

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 1 di 18
--	---	---

PROCEDURA PER LA CORRETTA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI

REDAZIONE	Dott.ssa Eleonora Valente Dirigente Medico U.O.C. Direzione Medica P.O. "Papa Francesco" Ostuni Dott.ssa Francesca Francioso Dirigente Medico U.O.C. Direzione Medica P.O. "Papa Francesco" Ostuni Dott.ssa Chiara Navazio Dirigente Medico U.O.C. Direzione Medica P.O. "Papa Francesco" Ostuni Dott. Stefano Duma Dirigente Medico U.O.C. Direzione Medica P.O. "Papa Francesco" Ostuni
VERIFICA E VALIDAZIONE	Dott. Francesco Paolo Lisena Direttore U.O.C. Direzione Medica P.O. "Papa Francesco" Ostuni Dott. Andrea Domenico A. Molino Direttore U.O.C. Direzione Medica P.O. "A. Perrino" Brindisi Dott.ssa Anna Rita Desantis Direttore U.O.C. Direzione Medica P.O. "D. Camberlingo" Francavilla Fontana Dott. Ignazio Buonsanto Direttore U.O.C. Direzione Amministrativa P.O. "A. Perrino" Brindisi Dott. Andrea Chiari Direttore U.O.C. Direzione Amministrativa PP.OO. Francavilla Fontana – Ostuni Dott.ssa Ada Putignano Dir. Resp. U.O.S. Direzione Amministrativa P.O. "Papa Francesco" Ostuni Ing. Anna Caroli Dir. Resp. Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale Dott.ssa Adelina Usai Dir. Resp. U.O.S.D. Coordinamento Professioni Sanitarie Dott.ssa Maria Natali Esperto Responsabile di Radioprotezione
AUTORIZZAZIONE	Dott. Maurizio De Nuccio Direttore Generale Dott. Vincenzo Gigantelli Direttore Sanitario Avv. Loredana Carulli Direttore Amministrativo

STATO DELLE REVISIONI

REV. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE REVISIONE	DATA
Versione 0			25/09/2025

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 2 di 18
--	---	---

Sommario

1.	PREMESSA.....	3
2.	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
3.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
4.	INDICAZIONI GENERALI E RESPONSABILITÀ	5
4.1.	Modalità Operative.....	6
4.2.	Trasferimento al deposito temporaneo	7
4.3.	Smaltimento di Rifiuti non pericolosi assimilabili agli urbani.....	7
4.4.	Sostanze chimiche diverse da quelle CER 18.01.06 (CER 18.01.07)	8
4.5.	Imballaggi di vetro (Vetro sanitario) (CER 15.01.07).....	8
4.6.	Toner e cartucce esauste (CER 08.03.18)	8
4.7.	Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze (CER 15.01.10)	9
4.8.	Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 18.01.03 solidi e liquidi - taglienti e pungenti)	9
4.9.	Medicinali citotossici e citostatici (CER 18.01.08).....	11
4.10.	Rifiuti Sanitari Radioattivi	12
4.11.	Altri rifiuti sanitari con codici CER (pericolosi e non pericolosi).....	14
5.	FORMULARIO DI IDENTIFICAZIONE RIFIUTI, REGISTRO DI CARICO/SCARICO, RENTRI	14
6.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	16
7.	RIFERIMENTI NORMATIVI E PROVVEDIMENTI AZIENDALI	16

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 3 di 18
--	---	---

1. PREMESSA

Il presente documento descrive la procedura per la gestione delle attività relative alla produzione, trasporto e stoccaggio di rifiuti sanitari non pericolosi e pericolosi nell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi, in particolare contiene la trattazione della gestione dei rifiuti sanitari prodotti esclusivamente in ambito ospedaliero.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

L'applicazione della presente Procedura garantisce una corretta gestione dei rifiuti sanitari ospedalieri al fine di assicurare la minimizzazione dei rischi igienico-sanitari connessi alla loro manipolazione, sia di natura infettiva, che conseguenti alla presenza di sostanze chimiche tossiche e/o nocive e di materiali taglienti. Pertanto, è necessaria la preliminare individuazione della tipologia e delle caratteristiche dei rifiuti prodotti, separando i pericolosi dai non pericolosi, consentendo l'impostazione di un adeguato programma di gestione.

È necessario, altresì, che tutto il personale coinvolto nella gestione dei rifiuti sia a conoscenza dei rischi specifici e sia addestrato a effettuare manovre e operazioni corrette, adottando tutte le opportune misure protettive e precauzionali per la tutela della salute e dell'ambiente. Il mantenimento di uno standard di sicurezza deve essere garantito durante tutte le fasi di gestione, dalla raccolta differenziata presso il luogo di produzione, al deposito temporaneo, al trasporto e sino alle operazioni finali di recupero, riutilizzo o smaltimento.

La Procedura si applica in tutti i Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Locale di Brindisi.

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Rifiuto: qualsiasi sostanza od oggetto di cui il detentore si disfi o abbia l'intenzione o abbia l'obbligo di disfarsi (art. 183, comma 1, lettera a), D. Lgs. 152/2006);

Codice C.E.R. (Codice Europeo dei Rifiuti): sequenza numerica, composta da 6 cifre riunite in coppie, volta ad identificare un rifiuto.

I rifiuti sono classificati, secondo l'origine, in rifiuti urbani e rifiuti speciali e, secondo le caratteristiche di pericolosità, in rifiuti pericolosi e rifiuti non pericolosi.

Il Catalogo Europeo dei Rifiuti è soggetto a periodica revisione.

L'attribuzione del codice C.E.R. spetta al produttore del rifiuto o al detentore.

Rifiuti sanitari: rifiuti che derivano da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del D. Lgs 502/1992, che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla L. 833/1978 (art. 2, co. 1, lett. a), DPR 254/2003), distinti in:

1. rifiuti sanitari non pericolosi;
2. rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani: rifiuti sanitari non pericolosi assoggettati al regime giuridico e alle modalità di gestione dei rifiuti urbani (art. 2, co. 1, lett. d), DPR 254/2003), in

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 4 di 18
--	---	---

funzione delle loro caratteristiche di quantità, qualità e assenza di pericolosità.

Rifiuto pericoloso: rifiuto che presenta una o più caratteristiche di pericolo di cui all'allegato I della parte quarta del D. Lgs 152/2006.

3. rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo;
4. rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo: rifiuti sanitari individuati dai codici CER 18.01.03 e 18.02.02 (art. 2, co. 1, lett. d), DPR 254/2003);
5. rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento.

Produttore del rifiuto: soggetto la cui attività produce rifiuti e soggetto al quale sia giuridicamente riferibile detta produzione (produttore iniziale) o chiunque effettui operazioni di pretrattamento, di miscelazione o altre operazioni che hanno modificato la natura o la composizione di detti rifiuti (nuovo produttore) (art. 183, comma 1, lettera f, del D. Lgs. n. 152/2006).

Detentore: il produttore dei rifiuti o la persona fisica o giuridica che ne è in possesso (art. 183, comma 1, lettera h, del D. Lgs. n. 152/2006).

Gestione: Raccolta, trasporto, recupero, compresa la cernita, e smaltimento dei rifiuti, compresi la supervisione di tali operazioni (art. 183, comma 1, lettera n, del D. Lgs. n. 152/2006).

Raccolta: il prelievo dei rifiuti, compresi la cernita preliminare e il deposito preliminare alla raccolta, ivi compresa la gestione dei centri di raccolta di cui alla lettera "mm", ai fini del loro trasporto in un impianto di trattamento (art. 183, comma 1, lettera o, del D. Lgs. n. 152/2006).

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

Deposito temporaneo prima della raccolta: raggruppamento dei rifiuti ai fini del trasporto degli stessi in un impianto di recupero e/o smaltimento, effettuato, prima della raccolta (art. 183, comma 1, lettera bb), del D.Lgs. n. 152/2006), nel luogo in cui i rifiuti sono prodotti, da intendersi quale l'intera area in cui si svolge l'attività che ha determinato la produzione.

Il deposito temporaneo:

- è un'area centralizzata deputata alla raccolta dei rifiuti prima del loro invio all'esterno;
- deve essere effettuato per categorie omogenee di rifiuti e nel rispetto delle relative norme tecniche, nonché, per i rifiuti pericolosi, nel rispetto delle norme che disciplinano il deposito delle sostanze pericolose in essi contenute;
- devono essere rispettate le norme che disciplinano l'imballaggio e l'etichettatura delle sostanze pericolose.

Formulario di Identificazione dei Rifiuti (FIR): documento di accompagnamento per il trasporto dei rifiuti, contenente tutte le informazioni relative alla tipologia del rifiuto, al produttore, al trasportatore e al destinatario

Registro di Carico/Scarico dei rifiuti (Registro C/S): registro in cui viene documentata tutta la tracciabilità dei rifiuti, della loro produzione e del loro invio a recupero o smaltimento.

Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti (R.E.N.T.Ri.): piattaforma

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 5 di 18
--	---	---

informatizzata per la digitalizzazione dei documenti relativi alla movimentazione e al trasporto dei rifiuti.

Modello Unico di Dichiarazione Ambientale (M.U.D.): dichiarazione annuale obbligatoria che imprese e altri enti devono presentare alla Camera di Commercio per comunicare la quantità e le caratteristiche dei rifiuti prodotti, gestiti (trasportati, recuperati o smaltiti) e raccolti nell'anno precedente.

4. INDICAZIONI GENERALI E RESPONSABILITÀ

Presso le strutture che erogano prestazioni assistenziali sanitarie si producono sia rifiuti considerati non pericolosi che rifiuti considerati pericolosi.

Tra i rifiuti non pericolosi, alcuni rientrano nel circuito dei rifiuti a raccolta differenziata assimilabili agli urbani (secco indifferenziato, organico), altri sono destinati al recupero (vetro, plastica, carta e cartone), altri sono destinati allo smaltimento.

Tra i rifiuti pericolosi, la maggior parte sono destinati allo smaltimento per incenerimento.

I Direttori/Dirigenti Responsabili e gli Incaricati di Funzione di Coordinamento devono vigilare sul personale a loro afferente affinché tali disposizioni vengano rispettate. In particolare:

- I Direttori/Dirigenti Responsabili, ciascuno per la U.O./Servizio di competenza:
 - vigilano sulla corretta applicazione di quanto previsto dalla presente procedura;
 - in caso di segnalazioni di non conformità rilevate durante le attività di produzione e smaltimento dei rifiuti sanitari o di qualsiasi natura, si attivano con la Direzione di Macrostruttura deputata, per le iniziative conseguenti.
- Gli Incaricati di Funzione di Coordinamento:
 - curano l'apposizione della cartellonistica informativa e identificativa previsti nei luoghi di produzione e che devono essere costantemente presenti e visibili (sia per l'utenza che per il personale);
 - assicurano la disponibilità di tutti i contenitori dedicati necessari;
 - sovrintendono alla gestione del servizio;
 - segnalano le non conformità rilevate durante le attività di produzione e smaltimento dei rifiuti sanitari o di qualsiasi natura, al Dirigente Responsabile.
- Tutti gli operatori sanitari sono tenuti al rispetto della normativa ed all'applicazione delle disposizioni aziendali in materia di gestione dei rifiuti.
In particolare gli operatori sanitari durante il loro turno di lavoro, devono:
 - identificare correttamente la tipologia del rifiuto prodotto;
 - eliminare i rifiuti secondo la loro tipologia, raccogliendoli negli appositi contenitori messi a disposizione e seguendo le procedure aziendali, esplicitate nella cartellonistica informativa e nelle procedure operative;
 - il comportamento dei degenti e visitatori in materia di conferimento dei rifiuti.

Il Personale di supporto, ognuno per quanto di competenza, dovrà vigilare e rispettare con diligenza durante lo svolgimento delle proprie attività:

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 6 di 18
--	---	---

- le operazioni di predisposizione dei contenitori negli ambienti lavorativi, per la raccolta dei rifiuti;
- la corretta tenuta dei contenitori;
- la corretta chiusura dei contenitori predisposti a seconda dello specifico rifiuto;
- la corretta e completa compilazione delle etichette identificative, che attesta la presenza all'interno del contenitore del solo materiale previsto da normativa vigente e da Regolamento Aziendale;

Eventuali difformità da quanto previsto saranno rilevate da parte del Direttore/Dirigente Responsabile e dall'Incaricato di Funzione di Coordinamento dell'U.O., segnalate alla Direzione Medica di Presidio.

Il Direttore/Dirigente Responsabile e l'Incaricato di Funzione di Coordinamento dell'U.O si configurano come produttori e detentori dei rifiuti all'interno della U.O./Servizio e rispondono della loro gestione in tutte le singole fasi, in particolare del confezionamento, dello stazionamento, fino al trasporto al deposito temporaneo.

Eventuali difformità rilevate al momento dello stazionamento nei locali predisposti o all'uscita del rifiuto dall'U.O., saranno rilevate dal personale della Direzione Medica di Presidio, e verranno segnalate al Direttore/Dirigente Responsabile e dall'Incaricato di Funzione di Coordinamento dell'U.O./Servizio.

È fatto divieto a tutti gli operatori di abbandonare o depositare i rifiuti, anche solo temporaneamente, negli spazi comuni o nelle aree dedicate ai depositi temporanei.

4.1. Modalità Operative

Per lo smaltimento di qualsiasi rifiuto ospedaliero gli operatori devono:

- indossare dispositivi di protezione individuale (DPI):
 - *scarpe da lavoro;*
 - *guanti* (quando si chiudono e si trasportano i sacchi di plastica e/o contenitori);
 - *ulteriori DPI ove previsti;*
- conferire i rifiuti secondo la loro tipologia nei contenitori/sacchi messi a disposizione dalla ditta appaltatrice, evitando in modo categorico di riaprire e/o toccare e/o schiacciare il contenuto dei contenitori. Eventuali esigenze di riapertura vanno segnalate al Responsabile di Macrostruttura che, ove ritenuto necessario, provvederà a disporre l'apertura del contenitore in modo idoneo;
- chiudere ermeticamente i contenitori e compilare le etichette identificative del rifiuto apponendo il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura;
- i contenitori chiusi devono essere custoditi presso il "Punto di Raccolta" dell'Unità Operativa/Servizio (spazi/area dedicate e opportunamente identificate) fino al momento del ritiro da parte del personale addetto della ditta esterna incaricata per il trasferimento al Deposito Temporaneo.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 7 di 18
--	---	---

4.2. Trasferimento al deposito temporaneo

Il trasporto di qualsiasi tipo di rifiuto deve essere effettuato da personale addetto della ditta esterna incaricata che è tenuto a

- maneggiare con cura i contenitori;
- indossare sempre i DPI: scarpe da lavoro, guanti, e ulteriori DPI così come previsti dal proprio Datore di Lavoro;
- assicurarsi che le etichette siano compilate chiaramente e correttamente (in caso contrario non si procede al ritiro);
- verificare che i contenitori siano ben chiusi;
- utilizzare carrelli idonei al trasporto;
- trasportare i rifiuti chimici con massima precauzione.

4.3. Smaltimento di Rifiuti non pericolosi assimilabili agli urbani

Rientrano in questa categoria:

- tutto il materiale di scarto non contaminato da sangue e/o altri liquidi biologici in quantità tale da renderlo visibile, da feci e/o urine nel caso in cui non sia ravvisata clinicamente dal medico una patologia infettiva trasmissibile attraverso tali escreti;
- i residui di ristorazione (organico);
- i materiali prodotti dalla pulizia dei locali (secco indifferenziato);
- carta (non contenente dati sensibili), confezioni di cartone e cartoni da imballaggio (ridotti di volume) non contaminati;
- vetro non sanitario;
- plastica;
- metalli;
- pile esauste (ritirate dalla Ditta comunale ove previsto).

I rifiuti raccolti in sacchi idonei, dopo essere stati chiusi, vengono ritirati dal personale addetto della ditta esterna incaricata, trasportati al deposito temporaneo per poi essere raccolti e smaltiti dall'Azienda municipale.

Si ricorda che le sacche delle urine – preventivamente svuotate, se non provenienti da pazienti riconosciuti affetti da malattia infettiva – devono essere conferite nei rifiuti assimilabili agli urbani. Qualora la sacca fosse munita di rubinetto, va svuotata direttamente al letto del paziente nella padella, garantendo l'asepsi al fine di ridurre il rischio di infezioni delle vie urinarie correlate all'uso di catetere vescicale. Nel caso in cui la sacca non fosse munita di rubinetto va sostituita e svuotata direttamente nel WC/vuotaio, per caduta gravitazionale, e successivamente conferita nei rifiuti assimilabili agli urbani.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 8 di 18
--	---	---

4.4. Sostanze chimiche diverse da quelle CER 18.01.06 (CER 18.01.07)

- Contenitori usati: taniche trasparenti in polietilene messe a disposizione dalla ditta appaltatrice.
- Tipologia rifiuti: sostanze chimiche non pericolose che rientrano in questa categoria e alcuni residui di laboratorio.

I reflui di laboratorio vanno raccolti in taniche trasparenti di polietilene; una volta riempite vanno chiuse con l'apposito tappo a vite e sulle stesse va poi apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura.

Le taniche vanno ritirate dal personale addetto della ditta esterna incaricata e trasferite nel deposito temporaneo per essere poi consegnate periodicamente alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.5. Imballaggi di vetro (Vetro sanitario) (CER 15.01.07)

- Contenitori usati: specifici contenitori rigidi messi a disposizione dalla ditta appaltatrice.
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria i contenitori in vetro di farmaci e soluzioni da infusione non contaminate da sangue o farmaci antiblastici.

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 chiusi, dopo aver apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura e codice C.E.R., vengono ritirati dal personale addetto della ditta esterna incaricata e trasferiti nel deposito temporaneo per essere poi consegnati alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.6. Toner e cartucce esauste (CER 08.03.18)

- Contenitori usati: sacco idoneo già posto in contenitore specifico messo a disposizione dalla ditta appaltatrice.
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria tutti i toner e le cartucce esauste presenti nei reparti di degenza, servizi, uffici e considerati non pericolosi.

I toner e le cartucce vengono conferiti in apposti contenitori contenenti sacco idoneo. I contenitori devono essere chiusi dopo aver legato il sacco interno con apposite fascette; sugli stessi va apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura e codice C.E.R. I contenitori chiusi vengono ritirati dal personale addetto della ditta esterna incaricata e trasferiti nel deposito temporaneo per essere poi consegnati alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 9 di 18
--	---	---

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.7. Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze (CER 15.01.10)

- Contenitori usati: contenitori specifici, con o senza idonea busta, messi a disposizione dalla ditta appaltatrice; i contenitori forniti di busta verranno riciclati, a differenza di quelli che ne sono privi.
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria tutti gli imballaggi in plastica e in vetro contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze.

Gli imballaggi contaminati vanno conferiti in specifici contenitori con o senza idonea busta. Per i rifiuti conferiti nella busta, dopo la chiusura, sulla stessa va apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura e codice C.E.R. Per i rifiuti conferiti direttamente nei contenitori, dopo la chiusura, sugli stessi va apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data di chiusura e codice C.E.R.

I predetti contenitori e/o buste vengono ritirati dal personale addetto della ditta eterna incaricata e trasferiti al deposito temporaneo per essere poi consegnati periodicamente alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.8. Rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (CER 18.01.03 solidi e liquidi - taglienti e pungenti)

- Contenitori usati: specifici contenitori rigidi messi a disposizione dalla ditta appaltatrice (sacchi idonei in contenitori specifici, contenitori rigidi in polietilene porta-aghi, taniche in plastica trasparente poste in contenitori specifici):



 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 10 di 18
--	---	--

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

I rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, devono essere inseriti nell'apposito contenitore, riportanti la scritta "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO" e il simbolo di rischio biologico e la "R" nera su fondo giallo. Gli stessi devono essere conservati integri, in ambienti asciutti e puliti, distanti da fonti di calore o di vapore. All'interno del contenitore deve sempre essere inserito l'idoneo sacco a perdere in plastica impermeabile.

I rifiuti da inserire nei sacchi devono essere il più possibile selezionati, onde ridurre 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 operatori dell'U.O./Servizio dovranno chiudere il sacco interno con apposito laccio, quando si presenta ai $\frac{3}{4}$ della capienza o a fine giornata/attività. Se il contenitore è riempito in minima parte, è possibile chiudere solo il sacco e posizionarne un altro all'interno, fino al riempimento dei $\frac{3}{4}$ della capienza, volume oltre il quale i contenitori rigidi non vanno mai riempiti. I rifiuti all'interno dei contenitori non devono essere pressati né manipolati.

Quando il contenitore è stato riempito per $\frac{3}{4}$, occorre richiuderlo (dopo aver legato/chiuso il sacco interno) e compilare l'etichetta con **il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio e la data e ora di chiusura. Sia i contenitori che i sacchi interni sono già etichettati a norma di legge. I contenitori chiusi non devono essere riaperti.**

All'interno dei sacchi non va aggiunto alcun tipo di disinfettante, né devono essere effettuate procedure di sterilizzazione.

Si ricorda che le sacche delle urine **solo se provenienti da pazienti riconosciuti affetti da malattia infettiva** devono essere conferite direttamente nei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

➤ **Aghi e taglienti**

Una particolare tipologia di rifiuti solidi a rischio infettivo è costituita dai taglienti e pungenti, che, per la loro capacità di ledere la cute, presentano un rischio permanente di veicolare infezioni quando vengono manipolati, anche se non visibilmente contaminati da sangue o altri liquidi biologici. Il Decreto Ministeriale 28 settembre 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 dagli altri supporti né in alcun modo manipolati o re-incappucciati, ma riposti, per l'eliminazione, in appositi contenitori resistenti al taglio e alla puntura"*.

I contenitori utilizzati sono rigidi e devono recare con evidenza la scritta "RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI TAGLIENTI E PUNGENTI" e il simbolo del rischio biologico. Tali contenitori non devono essere riempiti oltre la linea di massimo contenimento indicata, corrispondente a circa $\frac{3}{4}$ della loro capacità. Devono essere chiusi ermeticamente e successivamente inseriti nel contenitore rigido impiegato per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo

Aghi, bisturi e taglienti devono obbligatoriamente essere inseriti dentro il contenitore dedicato,

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 11 di 18
--	---	--

anche se non contaminati e non devono sporgere dall'apertura del contenitore onde evitare possibili infortuni.

Il trasporto interno è svolto sotto la responsabilità dell'operatore che la effettua.

I contenitori chiusi devono essere custoditi nell'Unità Operativa/Servizio fino al momento del ritiro da parte del personale addetto della ditta esterna incaricata per il trasferimento al deposito temporaneo. Tali contenitori sono allontanati utilizzando carrelli o gabbie, dal personale addetto della ditta esterna incaricata, e trasportati nel deposito temporaneo. La ditta appaltatrice autorizzata allo smaltimento provvede al ritiro in base alle scadenze previste dal contratto d'appalto.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

In caso di contaminazione cute/mucose o di puntura incidentale con materiale potenzialmente infetto occorre attenersi alla procedura aziendale per gli infortuni a rischio biologico.

➤ **Spargimento**

Nel caso in cui, durante il percorso di movimentazione dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, si verifichi un evento che comporti una fuoriuscita di materiale biologico, l'operatore sanitario e/o l'operatore addetto della ditta esterna incaricata deve:

- indossare adeguati DPI: scarpe da lavoro, guanti, mascherina, ecc. (nello specifico il personale della ditta esterna incaricata dovrà attenersi scrupolosamente all'uso dei DPI così come previsto dal proprio Datore di Lavoro);
- versare granuli assorbenti a base di cloro sul materiale organico;
- attendere cinque minuti e poi rimuovere il tutto con panni monouso di carta assorbente;
- eliminare i panni e i DPI monouso nei rifiuti pericolosi a rischio infettivo;
- lavare le mani con sapone antisettico
- indossare nuovi DPI monouso e detergere e disinfettare accuratamente la zona e/o le attrezzature contaminate;
- eliminare i DPI monouso e i dispositivi contaminati utilizzati per la detersione/disinfezione nei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

4.9. Medicinali citotossici e citostatici (CER 18.01.08)

- Contenitori usati: sacchi idonei in contenitori specifici
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria tutti i materiali residui o contaminati da farmaci antiblastici (flaconi, deflussori, guanti, siringhe etc.)

I rifiuti devono essere inseriti in sacchi idonei posti in contenitori specifici.

I contenitori devono essere chiusi dopo aver legato il sacco interno con apposite fascette; sugli stessi va poi apposto il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio, la data e ora di chiusura

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 12 di 18
--	---	--

e codice C.E.R. I contenitori chiusi, vengono ritirati dal personale addetto della ditta esterna incaricata e trasferiti al deposito temporaneo per essere poi consegnati periodicamente alla ditta appaltatrice per lo smaltimento.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.10. Rifiuti Sanitari Radioattivi

➤ **Rifiuti Sanitari Radioattivi prodotti dall'U.O. Medicina Nucleare**

- Contenitori usati: gli stessi contenitori utilizzati per i Rifiuti Pericolosi a Rischio Infettivo
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria i rifiuti solidi provenienti dall'attività di medicina nucleare in senso stretto e quindi derivanti dai processi di preparazione, somministrazione del radiofarmaco e quelli prodotti dai pazienti durante la loro permanenza presso l'U.O. Medicina Nucleare (fazzoletti, garze, ecc.)

Quando il contenitore è stato chiuso (dopo aver legato/chiuso il sacco interno) è necessario compilare l'etichetta con **il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio e la data e ora di chiusura e il numero progressivo che identifica il rifiuto stesso.**

Inoltre, per ogni contenitore, deve essere compilato, a cura del personale dell'U.O. Medicina Nucleare, il modulo *Allegato 1* riportante:

- il numero progressivo;
- la data di chiusura;
- gli isotopi presenti;
- il rateo di dose a contatto di ogni collo misurato alla chiusura.

Il modulo *Allegato 1* verrà poi trasmesso all'Esperto Responsabile di Radioprotezione.

Il confezionamento e la compilazione del modulo identificativo del rifiuto avvengono nel locale identificato quale Punto di Raccolta dell'U.O. Successivamente i contenitori contenenti i Rifiuti Sanitari Radioattivi devono essere trasferiti nel Deposito Temporaneo del Presidio dal personale addetto della ditta esterna incaricata.

Trascorsi almeno 25 giorni dalla data di chiusura (tempo necessario per garantire valori di concentrazione dei radioisotopi inferiori ai limiti nella Tabella I-1 B dell'allegato I del D. Lgs. 101/2020) l'Esperto Responsabile di Radioprotezione con frequenza settimanale esegue l'ultima misurazione, per verificare che il rateo di esposizione a contatto abbia raggiunto i livelli del fondo ambientale.

In seguito l'Esperto Responsabile di Radioprotezione trasmette all'U.O. Medicina Nucleare l'elenco dei contenitori che possono essere smaltiti identificati dal numero progressivo.

Da tale momento, il personale dell'U.O. Medicina Nucleare avrà cura di contattare la ditta incaricata per lo smaltimento.

L'U.O.S.D. Fisica Sanitaria provvederà alla trasmissione del riepilogo annuale relativo ai materiali o rifiuti solidi o liquidi allontanati agli organi del SSN e alle ARPA/APPA competenti per territorio nonché

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 13 di 18
--	---	--

all'ISIN (ex art 54 comma 8 del D.Lgs. 101/2020).

➤ **Rifiuti Sanitari Radioattivi prodotti dalle UU.OO.**

- Contenitori usati: gli stessi contenitori utilizzati per i Rifiuti Pericolosi a Rischio Infettivo
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria i rifiuti provenienti dai pazienti ricoverati presso le UU.OO. del Presidio Ospedaliero che hanno effettuato indagini di Medicina Nucleare con conseguente somministrazione di un radiofarmaco.

Qualsiasi materiale utilizzato (guanti, sacche di urine, lenzuolini e ogni altro oggetto che può essere venuto a contatto con gli escreti del paziente) deve essere smaltito in un contenitore dedicato nel quale devono essere depositati esclusivamente i materiali provenienti da pazienti trattati con radiofarmaci.

Quando il contenitore è stato chiuso (dopo aver legato/chiuso il sacco interno) è necessario compilare l'etichetta con **il nome della Macrostruttura, dell'Unità Operativa/Servizio e la data e ora di chiusura.**

Inoltre, per ogni contenitore, deve essere compilato, il modulo *Allegato 2* riportando solo:

- la data di chiusura;
- gli isotopi presenti (reperibili sul referto dell'indagine medico-nucleare eseguita dal paziente);
- eventuale presenza di sacche/pannoloni.

Successivamente, dopo almeno tre giorni di giacenza nel Punto di Raccolta dell'U.O., i contenitori provvisti di modulo allegato, devono essere trasferiti dal personale addetto della ditta esterna incaricata presso l'U.O. di Medicina Nucleare nel locale adibito a Punto di Raccolta. Il trasferimento avverrà previ accordi dell'U.O. di degenza del paziente con la U.O. Medicina Nucleare (nella figura dell'Inc. di Funz. di Coordinamento e/o suo delegato), nelle giornate e nei tempi stabiliti da quest'ultima.

Una volta che il contenitore è giunto presso il Punto di Raccolta dell'U.O. Medicina Nucleare, sull'etichetta del contenitore verrà riportato il numero progressivo che identifica il rifiuto stesso e sull'*Allegato 2* verrà riportato il rateo di dose a contatto.

Il modulo *Allegato 2* verrà poi trasmesso all'Esperto Responsabile di Radioprotezione.

Il confezionamento e la compilazione del modulo identificativo del rifiuto avvengono nel locale identificato quale Punto di Raccolta dell'U.O. Medicina Nucleare. Successivamente i contenitori contenenti i Rifiuti Sanitari Radioattivi devono essere trasferiti nel deposito temporaneo del Presidio dal personale addetto della ditta esterna incaricata.

Trascorsi almeno 25 giorni dalla data di chiusura (tempo necessario per garantire valori di concentrazione dei radioisotopi inferiori ai limiti nella Tabella I-1 B dell'allegato I del D. Lgs. 101/2020) l'Esperto Responsabile di Radioprotezione con frequenza settimanale esegue l'ultima misurazione, per verificare che il rateo di esposizione a contatto abbia raggiunto i livelli del fondo ambientale.

In seguito l'Esperto Responsabile di Radioprotezione trasmette all'U.O. Medicina Nucleare l'elenco dei contenitori che possono essere smaltiti identificati dal numero progressivo.

Da tale momento, il personale dell'U.O. Medicina Nucleare avrà cura di contattare la ditta incaricata

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 14 di 18
--	---	--

per lo smaltimento.

L'U.O.S.D. Fisica Sanitaria provvederà alla trasmissione del riepilogo annuale relativo ai materiali o rifiuti solidi o liquidi allontanati agli organi del SSN e alle ARPA/APPA competenti per territorio nonché all'ISIN (ex art 54 comma 8 del D.Lgs.101/2020).

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

4.11. Altri rifiuti sanitari con codici CER (pericolosi e non pericolosi)

- Contenitori usati: supporti e contenitori idonei
- Tipologia rifiuti: rientrano in questa categoria:
 - pellicole e lastre radiografiche (CER 09.01.07) – ad esaurimento
 - apparecchiature fuori uso sanitarie ed informatiche (pericolose – CER 16.02.11 – 16.02.13 e non pericolose CER 16.02.14)
 - carta ospedaliera con dati sensibili (CER 15.01.01)
 - batterie al piombo (CER 16.06.01)

Il materiale viene allontanato dalle Unità Operative dal personale addetto della ditta esterna incaricata e trasportato al deposito temporaneo per poi essere consegnato alla ditta appaltatrice per lo smaltimento/recupero secondo le modalità di smaltimento concordate tra Azienda e ditta appaltatrice.

Gli operatori sono tenuti a indossare adeguati DPI durante tutte le fasi di produzione, confezionamento, movimentazione, smaltimento, trasporto e stoccaggio dei rifiuti e relativi contenitori e a manipolarli con cautela.

5. FORMULARIO DI IDENTIFICAZIONE RIFIUTI, REGISTRO DI CARICO/SCARICO, RENTRI

Il **Formulario di Identificazione dei Rifiuti (FIR)** è un documento di accompagnamento per il trasporto dei rifiuti, contenente tutte le informazioni relative alla tipologia del rifiuto, al produttore, al trasportatore ed al destinatario. Il FIR è uno degli adempimenti che con il M.U.D. (Modello Unico di Dichiarazione Ambientale) e con il Registro di Carico e Scarico dei rifiuti, servono a controllare il flusso della produzione dei rifiuti speciali.

L'emissione del FIR è a cura del produttore del rifiuto, in caso di sua impossibilità l'emissione del documento può essere a cura del trasportatore, rimanendo tuttavia in vigore le responsabilità del produttore su quanto in esso dichiarato.

La compilazione dei formulari di identificazione dei rifiuti deve avvenire secondo le norme vigenti. In particolare il FIR deve contenere le seguenti informazioni:

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

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 15 di 18
--	---	--

- 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 C.E.R. e la classe di pericolo, stato fisico, caratteristiche di pericolo, n° colli o contenitori conferiti;
- destinazione del rifiuto (smaltimento o recupero);
- quantità trasportata;
- indicazione del percorso del rifiuto;
- 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 (i soggetti delegati alla firma per il produttore sono i Medici di Direzione o altro personale munito di delega ufficiale dal Direttore Sanitario/Direttore Medico di Presidio);
- la targa dell'automezzo e dell'eventuale rimorchio utilizzato;
- la data e l'ora dell'inizio del trasporto.

Il numero del FIR deve essere indicato nel Registro di Carico e Scarico; parimenti nel formulario deve essere indicato il riferimento dei movimenti di carico e scarico.

Le copie del FIR devono essere conservate, come disposto dal D.lgs. n. 116 del 03/09/2020, per un periodo di **tre anni**.

Il Registro di Carico/Scarico dei rifiuti (Registro C/S) è un registro in cui viene documentata tutta la tracciabilità dei rifiuti, della loro produzione e del loro invio a recupero o smaltimento. Ogni azienda che produce rifiuti pericolosi ha l'obbligo di tenere il registro, secondo quanto previsto dalla normativa D.lgs. 152/2006 e ss.mm.ii., che stabilisce quali sono i soggetti che devono assolvere a tale obbligo. Il Registro di Carico e Scarico, deve essere completato con i dati relativi alla ditta, alla residenza e al codice fiscale prima della vidimazione.

Il Decreto Legislativo n. 59 del 4 Aprile 2023 ha introdotto il **sistema elettronico di tracciabilità dei rifiuti** che si compone delle procedure e degli strumenti di tracciabilità dei rifiuti (FIR e Registri C/S) integrati nel Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti (R.E.N.T.Ri.). Pertanto, dal 13 febbraio 2025 tutte le Strutture Ospedaliere dell'ASL sono registrate a tale sistema.

Da tale data sono stati introdotti i nuovi modelli di FIR e Registro di C/S e, nello specifico:

- il FIR ad oggi stampato su moduli A4, è riprodotto in due copie (non più quattro come in precedenza) viene compilato, datato e firmato dal produttore/detentore (Direttore Medico di Presidio o suo delegato) e sottoscritto altresì dal trasportatore.

Delle due copie, una copia rimane presso il produttore o il detentore mentre l'altra segue i rifiuti e viene sottoscritta e datata in arrivo dal destinatario che rilascia una riproduzione al trasportatore, contenente le informazioni relative all'arrivo a destinazione e successivo smaltimento. Il trasportatore provvede poi a trasmetterne una copia al produttore o al detentore, o agli operatori coinvolti nelle diverse fasi del trasporto, mediante consegna diretta/PEC/servizi eventualmente implementati e resi disponibili dalla piattaforma informatizzata R.E.N.T.Ri.

- un operatore amministrativo (della Direzione Amministrativa e/o Medica di Presidio

Ospedaliero) provvederà alla registrazione dei dati contenuti sul FIR, trasmessogli dalla Direzione Medica di Presidio, sul Registro di C/S elettronico sulla piattaforma informatizzata R.E.N.T.Ri. e alla relativa trasmissione mensile;

- l'operatore amministrativo (della Direzione Amministrativa e/o Medica di Presidio Ospedaliero), inoltre, annualmente provvederà alla compilazione del Modello Unico di Dichiarazione Ambientale (M.U.D.) A partire dalla prima annualità successiva alle scadenze stabilite per l'iscrizione al R.E.N.T.Ri., il Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica tramite piattaforma informatizzata R.E.N.T.Ri. rende disponibile annualmente un modello precompilato da integrare, ove necessario.

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Direzione Medica di Presidio	Direttore/Dir. Resp. U.O.	Incaricato di Funz. di Coord. U.O.	Personale di supporto	Personale addetto al trasporto (Ditta in appalto)
Attività di vigilanza e controllo applicazione procedura	R	R	R	C	I
Raccolta dei rifiuti all'interno dell'U.O.	I	I	C	R	
Confezionamento e identificazione dei contenitori		I	C	R	
Gestione del Punto di Raccolta		I	R	C	
Ritiro rifiuti dal Punto di Raccolta dell'U.O. al Deposito temporaneo		I	C	C	R
Gestione deposito temporaneo e aree ecologiche	R				C

R: responsabile; C: coinvolto; I: informato

7. RIFERIMENTI NORMATIVI E PROVVEDIMENTI AZIENDALI

- Legge 09/11/88 n. 475 "Conversione in legge con modificazioni del DL 09/09/88 n. 397 recante disposizioni urgenti in materia di smaltimento dei rifiuti industriali";
- Legge 25/01/94 n. 70 "Norme per la semplificazione degli adempimenti in materia ambientale, sanitaria e di sicurezza pubblica nonché per l'attuazione del sistema di cogestione e di audit ambientale";
- Decreto Legislativo 17/03/95 n. 230 "Attuazione delle direttive EURATOM 80 / 836, 84 / 467,

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 17 di 18
--	---	--

84 / 466, 89 / 618, 90 / 641 e 92 / 3 in materia di radiazioni ionizzanti;

- Decreto Legislativo 08/11/97 n. 389 “Modifiche ed integrazioni al decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, in materia di rifiuti, di rifiuti pericolosi, di imballaggi e di rifiuti di imballaggio”;
- Decreto Ministero Ambiente 01/04/98 n. 145 “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 D. Lgs. 05/02/97 n. 22”;
- Decreto Ministero Ambiente 01/04/98 n. 148 “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 decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22”;
- Circolare 4/8/1998 n. GAB/DEC/912/98 “Circolare esplicativa sulla compilazione dei registri di carico e scarico dei rifiuti e dei formulari di accompagnamento dei rifiuti trasportati individuati rispettivamente dal D.M. 01/04/98 n. 145 e D.M. 01/04/98 n. 148”;
- Decreto Legislativo 11/05/99 n. 152: “Disposizioni sulla tutela delle acque dall'inquinamento e recepimento della direttiva 91/271/CEE concernente il trattamento delle acque reflue urbane e della direttiva 91/676/CEE relativa alla protezione delle acque dall'inquinamento provocato dai nitrati provenienti da fonti agricole”;
- Direttiva Ministeriale 09/04/2002 – 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 rifiuti”;
- D.P.R. 15/07/2003, n. 254: “Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell’articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179”;
- Decreto Legislativo 3/04/2006, n. 152: “Norme in materia ambientale” (Testo Unico) con ss.mm.ii.;
- Decreto Legislativo 16 gennaio 2008, n. 4: “Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale”;
- Decreto Legislativo 9 Aprile 2008, n. 81: “Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro”;
- Decreto Legislativo 03/08/09 n. 106: Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- Decreto Ministeriale 17/12/2009 “Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – SISTRI” e ss.mm.ii.;
- Decreto Ministeriale 15/02/2010 “Modifiche ed integrazioni al Decreto 17/12/2009 recante “Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – SISTRI “ai sensi dell’art. 189 del D. Lgs. n. 152 del 2006 e art. 14 bis del D. Lgs 78 del 2009 convertito con modificazioni della L.102/2009”;
- Decreto Ministeriale 09/07/10: Modifiche ed integrazioni al Decreto 17/12/2009 recante Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – SISTRI ai sensi dell’art. 189 del D. Lgs. n. 152 del 2006 e art. 14 bis del D. Lgs 78 del 2009 convertito con modificazioni della L.102/2009;
- Decreto Legislativo 3/12/2010 n. 205 “Attuazione della Direttiva 2008/98 relativa ai rifiuti”;
- Decreto Ministeriale 18/02/2011 n. 52 “Regolamento recante Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti – SISTRI ai sensi dell’art. 189 del D. Lgs. n. 152 del 2006 e

 ASL Brindisi PugliaSalute	Procedura per la Corretta Gestione dei Rifiuti Ospedalieri	PROCEDURA AZIENDALE ASL BRINDISI settembre 2025 Pagina 18 di 18
--	---	--

art. 14 bis del D. Lgs 78 del 2009 convertito con modificazioni della L.102/2009”;

- Decreto Legislativo 03/09/2020 n. 116 “Attuazione della direttiva (UE) 2018/851 che modifica la direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti e attuazione della direttiva (UE) 2018/852 che modifica la direttiva 1994/62/CE sugli imballaggi e i rifiuti di imballaggio”;
- Decreto Legislativo 31/07/2020 n. 101 “Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117”;
- Nota prot. n. 86624 del 12/10/2023 a firma della Direzione Medica P.O. “A. Perrino di Brindisi “Procedura allontanamento ROT potenzialmente radioattivi – AGGIORNAMENTO”;
- Decreto Legislativo 04/04/2023 n. 59 “Disciplina del sistema di tracciabilità dei rifiuti e del registro elettronico nazionale per la tracciabilità dei rifiuti ai sensi dell’articolo 188-bis del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152”.



ASL Brindisi
PugliaSalute

**Procedura per la
Corretta Gestione
dei Rifiuti Ospedalieri**

**PROCEDURA AZIENDALE
ASL BRINDISI**

settembre 2025 **ALLEGATO 1**

**MODULO DA ALLEGARE AL CONTENITORE PER RIFIUTI SANITARI RADIOATTIVI
PRODOTTO DALLA U.O. MEDICINA NUCLEARE**

A CURA DELL'U.O. DI MEDICINA NUCLEARE

Numeri identificativo e seriale (nnn/aaaa)

Data Chiusura

Isotopi presenti:

☐

Tc

☐

^{123}I

☐

^{131}I

☐

^{111}I

☐

^{75}Se

☐

^{18}F

☐

^{68}Ga

Data controllo

Rateo a contatto (gSv/h)

Firma

A CURA DELL'U.O.S.D. FISICA SANITARIA

Data di autorizzazione all'allontanamento

Data effettiva allontanamento

Rateo a contatto (gSv/h)

Firma TSRM

Firma dell'Esperto di Radioprotezione

**MODULO DA ALLEGARE AL CONTENITORE PER RIFIUTI SANITARI RADIOATTIVI
PRODOTTO DALLA U.O. _____**

A CURA DEL REPARTO DI DEGENZA

Data Chiusura

Isotopi presenti:

☐

Tc

☐

¹²³I

☐

¹³¹I

☐

¹¹¹I

☐

⁷⁵Se

☐

¹⁸F

☐

⁶⁸Ga

Presenza di sacche/pannoloni

☐

SI

☐

NO

A CURA DELL'U.O. MEDICINA NUCLEARE

Numeri identificativo e seriale (nnn/aaaa)

Data controllo

Rateo a contatto (ySv/h)

Firma TSRM

A CURA DELL'U.O.S.D. FISICA SANITARIA

Data di autorizzazione all'allontanamento

Data effettiva allontanamento

Rateo a contatto (gSv/h)

Firma TSRM

Firma dell'Esperto di Radioprotezione