

originale

copia controllata informatica

copia controllata cartacea _____ N. _____

copia non controllata _____ distribuzione interna a cura del RQ

bozza

La presente procedura è stata predisposta per fornire uno strumento di consultazione a tutto il personale dell'Azienda, al fine di garantire e uniformare le attività di gestione dei rifiuti sanitari prodotti presso i PP.OO. dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico- S. Marco", escludendo quelli assimilabili agli urbani per i quali è stato redatto un documento specifico e i rifiuti radioattivi, per i quali verrà predisposto un documento ad hoc.

Redazione

Adorno Paolo, Direttore Medico di Presidio G. Rodolico
Castiglione Dora, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. San Marco
D'Agati Maria Grazia, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. San Marco
Danzi Maurizio, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. San Marco
Mangano Giuseppe, Dirigente Medico Direzione Medica, P.O. San Marco
Russo Carmelo, Dirigente/Responsabile Servizio Infermieristico P.O. San Marco
Salamanca Giuseppe, Dirigente/Responsabile Servizio Infermieristico P.O. G. Rodolico
Parisi Giorgio, Coordinatore Infermieristico Direzione Medica, P.O. San Marco
Galeano Salvatore, Coordinatore Infermieristico Direzione Medica, P.O. San Marco
Di Stefano Rosaria, CPS Infermiere Direzione Medica P.O. G. Rodolico
Vacante Giancarlo, CPS Infermiere Servizio Infermieristico, P.O. San Marco

Verifica

Parrinello Vincenzo, Responsabile U.O. per la qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Mattaliano Anna Rita, Direttore Dipartimento Igienico Organizzativo

Ratifica

Lazzara Antonio, Direttore Sanitario Aziendale

La presente procedura è la riedizione della versione del 14 marzo 2005, aggiornata per adeguarla alla normativa vigente



INTRODUZIONE

L'OMS afferma che i rifiuti provenienti dalle attività sanitarie per il 75-90% sono assimilabili a quelli domestici ma per il 10-25% possono essere pericolosi per i soggetti potenzialmente esposti, se presenti agenti biologici e/o chimici.

Lo smaltimento dei suddetti rifiuti rappresenta un complesso problema della nostra società, sia per l'impatto ambientale sia per le implicazioni di ordine economico.

Va del resto ricordato che l'ospedale è una grande collettività che comprende migliaia di persone ed un luogo in cui si svolgono innumerevoli attività.

La gestione dei rifiuti sanitari, intesa come raccolta, trasporto, smaltimento e controllo delle operazioni deve svolgersi in modo sicuro.

Appare pertanto indispensabile fornire agli operatori le informazioni utili al fine di smaltire correttamente ogni tipologia di rifiuto prodotto in ambito sanitario e limitare al massimo i rischi, a tutela della sicurezza e della salute degli operatori e degli utenti, in conformità con le norme vigenti.



INDICE

1	SCOPO	7
2	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
3	RIFERIMENTI	7
4	TERMINI E DEFINIZIONI.....	7
4.1	Classificazione e Tipologia Rifiuti.....	9
5	DIAGRAMMA DI FLUSSO	11
6	RESPONSABILITÀ	12
7	ANALISI DEL RISCHIO	13
8	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	14
8.1	Produzione e conferimento dei rifiuti speciali	14
8.1.1	Gestione rifiuti taglienti e/o pungenti.....	15
8.1.2	Gestione dei Farmaci Scaduti.....	15
8.1.3	Gestione delle sostanze stupefacenti.....	17
8.1.4	Gestione farmaci citotossici e citostatici.....	17
8.1.5	Gestione organi e parti anatomiche non riconoscibili.....	17
8.2	Chiusura ed etichettatura	17
8.3	Movimentazione nei punti di raccolta	17
8.4	Movimentazione nei depositi temporanei trasporto e smaltimento	17
8.5	Gestione della documentazione.....	18
8.5.1	Corretta compilazione e tenuta dei registri di carico e scarico	18
8.5.2	Corretta compilazione e tenuta dei formulari di identificazione e accompagnamento	18
8.5.3	MUD	19
8.6	Supervisione	19
9	INDICATORI	19
10	GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ.....	19
11	ARCHIVIAZIONE.....	19
12	DOCUMENTI ALLEGATI	19



1

SCOPO

Scopo della presente procedura è uniformare e standardizzare le attività di conferimento, chiusura, etichettatura, movimentazione e stoccaggio, fino all'allontanamento dei rifiuti dai PP.OO., e di descrivere le modalità operative, i compiti e le responsabilità per una corretta gestione dei rifiuti sanitari prodotti all'interno dell'Azienda.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica ai rifiuti ospedalieri prodotti nei PP.OO. dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "G. Rodolico- S. Marco", ed è rivolta a tutti gli operatori responsabili e coinvolti nel ciclo di produzione e gestione dei suddetti rifiuti.

E' stata esclusa la trattazione dei rifiuti assimilati agli urbani, per i quali è stata redatta apposita procedura, e dei rifiuti radioattivi, per i quali è previsto un documento ad hoc.

3

RIFERIMENTI

- **D. Lgs. n. 22 del 5 febbraio 1997** "Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CEE sugli imballaggi e rifiuti di imballaggio" Decreto Ronchi
- **D. Lgs. n. 389 del 8 novembre 1997** "Modifiche e integrazioni al D.Lgs.5 febbraio 1997 n. 22 in materia di rifiuti, rifiuti pericolosi, di imballaggi e di rifiuto di imballaggio"
- **DPR n. 254 del 15 luglio 2003** "Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art.24 della legge 31 luglio 2002 n. 179"
- **Direttiva 9 aprile 2002 del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio** (indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti)
- **D. Lgs n.152 del 3 aprile 2006** (norme in materia ambientale)
- **Decreto Legislativo 81/08** e s.m.i.
- **D. Lgs n. 205 del 3 dicembre 2010** "Disposizione di attuazione della Direttiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive"
- **D.Lgs n 116 del 26 settembre 2020** che modifica in modo sostanziale la parte IV del Testo Unico Ambientale.

4

TERMINI E DEFINIZIONI

Catalogo Europeo Rifiuti (C.E.R.)

Catalogo Europeo che classifica le diverse tipologie di rifiuti attraverso uno specifico codice a sei cifre e li suddivide in pericolosi e non pericolosi. Dal 1° gennaio 2002 è entrato in vigore un nuovo C.E.R. in sostituzione e a modifica del precedente, nel quale tutti i rifiuti sono stati accorpatis in un solo elenco contrassegnando quelli pericolosi con un asterisco (*).



Conferimento	Atto di inserire uno scarto nel contenitore per rifiuti
Deposito temporaneo	Luogo deputato allo stoccaggio dei rifiuti fino alla consegna degli stessi alla ditta incaricata per il trasporto verso i centri di smaltimento
Dispositivo di Protezione Individuale (DPI)	Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro
Formulario di identificazione Rifiuto (F.I.R.)	Documento di identificazione e di accompagnamento del rifiuto dal luogo di produzione al luogo di smaltimento; gli stessi costituiscono prova specifica della tipologia dei rifiuti prodotti e del loro smaltimento secondo i dettami normativi
Modello Unico di Dichiarazione (MUD)	Previsto dall'art 189 del DLgs. 152/2006 come modificato dal DLgs. 205/2010, è il documento che descrive il flusso quali quantitativo dei rifiuti prodotti, trattati, trasportati o smaltiti nell'anno precedente a quello nel quale viene presentata la denuncia, che deve essere comunicata all'Ufficio della Camera di Commercio.
Movimentazione	Trasferimento interno alla struttura dei rifiuti dalle sedi di conferimento fino al Deposito Temporaneo compresa ogni tappa intermedia
Punto di raccolta	Sede di raggruppamento dei rifiuti individuato in prossimità del reparto (deposito sporco) e più in generale in ogni luogo di produzione di un determinato rifiuto
Raccolta	Operazione di prelievo, di cernita e di raggruppamento dei rifiuti per il loro trasporto presso il deposito temporaneo o dal deposito temporaneo presso gli impianti di destino
Registro di carico e scarico	E' il registro di carico e scarico che deve essere tenuto nel luogo in cui avviene la produzione e il deposito temporaneo dei rifiuti pericolosi (D.M. n. 148 del 01/04/98). La registrazione del carico deve essere effettuata entro una settimana dalla data di produzione del rifiuto
Rifiuto	Qualsiasi sostanza/oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'intenzione o abbia l'obbligo di disfarsi
Rifiuti Sanitari	Si definiscono rifiuti sanitari i rifiuti prodotti da strutture pubbliche o private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricerca, classificati dal D.P.R. 15 luglio 2003 n. 254
Rifiuti Sanitari non pericolosi	I rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti di cui il decreto legislativo 5 febbraio 1997 n. 22 (DPR 254/2003 art 2, comma 1 lettera b)
Rifiuti Sanitari pericolosi non a rischio infettivo	I rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del DPR 254/2003 art 2 comma 1 lettera c.
Rifiuti Sanitari pericolosi a rischio infettivo	I rifiuti sanitari individuati dai codici CER 18.01.03* e 18.02.02* (DPR 254/2003 art 2 comma 1 lettera d)
Smaltimento rifiuti	La raccolta, la cernita, il trasporto, il trattamento dei rifiuti, nonché l'ammasso e il deposito sul suolo e/o tutte le operazioni di trasformazione necessarie per il destino finale dei rifiuti stessi
Trasporto	Trasferimento dei rifiuti dal deposito temporaneo alle sedi di smaltimento finale o di recupero

Per i termini e le definizioni utilizzati in questo processo ci si riferisce al glossario del Manuale della Qualità e alla Norma UNI EN ISO 9000:2015.



4.1

Classificazione e Tipologia Rifiuti

Ai sensi del DPR n. 254/2003 si definiscono "rifiuti sanitari" quei rifiuti che derivano da strutture pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca. Vengono distinte diverse tipologie di rifiuti sanitari:

- 1) Rifiuti sanitari non pericolosi
- 2) Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
- 3) Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
- 4) Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani
- 5) Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di smaltimento

1) Rifiuti sanitari non pericolosi. Sono i rifiuti che, prodotti in ambito sanitario, non rivestono carattere di pericolosità.

Elenco dei rifiuti sanitari non pericolosi con relativo codice C.E.R.:

- Cod. C.E.R. 180101 o 180201: Rifiuti taglienti non utilizzati.
Ogni materiale tagliente (aghi, siringhe, lame, bisturi, strumenti acuminati, ecc...), anche se non utilizzato, deve essere raccolto nel contenitore rigido e quest'ultimo va posto all'interno di un secondo contenitore riportante la scritta "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo".
- Cod. C.E.R. 180107 o 180206: Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario e veterinario o da attività di ricerca collegate, non pericolose o non contenenti sostanze pericolose
- Cod. C.E.R. 180109 o 180208: Farmaci scaduti o di scarto compresi i campioni (esclusi i medicinali citotossici e/o citostatici). Rientrano in questa categoria tutti i farmaci scaduti presenti nei reparti di degenza o presso il deposito farmacia e considerati non pericolosi.
Contenitore: utilizzare un contenitore dei rifiuti speciali e scrivere con un pennarello "Farmaci scaduti" e il relativo codice CER.

2) Rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo Rifiuti prodotti in ambito sanitario, non a rischio infettivo, che presentano almeno una delle seguenti caratteristiche di pericolo:

- H3 INFIAMMABILE: sostanza o preparato liquido il cui punto di infiammabilità è pari o superiore a 21°C e inferiore o pari a 55° C.
- H4 IRRITANTE: sostanza e preparato non corrosivo il cui contatto immediato, prolungato o ripetuto con la pelle o le mucose può provocare una reazione infiammatoria.
- H5 NOCIVO: sostanza e preparato che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, può comportare rischi per la salute, di gravità limitata.
- H6 TOSSICO: sostanza e preparato che, per inalazione, ingestione o penetrazione cutanea, può comportare rischi per la salute, acuti o cronici e anche la morte.

Elenco dei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo con relativo codice CER:

- Cod. C.E.R. 180106*: Sostanze chimiche di scarto, dal settore sanitario o da attività di ricerca collegate, pericolose o contenenti sostanze pericolose



3) **Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo:** Sono rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, o che comunque possono comportare rischio per la salute pubblica, i rifiuti che:

- provengono da ambienti di isolamento infettivo;
- sono contaminati da sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile;
- feci e/o urine nel caso in cui sia ravvisata clinicamente dal medico una patologia trasmissibile attraverso tali escreti;
- liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebro-spinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardio, liquido amniotico.
- provengono da laboratori analisi, di microbiologia, di anatomia patologica, ecc. contaminati da materiale biologico o sangue in quantità tale da renderlo visibile.

Elenco dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo con relativo codice C.E.R.

- Cod. C.E.R. 180103* o 180202*
 - ✓ Materiale visibilmente contaminato da materiale biologico come sangue, feci, urine, vomito, pus, liquido amniotico, espettorato;
 - ✓ Assorbenti igienici, pannolini pediatrici, pannoloni di pazienti infettivi;
 - ✓ Bastoncini oculari non sterili usati;
 - ✓ Bastoncini oftalmici di TNT usati;
 - ✓ Bastoncini cotonati per pap-test e colposcopia usati;
 - ✓ Cannule e drenaggi;
 - ✓ Cateteri (vescicali, venosi, arteriosi per drenaggi vari), raccordi, sonde;
 - ✓ Cuvette monouso per prelievo biotico endometriale;
 - ✓ Deflussori contaminati;
 - ✓ Flaconi di fleboclisi contaminate da materiale biologico;
 - ✓ Filtri di dialisi;
 - ✓ Filtri esausti provenienti da cappe (in assenza di rischio chimico);
 - ✓ Materiale monouso se contaminato (guanti, indumenti protettivi, mascherine, occhiali, telini, lenzuola, calzari, soprascarpe, camici);
 - ✓ Materiale di medicazione (garze, tamponi, bende, cerotti, lungchette, maglie tubolari);
 - ✓ Sacche (per trasfusione, urinostomia, nutrizione parentale);
 - ✓ Sacche di urina svuotate tramite macchina taglia sacche
 - ✓ Set per infusione;
 - ✓ Sonde rettali e gastriche;
 - ✓ Sondini (naso-gastrici per broncoaspirazione, ossigenoterapia, ecc.);
 - ✓ Spazzole, cateteri per prelievo citologico;
 - ✓ Speculum auricolare e vaginale monouso;
 - ✓ Suture automatiche monouso;
 - ✓ Contenitori vuoti di vaccini ad antigene vivo;
 - ✓ Rifiuti come pasti e/o altro provenienti da pazienti infetti e/o con patologie trasmissibili attraverso tali residui;
 - ✓ Piastre, terreni di colture ed altri presidi utilizzati in laboratorio e contaminati;
 - ✓ Liquidi di lavaggio prodotti dai laboratori;
 - ✓ Circuiti per circolazione extracorporea;



✓ Gessi ortopedici contaminati

4) **Rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani**

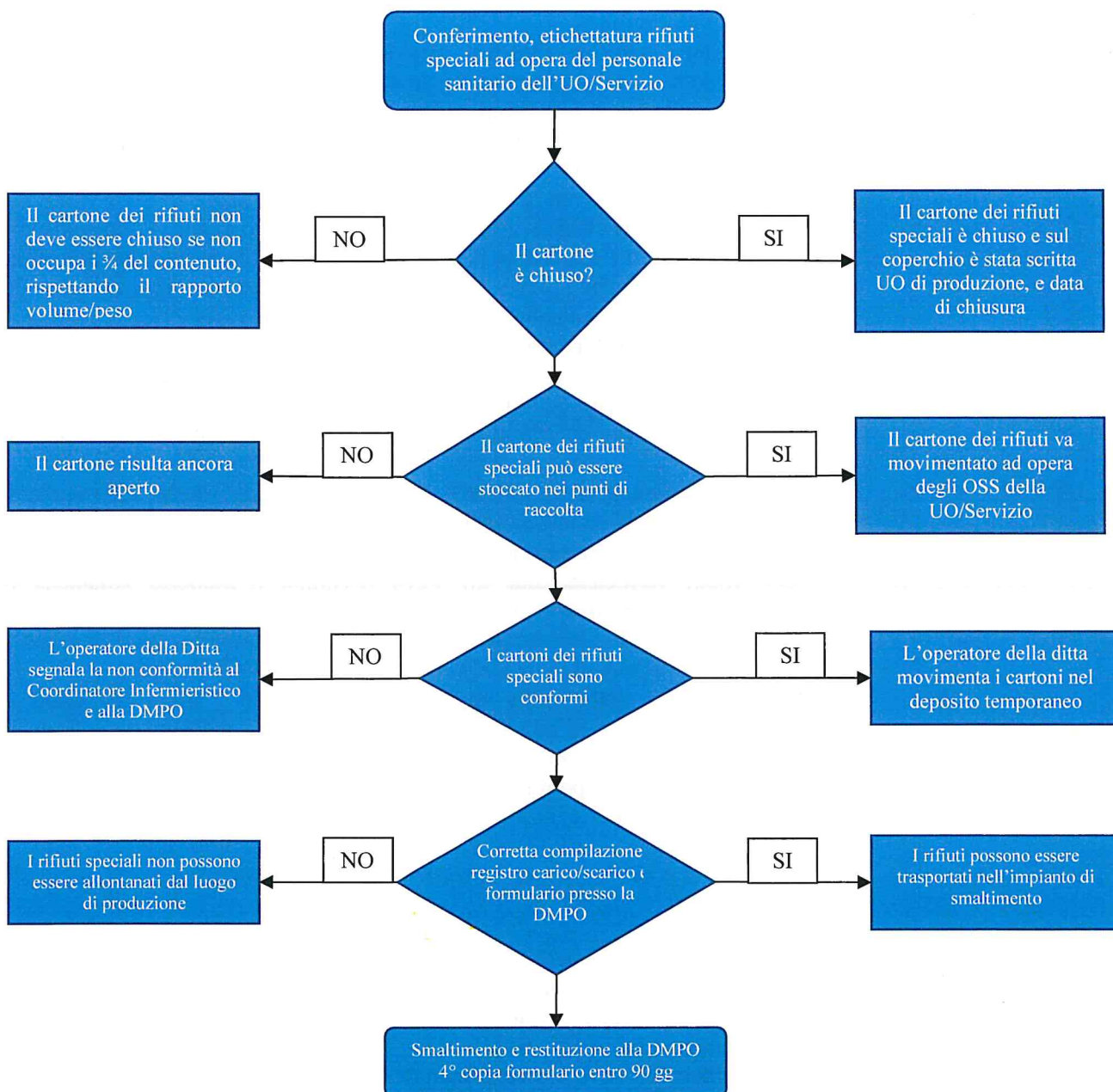
Sono stati trattati in una specifica procedura

5) **Rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di smaltimento**

- Farmaci scaduti o inutilizzabili: Codice CER 180109
- Medicinali citotossici e citostatici: Codice CER 180108*
- Organi e parti anatomiche non riconoscibili: Codice CER 180103*
- Sostanze stupefacenti e psicotrope: Codice CER 180109

5

DIAGRAMMA DI FLUSSO



RESPONSABILITÀ

- **Il Direttore Medico di Presidio** definisce le procedure per la corretta gestione dei rifiuti, verifica che i rifiuti siano smaltiti con le cadenze periodiche previste dal capitolato, coordina azioni di miglioramento in seguito a eventuali comunicazioni di non conformità, effettua controlli periodici nelle UU.OO./Servizi, sedi di produzione dei rifiuti; firma i formulari di accompagnamento; verifica periodicamente la gestione dell'area destinata a deposito temporaneo.
- **Il Direttore/Responsabile della U.O./Servizio**, si configura come produttore e detentore dei rifiuti all'interno della UO e risponde della loro gestione in tutte le singole fasi, dal conferimento alla movimentazione dei rifiuti speciali nel punto di raccolta.
- **I Dirigenti sanitari** (Medici, Biologi, Farmacisti), svolgono un ruolo essenziale nella costituzione della tipologia dei rifiuti, in quanto decidono di volta in volta, se alcuni rifiuti, relativi ad un determinato paziente, possono essere considerati infetti in considerazione del meccanismo di trasmissione della patologia in atto e quindi stabilire la loro classificazione e la loro modalità di smaltimento/recupero.
- **L'incaricato dell'Ufficio Gestione Ambientale** compila e custodisce i registri di carico e scarico; custodisce i formulari di identificazione dei rifiuti, fornisce annualmente tutte le informazioni necessarie all'incaricato del Provveditorato per la denuncia annuale dei rifiuti.
- **I Coordinatori infermieristici** concorrono in tutte le fasi della gestione dei rifiuti, e sono tenuti a osservare e fare rispettare le norme per la loro corretta gestione; controllano e assicurano che siano sempre disponibili i contenitori per lo smaltimento dei rifiuti nel proprio reparto, vigilando sul loro corretto utilizzo.
- **Tutto il personale delle UU.OO. /Servizi** è tenuto al rispetto della modalità di gestione dei rifiuti indicati nella presente procedura.
- **Gli Operatori Socio Sanitari** sono responsabili del corretto confezionamento dei rifiuti, verificando che gli stessi rispettino il rapporto volume/peso; chiudono ed etichettano i contenitori per i rifiuti speciali, indicando il reparto e la data, ed infine movimentano i suddetti contenitori nei punti di raccolta (deposito sporco) individuati in prossimità delle UU.OO./Servizi.
- **Gli operatori della Ditta appaltatrice:** prelevano i rifiuti dai punti di raccolta, forniscono ai reparti i contenitori e i sacchi, in sostituzione di quelli già utilizzati, verificano che i contenitori pieni siano integri e correttamente etichettati (UO di produzione, data). Movimentano i suddetti rifiuti nei depositi temporanei e infine li trasportano nell'impianto individuato per lo smaltimento.
Entro 90 gg dall'avvenuto smaltimento la ditta restituisce la 4° copia del formulario.

Tutti i soggetti coinvolti nel conferimento, deposito temporaneo e trasporto e smaltimento dei rifiuti prodotti dai PP.OO., ciascuno per le proprie competenze, cooperano affinché venga applicata la presente procedura e sono responsabili relativamente ai compiti assegnati.

La suddetta procedura deve essere adottata e scrupolosamente osservata da tutto il personale dipendente dei PP.OO. e dal personale della Ditta appaltatrice.



Attività	Dirigenti Medici di Presidio	Personale Ufficio Gestione Ambientale	Direttore U.O./Servizio	Coordinatore	Personale UUUO/Servizi	OSS	Ditta appaltatrice
Produzione e conferimento rifiuti speciali			R	R	R		
Chiusura ed etichettatura						R	
Movimentazione nei punti di raccolta						R	
Movimentazione nei depositi temporanei							R
Compilazione e tenuta registro carico e scarico		R					
Compilazione e tenuta formulario di accompagnamento	R	R					R
Trasporto e smaltimento							R
Denuncia annuale rifiuti (MUD)	R	R					
Supervisione intero processo di gestione	R						

7

ANALISI DEL RISCHIO

Attività	criticità	Probabilità	Gravità delle conseguenze	Rilevabilità	IPR	Azioni poste in essere
Conferimento rifiuti speciali	Mancata differenziazione	6	10	10	600	Formazione del personale, ispezioni
	Mancanza di contenitori idonei	4	10	2	80	Contestazione alla ditta appaltatrice
Chiusura ed etichettatura	Confezionamento di cartoni troppo pieni, troppo vuoti o danneggiati	6	10	10	600	Sorveglianza da parte dei coordinatori
	Mancata identificazione del produttore	6	10	5	300	Segnalazione non conformità alla DMPO da parte della ditta
Movimentazione nei depositi temporanei	Accumulo rifiuti speciali nel deposito dello sporco	4	10	10	400	Rispetto delle condizioni previste da capitolato per il ritiro dei rifiuti
Smaltimento	Mancato smaltimento	4	10	10	400	Contestazioni alla ditta appaltatrice e comunicazione al Settore competente



Legenda:

Probabilità		Gravità delle conseguenze		Rilevabilità	
1	Non è mai successo	1	Nessuna conseguenza Nessun danno al paziente	1	Tempestivamente rilevabile
2-5	È successo raramente	2-5	Conseguenze sul processo o servizio lievi Danno temporaneo al paziente	2-5	Rilevabile in fase intermedia del processo
6-9	Succede di frequente	6-9	Conseguenze sul processo o servizio moderate Danno permanente al paziente	6-9	Rilevabile in fase avanzata del processo
10	Succede sempre	10	Conseguenze sul processo o servizio gravi (danno economico, all'immagine, implicazioni medico-legali,...) Decesso del paziente	10	Rilevabile alla conclusione del processo

8

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

8.1

Produzione e conferimento dei rifiuti speciali

La produzione e il conferimento dei rifiuti speciali avviene all'interno di ciascuna U.O. e/o ambulatorio. Appositi contenitori devono essere collocati in posizione idonea, facilmente accessibili, nelle immediate vicinanze del luogo di effettiva produzione dei rifiuti.

E' necessario manipolare i suddetti rifiuti con idonei DPI, in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008.

I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo devono essere raccolti nel doppio contenitore, formato da sacco interno in polietilene e un contenitore esterno, dotato della dicitura "Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo" e del simbolo di rischio biologico.

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 in cui porre il primo.

Il peso finale del contenitore deve rispettare il rapporto volume/peso.

Nel caso in cui il contenitore non sia ben riempito, ma vi sia la necessità di chiuderlo (per cattivo odore, materiale particolarmente contaminato ecc), si può chiudere il sacco all'interno del contenitore, inserirne uno nuovo e riempire il contenitore come prima specificato.

Le sacche di urina vanno svuotate tramite macchina taglia sacche, se in dotazione.

Si precisa che **E' vietato**:

- Pressare il contenuto del sacco all'interno del contenitore;
- Riempire il sacco in modo eccessivo (massimo 3/4 del volume);
- Utilizzare i contenitori dei rifiuti speciali per usi diversi da quelli previsti
- Lasciare i contenitori aperti a disposizione dei pazienti, parenti e personale non sanitario o tecnico dell'Azienda, ad eccezione dei pazienti provenienti dai reparti di malattie infettive o affetti da patologie trasmissibili
- Compiere qualsiasi operazione manuale sui rifiuti collocati all'interno dei sacchi-contenitori
- Riaprire i contenitori una volta chiusi

Le sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose, provenienti dalle attività di Laboratorio:

- Presso il PO San Marco confluiscono mediante scarico centralizzato in taniche da 1000 litri, fornite e smaltite dalla ditta appaltatrice.
- Presso il PO Rodolico, invece, il sistema è misto. Alcuni laboratori, sono collegati al sistema centralizzato, altri raccolgono i rifiuti liquidi pericolosi in contenitori da 20 litri, omologati all'uso secondo le normative vigenti, forniti e smaltiti dalla



ditta appaltatrice.

Il personale della ditta, verifica periodicamente il riempimento delle taniche per le eventuali sostituzioni.

8.1.1

Gestione rifiuti taglienti e/o pungenti

Per i rifiuti taglienti e/o pungenti (aghi, bisturi, rasoi, lame, pungidito, vetrini, ecc.) sono adottati contenitori di sicurezza specifici in plastica rigida dotati di idonei sistemi di chiusura. Essi vanno tenuti vicino alla postazione di lavoro e dove si esegue la procedura.

Le siringhe vanno separate dall'ago, se previsto (in base alle caratteristiche della siringa), utilizzando esclusivamente l'apposito dispositivo presente sul bordo del coperchio. Le siringhe che hanno contenuto farmaci antiblastici devono essere sempre smaltite intere. I contenitori non vanno mai riempiti fino all'orlo ma a $3/4$ del loro volume per evitare che contenitori troppo pieni possano procurare infortuni durante le manipolazioni di chiusura.

Dopo aver chiuso il coperchio, essi devono essere immessi nei contenitori dei rifiuti speciali che costituiscono gli ulteriori involucri esterni.

Si ricorda che l'eliminazione degli aghi e degli altri oggetti taglienti deve avvenire con cautele idonee a evitare punture o tagli accidentali, e non vanno manipolati o reincapucciati. **E' possibile richiedere contenitori rigidi più grandi, per il conferimento di taglienti e pungenti di dimensioni maggiori.**

8.1.2

Gestione dei Farmaci Scaduti

La richiesta di eliminazione di eventuali farmaci scaduti deve essere effettuata dai Coordinatori delle UU.OO. utilizzando l'applicativo dedicato alle procedure di carico e scarico del magazzino e degli armadi di reparto come di seguito illustrato:




• **Procedura Scarico prodotti scaduti / prodotti con attribuzione di Lotto e Scadenza**

La procedura, di registrazione dello smaltimento dei prodotti "scaduti" non differisce da quella abitualmente utilizzata per l'allineamento periodico delle giacenze già ben conosciuto dalla maggior parte del personale di reparto regolarmente abilitato per tali operazioni

X Prelievo

⊗ : La quantità del movimento e la somma delle quantità delle partite devono coincidere

Documento Movimenti Partite Nota

Documento 

Testata Dati paziente

Numero / Data

Riferimento Data Riferim.

Servizio

Causale

Motivo Scarico


Reintegro

Per tracciare in maniera differente l'elenco dei prodotti non somministrati da scaricare selezionare l'apposita voce evidenziata nella immagine precedente (**Causale 77**)

X Prelievo

⊗ : La quantità del movimento e la somma delle quantità delle partite devono coincidere

Documento Movimenti Partite Nota

Movimenti: Riga 2 di 2 

Progetto

Tipo Inserimento Manuale Da Penna Ottica **Prodotti in armadio**







Codice Prodotto	Descrizione Prodotto	Qta	UM
> 74803	ABBA 1G COMPRESSE X 12	1,00	CPR
> 302	URBASON SOLUBILE 20 MG FIALE IM/EV	3,00	F
> ...			
> ...			

Selezionare quindi l'elenco dei prodotti con la relativa quantità da sottrarre alla giacenza in armadio e memorizzare le operazioni.

Documento Movimenti Partite Nota

Partite: Riga 1 di 1

Prodotto: 302 - URBASON SOLUBILE 20 MG FIALE IM/EV qta: 3

Scadenza	Partita	Serial Number	Qta
> 31/01/2022	130631		3,00
> 			
> 			
> 			

Dal primo Luglio 2022, verrà attivato anche lo specifico folder che evidenzia lotto e scadenza dei prodotti per i beni sanitari afferenti alla classe dei farmaci.

Dunque Bisognerà selezionare, come nella immagine precedente, lotto e scadenza dei prodotti da prelevare rispettando il totale già indicato sul movimento.

Completata la procedura informatizzata:

- 1) i farmaci scaduti vengono portati in farmacia da Personale del Reparto accompagnati dalla stampa di cui sopra relativa all'avvenuto scarico
- 2) il Dirigente Farmacista verifica la corrispondenza dei farmaci scaduti con quelli scaricati e vista il foglio di avvenuto scarico
- 3) il Personale di Reparto consegna i suddetti farmaci in Direzione Medica di Presidio
- 4) l'incaricato dell'Ufficio Gestione Ambientale prende in carico i farmaci scaduti e li consegna alla ditta per il loro smaltimento

8.1.3

Gestione delle sostanze stupefacenti

I farmaci stupefacenti scaduti, o comunque non utilizzabili, devono essere riconsegnati in Farmacia che provvede a:

- Contattare l'ASP
- Redigere insieme a un funzionario dell'ASP un verbale di constatazione
- Sigillare in un contenitore, con contrassegni d'ufficio, e custodire i prodotti da distruggere, fino al ritiro da parte della ditta autorizzata allo smaltimento
- Comunicare formalmente alla Direzione Medica di Presidio le eventuali giacenze

Lo smaltimento dei suddetti farmaci avverrà secondo quanto previsto dal DPR 390/90.

Qualora la somministrazione del farmaco stupefacente fosse parziale, l'altra metà della fiala deve essere eliminata tramite rifiuti speciali e scaricata come intera.

8.1.4

Gestione farmaci citotossici e citostatici

Sono in atto smaltiti con le stesse modalità previste per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e come tali avviati alla termodistruzione.

8.1.5

Gestione organi e parti anatomiche non riconoscibili

Sono in atto smaltiti con le stesse modalità previste per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo e come tali avviati alla termodistruzione.

8.2

Chiusura ed etichettatura

Gli OSS della UO/Servizio, verificato che i contenitori sono adeguatamente riempiti, provvedono secondo il seguente ordine a:

- chiudere i sacchi in polietilene tramite le fascette in dotazione
- chiudere il contenitore monouso
- etichettare i contenitori scrivendo in modo ben visibile e leggibile:
 - **Unità Operativa...**
 - **data di chiusura**

8.3

Movimentazione nei punti di raccolta

Tutti i contenitori dei rifiuti speciali, debitamente chiusi ed etichettati, sono movimentati nei punti di raccolta (deposito sporco) dagli OSS della UO/Servizio.

E' severamente vietato abbandonare contenitori dei rifiuti non correttamente confezionati e in luoghi non autorizzati.

8.4

Movimentazione nei depositi temporanei trasporto e smaltimento

E' compito degli operatori della ditta appaltatrice ritirare i contenitori dei rifiuti speciali dai punti di raccolta, individuati per ogni UU.OO/Servizio, e trasferire gli



stessi al deposito temporaneo, con periodicità prevista dal capitolato d'appalto e comunque nel rispetto del D.Lgs. 22/97.

Si precisa che gli incaricati della raccolta dei rifiuti speciali sono tenuti a non ritirare i contenitori che non riportano i dati di identificazione richiesti (UO e data) e/o non correttamente confezionati.

Sono tenuti, altresì, a comunicare eventuali non conformità rilevate.

La Ditta procede, infine, al trasporto e al successivo conferimento dei rifiuti nell'impianto di destinazione finale per lo smaltimento.

8.5 Gestione della documentazione

I rifiuti speciali non possono essere allontanati dal luogo di produzione se non vengono correttamente compilati i registri di carico e scarico e i formulari di identificazione e accompagnamento. E', inoltre, obbligatorio presentare annualmente alla Camera di Commercio la denuncia dei rifiuti prodotti.

8.5.1 Corretta compilazione e tenuta dei registri di carico e scarico

La compilazione dei registri di carico e scarico viene effettuata a cura dell'incaricato dell'Ufficio Gestione Ambientale, in base alle norme vigenti, entro dieci giorni lavorativi dalla data di effettiva collocazione dei rifiuti nel deposito temporaneo. Il registro prima del suo utilizzo deve essere vidimato alla Camera di Commercio e deve essere annotato il numero del formulario di identificazione. Parimenti nel formulario deve essere indicato il riferimento dei movimenti di carico e scarico. I suddetti registri sono conservati presso la Direzione Medica di Presidio per 5 anni dalla data dell'ultima registrazione.

8.5.2 Corretta compilazione e tenuta dei formulari di identificazione e accompagnamento

Il Direttore Medico di Presidio è responsabile della corretta compilazione del formulario di identificazione e trasporto dei rifiuti.

Esso è redatto in quattro copie e contiene le seguenti informazioni:

- identificazione del produttore del rifiuto
- identificazione del destinatario del rifiuto
- descrizione del rifiuto, codice CER, stato fisico, caratteristiche di pericolo, numero dei contenitori conferiti
- destinazione del rifiuto
- quantità trasportata (la ditta fornisce bilance omologate, preferibilmente CE-M per uso legale in rapporto con terzi, nel rispetto della norma UNI CEI EN45501 e del D.Lgs. 83/2016, di classe III -precisione media- e fornite con regolare contrassegno di verifica periodica disposto dal DM 93/2017 come modificato dal DM 6 dicembre 2019 n 176, dotata di display elettronico e di rilascio della stampa della pesata assistita e verificata in contraddittorio, recante data, peso netto e peso lordo)
- indicazione del percorso del rifiuto, se diverso dal previsto (usualmente utilizzato)
- le firme leggibili del produttore e del trasportatore, con le generalità del conducente del mezzo
- la targa dell'automezzo e dell'eventuale rimorchio utilizzato
- data e ora dell'inizio del trasporto.

L'incaricato dell'Ufficio Gestione Ambientale ha il compito di:

- controllare che la copia di ritorno dall'impianto di smaltimento (quarta copia del formulario) pervenga entro 3 mesi dallo scarico. In caso contrario, deve essere data



comunicazione alla Provincia.

- custodire la prima e la quarta copia dei formulari per 5 anni

8.5.3 MUD

I dati vengono forniti annualmente dalle rispettive Direzioni Mediche di Presidio al competente Settore Provveditorato.

8.6 Supervisione

La Direzione Medica di Presidio provvederà a effettuare audit periodici, all'interno delle UU.OO/Servizi ed ispezioni nei punti di raccolta e nel deposito temporaneo, al fine di verificare che l'intero processo venga rispettato.

9 INDICATORI

Dimensione della qualità	Fattore Qualità	Indicatore	Standard
Organizzativa	Appropriatezza organizzativa	Presenza di procedura aggiornata relativa alla gestione dei rifiuti	Revisione ogni 3 anni
Organizzativa	Appropriatezza organizzativa	n. verifiche con esito conforme /n. totale verifiche	80% nel 2022 90% nel 2023
Organizzativa	Appropriatezza organizzativa	Attività di formazione-informazione	Almeno una nell'anno

10 GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate sono registrate e gestite secondo quanto indicato dalla procedura del sistema di gestione per la qualità aziendale PQ-2 " *Modalità, responsabilità ed autorità nella gestione delle non conformità, dei mancati incidenti, degli eventi avversi e degli eventi sentinella*".

11 ARCHIVIAZIONE

Denominazione	Periodo di archiviazione	Responsabile archiviazione	Luogo archiviazione
Registro di carico/scarico	5 anni	Direzione Medica di Presidio	Ufficio Gestione Ambiente
Formulario di identificazione	5 anni	Direzione Medica di Presidio	Ufficio Gestione Ambiente
Verbali verifiche effettuate	5 anni	Direzione Medica di Presidio	Ufficio Gestione Ambiente

12 DOCUMENTI ALLEGATI

1. Poster "Rifiuti pericolosi a rischi infettivo"
2. Poster "Taglienti e pungenti"
3. Poster "Sostanze chimiche pericolose"



Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed. 0 rev. 0	Emissione	14 marzo 2005



Redazione

Data 28/04/2022

Adorno Paolo,

Castiglione Dora

D'Agati Maria Grazia

Danzì Maurilio

Mangano Giuseppe

Russo Carmelo

Salamanca Giuseppe

Parisi Giorgio

Galeano Salvatore

Di Stefano Rosaria

Vacante Giancarlo

Verifica

Data 17/05/2022

Vincenzo Parrinello

Approvazione

Data 17/05/2022

Anna Rita Mattaliano

Ratifica

Data 17/05/2022

Antonio Lazzara



