	REGIONE LAZIO ASL ROMA I AREA DIREZIONE OSPEDALIERA Dir. Dott.ssa P. Magrini	 REGIONE LAZIO	
	Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	Rev. 1 08/05/2026	Pag. 1 a 12
		0 ADO PRO 29	

INDICE

1.	PREMESSA	2
2.	SCOPO E OBIETTIVI	2
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	2
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	2
5.	RESPONSABILITÀ	2
6.	MODALITÀ OPERATIVE	3
6.1	DIAGRAMMA DI FLUSSO	7
7.	MATERIALI E ATTREZZATURE	7
8.	RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	7
9.	ALLEGATI	8
10.	RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	8
11.	CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	8

REV	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
Rev. I Aggiornamento: Introduzione R.E.N.T.R.I. Normative di riferimento Allegati 3, 4, 5	08/05/2026	GdL	Dott.ssa M. Quinigi Dir. UOC SQRM Dott.ssa P. Magrini Dir. Area Direzione Ospedaliera Dott. C. Turci Dir. Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	Direttore Generale Dott. G. Quintavalle Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliariello
REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
0	21/02/2023	GdL	UOC SQRM Dir. Dott.ssa M. Quinigi	Area Direzione Ospedaliera Dir. Dott. P. Chierchini Data 07/03/2023

Gruppo di Lavoro

DSP SFN Dr. Vincenzo Marchiano
 UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica- F.O. Sicurezza e Comfort alberghiero SFN Dott.ssa B. Di Lazzaro
 UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica- F.O. Verifica e controllo Gestione Processo Rifiuti e supporto alla logistica e Direzione Sanitaria – W. Carpentieri
 Infermieri Igiene Ospedaliere: Gianna Maria Amici, Cristina Cherubini, Antonella Rao
 UOC SQRM: Dott. A. Bossi, F.O. Risk management Dott.ssa S. Greghini

1. PREMESSA

I rifiuti sanitari possono presentare, per la presenza di agenti biologici e/o chimici, delle caratteristiche di pericolo per i soggetti potenzialmente esposti. Al fine di limitare al massimo questi fattori di rischio occorre che siano rese disponibili agli operatori le nozioni pratiche fondamentali per una corretta gestione delle varie tipologie di rifiuti prodotti in ambito ospedaliero, al fine di diminuirne la pericolosità, favorirne il reimpiego, il riciclaggio e il recupero nonché di ottimizzarne la raccolta, il trasporto e lo smaltimento attraverso comportamenti uniformi in tutta l'azienda in conformità alle disposizioni/normative vigenti.

2. SCOPO E OBIETTIVI

L'obiettivo della procedura è di migliorare l'appropriatezza nella gestione interna dei rifiuti ospedalieri da parte di tutto il personale dipendente che ne è preposto, contenere al massimo la produzione di rifiuti assicurandone la corretta gestione da parte delle ditte appaltanti il trasporto con gli strumenti a nostra disposizione, costituendo la procedura stessa uno strumento di lavoro utile per gli operatori in quanto contestualizzato nella realtà operativa dell'ASL Roma I., con standard di riferimento in linea con la normativa vigente.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a:

- Personale in servizio presso tutti i Presidi Aziendali;
- Ditte che gestiscono in appalto il Depuratore di Via E. di Mattei, 5 e che provvedono all'asporto dei rifiuti presso i reparti e al trasporto degli stessi all'esterno dell'Azienda.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ASL Roma I: Azienda Sanitaria Locale Roma I

CODICE E.E.R.: codice attribuito al rifiuto prodotto nell'Elenco Europeo dei Rifiuti

D.lgs.: Decreto Legislativo

DM: Decreto Ministeriale

D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica

DSP: Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero

MUD: Modello Unico di dichiarazione ambientale

UO: Unità Operativa

R.E.N.T.R.I.: Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti

A.D.R.: Accord Dangerous Route

5. RESPONSABILITÀ

È responsabilità:

- di tutti gli operatori delle UU.OO./Servizi di ciascun turno (Ospedali e non) la corretta raccolta, confezionamento e stoccaggio temporaneo dei rifiuti, sulle cui modalità è preposto a vigilare il Coordinatore di ogni U.O/Servizio;
- della Ditta appaltante i multiservizi il corretto trasporto dei rifiuti ai locali di deposito temporaneo e la loro corretta gestione presso gli stessi in conformità con la normativa vigente;
- del personale deputato (infermieristico/amministrativo) l'informazione/formazione al personale delle UUOO/Servizi.

Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	0 ADO PRO 29	Rev.I del 08/05/2026	Pag. 2 di 12
--	--------------	----------------------	--------------

5.1 Matrice Delle Responsabilità

Funzioni Attività	DEC e ASS. al DEC	Personale Aziendale/ Personale Ditta esternalizzata	Referente di Presidio o referenti Igiene Ospedaliera	Personale ditta movimentazione interna rifiuti	Ditta appaltante asporto rifiuti
Conferimento rifiuto nel contenitore omologato	I	R	I	I	I
Conferimento contenitore verso deposito temporaneo	I	I	I	R	I
Trasferimento contenitori verso deposito centralizzato	I	I	I	R	I
Trasporto rifiuti da deposito centralizzato a impianto smaltimento	I	-	I	-	R
Registrazione non conformità e reportistica periodica	I	-	R	-	-
Gestione del registro delle non conformità	I	-	R	-	-
Formazione ed informazione	C	-	R	-	-

R= responsabile C=collabora I= informato

6. MODALITÀ OPERATIVE

L'attività di gestione dei rifiuti coinvolge:

- il personale sanitario/tecnico delle UU.OO. preposto alla giusta collocazione del rifiuto prodotto nel contenitore di destinazione, seguendo le modalità di confezionamento/conferimento di ogni tipologia di rifiuto, a norma di legge e di procedure aziendali codificate;
- il personale aziendale o del servizio appaltato preposto ad allontanare il rifiuto prodotto dall'ambiente sanitario/tecnico di produzione verso il deposito temporaneo di piano (ove presente), con tempestività e continuità, al fine di evitare l'incongruo accumulo di rifiuti e loro contenitori negli ambienti destinati all'attività ospedaliera;
- il personale aziendale o del servizio appaltato, preposto a trasportare i rifiuti depositati temporaneamente presso gli edifici ospedalieri verso il deposito centralizzato del Presidio, seguendo le corrette modalità, anche per sede e tipologia di stoccaggio destinato a ciascuna tipologia di rifiuto;
- il personale delle ditte che gestiscono il trasporto dei rifiuti dalla sede di produzione dell'ASL Roma I alla sede di deposito/smaltimento autorizzato al di fuori dell'Azienda.

Al fine di focalizzare le corrette competenze di tutti i soggetti coinvolti sono state realizzate schede per ogni tipologia di rifiuto; le stesse possono essere in tal modo utilizzate nei diversi luoghi di produzione e raccolta dei rifiuti.

Ciascuna scheda comprende per ogni rifiuto prodotto:

- la tipologia e il relativo codice E.E.R. (dell'Elenco Europeo dei Rifiuti);
- la descrizione del rifiuto;
- la tipologia, riprodotta anche visivamente, del contenitore attualmente utilizzato;
- la modalità di confezionamento;
- il deposito temporaneo da utilizzare (ove presente);
- la modalità di asporto;
- la modalità di smaltimento;

Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	0 ADO PRO 29	Rev.1 del 08/05/2026	Pag. 3 di 12
--	--------------	----------------------	--------------

Si ricorda in proposito che i rifiuti sanitari derivanti dall'attività di strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992 - n. 502 e successive modificazioni, che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e ricerca e che erogano le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono quelli di seguito elencati, meglio dettagliati nelle schede allegate per ciascuna tipologia di rifiuto.

- **RIFIUTI SANITARI ASSIMILABILI AGLI URBANI:** come da decreto Ronchi e successive modifiche
- **RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO:** i rifiuti sanitari individuati con i codici E.E.R. 18 01 03 e 18 02 02 nell'allegato A della Direttiva del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio in data 09/04/02 come già sancito dal Decreto Ronchi (D.P.R. 254/03 Art. 3).
- **RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO:** i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del D.P.R. n. 254/03, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati da un asterisco nell'allegato A della direttiva del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio in data 09/04/02.
- **RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI:** i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti elencati nell'allegato D al Decreto Legislativo 5 febbraio 1997, n° 22, e successive modificazioni ed integrazioni.

La legislazione vigente prevede che gli oneri relativi alle attività di raccolta e smaltimento siano a carico del produttore/detentore, cioè di chi produce e/o di chi consegna i rifiuti ad un trasportatore autorizzato che li conferisce, a sua volta, ad uno smaltitore autorizzato; nel nostro caso tali oneri sono a carico dell'A.S.L. Roma I.

La necessità di sostenere tali oneri impone di limitare al solo indispensabile la produzione dei rifiuti e procedere al loro corretto smaltimento (ad esempio se i rifiuti assimilabili agli urbani, il cui smaltimento è il meno oneroso, sono gettati per errore nei contenitori per rifiuti pericolosi, il cui smaltimento è più oneroso, i costi relativi sono moltiplicati ingiustificatamente e l'Azienda sostiene una spesa di fatto eliminabile con l'attenzione di tutti).

Il rifiuto prodotto deve essere allontanato dall'Azienda solo da soggetto appositamente autorizzato al trasporto dello stesso: per questo motivo nessun dipendente, ancorché dotato dei mezzi necessari, può trasportare i rifiuti neanche da un presidio all'altro della medesima Azienda, ma ogni movimentazione di rifiuti al di fuori del Presidio presso cui sono stati prodotti, deve essere per legge effettuato da ditte a ciò autorizzate.

Sono perciò individuati presso questa Azienda i Presidi di produzione dei rifiuti (elencati nell'Allegato 2): in ciascuno di essi sono stoccati e asportati da ditta autorizzata unicamente le tipologie e le quantità di rifiuti prodotte presso ogni specifico Presidio Aziendale.

Il servizio di raccolta rifiuti in essere è appaltato a ditte esterne, (a seguito di espletamento di gara regionale), cui compete anche il rifornimento porta a porta dei relativi contenitori, conformi a quelli previsti dalle norme vigenti e dal capitolato di gara del servizio aggiudicato in appalto.

È attiva la raccolta dai vari Ospedali; dalle strutture territoriali vengono effettuati asporti a chiamata o seguendo un cronoprogramma conseguente ad accordi tra le parti.

E' assegnato a chi raccoglie e asporta i contenitori dei rifiuti dalle UUOO (operatori addetti al trasporto interno ai Presidi aziendali) di effettuare eventuali segnalazioni al Personale preposto individuato in ogni Unità Locale la non conformità dei contenitori/confezionamento dei rifiuti reperiti presso le UUOO/Servizi, evitando di trasportare rifiuti non conformi a tale procedura o che possano costituire pericolo per gli

Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	0 ADO PRO 29	Rev.I del 08/05/2026	Pag. 4 di 12
--	--------------	----------------------	--------------

pericolo per gli operatori stessi e per l'ambiente (es. contenitori rotti o percolanti), evidenziando la segnalazione anche all'UO/Servizio presso cui è reperita la non conformità, al fine di porvi immediato rimedio laddove possibile. In tal caso il personale OSS/Ausiliario del reparto/Servizio, previo utilizzo di adeguati DPI, dovrà conferire il contenitore percolante in un altro contenitore rigido. Per la segnalazione utilizzare la **“scheda di segnalazione non conformità asporto” – allegato I.**

Tale aspetto riveste particolare importanza nel prevenire le infezioni nosocomiali.

Ogni approvvigionamento di contenitori difforme, sia per forma che per colore, da quelli riportati sulla presente procedura è da ritenersi incongruo se non preceduto da una nota informativa che ne autorizza l'uso da parte della DSP (negli Ospedali) e della UOC Logistica nelle restanti Unità Locali.

Pertanto è fatto obbligo alle Ditte di fornire esclusivamente i contenitori indicati o, in caso di improcrastinabile necessità di variazione, farlo solo dopo formale autorizzazione della DSP (negli Ospedali) e della UOC Logistica nelle restanti Unità Locali

Per tale motivo è fatto obbligo ai coordinatori vigilare su questo aspetto e segnalare immediatamente alla DSP (degli Ospedali) e della UOC Logistica nelle restanti Unità Locali la presenza di contenitori difforni da quelli attesi.

Le istruzioni operative indicate nella presente procedura devono essere obbligatoriamente poste in atto da ogni operatore dell'ASL Roma I

Si evidenzia che l'idoneo confezionamento del rifiuto è alla base di una corretta gestione dello stesso a tutela tanto del personale sanitario quanto di quello preposto al trasporto interno e al successivo conferimento ai centri di smaltimento. Il corretto confezionamento è altresì importante ai fini del rispetto dell'ambiente, del contenimento dei costi che sono impegnati per smaltire i rifiuti e della riduzione del rischio infettivo.

Ogni tipologia di rifiuto già prodotta in Azienda è classificata e assegnata dal Consulente ADR alla categoria di rifiuto di appartenenza a norma di legge: classificare il rifiuto è il primo passo indispensabile per la sua corretta gestione.

Il Coordinatore dell'UO/Servizio in cui si dovesse produrre una nuova tipologia di rifiuto è obbligato a trasmettere ai referenti dei presidi la scheda tecnica del materiale dal cui utilizzo scaturirà la nuova produzione di rifiuto.

Il referente del presidio dovrà contattare l'UOC Logistica inviando la scheda tecnica utile alla classificazione del rifiuto (assegnazione del codice E.E.R.) al fine di attuare gli atti istituzionali necessari a determinarne le modalità di smaltimento (identificazione della ditta preposta al trasporto e smaltimento e incarico alla ditta individuata di provvedervi con la tempistica necessaria, etc.).

L'intero sistema di gestione dei rifiuti normato dal Ministero dell'Ambiente consente la tracciabilità dei rifiuti prodotti sul territorio nazionale, per cui nel momento stesso in cui un rifiuto è prodotto (es. tanica di liquido refluo di laboratorio conferita al deposito temporaneo e poi trasportata e poi smaltita) ve ne è traccia documentale, cosicché si possano sventare eventuali illeciti e danni ambientali (es. suo sversamento senza costi previsti in ambito non autorizzato bypassando ogni controllo in materia): l'elemento centrale del sistema legiferato prevede che ogni produttore dia origine a una documentazione cartacea contestualmente alla produzione del rifiuto, in modo che non possa esistere un rifiuto non identificato da un documento e quindi non rintracciabile, rendendo così possibile che tal rifiuto possa altrettanto facilmente scomparire in modo incongruo senza essere tracciato.

La movimentazione reale dei carichi è accompagnata contestualmente dalla tracciabilità documentale degli stessi: dal 13 febbraio 2024 è entrato in vigore il nuovo sistema di tracciabilità dei rifiuti definito R.E.N.T.R.I.

- Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti.

Le strutture ove operino personali superiori alle 10 unità hanno l'obbligo di iscrizione al R.E.N.T.R.I. ed alla redazione della dichiarazione annuale di produzione dei rifiuti.

Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	0 ADO PRO 29	Rev.I del 08/05/2026	Pag. 5 di 12
--	--------------	----------------------	--------------

Il nuovo sistema permette un'ottimizzazione del lavoro richiamando in tempo reale la tracciabilità del percorso a carico del rifiuto dal momento della consegna al trasportatore fino alla destinazione finale (impianti autorizzati).

Il sistema permette di eseguire in tempo reale le eventuali correzioni con specifiche annotazioni e la redazione di un formulario, laddove non sia necessaria l'integrazione.

Il quadro normativo riferito al R.E.N.T.R.I. è rintracciabile al seguente link: <https://www.rentri.gov.it> alla voce "RENTRI novità".

A maggior garanzia di tracciabilità anche per il destino futuro del rifiuto asportato dalla singola sede di produzione dello stesso, la legge ha introdotto ormai da decenni in uso, il "**formulario di identificazione**", una sorta di "bolla di accompagnamento" che segue per legge il rifiuto trasportato fuori Azienda, riportando le caratteristiche e la quantità del rifiuto asportato da un luogo di produzione a un luogo di stoccaggio e/o di smaltimento. Il formulario è in 2 copie ed è controfirmato dal produttore, trasportatore e smaltitore durante il viaggio del rifiuto: la 2° copia torna al produttore attestando che quel medesimo quantitativo di rifiuto un giorno prodotto presso una Unità Locale è stato alla fine smaltito correttamente a norma di legge.

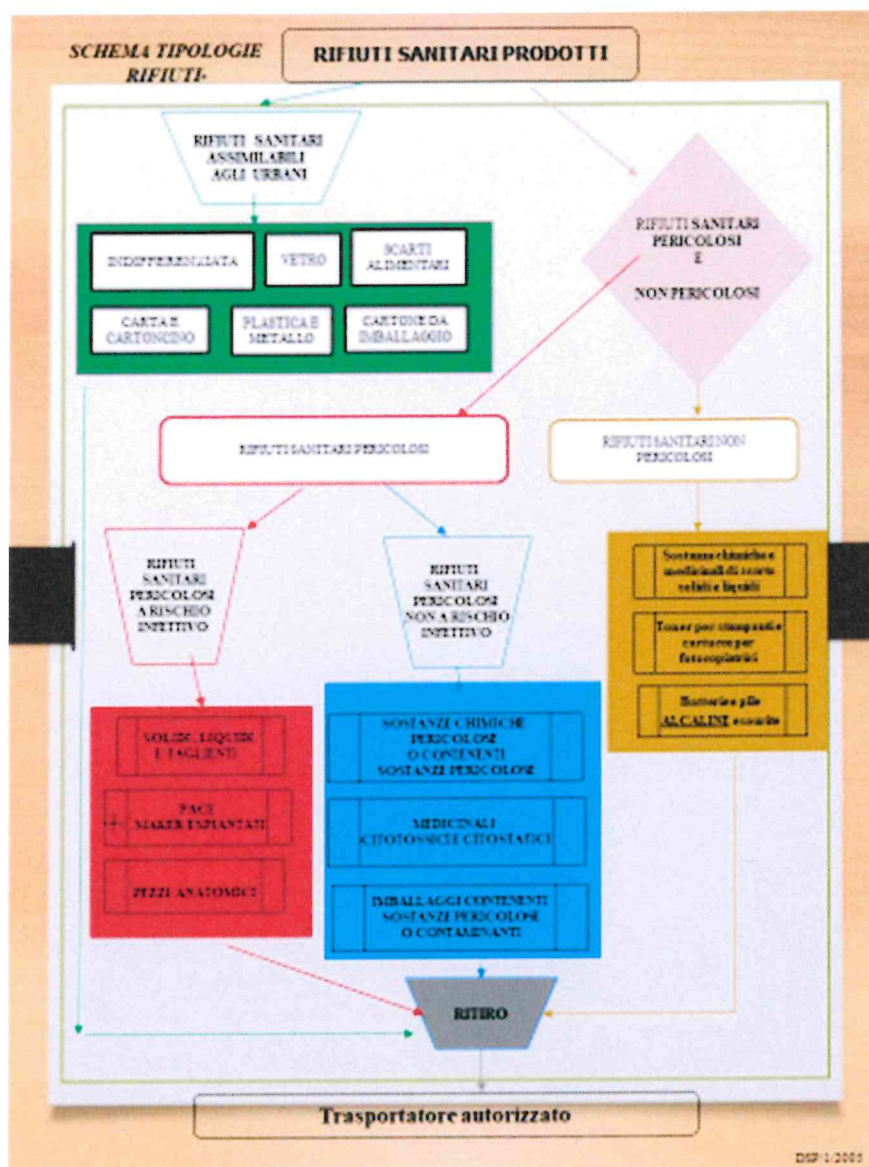
La normativa attribuisce al produttore (ASL Roma I) l'onere e la responsabilità di verificare attraverso il ritorno della 2° copia del formulario debitamente da tutti sottoscritta, che il rifiuto è stato smaltito in modo corretto, con sanzioni in caso di inadempienze.

La **denuncia annuale**, obbligatoria per ogni produttore, dei rifiuti prodotti presso l'Azienda, consente la quantificazione dei rifiuti secondo tipologia, codificando ciascuna tipologia di rifiuto prodotto con codice EER: ne discende la possibilità di determinare, sommando tutte le denunce annuali presentate, non solo a livello nazionale ma europeo, le quantità di rifiuti prodotti distinti per tipologie, utili ai fini programmatori e di politica ambientale.

La DSP o i Referenti dell'Unità Locale, redigono gli atti documentali volti alla registrazione in tempo reale dei rifiuti prodotti, sottoscrizione del formulario di identificazione al momento del trasporto.

La denuncia annuale delle quantità prodotte, compilazione del **Modello Unico di dichiarazione ambientale (MUD)** è delegato alla Ditta appaltante il servizio: la stessa provvederà all'invio del MUD ogni anno alla pubblica amministrazione (Camera di Commercio Provinciale).

6.1 DIAGRAMMA DI FLUSSO



7. MATERIALI E ATTREZZATURE

- Contenitori specifici per tipologia di rifiuto, così come indicati nelle schede predisposte;
- Formulare di identificazione.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

- **Dlgs n. 22 del 05.02.1997 ("Decreto Ronchi")** - Attuazione delle direttive 91/156/CEE sui rifiuti, 91/689/CEE sui rifiuti pericolosi e 94/62/CE sugli imballaggi e rifiuti di imballaggio (Suppl. Ord. n. 33 alla G.U. n. 38 del 15.02.1997) e **successive modifiche ed integrazioni**.
- **DM n. 145 del 1° aprile 1998**, Regolamento recante la definizione del modello e dei contenuti del formulario di accompagnamento dei rifiuti ai sensi degli articoli 15, 18, comma 2, lettera e), e comma 4, del Dlgs 22/1997. (G.U. n. 109 del 13/05/1998).
- **D.M. n. 148 del 1° aprile 1998**, Regolamento recante approvazione del modello dei registri di carico e scarico dei rifiuti ai sensi degli articoli 12, 18, comma 2, lettera m), e 18, comma 4, del Dlgs 22/1997 (G.U. n. 110 del 14/05/1998).

- **Dlgs n. 219 del 26 giugno 2000**, Regolamento recante la disciplina per la gestione dei rifiuti sanitari, ai sensi dell'art. 45 Dlgs 22/1997 (G.U. n. 181 del 14/08/2000).
- **Dlgs n. 138 del 8 luglio 2002**, (G.U. n.158 del 8/07/2002) convertito in Legge 8 agosto 2002, n. 178. (G.U. n.187 del 10/08/2002). Art. 14. Interpretazione autentica della definizione di "rifiuto" di cui all'art. 6, comma 1, lettera a), del Dlgs 22/1997.
- **DPR n. 254 del 15 luglio 2003**, Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della Legge 31 luglio 2002, n. 179. (G.U. n. 211 del 11/09/2003).
- **Dlgs n. 1523 dell'aprile 2006**, Regolamento recante "Norme in materia ambientale"; Visto l'art. 190 del predetto Dlgs, che disciplina i registri di carico e scarico dei rifiuti e individua i soggetti obbligati alla tenuta degli stessi; Visto l'art. 195, commi 2, lettera n), e 4 del predetto Dlgs 3 aprile 2006, n. 152. (G.U. n. 107 del 10/05/2006).
- C. Amantia e G. Villa, **"Il consulente per la sicurezza dei trasporti per le merci pericolose"**, EPC libri, Roma 2001.
- P. Ficco et al. **"La gestione dei rifiuti 2004. La gestione dei rifiuti tra Dlgs 22/1997 e leggi complementari"**, Edizione Ambiente, Milano, 2004
- P. Ficco Ed. **"Il codice dei rifiuti 2009/2010. Legislazione - Prassi - Giurisprudenza - Albo gestori"**, Edizione Ambiente, Milano, 2008/2009.
- P. Ficco Ed. **"Gestire i rifiuti, Analisi, approfondimenti, orientamenti operativi"** (2009), Edizione Ambiente, Milano, 2008.
- **"Rifiuti" bollettino d'informazione normativa** - Rivista mensile in abbonamento. Direttore responsabile: P. Ficco.
- **Delibera Comunale n.105 del 12/05/2005.**
- **Dlgs n. 216 del 08/08/2025 – RENTRI (Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti)**

9. ALLEGATI

- All. 1 Scheda di segnalazione criticità asporto
- All. 2 Categorie di rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione e smaltimento
- All. 3 Elenco luoghi di produzione rifiuti
- All. 4 Schede rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani-raccolta differenziata
- All. 5 Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo- rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo, rifiuti sanitari non pericolosi

10. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è disponibile su supporto informatico sulla intranet aziendale all'indirizzo: <https://sqrm.aslroma1.it>

11. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La procedura verrà aggiornata ogni qualvolta si ravvisi la necessità di inserire nuove modalità di smaltimento connesse all'attivazione di raccolte differenziate di rifiuti, alla produzione di nuove tipologie di rifiuti o a future modifiche della normativa vigente in materia nonché a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda.

Gestione dei Rifiuti (non radioattivi)	0 ADO PRO 29	Rev.I del 08/05/2026	Pag. 8 di 12
--	--------------	----------------------	--------------

Allegato I Scheda di segnalazione criticità asporto

SERVIZIO di ASPORTO/PULIZIA EFFETTUATO DA:

data .../.../..... ora:..

SCHEDA SEGNALAZIONE CRITICITÀ ASPORTO RIFIUTI	
AREE ESTERNE	AREE INTERNE
SPECIFICARE:	ASCENSORE ☐ CORRIDOIO ☐ TERRAZZO ☐ DEPOSITO U.O..... ALTRO.....
TIPOLOGIA DI RIFIUTO	CRITICITÀ RISCONTRATE
SONO STATI RINVENUTI N. CONTENITORI DI: ☐ RIFIUTI URBANI ☐ RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO (ROT) ☐ RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO ☐ VETRI	PRIVO DI DATA ☐ PRIVO DI FIRMA ☐ PRIVO DI IDENTIFICAZIONE U.O. ☐ ROTTO ☐ BAGNATO ☐ PERCOLANTE CONTENITORE TROPPO PESANTE ☐ CONTENENTE TAGLIENTI/PUNGENTI ☐ PRESENZA DI LIQUIDI NEI VETRI ☐ PRESENZA DI DEFLUSSORI NEI VETRI ☐ PRESENZA DI AGHI NEI VETRI ☐ ALTRO.....
CRITICITÀ COMPATTORE RIFIUTI URBANI	
☐ PIENO ☐ NON FUNZIONANTE ☐ ALTRO (specificare)	
È STATO SEGNALATO ALL'U.O. / SERVIZIO SI ☐ NO ☐	

FIRMA DELL'OPERATORE CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE _____

Allegato 2 Categorie di rifiuti sanitari che richiedono particolari sistemi di gestione e smaltimento

CATEGORIE DI RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI SISTEMI DI GESTIONE E SMALTIMENTO		
TIPOLOGIA DI RIFIUTO	UO/Servizio di PRODUZIONE	COMPETENZA E GESTIONE
PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI (arti amputati)	UOC ANATOMIA PATOLOGICA	Immessi, ai fini del trasferimento presso la Camera Mortuaria, nel contenitore rigido utilizzato per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo solidi e liquidi (di forma troncopiramidale in polipropilene rigido e imperforabile, di colore nero, dotato di coperchio a chiusura ermetica, contenente all'interno un sacco in polietilene giallo con chiusura a strangolo che costituisce il primo involucro entro il quale viene immesso il pezzo anatomico amputato). Sul contenitore, ermeticamente chiuso, devono essere allegati, in duplice copia, i moduli in uso, compilati in ogni loro parte e firmati dal medico che ha eseguito l'intervento chirurgico. Presso la Camera Mortuaria vengono prelevati soltanto i sacchi gialli contenenti le parti anatomiche per il seguito della procedura relativa all'asporto da parte della Polizia Mortuaria, con le modalità previste dalla normativa in vigore per l'incenerimento (tempi, cassette di legno con misure standard di 1 metro di lunghezza per 30 cm di altezza e 30 cm di larghezza, etc.). I contenitori rigidi, una volta vuotati del contenuto (e rigorosamente privati dei moduli contenenti i dati sensibili dei pazienti) devono essere confezionati, ai fini dell'asporto da parte del personale a ciò preposto, parimenti a tutti gli altri contenitori usati per tale tipologia di rifiuti, come indicato nell'apposita scheda della presente Procedura e come di seguito riepilogato: - richiusi ermeticamente con il loro coperchio; - dotati di etichetta identificativa (camera mortuaria) e data di confezionamento; - stoccati temporaneamente nel locale individuato come "deposito sporco".
MATERIALE BIOLOGICO ABORTIVO (Feti)	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA	• FETI ALLA 20° SETTIMANA: considerati come salme e destinate al seppellimento. ■ FETI < ALLA 20° SETTIMANA: prevista la facoltà dei genitori di esprimere la volontà ad effettuare il seppellimento, senza la quale vengono considerati parti anatomiche non riconoscibili e trattati come indicato nell'apposita scheda della presente Procedura.
SOSTANZE STUPEFACENTI E ALTRE SOSTANZE PSICOTROPE	UOC FARMACIA	Vengono riconsegnate in Farmacia e registrate sull'apposito registro di carico e scarico per essere avviate all'impianto di incenerimento secondo la normativa vigente, con contestuale comunicazione alla Direzione Sanitaria di Presidio
RIFIUTI RADIOATTIVI (Iodio 125)	UOSD FISICA SANITARIA	Proveniente da: - attività della sezione RIA dell'UOC di Patologia Clinica; - attività terapeutica chirurgica di Brachiterapia (semi residui non impiantati), nel trattamento delle neoplasie prostatiche presso il BO dell'edificio C. Imnesso in appositi contenitori e stoccato con modalità previste dalla normativa vigente presso le UU.00. che lo producono. Il Responsabile della Fisica Sanitaria controlla la corretta applicazione della procedura in essere unitamente alla tenuta del registro di carico e scarico, provvedendo a calcolare il tempo di decadimento della radioattività ai fini dell'asporto e dello smaltimento tramite ditta autorizzata.

Allegato 3 Elenco luoghi di produzione rifiuti

INDIRIZZO	NOTE
CIRCONVALLAZIONE NOMENTANA, 498	
LUNGOTEVERE DELLA VITTORIA, 3	
LUNGOTEVERE IN SASSIA, 1	
VIA SAN IGINO PAPA, 282	
PIAZZALE DELLA FARNESINA, 1	
PIAZZALE DEGLI EROI, 11	
VIA ANGUILLARESE KM 1,150	
VIA ANTONINO DI GIORGIO,19	
VIA ARIOSTO, 3/9	
VIA BOCCEA, 271	
VIA BOCCEA, 625	
VIA BOEMONDO, 21	
VIA CANOVA, 19	
VIA CASSIA, 472	
VIA CASSIA, 721	
VIA COSIMO TORNABUONI, 50	
VIA DARIO NICCODEMI, 95	PIANO I
VIA BARELLAI, 140	
VIA DEI FRENTANI, 6	
VIA DEI RIARI, 48	
VIA DEL CASALE PIOMBINO, 30	
VIA DELLA DATARIA 29	
VIA DELLA LUNGARA, 29	
VIA DELLA STAZIONE DI CESANO, 838	
VIA DI VALLE AURELIA, 115/A	
VIA DINA GALLI, 3	PIANO TERRENO
VIA DOMENICO SILVERI, 8	PIANO TERRENO
VIA EUGENIO DI MATTEI, 72	PADIGLIONE 90bis
VIA EUGENIO DI MATTEI, 72	PADIGLIONE 90
VIA FARULLI, 6	
VIA GIOVANNI MARTINOTTI, 20	
VIA GAETANO SODINI, 24	
VIA GARIGLIANO, 55	
VIA GIOACCHINO VENTURA, 60	
VIA LAMPEDUSA, 23	
VIA LUDOVICO JACOBINI, 6	
VIA LUZZATTI, 8	
VIA MONTE ROCCHETTA, 14	
VIA MONTE TOMATICO, 9	
VIA MONTESACRO, 8	
VIA MOROSINI, 30	
VIA NOMENTANA, 1199	
VIA NOMENTANA, 2B	SERD

VIA P. EMILIO CASTAGNOLA SNC	
VIA PALESTRO, 39	
VIA PIATTI, 19	
VIA PIETRO GASPARRI 21	
VIA PLINIO, 31	
VIA S. DANIELE DEL FRIULI, 8	
VIA SABRATA, 12	
VIA SALITA DELLA MARCIGLIANA, 57	
VIA SAN GIOVANNI IN LATERANO, 155	
VIA TAGLIAMENTO 19	
VIALE ANGELICO, 28	
VIALE DI VALLE AURELIA, 257	
VIA DELLA STAZIONE DI PRIMA PORTA 8	
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 2
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 13
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 14
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 12
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 9
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 1
PIAZZA SANTA MARIA DELLA PIETA', 5	PADIGLIONE 8
VIA DEGLI OLIMPIONICI 17	
VIA SAN ZACCARIA PAPA, 1	
PIAZZA DEL QUIRINALE 41	
VIA DI VAL CANUTA, 12	
VIA DELLA STAZIONE DI CESANO ANGOLO VIA SENIO	
VIA PAOLO MONELLI, 28	

RACCOLTA DIFFERENZIATA RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI E ASSIMILATI AGLI URBANI (ALLEGATO 4)

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA	
VETRO EER 15.01.07 - flaconcini di farmaci (es. antibiotici) e flaconi di soluzioni per infusione in vetro - vasetti e barattoli di vetro e bottiglie NB: le fiale di farmaci in vetro devono essere smaltite nei taglianti e pungenti	Contenitore in PVC con ruote <u>VIETATO INTRODURRE SACCHI IN PLASTICA NEL CONTENITORE</u> 	REPARTO: - <u>INTRODURRE solo contenitori e flaconi d'infusione vuotati e privati di cannule o di aghi ed accessori per la somministrazione</u>	OPERATORI ADDETTI ALL'ASPORTO: - <u>CONTROLLARE</u> visivamente la corretta differenziazione e segnalare al reparto eventuali incongruenze per il ripristino della criticità, prima dell'asporto - <u>APPROVVIGIONARE</u> il reparto di contenitori puliti (lavati)
PLASTICA E METALLO EER 15.01.06 - flaconi per flebo in plastica - imballaggi accoppiati dei dispositivi medici (es. siringhe o pacchetti sterili: gettare nella plastica la parte superiore trasparente in plastica e nell'indifferenziata la parte inferiore di carta oleata)	Sacco in polietilene trasparente fornito dal servizio di pulizia in Ecobox e/o contenitore in PVC	REPARTO: - <u>INTRODURRE solo flaconi d'infusione vuotati e privati di cannule o di aghi ed accessori per la somministrazione</u> Contenitori vari privati dai residui del contenuto - <u>FORNIRE</u> etichette bianche reperibili tramite richiesta di approvvigionamento materiale, come da procedura aziendale	

- piatti e bicchieri di plastica o polistirolo - sacchetti di plastica - lattine per bevande - vaschette e fogli di alluminio - tappi a vite e corona di metallo - bombolette spray non etichettate Tossici e/o Infiammabili - vaschette e barre in polistirolo		SERVIZIO DI PULIZIA: - RIMUOVERE E CHIUDERE i sacchi pieni - APPROVVIGIONARE i sacchi vuoti - IDENTIFICARE il sacco con etichetta riportante: ASLROMA1 – Presidio di appartenenza – UO - data di chiusura È VIETATO LASCIARE SACCHI INCUSTODITI
---	---	---

RACCOLTA DIFFERENZIATA RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI E ASSIMILATI AGLI URBANI

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
CARTA E CARTONCINO EER 20.01.01 - imballaggi in carta e cartoncino (es. scatole di guanti e di farmaci con bugiardini) - riviste, giornali, fogli di carta - tetrapack - carta mani e lettini pulita - documenti cartacei con dati sensibili (di circolare n. 10 ASL ROMA I allegato 3)	Sacco in polietilene trasparente fornito dal servizio di pulizia in Ecobox e/o contenitore in PVC 	REPARTO: - INTRODURRE cartoncini compattati SERVIZIO DI PULIZIA: - RIMUOVERE E CHIUDERE i sacchi pieni - APPROVVIGIONARE i sacchi vuoti È VIETATO LASCIARE SACCHI INCUSTODITI

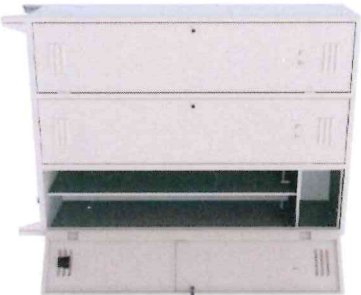
CARTONE DA IMBALLAGGIO EER 15.01.01 - imballaggi in cartone di varie dimensioni puliti e senza materiali estranei (nastro adesivo, plastica, punti metallici)	Deposito di Reparto in ballezze ordinate e ove disponibili nei roll- container (gabbie) 	SERVIZIO DI PULIZIA: - PRIVARE la scatola di eventuali materiali estranei (nastro adesivo, plastica, punti metallici) - COMPATTARE la scatola - SISTEMARE ordinatamente la scatola compattata nel deposito rifiuti ove presente
PILE ALCALINE EER 16.06.04 stilo, torce, piatte che non contengono materiale/sostanze pericolose		REPARTO: - PREDISPORRE le scatole riciclate etichettate SERVIZIO DI PULIZIA: - RIMUOVERE i contenitori pieni e trasferirli presso il deposito temporaneo

RACCOLTA DIFFERENZIATA RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI E ASSIMILATI AGLI URBANI

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENTITORE	GESTIONE OPERATIVA
RIFIUTI INDIFFERENZIATI ASSIMILABILI AGLI URBANI EER 15.01.01 - gessi ortopedici non contaminati da sangue o liquidi biologici - spazzatura - posate di plastica - carta e cartone sporchi (es. olii) - carta oleata o plastificata - plastiche non riciclabili (es. piccoli giocattoli, penne matite) NB: non immettere sostanze liquide	Sacco in polietilene di colore come da Regolamento o Ordinanza Comunale in vigore. Attualmente il Comune di Roma con Ordinanza n. 153 del 05/08/2019 prescrive l'utilizzo di sacchi trasparenti. Forniti dal servizio di pulizia 	REPARTO: - IMMETTERE esclusivamente rifiuti non riciclabili ridotti di volume e NON contaminati da liquidi biologici (es. sangue, secrezioni vaginali, liquido seminale, cerebro-spinale, sinoviale, peritoneale, pleurico, pericardico, amniotico) o provenienti da pazienti in isolamento infettivo SERVIZIO DI PULIZIA: - RIMUOVERE E CHIUDERE i sacchi pieni - APPROVVIGIONARE i sacchi vuoti È VIETATO LASCIARE SACCHI INCUSTODITI

TONER PER STAMPA ESAURITI EER 08.03.18	Sacco in polietilene di color ambra trasparente reperibile presso la ditta di pulizia 	REPARTO: - IMMETTERE i toner privi di imballaggi nel sacco - FORNIRE etichette reperibili presso il referente del Presidio SERVIZIO DI PULIZIA: - RIMUOVERE E CHIUDERE i sacchi pieni - IDENTIFICARE il sacco con etichetta riportante: ASLROMA1 – Presidio di appartenenza – UO - data di chiusura e EER 08.03.18
---	--	--

RACCOLTA DIFFERENZIATA RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI E ASSIMILATI AGLI URBANI

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
IMBALLAGGI IN MATERIALI MISTI EER 15.01.06 purché non contenenti sostanze pericolose		REPARTO: - DIFFERENZIARE i materiali e smaltirli a seconda della frazione cui appartengono per imballaggi di medie e piccole dimensioni NB: gli imballaggi delle apparecchiature di nuovo acquisto devono essere rimossi dal fornitore
IMBALLAGGI IN LEGNO EER 20.01.38 - bancali EUR-EPAL		Devono essere rimossi dai fornitori
FERRO E ACCIAIO EER 17.04.05 - oggetti e arredi in metallo (es. armadietti, aste per flebo, sgabello ect.)		Le UU.OO e/o servizi devono contattare l'UOC Logistica E' VIETATO L'ABBANDONO DEGLI ARREDI OBSOLETI

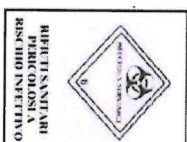
RACCOLTA DIFFERENZIATA UMIDO

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
SCARTI ALIMENTARI - avanzzi di cibo, guscio d'uovo, fondi di caffè, pane - scarti di frutta, verdura e ortaggi NO: - piatti, bicchieri in plastica raccolta Plastica - posate in plastica, fazzoletti e tovaglioli di carta raccolta Indifferenziata - posate e bicchieri compostabili raccolta nell'umido	Per la cucina: contenitore in PVC di colore marrone <u>VIETATO INTRODURRE SACCHI IN PLASTICA NEL CONTENITORE</u>	REPARTO: <u>I vassoi con contenitori riutilizzabili devono essere riallocati nell'apposito carrello della distribuzione del vitto dal personale della ditta appaltante il servizio cucina</u> <u>I vassoi contenenti piatti monouso devono essere inseriti nel Burlodge trasportatore per essere successivamente smaltiti in cucina.</u> <u>Il ricondizionamento del carrello e lo smaltimento della porzione dell'umido sarà a cura del personale della cucina</u>
		OPERATORI ADDETTI AL TRASPORTO DEI CARRELLI DEL VITTO: - RITIRARE i vassoi e gli scarti alimentari trasportandoli in cucina all'interno del Burlodge o nei locali di sporzionamento

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO EER 180103 (ALLEGATO 5)

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO EER 18.01.03 - Tutti rifiuti prodotti da pazienti in isolamento (anche la spazzatura e rifiuti di ristorazione) - Tutti i rifiuti provenienti da attività sanitaria contaminati da liquidi biologici quali: - sangue o altri liquidi che contengono sangue in quantità visibile - feci e urine se il medico ravvisa una patologia trasmissibile attraverso tali secreti - secrezioni vaginali, liquido seminale, cerebro-spinale, sinoviale, peritoneale, pleurico, pericardico, amniotico quali ad esempio: - Assorbenti igienici, pannolini pediatrici e pannolini/padelle monouso contaminate - 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 biotipico endometriale - Deflussori - 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 (trasfusioni, urine, stomia, nutrizione parenterale) - Set di infusione - Sonde rettali e gastriche	Contentitore di cartone e/o Contentitore di plastica rigida (NERO) dotato di coperchio (NERO) con adesa fascetta a strangolo. La capacità dei 2 contenitori può essere di 35 e 60 litri All'interno di detti contenitori deve essere inserito sacco a perdere (GIALLO) interno in polietilene impermeabile da 35 e 60 litri   Presenta la scritta: “RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO” il contrassegno  e il simbolo del rischio biologico	REPARTO: - IMMETTERE esclusivamente rifiuti a rischio infettivo - RIEMPIRE i contenitori per 2/3 del volume, peso max contenitore 10 Kg. - In presenza di percolanti usare l'addensante - La chiusura deve essere effettuata a contenitore riempito almeno dei 2/3 non è indispensabile chiudere il contenitore ad ogni cambio turno a meno che non sussistano condizioni infettive - CHIUDERE IL SACCO con l'apposita fascetta in PVC adesa al coperchio per la chiusura irreversibile dello stesso - CHIUDERE IL CONTENITORE applicando il coperchio (fare pressione sugli angoli in diagonale) e premendo verso il basso le alette laterali sino allo scatto - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta sul coperchio compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile.  Alla voce PRODUTTORE specificare: ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC - CONSERVARE I CONTENITORI confezionati nel deposito rifiuti di reparto È VIETATO: - riaprire i contenitori chiusi - compiere operazioni manuali sui rifiuti collocati all'interno dei sacchi - smaltire rifiuti taglienti e pungenti liberi - pressare il contenuto del sacco

- Sondini (nasografici per broncoaspirazione, per ossigenoterapia, ecc.)
- Gessi o bendaggi
- Denti e piccole parti anatomiche non riconoscibili

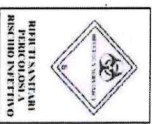


OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO:

- RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichettati
- APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori completi di coperchi con fascetta, buste ed etichette

È VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI

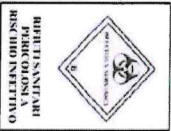
SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO – TAGLIENTI E PUNGENTI EER 180103

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO TAGLIENTI E PUNGENTI EER 18.01.03 Tutti i rifiuti provenienti da attività sanitaria contaminati da liquidi biologici quali: quali ad esempio: - aghi - vacutainer - siringhe con ago fisso - mandrini di cateteri intravascolari - lancette pungidito - aghi venflon - testine rasoio - rasoio/bisturi monouso - lame - vetrini - fialette in vetro	Contentore di plastica rigida (GIALLO) dotato di coperchio (BIANCO) con sistema di disconnessione aghi   Presenta la scritta: “RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO TAGLIENTI E PUNGENTI” Il contrassegno  e il simbolo del rischio biologico 	REPARTO: - IMMETTERE esclusivamente rifiuti taglienti e pungenti - RIEMPIRE i contenitori NON oltre la linea di riempimento indicata sul contenitore che corrisponde ai 3/4 del volume al fine di ridurre al minimo il rischio di contatto con il contenuto e permettere un'agevole chiusura - CHIUDERE IL CONTENITORE mantenendolo fermo dalla maniglia e abbassando il coperchio tondo sino allo scatto - INTRODURRE il contenitore pieno, ermeticamente chiuso, all'interno del contenitore cartone e/o plastica per Rifiuti Sanitari a Rischio Infettivo È VIETATO: - rincappucciare gli aghi - riaprire i contenitori chiusi - compiere operazioni manuali sui rifiuti collocati all'interno dei contenitori - smaltire rifiuti taglienti e pungenti liberi - pressare il contenuto del contenitore OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - APPROVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori

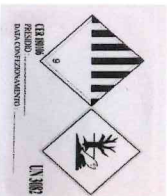
SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO – TAGLIENTI E PUNGENTI EER I 60213

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO PACE MAKER EER I 6.02.13	Contentore di plastica rigida (GIALLO) dotato di coperchio (BIANCO) con sistema di disconnessione aghi   Presenta la scritta: “RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO TAGLIENTI E PUNGENTI” Il contrassegno  e il simbolo del rischio biologico  RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO	REPARTO: - IMMETTERE esclusivamente n. 3 pace maker in ogni contenitori - CHIUDERE IL CONTENITORE mantenendolo fermo dalla maniglia e abbassando il coperchio tondo sino allo scatto - INTRODURRE il contenitore pieno, ermeticamente chiuso, all'interno del contenitore cartone e/o plastica per Rifiuti Sanitari a Rischio Infettivo OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO PARTI ANATOMICHE IN FORMALINA EER 180103

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO EER 18.01.03	Contenitore di PLASTICA rigida (NERO) dotato di coperchio (NERO) con adesata una fascetta a strangelo e con sacco a perdere (GIALLO) interno in polietilene impermeabile da 60 litri	REPARTO: - IMMETTERE esclusivamente contenitori di PARTI ANATOMICHE non riconoscibili - RIEMPIRE i contenitori per 2/3 del volume, peso max contenitore 10 Kg - CHIUDERE IL SACCO con l'apposita fascetta in PVC adesata al coperchio per la chiusura irreversibile dello stesso - CHIUDERE IL CONTENITORE applicando il coperchio (fare pressione sugli angoli in diagonale) e premendo verso il basso le alette laterali sino allo scatto - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta sul coperchio compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile.
- Contenitori con PARTI ANATOMICHE non riconoscibili in formalina derivanti da esami istopatologici	Presenta la scritta: "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO" il contrassegno  e il simbolo del rischio biologico 	Alla voce PRODUTTORE specificare: ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC PARTI ANATOMICHE - CONSERVARE I CONTENITORI confezionati nel deposito rifiuti di reparto  OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichettati, far pervenire la nota di carico il referente del Presidio - APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori completi di coperchi con fascetta, buste ed etichette È VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI

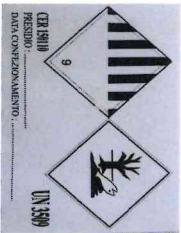
SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO EER I 80106

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENTITORE	GESTIONE OPERATIVA	
SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE O CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE EER 18.01.06 - Rifiuti costituiti da prodotti chimici e reflui liquidi di laboratorio analisi chimico-cliniche e diagnostica	Tanica plastica (NEUTRA) con tappo nero da 20 litri dotata di dispositivo di presa 	REPARTO: - APPROVIGIONARSI delle etichette e del contrassegno "R" adesivi precedentemente etichetrati o reperibili presso il referente del Presidio - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta, compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile, e il contrassegno "R" sulla tanica.   Alla voce PRESIDIO specificare: - ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC	
		 - CONSERVARE LE TANICHE confezionate nel deposito rifiuti di reparto OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichetrati - APPROVIGIONARE il reparto di un congruo numero di taniche complete di tappi neri, far pervenire la nota di carico presso il referente del Presidio È VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI	

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO
EER I 50202

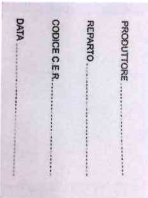
ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI (inclusi filtri dell'olio non specificati altrimenti), STRACCI E INDUMENTI PROTETTIVI, CONTAMINATI DA SOSTANZE PERICOLOSE EER I 5.02.02 - Rifiuti generati dalla sostituzione dei filtri esausti delle cappe aspiranti di laboratorio	Imballaggio in cartone Confezionati dal manutentore in doppio involucro sigillato previa decontaminazione	REPARTO: - GESTIONE CAMBIO FILTRI: a cura della ditta appaltante il servizio
		- CONSERVARE I CONTENITORI confezionati nel deposito rifiuti di reparto OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: E' VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO
EER 150110

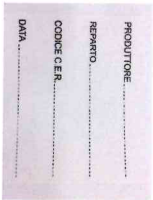
TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
IMBALLAGGI CONTENENTI RESIDUI DI SOSTANZE PERICOLOSE O CONTAMINATI DA TALI SOSTANZE EER 15.01.10 - bottiglie, flaconi, taniche di reagenti, disinfettanti, biocidi vari che abbiano contenuto sostanze pericolose e contraddistinti da una etichetta di pericolosità	Contentore in plastica rigida di colore Blu da 60 litri 	REPARTO: - <u>IMMETTERE esclusivamente contenitori vuotati del contenuto</u> - <u>APPROVVIGIONARSI</u> delle etichette e del contrassegno "R" adesivi precedentemente etichettati o reperibili presso il referente del Presidio - <u>IDENTIFICARE</u> il contenitore apponendo l'etichetta, compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile, e il contrassegno "R" sulla tanica   Alla voce PRESIDIO specificare: ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichettati, far pervenire la nota di carico al referente del Presidio - APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori, E' VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI CHE RICHIEDONO PARTICOLARI MODALITA' DI SMALTIMENTO

EER 180108

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENTITORE	GESTIONE OPERATIVA
MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI EER 18 01 08 Tutti i rifiuti prodotti da attività sanitaria e assistenziale contaminati da sostanze antiblastiche quali: - contenitori vuoti di farmaci e flebo - deflussori - siringhe - materiale di medicazione - guanti, camici, mascherine, cuffie, ect. - farmaci citotossici e citostatici scaduti Esclusi i taglienti e pungenti , che devono essere smaltiti tra i Rifiuti Sanitari Pericolosi a Rischio Infettivo taglienti e pungenti CER 18 01 03	Contentitore di colore rosso da 35 litri 	REPARTO: - APPROVVIGIONARSI delle etichette e del contrassegno "R" adesivi precedentemente etichettati e reperibili presso il referente del Presidio - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta, compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile, sul coperchio e il contrassegno "R" sull'imballaggio, ove non presente   Alla voce PRODUTTORE specificare: ASL Roma I Presidio di appartenenza e UOC - CONSERVARE I CONTENITORI confezionati nel deposito rifiuti di reparto OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichettati, far pervenire la nota di carico presso il referente del Presidio - APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori È VIETATO TRASPORTARE I CONTENITORI RIVERSI E LASCIARLI INCUSTODITI

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI EER 180109

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA
FARMACI SCADUTI EER 18.01.09 Solidi e liquidi	Confezioni originali (per i reparti) Contenitore in cartone (UOC Farmacia) 	REPARTO: - RESTITUIRE le confezioni alla UOC Farmacia UOC FARMACIA: - APPROVVIGIONARSI delle etichette, del contrassegno "R" - CONFEZIONARE i farmaci scaduti in scatole di cartone differenziando CONFEZIONANDO DISTINTAMENTE I FARMACI SOLIDI DAI FARMACI LIQUIDI privandoli della confezione originale in cartoncino e/o in plastica - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta con la <u>dicatura di farmaci scaduti liquidi</u> o <u>solidi</u> compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile e il contrassegno "R" sull'imballaggio ove non presenti   Alla voce PRODUTTORE specificare: ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC - TRASPORTARE, previo contatto con il referente del Presidio, i contenitori confezionati nel deposito rifiuti centrale dedicato ai rifiuti non a rischio infettivo, far pervenire la nota di carico referente del Presidio

SMALTIMENTO RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO PRODOTTI DALLE UOO DI RADIOLOGIA – EMODINAMICA – SALE OPERATORIE EER 150202

TIPOLOGIA E CODICE EUROPEO RIFIUTO (ELENCO ESEMPLIFICATIVO)	CONTENITORE	GESTIONE OPERATIVA	
ASSORBENTI, MATERIALI FILTRANTI (inclusi filtri dell'olio non specificati altrimenti), STRACCI E INDUMENTI PROTETTIVI, CONTAMINATI DA SOSTANZE PERICOLOSE EER 15.02.02 - Camici piombati da dismettere	Contenitore in plastica rigida di colore Blu da 60 litri 	REPARTO: - APPROVVIGIONARSI delle etichette, del contrassegno "R" - CONFEZIONARE i contenitori con un peso max di 10 Kg - IDENTIFICARE il contenitore apponendo l'etichetta, compilata in ogni sua parte con scrittura leggibile sul coperchio e il contrassegno "R" sull'imballaggio PRODUTTORE..... REPARTO..... CODICE C.E.R..... DATA..... R Alla voce PRODUTTORE specificare: ASL Roma I – Presidio di appartenenza e UOC - CONSERVARE i contenitori nel deposito rifiuti di reparto con allegata la nota di carico OPERATORI DITTA ESTERNA ADDETTI ALL'ASPORTO: - RITIRARE esclusivamente contenitori correttamente confezionati ed etichettati, far pervenire la nota di carico al referente del Presidio - APPROVVIGIONARE il reparto di un congruo numero di contenitori	