trattamento, e della diminuzione di volume e di peso dei rifiuti stessi. Possono essere sterilizzati unicamente i rifiuti sanitari pericolosi a solo rischio infettivo.

La sterilizzazione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo è una facoltà esercitabile ai fini della semplificazione delle modalità di gestione dei rifiuti stessi.

Sterilizzatrici: apparecchiature dedicate esclusivamente alla sterilizzazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. L'efficacia del procedimento di sterilizzazione e i metodi per dimostrarla, sono stabiliti dalla norma UNI 10384-1:1994, sulla base delle prove di convalida in essa stabilite.

Stoccaggio: le attività di smaltimento consistenti in operazioni di deposito preliminare di rifiuti e le attività di recupero consistenti nelle operazioni di messa in riserva di materiali.



5 TIPOLOGIA DI RIFIUTO

I PPOO producono sia rifiuti considerati sanitari sia non sanitari. Allo stesso modo producono sia rifiuti non pericolosi, sia rifiuti considerati pericolosi. La tabella successiva riporta un elenco di quelli prodotti con maggiore regolarità. Tra i rifiuti non pericolosi alcuni rientrano nel circuito dei rifiuti assimilabili agli urbani (vetro, carta e cartone, plastica), altri sono destinati comunque al recupero (argento delle pellicole e lastre radiografiche, componenti delle apparecchiature fuori uso, metalli, legno, olio vegetale, nastri e toner esausti), i restanti sono destinati allo smaltimento. Tra i rifiuti pericolosi, la maggior parte sono destinati allo smaltimento per incenerimento, mentre alcuni sono destinati al recupero di alcune componenti (accumulatori al PB, olio minerale, mercurio, liquidi di sviluppo).

Composizione	Tipo rifiuto	Regime giuridico
Rifiuti a rischio infettivo di cui all' art. 2, comma 1, lettera d) del DPR 15 luglio 2003, n. 254 Codici CER 180103 o 180202	Assorbenti igienici, pannolini pediatrici e pannoloni	Pericolosi a rischio infettivo
	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 biptico endometriale	
	Deflusori	
	Fleboclisi contaminate	
	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 (nasografici per broncoaspirazione, per ossigenoterapia, ecc)	
	Spazzole, cateteri per prelievo citologico	
	Speculum auricolare monouso	
	Speculum vaginale	
	Saturatrici automatiche monouso	
	Gessi o bendaggi	
	Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili	
	Lettere per animali da esperimento	
	Contenitori vuoti	
Contenitori vuoti di vaccini ad antigene vivo		
Rifiuti di gabinetti dentistici		
Rifiuti di ristorazione		
Spazzatura		
Composizione	Tipo rifiuto	Regime giuridico
Rifiuti provenienti dallo svolgimento di attività di ricerca e di diagnostica batteriologica Codici CER 180103 o 180202	Piastre, terreni di colture ed altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni	Pericolosi a rischio infettivo
Rifiuti taglienti Codici CER 180103 o 180202	Aghi, siringhe, lame, vetri, lancette, pungidito, venflon, testine rasoio e bisturi monouso	Pericolosi a rischio infettivo

ASL SALERNO Azienda Sanitaria Locale Salerno	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

Rifiuti taglienti inutilizzati Codici CER 180101 o 180201	Aghi, siringhe, lame, rasoi	Non pericolosi
Organi e parti anatomiche non riconoscibili - Piccoli animali da esperimento Codici CER 180103 o 180202	Tessuti, organi e parti anatomiche non riconoscibili. Sezioni di animali da esperimento	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Pericolosi a rischio infettivo
Contenitori vuoti, in base al materiale costitutivo dell'imballaggio va assegnato un codice CER della categoria 1501: 150101 - 150102 - 150103 - 150104 - 150105 - 150106 - 150107 - 150109	Contenitori vuoti di farmaci, di farmaci veterinari, dei prodotti ad azione disinfettante, di medicinali veterinari prefabbricati, di premiscele per alimenti medicamentose, di vaccini ad antigene spento, di alimenti e di bevande, di soluzioni per infusione	Assimilati agli urbani se conformi alle caratteristiche di cui all'art. 5 del DPR 254/2003
Farmaci scaduti o inutilizzabili Codici CER 180109 o 180208	Farmaci scaduti o di scarto, esclusi i medicinali citotossici e citostatici	Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione. Non pericolosi
Sostanze chimiche di scarto Codici CER 180107 o 180206	Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca correlate, non pericolose o non contenenti sostanze pericolose ai sensi della decisione Europea 2001/118/CE	Non Pericolosi

6 INDICAZIONI GENERALI

Lo smaltimento dei rifiuti prevede una sequenza di atti che ogni operatore deve conoscere:

- prestare attenzione ai prodotti speciali
- individuare il contenitore idoneo
- chiudere correttamente il contenitore
- stoccare adeguatamente.

Gli infermieri sono i principali artefici del ciclo descritto entro l'U.O. Gli ausiliari intervengono nella fase di stoccaggio al punto di raccolta all'esterno dell'U.O. Ogni operatore deve conoscere l'importanza delle azioni corrette nello smaltimento dei rifiuti che disciplinano la prevenzione d'incidenti e infortuni da parte di tutti coloro che intervengono nel processo: gli operatori sanitari, l'impresa di pulizia, gli operatori della raccolta.

La presente procedura deve essere adottata da tutto il personale dipendente dei PPOO dell'ASL SALERNO.

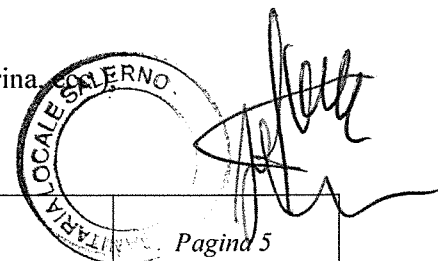
Per lo **smaltimento di qualsiasi rifiuto ospedaliero** gli operatori devono:

- eliminare i rifiuti secondo la loro tipologia nei contenitori/sacchi messi a disposizione;
- depositare i rifiuti separatamente a seconda della tipologia;
- compilare le etichette identificative dei rifiuti e chiudere ermeticamente i contenitori;
- indossare dispositivi di protezione individuale:
 - guanti (quando si chiudono e si trasportano i sacchi di plastica);
 - mascherina (nel caso di prolungata permanenza in vicinanza dei sacchi e/o quando ci sono più sacchi da chiudere e/o contenitori da confezionare, in modo da ridurre il rischio di inalazione di sostanze pericolose).

E' vietato assumere cibi e bevande o fumare in prossimità dei rifiuti (specie se infiammabili).

Per il **trasporto di qualsiasi tipo di rifiuto**:

- il trasporto deve essere effettuato solo da persone autorizzate;
- non manipolare i rifiuti;
- indossare sempre i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherina



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

- assicurarsi che le etichette siano compilate chiaramente e correttamente (altrimenti non procedere al ritiro);
- verificare che i contenitori siano ben chiusi;
- utilizzare carrelli idonei al trasporto;
- trasportare i rifiuti chimici con massima precauzione.

Per la raccolta dei rifiuti speciali sanitari e non sanitari, pericolosi e non pericolosi:

- i contenitori/imballaggi utilizzati per la raccolta dei rifiuti devono essere facilmente distinguibili per il colore o altre caratteristiche specifiche e recare con evidenza la dicitura che li identifichi;
- tutti i contenitori di qualunque forma e tipo, atti a contenere “RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO“ solidi devono essere facilmente identificabili mediante un codice indicante pericolo: per i PPOO della ASL SALERNO il colore che indica il rischio infettivo ed il pericolo biologico è il colore giallo.

Per la raccolta dei rifiuti pericolosi liquidi:

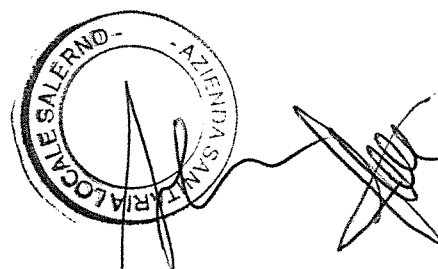
- i rifiuti pericolosi liquidi devono essere raccolti in appositi contenitori dotati di una larga imboccatura atta a facilitare gli operatori durante le operazioni di travaso;
- i contenitori devono avere caratteristiche di tenuta, una resistenza chimica e meccanica adeguata alle caratteristiche dei prodotti che dovranno avere caratteristiche di tenuta, una resistenza chimica e meccanica adeguata alle caratteristiche dei prodotti che dovranno essere contenuti, e dovranno essere omologati all’uso secondo le vigenti normative e convenzioni; detti contenitori devono essere provvisti di una chiusura ermetica e di tutti gli accessori necessari per il riempimento.

In ogni contenitore o tanica deve essere contenuto un solo prodotto. E’ assolutamente fatto divieto di miscelare categorie diverse di rifiuti pericolosi ovvero rifiuti pericolosi con rifiuti non pericolosi se questo sia il prodotto conseguente a lavorazioni diverse con materiali compatibili (ovvero non reagenti). Al fine dell’identificazione del punto di produzione del rifiuto è fatto obbligo di scrivere con un pennarello indelebile il nome della Divisione, Servizio, Laboratorio o Ambulatorio produttore sulla parte superiore del contenitore prima dell’inizio dello stesso allo smaltimento.

6.1. Deposito temporaneo dei contenitori

Le taniche ed i contenitori devono essere chiusi ermeticamente dagli operatori del luogo in cui viene prodotto il rifiuto e dovranno essere successivamente collocati in una sede di pre-deposito temporaneo (luogo di produzione) all’interno della Divisione, Servizio, Laboratorio o Ambulatorio. Tale sede deve possibilmente soddisfare i seguenti requisiti:

- funzionalità per gli operatori addetti al deposito e al ritiro dei materiali;
- difficile accesso ai non addetti ai lavori;
- lontananza da fonti di calore o fiamma libera.



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

6.2. Etichette per i rifiuti pericolosi solidi e liquidi

Sulle taniche dei rifiuti pericolosi liquidi e sui contenitori dei rifiuti pericolosi solidi, devono essere obbligatoriamente impresse o poste successivamente le etichette adesive richieste dalla normativa vigente, al fine di poter individuare immediatamente se trattasi di: rifiuti speciali sanitari pericolosi a rischio chimico, rifiuti speciali sanitari pericolosi a rischio infettivo, rifiuti sanitari a rischio infettivo taglienti e/o pungenti.

7 RESPONSABILITA'

Al Direttore Sanitario compete la sorveglianza e il rispetto delle disposizioni di legge concernenti i rifiuti. Tutti i soggetti coinvolti nella procedura di cernita, raccolta, trasporto, deposito temporaneo e smaltimento dei rifiuti prodotti dai PPOO, ciascuno per le proprie competenze, cooperano affinché venga applicata la presente procedura e sono responsabili relativamente ai compiti assegnati. La suddivisione dei ruoli sotto descritta è riferibile a situazioni in cui tutte le figure professionali elencate siano presenti; in assenza delle figure in questione il Coordinatore Infermieristico o il Capotecnico decidono a pieno titolo le spettanze relative alle varie fasi del processo.

Le presenti procedure, istruzioni operative, protocolli e norme interne devono essere adottati da tutto il personale dipendente dei PPOO e scrupolosamente osservati. I sigg. Primari, il Responsabile del Servizio Infermieristico, i sigg. Coordinatori dei Servizi Infermieristici, i Capitecnici ed i Preposti devono:

- vigilare sul personale da loro dipendente affinché tali disposizioni non vengano disattese;
- segnalare immediatamente verbalmente e successivamente per iscritto alla Direzione Sanitaria tutte le "non conformità" riscontrate;
- fare richiesta scritta alla Direzione Sanitaria per l'attivazione di nuovi servizi di ritiro dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo sia liquidi che solidi, dei rifiuti speciali non pericolosi sia solidi che liquidi, nonché dei rifiuti urbani.

8 PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI

8.1 Natura dei rifiuti non pericolosi

Fanno parte dei rifiuti non pericolosi i seguenti rifiuti organici e non organici:

- **rifiuti provenienti dalle cucine delle strutture sanitarie**, relativamente alla preparazione di pasti;
- **residui dei pasti provenienti dalle unità operative**, ad esclusione di quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive, per i quali sia ravvisato clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui (questi ultimi sono da considerare rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo);
- **rifiuti provenienti dalle attività di pulizia dei locali**;
- **rifiuti provenienti dalle attività di giardinaggio**;
- **rifiuti costituiti da materiale metallico non ingombrante** non soggetti a raccolta differenziata;
- **rifiuti costituiti da materiale ingombrante** non soggetti a raccolta differenziata;
- **scarti vari** che non siano venuti a contatto con sostanze contaminate;
- **rifiuti costituiti da indumenti monouso non contaminati** da materiale biologico;
- **gessi ortopedici e bendaggi non contaminati** da materiale biologico e che non abbiano sangue in quantità visibile;



[Handwritten signature]

ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

- **piccoli imballi;**
- **rifiuti cartacei:** involucri di siringhe, di boccette di farmaci di uso comune, di guanti sterili, carta monouso per lettini ambulatoriali, salviette monouso per l'asciugatura delle mani;
- **taglienti inutilizzati:** aghi, siringhe, lame, rasoio;
- **sostanze chimiche di scarto:** provenienti dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca correlate, non pericolose e non contenenti sostanze pericolose ai sensi della decisione europea 2001/118/CE;
- **contenitori vuoti assimilati ai rifiuti urbani:** contenitori vuoti di farmaci destinati all'uso umano e all'utilizzo veterinario, contenitori vuoti di prodotti disinfettanti, premiscelati per alimenti, vaccini ad antigene spento, contenitori vuoti di bevande, alimenti, soluzioni per infusione;

Inoltre rientrano nell'elenco dei rifiuti non pericolosi ma richiedono particolari sistemi di gestione, i seguenti rifiuti:

- **farmaci scaduti o di scarto:** esclusi i medicinali citotossici e citostatici.

8.2 Modalità di raccolta e trasporto dei rifiuti non pericolosi

Alla fine di ogni pasto nella cucina centrale del PO dove attiva ed in ogni reparto di degenza di tutti i PPOO, tutti i residui dei pasti vengono raccolti in appositi sacchetti impermeabili ed inseriti in contenitori, che due volte al giorno, gli operatori della ditta di pulizia provvedono a trasportare nell'apposito punto di raccolta dei rifiuti organici. Il sacco per i rifiuti organici, una volta pieno va chiuso a cura del personale del reparto, utilizzando il laccio disponibile e riposto nello spazio riservato allo sporco presso l'unità operativa (un locale deposito con superfici facilmente lavabili e disinfettabili). Il sacco non dovrà avere un peso superiore ai 10 Kg. Anche per quanto riguarda i residui delle attività di giardinaggio è il personale addetto alla cura dei giardini che provvede al conferimento di tali rifiuti nell'apposito punto di raccolta esterno per i rifiuti organici da giardinaggio.

8.3 Contenitori per rifiuti assimilabili agli urbani

Questi sacchi impermeabili, che attualmente sono di **colore nero** per i rifiuti di natura organica e di **colore bianco** per la carta ed il cartone, devono essere accuratamente confezionati, chiusi e devono essere di peso tale da garantire una facile manovrabilità (non più di 10 Kg).

8.4 Contenitori per la raccolta differenziata

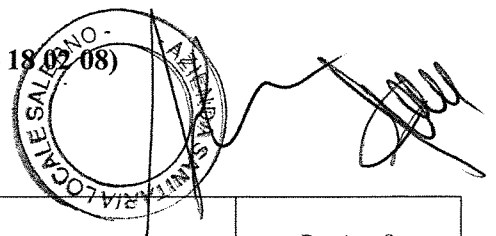
RESIDUI INFORMATICI DA STAMPA (toner fotocopiatrici, cartucce laser ed ink-jet, cartucce fax): esistono contenitori bianchi dislocati nei PPOO che vengono periodicamente svuotati dalle ditte di pulizia.

FARMACI SCADUTI: come da specifica disposizione, devono essere consegnati dai Coordinatori Infermieristici di reparto al Responsabile della Farmacia Ospedaliera.

CARTA E CARTONE DA IMBALLAGGIO: vengono introdotti in sacchi di colore bianco da smaltire ed accantonati in specifico spazio individuato nei locali di raccolta dello sporco. E' opportuno procedere allo schiacciamento al fine di ridurre il volume al momento dell'immissione nel sacco.

8.5 Modalità di conferimento dei farmaci scaduti (CER 18 01 09 – 18 02 08)

Contenitori usati:



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

sacchi verdi con la scritta farmaci scaduti senza contenitore rigido esterno

Tipologia rifiuti:

rientrano in questa categoria tutti i farmaci scaduti presenti nei reparti di degenza o presso il magazzino farmacia e considerati non pericolosi.

Modalità operative:

i sacchi verdi vengono ritirati su chiamata dagli addetti della ditta che esegue la raccolta specifica.

8.6 Modalità di conferimento del vetro (CER 20 01 02)

Contenitori usati:

i contenitori devono essere messi a disposizione dalla ditta autorizzata che si occupa della raccolta specifica

Tipologia rifiuti:

rientrano in questa categoria i contenitori in vetro di farmaci e soluzioni da infusione non contaminate da farmaci antiblastici

Modalità operative:

il personale del reparto deve verificare che non vi siano collegati aghi o set da infusione ed eventualmente svuotare eventuali residui di soluzione. I contenitori vengono poi ritirati giornalmente dalla ditta che si occupa della raccolta all' interno del Presidio. La ditta autorizzata al ritiro provvede alla svuotamento dei contenitori temporanei con cadenza almeno settimanale o anche su chiamata dalla Direzione Sanitaria.

8.7 Modalità di conferimento della carta e cartone (CER 20 01 01)

Contenitori usati:

bidoncini carrellati a disposizione dei reparti e uffici;

Tipologia rifiuti:

rientra in questa categoria tutto il materiale cartaceo non contaminato da sostanze organiche, compreso quello proveniente da uffici e direzioni

Modalità operative:

I cartoni vengono allontanati da reparti, uffici e direzioni, dalla ditta di movimentazione interna e introdotti nei bidoncini a disposizione. I bidoncini per la raccolta della carta vengono svuotati con periodicità settimanale dalla ditta esterna. In caso di svuotamenti di archivi o altro che comporti una produzione eccezionale di carta, i reparti interessati devono prendere contatto con la Direzione Sanitaria del PO che concorderà con la ditta il ritiro.

8.8 Modalità di conferimento delle apparecchiature fuori uso, metalli, ingombranti, legno, calcinacci, cartongesso

Contenitori usati:

in considerazione dell'abitudine assolutamente deleteria di abbandonare tale tipologia di rifiuti nei piani interrati o nei locali tecnici del PPOO, viene consigliato vivamente ai Direttori Sanitari di dotarsi di container situati presso un' apposita isola ecologica per ciascun PO

Tipologia rifiuti:

rientra in questa categoria tutto il materiale proveniente da lavori di ristrutturazione e alienazione di apparecchiature fuori uso

Modalità operative:



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
Via Nizza, 146 Salerno	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

il materiale viene allontanato dalle squadre interne o esterne dirette dal personale dell'ufficio tecnico: quando i containers sono pieni viene contattata la ditta appaltatrice per il loro svuotamento.

Modalità operative per il fuori uso di apparecchiature elettromedicali:

il materiale viene allontanato dalle squadre esterne a disposizione della ditta che si occupa della ingegneria clinica: per apparecchiature semplici possono essere utilizzati i containers, negli altri casi sarà la ditta esterna a provvedere al corretto smaltimento, come previsto dai contratti.

8.9 Modalità di conferimento di altri rifiuti non pericolosi

Per tali rifiuti verranno presi di volta in volta accordi con la Direzione Sanitaria del PO, che eventualmente metterà a disposizione personale interno od esterno. Tutti i rifiuti vengono infine conferiti alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento.

9 PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO

9.1 Natura dei rifiuti

I rifiuti speciali pericolosi di origine sanitaria, sono attualmente classificati come "rifiuti di maternità, diagnosi e prevenzione delle malattie negli uomini", devono essere allontanati al massimo ogni 5 giorni e devono essere eliminati per mezzo della termodistruzione presso impianti espressamente autorizzati.

Sono considerati **RSP a rischio infettivo** i rifiuti sotto elencati:

- **Rifiuti contaminati da:**
 - Sangue o 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 cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o amniotico;
- **Altri rifiuti:**
 - Assorbenti igienici, pannolini pediatrici, pannoloni, nel caso in cui sia ravvisato clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
 - Bastoncini cotonati per colposcopia e pap test e cuvette monouso per prelievo biotico endometriale;
 - Bastoncini oculari non sterili e bastoncini oftalmici;
 - Cannule e drenaggi;
 - Cateteri (vescicale, venosi, arteriosi, per drenaggi pleurici) raccordi, sonde, circuiti per circolazione extracorporea;
 - Deflussori;
 - Fleboclisi contaminate;
 - Filtri di dialisi, filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico);
 - Guanti monouso;
 - Materiale monouso: pipette, provette, indumenti protettivi, mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, soprascarpe, camici;
 - Materiale per medicazioni: garze, tamponi, bende, cerotti, unghette, maglie tubolari;
 - Sacche (per trasfusioni, urina, stomia, nutrizione parenterale);

ASL SALERNO Azienda Sanitaria Locale Salerno	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

- Set di infusione;
- Sonde rettali e gastriche;
- Sondini (nasogastrici, per broncoaspirazione, per ossigenoterapia);
- Spazzole, cateteri per prelievo citologico;
- Speculum auricolare e vaginale monouso;
- Suture automatiche monouso;
- Gessi e bendaggi che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;
- Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili;
- Contenitori vuoti di vaccino ad antigene vivo;
- Rifiuti di ristorazione e spazzatura che provengono da pazienti affetti da malattia infettiva per i quali sia ravvisata clinicamente dal medico che li ha in cura una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
- Organi e parti anatomiche non riconoscibili;
- Piastre, terreni di colture ed altri presidi utilizzati in microbiologia e contaminati da agenti patogeni;
- Rifiuti taglienti utilizzati, aghi siringhe, lame, vetri, lancette punge dito, venale, testine di rasoio e bisturi monouso

9.2 Metodo e materiali di smaltimento

Contenitori rigidi di diverse misure per rifiuti taglienti e pungenti; contenitori in polialveolare rigidi di colore giallo da 60 litri. All'interno del contenitore, un sacco di plastica di colore giallo, dotato di fascetta per la chiusura di sicurezza, **si ricorda a tutti gli operatori che i contenitori pieni non devono superare i 10 Kg.**

Le sacche monouso, piene di urina o urina ematica **non infetta**, possono essere vuotate negli scarichi preposti (i cosiddetti "vuotatoi"). Nel corso delle operazioni di svuotamento delle sacche, gli operatori dovranno utilizzare i dispositivi di protezione individuale. Le sacche vuote che hanno contenuto urina non infetta devono essere smaltite negli appositi contenitori per rifiuti sanitari ospedalieri.

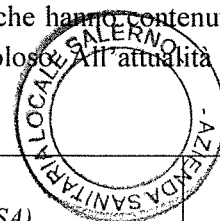
Le sacche monouso, piene di urina ematica il cui contenuto **sia infetto** (come certificato dal medico di reparto) devono invece essere smaltite integralmente come rifiuti pericolosi a rischio infettivo nei contenitori preposti. Al fine di evitare percolamento di liquidi è fatto obbligo annodare il tubo di collegamento del sacco dell'urina infetta per evitare fuoriuscita di materiale biologico pericoloso.

N.B. non vanno assolutamente inseriti nei contenitori per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

- Parti anatomiche riconoscibili
- Rifiuti sanitari liquidi
- Rifiuti sanitari assimilati agli urbani (ad es. residui di pulizia, giornali, ecc.)
- Rifiuti sanitari oggetto di raccolta differenziata (ad es. carta, plastica, ecc.)
- Aghi e taglienti fuori dagli appositi contenitori rigidi.

9.3 Miglioramento dello smaltimento per sacche di urina non infetta

Le sacche monouso di urina non contaminata e che non provengono da pazienti affetti da malattie infettive, possono essere svuotate in fognatura urbana, mentre le sacche che hanno contenuto urina non infetta possono essere considerate rifiuto sanitario ospedaliero non pericoloso. All'attualità le attività di



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

svuotamento delle sacche monouso da urina non contaminata o infetta sono condotte essenzialmente per necessità di natura economica. Sia l'urina (parte liquida) che il contenitore di urina non infetta (parte solida) possono essere considerati rifiuti assimilabili agli urbani e pertanto possono consentire un grande risparmio sui costi di smaltimento, contro il valore che assume la sacca piena quando è smaltita come rifiuto pericoloso a rischio infettivo. Ma tale attività si presta giustamente a due diversi aspetti critici:

1. l'attività di svuotamento è particolarmente non igienica e prevede una esposizione al rischio biologico da parte dell'operatore;
2. l'attività di svuotamento viene considerata tra gli operatori sanitari una mera operazione manuale di basso livello e quindi generalmente rifiutata dal personale infermieristico in servizio presso i reparti perché attività non attinente con l'assistenza sanitaria (cosa confermata nel punto di diritto dalla Suprema Corte di Cassazione con sent. n. 1078 del 21 maggio 1984).

Per la riduzione del rischio biologico cui sono esposti i lavoratori durante le operazioni manuali di svuotamento delle sacche di urina, si consiglia l'utilizzazione di attrezzature tecnologiche, già presenti sul mercato, che prevedono lo svuotamento automatico delle urine e la separazione di queste dalla sacca, che successivamente può essere veicolata verso i sistemi di raccolta dei rifiuti sanitari non pericolosi da un operatore provvisto di minimi dispositivi di protezione individuale. Le attrezzature di cui si parla a loro volta prevedono un semplice collegamento agli scarichi fognari per lo smaltimento corretto della parte liquida. Il ricorso ad attrezzature automatiche garantirebbe anche un notevole risparmio economico in termini di costo di smaltimento dei rifiuti sanitari non pericolosi (generalmente valutato al chilogrammo), poiché andrebbero smaltite solo le sacche vuote, prive della parte liquida più pesante.

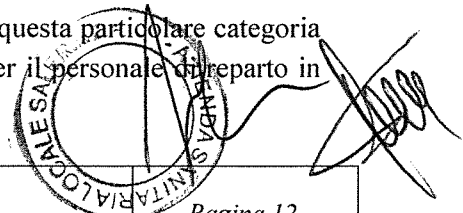
9.4 Confezionamento

I **rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo** devono essere inseriti in apposito sacco impermeabile a perdere, di colore giallo, contenuto dentro un contenitore apposito resistente e dotato di un sistema di chiusura in grado di evitare sbandamenti accidentali del contenuto. Tali contenitori, sia internamente che esternamente, sono facilmente distinguibili dai contenitori usati per gli altri tipi di rifiuto e devono recare con evidenza la scritta "rifiuti sanitari ospedalieri" con l'indicazione dell'unità operativa di provenienza e la data di chiusura. Il sacco impermeabile va chiuso con apposito laccio, dal personale di reparto, prima della chiusura del contenitore rigido. Durante tale manovra occorre fare uso di presidi protettivi (guanti, ecc.), come previsto dal D.Lgs. 81/08. I contenitori chiusi non devono essere più riaperti. Nel caso in cui il sacco o il contenitore si rompa o si fori occorre provvedere, per evitare spargimenti di materiale all'utilizzo di un secondo sacco o di un altro contenitore esterno rigido in cui porre il primo.

In caso di smaltimento di materiali pesanti occorre utilizzare due sacchi di plastica. In ogni caso il peso dei contenitori non deve mai superare i 10 kg. Nel caso in cui il contenitore non sia ben riempito, ma vi sia la necessità di chiuderlo (cattivo odore, materiale particolarmente contaminato, ecc), si può chiudere il sacco giallo all'interno del contenitore e inserirne uno nuovo e riempire il contenitore fino dove previsto.

9.5 Miglioramento del confezionamento mediante imbustamento

Molti materiali di rifiuto derivanti dalle normali operazioni condotte per la cura del paziente (pannoloni, traverse, pannolini, ma anche elettrodi, cateteri, altro materiale vario di medicazione e simili) in una fase precedente al confezionamento nel sacco per rifiuti ospedalieri, può essere introdotto in apposite apparecchiature automatiche che ne realizzano l'"imbustamento" all'interno di un sottile film di materiale plastico sigillante. Il sistema di pre-confezionamento con "imbustamento" di questa particolare categoria di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, garantisce notevoli vantaggi per il personale di reparto in



ASL SALERNO Azienda Sanitaria Locale Salerno	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

termini di sicurezza e salute delle attività di lavoro, in maniera diretta, ricucendo il rischio di infezione ed in maniera indiretta, aumentando il livello comfort lavorativo per personale. Si possono realizzare in questo modo:

- **la eliminazione completa dei cattivi odori** provenienti dai rifiuti, poiché la sigillatura impedisce il diffondersi nell'ambiente di qualsiasi tipo di odore;
- **la riduzione del volume dei rifiuti**, mediante l'avvolgimento completo nel film plastico, al massimo possibile;
- **una notevole riduzione del rischio infettivo** provocato dai rifiuti: il materiale da smaltire, completamente sigillato dal film protettivo e può essere agevolmente manipolato, aggiungendo protezione collettiva (DPC) ai dispositivi di protezione individuali (DPI) già utilizzati dal personale;
- **un conseguente sensibile aumento del "comfort" degli operatori**, non più disturbati da intensi odori che rendono greve ed oppressivo l'ambiente e non più minacciati da contatto con sostanze infettive e potenzialmente pericolose.

9.6 Movimentazione interna fino al deposito temporaneo

I contenitori correttamente chiusi e identificati vengono movimentati, sempre in posizione verticale, fino al deposito temporaneo, dal personale adibito all'incarico. Gli incaricati alla raccolta rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo sono tenuti a non ritirare i contenitori che non riportano i dati di identificazione richiesti (data ed unità operativa) e/o non correttamente confezionati o macchiati, ed a segnalare l'eventuale mancanza ai Coordinatori Infermieristici di Reparto o in casi gravi al Responsabile dei Coordinatori Infermieristici.

9.7 Aghi e taglienti utilizzati (CER 18 01 03 – 18 02 02)

Il Decreto Ministeriale 28/09/1990 stabilisce che "l'eliminazione degli aghi e degli altri oggetti taglienti, utilizzati nei confronti di qualsiasi paziente, deve avvenire con cautele idonee ad evitare punture accidentali. In particolare gli aghi, le lame di bisturi, e gli altri materiali acuminati o taglienti monouso non debbono essere rimossi dalle siringhe o da altri supporti né in alcun modo manipolati e reincappucciati, ma riposti per l'eliminazione, in appositi contenitori resistenti alla puntura". Non devono essere riempiti oltre i 3/4 della loro capacità. Tali contenitori devono essere chiusi ermeticamente, prima di essere inseriti nel contenitore per rifiuti pericolosi sanitari a rischio infettivo e devono recare con evidenza la scritta "rifiuti sanitari pericolosi". A sua volta anche il D.Lgs. 81/08 rimarca all'Articolo 286 – sexies: misure di prevenzione specifiche del Titolo X bis (Protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario) il divieto di reincappucciamento e l'obbligo di adozione di dispositivi medici dotati di meccanismi di protezione e di sicurezza.

Il contenitore chiuso, confezionato ed identificato in maniera visibile (reparti e data di chiusura) va collocato, a cura del personale della ditta per la sanificazione ambientale e/o del personale di reparto, nello spazio riservato allo sporco presso l'unità operativa (deposito locale di reparto o unità operativa).

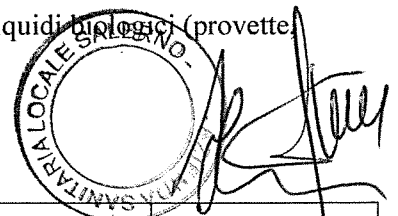
Contenitori usati:

sacchi verdi; contenitori rigidi esterni; contenitori rigidi in polietilene portaaghi.

Tipologia rifiuti:

rientrano in questa categoria tutto il materiale contaminato da sangue o altri liquidi biologici (provette, siringhe, ecc.) le piastre dei terreni di coltura, ecc.

Modalità operative:



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

I rifiuti da inserire nei sacchi verdi devono essere il più possibile selezionati, onde ridurne il volume complessivo: è vietato introdurre materiale vario (carta, imballaggi di materiale sanitario, indumenti monouso) nei contenitori di rifiuti sanitari, se non contaminato con sangue e liquidi biologici. Gli aghi vanno inseriti nel portaaghi senza reincappucciarli. I contenitori portaaghi vanno inseriti chiusi all'interno dei sacchi, nei contenitori più grandi. All'interno dei sacchi non va aggiunto alcun tipo di disinfettante, né devono essere effettuate procedure di sterilizzazione.

I contenitori grandi, devono essere chiusi dopo aver legato il sacco interno con le apposite fascette; va poi apposto il nome del reparto e la data. Sia i contenitori che i sacchi interni sono già etichettati a norma di legge. I contenitori chiusi sono posizionati nei punti di raccolta dello sporco presenti in ogni reparto, individuati a cura del Coordinatore Infermieristico. Tali contenitori sono allontanati dalla ditta di movimentazione interna al PO con periodicità diversa a seconda del tipo di reparto e/o servizio utilizzando eventualmente carrelli o gabbie fino al deposito unico di Ospedale, da individuare a cura del Responsabile dei Servizi Infermieristici del PO. La ditta autorizzata allo smaltimento provvede al ritiro in base alle scadenze previste dal contratto d'appalto.

9.8 Modalità di conferimento dei rifiuti pericolosi liquidi a rischio chimico (CER 07 07 01 – 07 07 04 – 07 07 07)

Contenitori usati:

Taniche in polietilene da 10, 20 o 30 litri; Bottiglie di vetro solo per sostanze incompatibili con la plastica.

Tipologia rifiuti:

rientrano in questa categoria tutti i reagenti, solventi, miscele di composti contenenti le sostanze di seguito elencate:

- xilolo, metanolo, alcool etilico, soluzioni di sodio azide, soluzioni alcooliche varie, fenolo, bromuro di etidio in soluzione, reagenti vari, glicerolo, formalina, toluolo, cloroformio, alcool isoamilico (elenco non esaustivo).
- eventuali altre sostanze di cui si conosce il potere tossico o mutageno/cancerogeno.

Modalità operative:

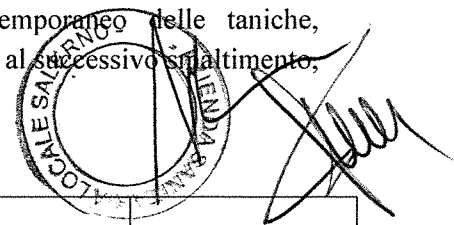
I rifiuti liquidi vanno raccolti in taniche. Eventuali miscele a rischio di incompatibilità tra sostanze vanno segnalate alla Direzione Sanitaria per le valutazioni del caso.

Le soluzioni acquose in cui il componente principale è l'acqua vanno smaltite con la denominazione di: **soluzioni acquose di lavaggio e acque madri - codice CER 07 07 01.**

Le soluzioni più concentrate o le miscele di composti non acquosi vanno smaltite con la denominazione di: **solventi organici - codice CER 07 07 04.**

Le soluzioni di bromuro di etidio vanno smaltite con la denominazione di: **residui di reazione alogenati - codice CER 07 07 07.**

Le taniche devono essere a tenuta: si raccomanda di controllare quelle riciclate dall'attività di laboratorio. In caso contrario possono essere fornite dalla ditta che provvede allo smaltimento. Le taniche, una volta riempite, vanno etichettate con gli appositi cartelli autoadesivi, inserendo il nome e il codice CER del rifiuto e il nome del laboratorio. Le taniche piene vengono ritirate dal personale della ditta addetta alla movimentazione interna al PO su richiesta o con periodicità concordata col singolo laboratorio. La ditta esterna autorizzata allo smaltimento provvede al ritiro dal deposito temporaneo delle taniche, provvedendo al rifornimento dei resi e delle etichette autoadesive, per avviarle al successivo smaltimento.



ASL SALERNO Azienda Sanitaria Locale Salerno	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

con periodicità concordata con capitolato d'appalto. Si ricorda, infine, che feci, urine e sangue (non infetto o contaminato) possono essere fatti confluire nelle acque reflue che scaricano nella rete fognaria.

9.9 Modalità di conferimento di tutti gli altri rifiuti pericolosi

Per tali rifiuti, di produzione eccezionale, verranno presi di volta in volta accordi con la Direzione Sanitaria di PO. Nel caso di rifiuti ingombranti (come i filtri delle cappe) personale messo a disposizione della ditta di movimentazione interna al PO provvederà ad allontanarli dal reparto/laboratorio e trasportarli fino al deposito temporaneo individuato a cura del Responsabile dei Servizi Infermieristici del PO. Nel caso di reattivi scaduti, generalmente contenuti in bottiglie, flaconi o scatole di plastica o vetro, il Personale avrà in consegna dei bidoni a tenuta stagna, in numero sufficiente alla quantità del materiale. Al bidone deve essere allegato un elenco di tutte le sostanze smaltite, con le relative quantità. Per altre tipologie non definite, il personale individuato dalla Direzione Sanitaria preleverà i rifiuti da smaltire e li trasporterà al deposito temporaneo. Tutti i rifiuti di questa tipologia vengono infine conferiti alla ditta esterna autorizzata allo smaltimento finale.

10 PROCEDURE PER RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

I **rifiuti sanitari liquidi di laboratorio di analisi e istologia** rientrano nella categoria "rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo" con codice CER 18 01 06. Le taniche contenenti i reflui di laboratorio sono riempite in modo diretto nella tanica dall'apparecchiatura in uso.

Confezione e trasporto:

Non riempire eccessivamente la tanica. Chiudere la tanica in modo ermetico. Apporre sulla tanica la data di chiusura, il nome del reparto o servizio ed il codice CER. Trasportare la tanica nei locali individuati per il deposito temporaneo di PO, da qui saranno prelevate dalla ditta addetta allo smaltimento dei rifiuti.

Importante

- **E' vietato allontanare dal reparto, ambulatorio diagnostica i contenitori se non perfettamente chiusi ed etichettati.**
- **E' vietato lasciare i contenitori pieni in luoghi diversi da quello individuato.**

11 MODALITA' DI CONFERIMENTO DI RIFIUTI PARTICOLARI

11.1 Modalità di conferimento delle parti anatomiche riconoscibili

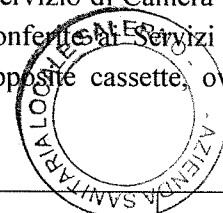
Tale tipologia di rifiuto è disciplinata dal regolamento di polizia mortuaria D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285 e relativi regolamenti comunali.

Contenitore:

Sacchetti di plastica rinforzata o contenitori rigidi di piccole dimensioni.

Modalità di conferimento:

Introdurre le parti anatomiche nei doppi sacchetti di plastica rinforzata in polietilene o nei contenitori appositi rigidi e sigillarli. Identificare con targhetta adesiva nome, cognome del paziente, reparto di provenienza, data di intervento, parte anatomica da inumare ed inviarla al servizio di Camera Mortuaria. Dal servizio di Camera Mortuaria le parti anatomiche possono essere conferite ai Servizi di Pompe Funebri o al Servizio di Stato Civile Comunale per la fornitura delle apposite cassette, ove le parti



ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

anatomiche vanno inserite. I feti di età gestazionale superiore alle 20 settimane sono avviati all'inumazione accompagnati dalla dichiarazione del medico di avvenuto aborto. I feti di età gestazionale inferiore alle 20 settimane vengono avviati all'inumazione solo su richiesta dei genitori accompagnati da un modulo disponibile in reparto e secondo la procedura di cui sopra.

11.2 Sostanze stupefacenti e psicotrope

Scadute

Non possono essere considerati rifiuti i farmaci soggetti alle prime quattro tabelle della legge 22/12/1975 n. 685 perché le sostanze psicotrope non possono essere abbandonate ma, anzi, per legge devono essere detenute obbligatoriamente in farmacia finché non sono ritirate e/o distrutte dall'Autorità Sanitaria Locale con le specifiche procedure di verbalizzazione e registrazione che la stessa normativa prevede. Le sostanze stupefacenti e le altre sostanze psicotrope devono essere avviate allo smaltimento in impianti di incenerimento autorizzati, secondo le norme e le procedure previste dal DPR 309/90.

Parzialmente utilizzate

In caso di somministrazione parziale di una forma farmaceutica il cui residuo non può essere successivamente utilizzato (come una fiala iniettabile), si procederà alla scarico della intera unità di dosaggio: la rimanenza sarà dispersa nei contenitori dei rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo destinati all'incenerimento.

11.3 Rifiuti radioattivi

Lo smaltimento di eventuali rifiuti radioattivi viene effettuato dal personale del Servizio di Fisica Sanitaria secondo le seguenti procedure:

- variando nel tempo il quantitativo dei rifiuti prodotti nei singoli laboratori, in particolare ove le sostanze radioattive sono eventualmente impiegate a scopo di ricerca scientifica, il ritiro è subordinato alla richiesta, telefonica, del laboratorio; il tempo che intercorre tra la chiamata e l'intervento generalmente non deve essere superiore alle 72 ore;
- i rifiuti sono ritirati previo confezionamento, da parte del personale del laboratorio, secondo le seguenti modalità:
 - separando i rifiuti liquidi dai solidi
 - tenendo conto del tipo di emissione, beta o gamma
 - in funzione del periodo di dimezzamento fisico e dell'energia delle particelle emesse.
- i rifiuti sono stoccati all'interno del deposito autorizzato mediante l'attività e la sorveglianza del Servizio di Fisica Sanitaria e lasciati decadere fino a valori di attività inferiori, in ogni singolo contenitore a 3,7 KBq;
- raggiunti tali valori di attività i rifiuti sono smaltiti secondo le modalità vigenti per i rifiuti ospedalieri (pericolosi e non);
- le attività detenute nei vari contenitori sono dichiarate dal laboratorio unitamente a tutti gli altri dati di interesse per lo stoccaggio;
- i contenitori stoccati sono periodicamente controllati al fine di evitare che la loro rottura possa contaminare zone più o meno vaste del deposito;
- ogni laboratorio, compreso la U.O. di Medicina Nucleare ove i rifiuti sono ritirati con maggiore regolarità per lo svolgimento di una attività costante, deve essere in possesso delle procedure che devono essere eseguite per il corretto confezionamento dei contenitori dei rifiuti.

ASL SALERNO <small>Azienda Sanitaria Locale Salerno</small>	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	Revisione n. 1
Via Nizza, 146 Salerno	Procedura	Maggio 2016

12 LOCALI DI DEPOSITO TEMPORANEO

Il deposito temporaneo per i **rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo** e per i **rifiuti pericolosi a rischio chimico** è individuato a cura del Responsabile dei Servizi Infermieristici, su espresso parere del Direttore Sanitario del PO. Dove esistente può essere situato presso l'ex forno inceneritore diventato obsoleto negli anni. Qui i rifiuti vengono stoccati fino al conferimento alla ditta esterna di smaltimento secondo i tempi stabiliti dal capitolato speciale d'appalto stipulato con la ditta e comunque nel rispetto dei tempi previsti dalle leggi vigenti (max 5 giorni per i rifiuti potenzialmente infetti; max 2 mesi per gli altri rifiuti pericolosi).

Il locale di deposito temporaneo deve essere:

- chiuso in modo da impedire l'accesso a personale non autorizzato;
- ben ventilato;
- dotato di illuminazione artificiale e di emergenza;
- dotato di vasche di contenimento di eventuali fuoriuscite di liquidi, di volume pari almeno al volume del contenitore di maggiore capacità;
- dotato di un kit di emergenza (comprendente materiale per l'assorbimento di liquidi dispersi, DPI – guanti, mascherine, etc.);
- dotato di attrezzature idonee allo spegnimento di incendi (mezzi estinguenti, coperte antifiamma);
- dotato di idonea cartellonistica con indicazione dell'uscita di emergenza, cartelli indicanti il tipo di rifiuto stoccato, le indicazioni di pericolo, segnalazione relativa alla presenza di lavaocchi e di doccia di emergenza.

Per i reflui di fissaggio e sviluppo dei reparti di diagnostica per immagini, se eventualmente esistenti, possono previste delle cisterne esterne di circa 1000 litri, nelle quali i rifiuti vengono condotti automaticamente dalle macchine sviluppatrici, e dotate di vasca di contenimento e cartelli di segnalazione di pericolo.

13 TENUTA DEL REGISTRO DI CARICO E SCARICO E FORMULARI

Il **registro di carico e scarico dei rifiuti pericolosi** deve essere completato con i dati relativi alla ditta, alla residenza e al codice fiscale prima della vidimazione. Deve essere tenuto da un operatore della Direzione Sanitaria individuato e delegato dal Direttore Sanitario e disponibile per organismi di controllo. Eventuale iter per l'acquisizione e l'utilizzo del registro di carico e scarico:

- Acquisizione del registro: richiesta di acquisto all'Economato
- Apertura del registro: compilazione intestazione con i dati del Produttore
- Numerazioni registrazioni: deve essere progressiva; in ogni spazio di registrazione deve essere evidente la cronologia delle registrazioni
- Registrazione carico e scarico (entro 5 giorni dal conferimento dei rifiuti pericolosi, meglio se subito).

E' VIETATO coprire la scrittura. In caso di errore barrare lo scritto da eliminare, in modo che sia visibile l'errore. Non vanno mai usati sistemi coprenti.

La compilazione dei **formulari di identificazione dei rifiuti** deve avvenire secondo le norme vigenti. In particolare i formulari, redatti in quattro copie, devono contenere le seguenti informazioni:

- identificazione del produttore del rifiuto (Azienda, con l'indicazione del presidio, sede legale e codice fiscale)



ASL SALERNO Azienda Sanitaria Locale Salerno	PROCEDURE DI SICUREZZA IN OSPEDALE Gestione dei Rifiuti	<i>Revisione n. 1</i>
<i>Via Nizza, 146</i> <i>Salerno</i>	<i>Procedura</i>	<i>Maggio 2016</i>

- identificazione del destinatario del rifiuto (nome impianto di smaltimento, sede legale e codice fiscale, numero di autorizzazione albo smaltitori e data della autorizzazione)
- descrizione del rifiuto, codice CER, stato fisico, caratteristiche di pericolo, numero colli contenitori conferiti;
- destinazione del rifiuto (smaltimento o recupero);
- quantità trasportata (se il mezzo non è dotato di mezzo di pesa automatica, deve essere stimato il volume in litri, con l'indicazione di peso da verificarsi a destino;
- l'indicazione relativa al peso verrà recuperata dalla quarta copia di ritorno dall'impianto di smaltimento;
- indicazione del percorso del rifiuto, se diverso dal più breve;
- indicazione se il rifiuto è sottoposto a normativa ADR (pericoloso o non pericoloso)
- le firme leggibili del produttore e del trasportatore, con le generalità del conducente del mezzo: si fa presente che i soggetti delegati alla firma per il produttore devono essere muniti di delega ufficiale dal Direttore Sanitario;
- la targa dell'automezzo e dell'eventuale rimorchio utilizzato;
- la data e l'ora dell'inizio del trasporto.

Il personale interno delegato dalla Direzione Sanitaria del PO ha inoltre il compito di controllare che la copia di ritorno dall'impianto di smaltimento (quarta copia del formulario) pervenga entro tre mesi dallo scarico. In caso contrario, deve essere data comunicazione alla Provincia competente di mancato ritorno del formulario di trasporto.

----- FINE PROCEDURA -----



The image shows a circular official stamp from ASL Salerno, partially obscured by two handwritten signatures in black ink. The stamp contains the text 'ASL SALERNO' and 'AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO'.