

Deliberazione N. 0000360 del 27/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000400 del 23/02/2026

Oggetto:

APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 23/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 23/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 23/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 24/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 25/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 26/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: b0871a61198024cffe84786b5820d457ed80e5a2600fdbb38b800571c64b121e

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

VISTO

il Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 e s.m.i. (Testo Unico Ambientale), Parte IV, recante Norme in materia di gestione dei rifiuti;

VISTO

il Decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 2003, n. 254, recante Regolamento concernente la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari;

VISTO

il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

VISTO

il Decreto Legislativo 3 dicembre 2010, n. 205, di attuazione della Direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti;

VISTA

la Decisione della Commissione 2014/955/UE del 18 dicembre 2014, che modifica la Decisione 2000/532/CE relativa all’elenco europeo dei rifiuti (CER);

VISTO

il Regolamento (UE) n. 1357/2014 della Commissione del 18 dicembre 2014, recante criteri per l’attribuzione delle caratteristiche di pericolo ai rifiuti;

VISTO	il Regolamento (CE) n. 1272/2008 (CLP), relativo alla classificazione, etichettatura e imballaggio delle sostanze e delle miscele;
VISTA	la Direttiva 2008/68/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio, relativa al trasporto interno di merci pericolose, nonché l'Accordo ADR vigente e successive modificazioni e integrazioni;
VISTO	il Decreto Legislativo 3 settembre 2020, n. 116, di attuazione delle Direttive (UE) 2018/851 e 2018/852 in materia di rifiuti e imballaggi;
VISTO	il Decreto del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica 4 aprile 2023, n. 59, istitutivo del Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti (RENTRI);
VISTO	il Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e il Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, in materia di protezione dei dati personali;
VISTE	le vigenti disposizioni regionali in materia di tutela ambientale e gestione dei rifiuti.
VISTA	la mappatura del rischio sanitario effettuata dalla Regione Lazio e il relativo audit eseguito in data 11/03/2025;
PRESO ATTO	del report inerente la mappatura citata al capoverso precedente, inviato all'A.O. S.Camillo Forlainini e indicante le azioni di miglioramento attese entro il 28/02/2026;
PRESO ATTO	delle osservazioni contenute nel suddetto report concernenti la gestione dei rifiuti, che prevedono la necessità di revisionare la procedura aziendale in materia;
VISTO	l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "regolamento sulla gestione dei rifiuti ospedalieri" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
RITENUTO OPPORTUNO	modificare le vigenti regolamentazioni in materia di rifiuti adottando la procedura citata al capoverso precedente;
CONSIDERATO	che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
VERIFICATO	che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;
ATTESTATO	che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di rifiuti e, pertanto, di approvare l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "regolamento sulla gestione dei rifiuti ospedalieri" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla pagina intranet dedicata all'Igiene Ospedaliera;

IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, "Approvazione del Regolamento sulla gestione dei rifiuti ospedalieri dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini" presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare le vigenti regolamentazioni in materia di rifiuti e, pertanto, di approvare l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale "regolamento sulla gestione dei rifiuti ospedalieri" che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale nonché sulla pagina intranet dedicata all'Igiene Ospedaliera;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 1 di 52

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento:			
	Roberto Locci	UOSD Rischio Clinico	Coord. Inf.	Firmato
	Marco Mastrucci		Infermiere	Firmato
	Coordinatore:	UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera		
	Vanessa Mondillo		Medico	Firmato
	Componenti:			
	Anna Miani	<i>UOSD PDTA Percorsi Ambulatoriali e Liste di Attesa</i>	Medico	Firmato
	Stefano Polidori	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Coord. Inf.	Firmato
	Angela Rita Sanzarello	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Infermiere	Firmato
	Angelo Pochini	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Infermiere	Firmato
Antonio Tauro	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Infermiere	Firmato	
Fabio Piccirilli	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Infermiere	Firmato	
Francesca Di Pietro	<i>UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera</i>	Infermiere	Firmato	

		Firma
VERIFICA	Dott. Luca Casertano Responsabile UOSD Rischio Clinico	Firmato
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	Si veda atto deliberativo
VALIDAZIONE	Dott. Angelo Aliquò Direttore Generale	Si veda atto deliberativo

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 2 di 52

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
01	11/02/2026	Revisione	A cura del Responsabile UOSD Rischio Clinico

<i>TRASMESO IL: 17/02/2026</i>	<i>CODIFICATO IL: 17/02/2026</i>	<i>DISTRIBUITO IL:</i>
--------------------------------	----------------------------------	------------------------

Lista di distribuzione (I livello)
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 3 di 52

INDICE

1.	PREMESSA	6
2.	SCOPO	6
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4.	RIFERIMENTI NORMATIVI	7
5.	DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI	8
	5.1 Definizioni	8
	5.2 Abbreviazioni	11
6.	CATALOGO EUROPEO DEI RIFIUTI (C.E.R.)	12
7.	CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI GENERATI DALL’AZIENDA OSPEDALIERA..	13
8.	RACCOLTA DEI RIFIUTI PRODOTTI	14
9.	PITTOGRAMMI	14
10.	FASI DI PROCESSO DI GESTIONE DEI RIFIUTI	17
11.	LIVELLI DI RESPONSABILITA’	18
	11.1 Matrice della Responsabilità.....	20
12.	DEPOSITO TEMPORANEO DI RIFIUTI SPECIALI	21
13.	AREA ECOLOGICA PER I RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI	21
14.	REGISTRAZIONE DI CARICO E SCARICO DEI RIFIUTI	21
15.	TRASPORTO DEI RIFIUTI	22
16.	SMALTIMENTO/RECUPERO DEI RIFIUTI	22
17.	MONITORAGGIO	22

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 4 di 52

18. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	23
18.1 Bibliografia	23
18.2 Sitografia	24
19. SCHEDE OPERATIVE.....	25
1 Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio infettivo. (CER 18.01.03*)	25
2 Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio infettivo che richiedono ulteriori e specifiche modalità di gestione. (CER 18.01.03*)	28
3 Rifiuti Sanitari Pericolosi non a rischio infettivo - Rifiuti di sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose (CER 18.01.06*)	30
4 Rifiuti Sanitari Pericolosi non a rischio infettivo - Parti anatomiche non riconoscibili in soluzione di formaldeide (CER 18.01.06*)	32
5 Rifiuti Sanitari Pericolosi non a rischio infettivo - Medicinali citotossici e citostatici del settore sanitario o da attività di ricerca collegate (CER 18.01.08*)	33
6 Rifiuti Sanitari Non Pericolosi - Farmaci Scaduti (CER 18.01.09*)	35
7 Rifiuti da imballaggi di scarto contaminati da sostanze pericolose (CER 15.01.10*)	36
8 Materiali assorbenti come filtri esausti contaminati da sostanze pericolose (CER 15.02.02*)	37
9 Toner per stampa esausti (CER 08.03.17*)	38
10 Rifiuti da apparecchiature elettriche ed elettroniche (CER 16.02.11*- 16.02.13* - CER 16.02.14*)	39
11 Accumulatori di piombo (CER 16.06.01*)	40
12 Batterie al Nichel-Cadmio (CER 16.06.02*), Batterie Alcaline (CER 16.06.04) e altre batterie (CER 16.06.05)	41
13 Carta e pellicole per la fotografia contenenti argento o composti dell'argento (CER 09.01.07) non contenenti argento o composti dell'argento (CER 09.01.08)	42
14 Resine a scambio ionico sature o esauste (CER 19.09.05)	43
15 Rifiuti ingombranti assimilabili agli urbani (CER 20.03.07)	44

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 5 di 52

16	Rifiuti assimilabili agli urbani recuperabili – Imballaggi in cartone (CER 15.01.01)	45
17	Rifiuti assimilabili agli urbani recuperabili – Carta e cartoncino (CER 20.01.01)	46
18	Rifiuti assimilabili agli urbani – Carta contenente dati sensibili che richiedono ulteriori e specifiche modalità di gestione (CER 20.01.01)	47
19	Rifiuti assimilabili agli urbani recuperabili – Contenitori in plastica (CER 15.01.02) e multimateriale (CER 15.01.06)	48
20	Rifiuti assimilabili agli urbani recuperabili – Imballaggi in vetro _flaconi in vetro per fleboclisi (CER 15.01.07)	49
21	Rifiuti assimilabili agli urbani recuperabili – Imballaggi in vetro di uso comune (CER 15.01.07)	50
22	Rifiuti assimilabili agli urbani – Imballaggi in legno (CER 15.01.03)	51
23	Rifiuti assimilabili agli urbani non differenziati (CER 20.03.01)	52

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 6 di 52

1 – PREMESSA

I rifiuti, sia allo stato solido che allo stato liquido, possono rappresentare caratteristiche di pericolo per le persone e per l'ambiente. I rifiuti generati dall'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (AOSCF) presentano rischi specifici correlati alle diverse attività svolte. Nell'organizzazione del lavoro, all'interno delle varie strutture, si deve tener conto della "Gestione dei rifiuti" considerata alla stregua di un macro-processo che interessa trasversalmente tutta l'organizzazione sanitaria. Nell'ambito di una gestione controllata dei rifiuti, vengono quindi formalizzate le modalità operative standardizzate che promuovono la tutela della sicurezza degli operatori, la tutela dell'ambiente e il rispetto degli obblighi derivanti dai dettami normativi.

Il presente regolamento viene redatto a titolo di revisione del precedente documento, con gli aggiornamenti nella normativa e nelle modalità organizzative e operative, anche a seguito dell'introduzione del recente applicativo informatico **Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti (RENTRI)**.

2 – SCOPO

Il documento ha lo scopo di uniformare e standardizzare le attività per la gestione dei rifiuti prodotti all'interno delle aree dell'AOSCF (conferimento, chiusura, etichettatura, movimentazione, stoccaggio e allontanamento). Inoltre, si prefigge lo scopo di ridurre i costi sostenuti per il loro smaltimento/recupero e di minimizzare l'impatto ambientale, con la divulgazione di conoscenze e metodiche di azione, in conformità delle normative vigenti, attraverso:

1. la realizzazione di una gestione controllata e tracciabile dei rifiuti;
2. l'informazione e formazione di tutto il personale aziendale;
3. l'incentivazione della raccolta differenziata di alcune tipologie di rifiuti;
4. l'identificazione dei diversi rifiuti prodotti dall'AOSCF e la loro modalità di raccolta e di smaltimento/recupero;
5. la riduzione del rischio biologico e/o chimico correlato alla pericolosità di alcune tipologie di rifiuti;
6. la sensibilizzazione al mantenimento del decoro delle aree interne ed esterne dell'AOSCF.

3 – CAMPO DI APPLICAZIONE

Il regolamento si rivolge a tutto il personale che opera nell'AOSCF e si applica a tutte le fasi dei processi assistenziali e non assistenziali che generano rifiuti speciali sanitari, speciali non sanitari e assimilabili agli urbani. Sono esclusi dal presente regolamento i rifiuti radioattivi e i rifiuti prodotti nell'ambito delle attività appaltate per l'esecuzione di opere edili e dalla gestione degli impianti tecnologici. Il produttore dei rifiuti, derivanti dall'esecuzione dell'opera o del servizio in appalto, è il diretto responsabile della corretta gestione dei rifiuti prodotti nell'esecuzione della propria attività.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 7 di 52

4 – RIFERIMENTI NORMATIVI

Decreti	Descrizione
ADR siglato a Ginevra il 30/09/1967 ed entrato in vigore il 29/01/1968	Accordo europeo relativo ai trasporti internazionali di merci pericolose su strada.
DPR n. 309/1990	Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
DM del 28/09/1990 (GU serie generale n. 235 del 8/10/1990)	Norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private.
Direttiva 94/55/CEE del 21/11/1994	Direttiva 94/55/CE del Consiglio, del 21/11/1994, concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative al trasporto di merci pericolose su strada.
DM del 4/09/1996	Entrato in vigore il 1/1/1997 le prime disposizioni ADR sul territorio nazionale. Attuazione della Direttiva 94/55/CE del Consiglio concernente il ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative al trasporto di merci pericolose su strada (GU n. 282 del 2/12/1996 – S.O.n. 211).
DPR n. 254/2003	Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art. 24 della legge n. 179 del 31/07/2002 (GU n. 211 del 11/09/2003).
D. Lgs. n.152/2006	Norme in Materia Ambientale TUA.
D. Lgs. n. 81/2008	Testo Unico sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro.
D. Lgs. n. 205/2010	Disposizioni di attuazione della direttiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 19/11/2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive.
Decisione 2014/955/UE del 18/12/2014	Decisione della Commissione, del 18 dicembre 2014, che modifica la decisione 2000/532/CE relativa all'elenco dei rifiuti ai sensi della direttiva 2008/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio Testo rilevante ai fini del SEE.
D. Lgs. n. 49/2014	Attuazione della direttiva 2012/19/UE sui rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche (RAEE).
Regolamento della Commissione n. 1357/2014/UE del 18 dicembre 2014	Contiene i criteri per l'attribuzione delle caratteristiche di pericolo ai rifiuti (l'allegato al Regolamento ha sostituito l'Allegato III alla Direttiva 2008/98/CE e, a seguito di specifico Decreto Ministeriale, modificherà l'Allegato I alla Parte IV del D. Lgs. 152/06 e s.m.i.).
Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR – Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016)	Regolamento (UE) 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 8 di 52

DM dell'Ambiente n.78/2016	Regolamento recante disposizioni relative al funzionamento e ottimizzazione del sistema di tracciabilità dei rifiuti in attuazione in attuazione.
D. Lgs. n. 101 del 10/08/2018	Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27/04/2016, relativo alla Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati che abroga la Direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati).
D. Lgs. n. 116/2020	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 (GU n. 226 del 11-9-2020)
DM dell'Ambiente n. 59 del 4/4/2023	RENTRI - Registro Elettronico Nazionale Tracciabilità dei Rifiuti.

5 – DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

5.1. Definizioni

ADR: *Accord Dangerous Route*, ossia "Accordo europeo relativo ai trasporti internazionali di merci pericolose su strada". La direttiva 94/55/CEE del 21/11/1994, che è stata recepita in Italia con D.M. 4 settembre 1996, si applica anche a trasporti nazionali di merci pericolose. La normativa coinvolge tutti i soggetti incaricati nel trasferimento di merci pericolose (speditore, caricatore, trasportatore, destinatario) che hanno la responsabilità della classificazione delle merci, della scelta degli imballaggi e/o della redazione dei documenti che accompagnano il trasporto.

Apparecchiatura Elettromedicale: apparecchio elettrico, munito di non più di una connessione ad una particolare rete di alimentazione, destinato alla diagnosi, al trattamento o alla sorveglianza del paziente sotto la supervisione di un medico e che entra in contatto fisico o elettrico con il paziente e/o trasferisce energia verso o dal paziente e/o rileva un determinato trasferimento di energia verso o dal paziente.

Caratteristiche del rifiuto: caratteristiche chimico-fisiche del rifiuto e specifiche caratteristiche (per es. aspetto esteriore), che identifica il rifiuto con la massima accuratezza qualora la descrizione del CER non fosse esaustiva (soprattutto per i codici generici che terminano con le cifre 99 (Rifiuti non specificati altrimenti)).

Caratteristiche di pericolo: secondo i criteri di classificazione dei rifiuti pericolosi, l'attribuzione della pericolosità di un rifiuto viene stabilita in base alla presenza o meno in esso di sostanze nelle quali sia stata rilevata una delle caratteristiche di pericolo previste dal Regolamento Classificazione ed Etichettatura degli Imballaggi (CLP). Il regolamento della Commissione Europea 18 dicembre 2014, n. 1357/2014/UE (G.U.U.E. del 19.12.2014 n. L 365) ha sostituito l'allegato III della direttiva 2008/98/CE relativa ai rifiuti, il cui testo era integralmente trasposto nell'allegato I del Decreto Legislativo n. 152/2006. Le caratteristiche di pericolo possibili sono di seguito elencate:

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 9 di 52

HP1: Esplosivo

HP2: Comburente

HP3: Infiammabile

HP4: Irritante-irritazione cutanea e lesioni oculari

HP5: Tossicità specifica per organi bersaglio (STOT)/tossicità in caso di aspirazione

HP6: Tossicità acuta

HP7: Cancerogeno

HP8: Corrosivo

HP9: Infettivo

HP10: Tossico per la riproduzione

HP11: Mutageno

HP12: Liberazione di gas a tossicità acuta

HP13: Sensibilizzante

HP14: Ecotossico

HP15: Rifiuto che non possiede direttamente una delle caratteristiche di pericolo summenzionate, ma che può manifestarle successivamente.

Codice CER: codice a sei cifre identificativo della tipologia di rifiuto, così come indicato dal Nuovo Catalogo Europeo dei Rifiuti. I rifiuti sono identificati attraverso un codice di sei cifre composto da tre coppie di numeri: la prima coppia costituisce la classe, la fonte, il settore produttivo che ha originato il rifiuto; la seconda coppia è la sottoclasse. Con essa viene identificato lo specifico processo di lavorazione che costituisce parte dell'intero settore produttivo; la terza coppia consente di individuare la tipologia di rifiuto, derivante dallo specifico processo di lavorazione. La presenza dell'asterisco (*) dopo il codice ne identifica la pericolosità.

Confezionamento: corretta modalità di immissione dei rifiuti negli appositi contenitori a norma, realizzati con materiali diversi a seconda della tipologia di rifiuto.

Denominazione Rifiuto: nome del rifiuto, determinato dal codice CER, così come denominato dal Catalogo Europeo dei Rifiuti.

Conferimento: atto di inserire uno scarto nel contenitore dei rifiuti.

Deposito locale: sede di raggruppamento dei rifiuti individuato all'interno delle singole aree.

Deposito temporaneo prima della raccolta: luogo deputato allo stoccaggio dei rifiuti fino alla consegna degli stessi alla ditta incaricata per il trasporto verso i centri di recupero/smaltimento (raggruppamento dei rifiuti ai fini del trasporto degli stessi in un impianto di recupero e/o smaltimento effettuato prima della raccolta).

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

Elenco Europeo Rifiuti (EER): elenco codice rifiuti utilizzato per classificare un rifiuto pericoloso e non pericoloso.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 10 di 52

Formulario di Identificazione dei Rifiuti: documento di accompagnamento per il trasporto del rifiuto speciale nel quale devono essere riportati i dati relativi: al produttore/detentore del rifiuto, al rifiuto (origine, tipologia, e quantità), al trasportatore e al destinatario.

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

Luogo di produzione dei rifiuti: uno o più edifici o stabilimenti, o siti infrastrutturali collegati tra loro all'interno di un'area delimitata in cui si svolgono le attività di produzione dalle quali originano i rifiuti.

Raccolta: operazioni di prelievo, di cernita e di raggruppamento dei rifiuti, preliminare alle operazioni di trasporto.

Raccolta differenziata: raccolta idonea a raggruppare i rifiuti urbani in frazioni merceologiche omogenee, compresa la frazione organica umida, destinata: al riutilizzo, al riciclaggio e al recupero di materia prima.

Recupero: operazione di trasformazione dei rifiuti in nuovi materiali, prodotti o energia.

Registri di carico e scarico: registro di carico/scarico dei rifiuti è un registro in cui viene documentata la tracciabilità dei rifiuti, la produzione e l'invio a recupero o smaltimento.

RENTRI: è il Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti. Un sistema di controllo per permettere la digitalizzazione e l'integrazione dei dati sull'intera filiera dei rifiuti speciali a livello nazionale.

Rifiuto: qualsiasi sostanza e oggetto che rientri nelle categorie, riportate nel D.Lgs. 152/2006, di cui il detentore si disfi o abbia l'obbligo di disfarsi. Nella definizione di rifiuto si individua una componente oggettiva (quando la specifica sostanza o l'oggetto viene rilevato dal Catalogo europeo dei rifiuti) e una soggettiva (quando invece c'è l'intenzione di disfarsene). Ne deriva la responsabilità del produttore/detentore, nel momento in cui conferisce allo specifico oggetto/sostanza lo "stato giuridico" di rifiuto, in quanto decide di disfarsene.

Rifiuto sanitario: rifiuto derivante da strutture sanitarie pubbliche e private che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi e di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano prestazioni sanitarie.

Smaltimento: insieme delle operazioni nelle quali viene sottoposto il rifiuto e si sviluppano nelle seguenti: l'incenerimento, la discarica, il deposito permanente, la biodegradazione, ecc.

Trasporto: trasferimento dei rifiuti dal deposito temporaneo alle sedi di smaltimento finale o di recupero effettuato con mezzi e personale esterno alla struttura che produce i rifiuti.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 11 di 52

5.2. Abbreviazioni

Acronimo	descrizione
ADR	Accord Dangereuses Route
AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
CE	Comunità Europea
CER	Catalogo Europeo dei Rifiuti
CLP	Classificazione Etichettatura Imballaggio
D.Lgs.	Decreto Legislativo
D.M.	Decreto Ministeriale
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
DA	Ditta Appaltatrice Autorizzata
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DVR	Documento di Valutazione del Rischio
MUD	Modello Unico di Dichiarazione
RAEE	Rifiuti da Apparecchiature Elettriche e Elettroniche
RENTRI	Registro Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti
s.m.i.	Successive modificazioni e integrazioni
SEE	Spazio Economico Europeo
SIMT	Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale
TUA	Testo Unico Ambientale
UE	Unione Europea
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOS	Unità Operativa Semplice
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UUOO	Unità operative

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 12 di 52

6 – CATALOGO EUROPEO DEI RIFIUTI (C.E.R.)

Come indicato dalla normativa europea ogni tipologia di rifiuto è definita in modo specifico mediante un codice numerico composto di sei cifre, che sono raggruppare a due a due, per un totale di tre coppie di numeri:

- la prima coppia rappresenta la categoria da cui originano i rifiuti;
- la seconda coppia rappresenta il processo produttivo che genera il rifiuto;
- la terza coppia individua i singoli tipi di rifiuti provenienti da una fonte specifica.

I rifiuti pericolosi sono inoltre contrassegnati, sull'ultima coppia di numeri, con un asterisco (*).

CODICE C.E.R.	Descrizione	N. Scheda
08.03.17*	Toner per stampa esausti, contenenti sostanze pericolose	9
09.01.07	Pellicole e carta per fotografia, contenenti argento o composti dell'argento	13
15.01.01	Imballaggi di carta e cartone	16
15.01.02	Imballaggi di plastica	19
15.01.03	Imballaggi di legno	22
15.01.06	Imballaggi in materiali misti	19
15.01.07	Imballaggi di vetro	20-21
15.01.10*	Imballaggi contenenti residui di sostanze pericolose o contaminati da tali sostanze.	7
15.02.02*	Assorbenti, materiali filtranti (inclusi filtri dell'olio non specificati altrimenti), stracci e indumenti protettivi, contaminati da sostanze pericolose.	8
16.02.11*	Apparecchiature fuori uso, contenenti sostanze pericolose (es. clorofluorocarburi).	10
16.02.13*	Apparecchiature fuori uso, contenenti componenti pericolosi diversi da quelli di cui alle voci da 16.02.09 a 16.02.12	10
16.02.14	Apparecchiature fuori uso, diverse da quelle di cui alla voce da 16.02.09 a 16.02.13	10
16.06.01*	Batterie al piombo.	11
16.06.04	Batterie alcaline (tranne 16.06.03)	12
18.01.03*	Rifiuti che devono essere raccolti e smaltiti applicando le precauzioni particolari per evitare infezioni	1-2
18.01.06*	Sostanze chimiche pericolose e contenenti sostanze pericolose	3-4
18.01.08*	Medicinali Citotossici e citostatici	5
18.01.09	Medicinali diversi da quelli di cui alla voce 18.01.08*	6
19.09.05	Resine a scambio ionico saturate o esaurite	14
20.01.01	Carta e cartone	17-18
20.03.01	Rifiuti urbani non differenziati	23
20.03.07	Rifiuti ingombranti	15

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 13 di 52

7 – CLASSIFICAZIONE DEI RIFIUTI GENERATI DALL’AZIENDA OSPEDALIERA

I rifiuti sanitari sono quelli elencati allegati I e II del DPR 254/2003 che derivano da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del D. lgs. del 30/11/1992 n. 502 e s.m.i., che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni sanitarie.

Vengono distinte diverse tipologie di rifiuti sanitari:

- i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo [schede n. 1-2]:

sono rifiuti sanitari che devono essere smaltiti con precauzioni particolari, che presentino almeno una delle seguenti caratteristiche o che ne siano contaminate: sangue o altri liquidi biologici che contengono sangue in quantità tale da renderlo visibile, feci, urine nel caso che sia ravvisata clinicamente dal medico che ha in cura il paziente una patologia trasmissibile attraverso tali escreti, liquido seminale, secrezioni vaginali, liquido cerebrospinale, liquido sinoviale, liquido pleurico, liquido peritoneale, liquido pericardico o liquido amniotico (individuati dai codici 18.01.03* nell'allegato D del D. lgs. n. 152/2006);

- i rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo [schede n. 3-4-5]:

i rifiuti sanitari elencati a titolo esemplificativo nell'allegato II del DPR n. 254/2003, compresi tra i rifiuti pericolosi contrassegnati con un asterisco "*" nell'allegato "D" del Decreto Legislativo n. 152/2006 (medicinali citotossici e citostatici, sostanze chimiche di scarto pericolose, rifiuti di amalgama prodotti da interventi odontoiatrici, soluzioni fissative, di sviluppo, lampade fluorescenti e batterie al piombo, ecc.).

a) i rifiuti sanitari non pericolosi [scheda n. 6]:

i rifiuti sanitari che non sono compresi tra i rifiuti pericolosi di cui al D.lgs. n.152/2006 (ad esempio taglienti inutilizzati, come aghi, siringhe e lame etc..).

b) i rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento [schede n. 7-8-9]:

- farmaci scaduti o inutilizzabili;
- medicinali citotossici e citostatici per uso umano e materiali visibilmente contaminati che si generano dalla manipolazione ed uso degli stessi;
- sostanze stupefacenti e altre sostanze psicotrope;
- organi e parte anatomiche.

c) i rifiuti sanitari assimilati ai rifiuti urbani [schede n.15-16-17-18-19-20-21-22-23]:

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

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 14 di 52

- i rifiuti derivanti dall'attività di ristorazione e i residui dei pasti provenienti dai reparti di degenza delle strutture sanitarie, esclusi quelli che provengono da pazienti affetti da malattie infettive per i quali sia ravvisata clinicamente, dal medico che li ha in cura, una patologia trasmissibile attraverso tali residui;
- vetro, carta, cartone, plastica, metalli, imballaggi in genere, materiali ingombranti da conferire negli ordinari circuiti di raccolta differenziata;
- la spazzatura;
- indumenti e lenzuola monouso e quelli di cui il detentore intende disfarsi;
- i rifiuti provenienti da attività di giardinaggio effettuata nell'ambito delle strutture sanitarie;
- i gessi ortopedici e le bende, gli assorbenti igienici anche contaminati da sangue esclusi quelli dei degenti infettivi, i pannolini pediatrici e i pannoloni, i contenitori e le sacche utilizzate per le urine.

8 - RACCOLTA DEI RIFIUTI PRODOTTI

Ogni rifiuto prodotto segue precise fasi di gestione che saranno oggetto di approfondimento nei successivi paragrafi, deve essere identificato e raccolto in contenitori dedicati secondo le caratteristiche merceologiche al fine di evitare errate miscele, tassativamente vietati dalle vigenti normative, come ad esempio quando un rifiuto a rischio infettivo viene introdotto nel contenitore destinato ad altra tipologia. Le varie tipologie di raccolta sono riportate nelle schede operative allegate al presente regolamento.

9 – PITTOGRAMMI

A tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori sono stati ideati dei simboli convenzionali (come da normativa) per indicare i potenziali pericoli e le misure cautelative da osservare in merito alle sostanze biologiche e chimiche che potenzialmente sono pericolose. L'*European Chemicals Bureau* ha codificato nella Direttiva 67/548/CEE gli standard per l'identificazione di sostanze chimiche pericolose in Europa, stabilendo quali simboli devono essere obbligatoriamente apposti sulle confezioni. Il successivo Regolamento (CE) 1272/2008 ha previsto la codificazione di nuovi pittogrammi, obbligatori a partire dal 1/12/2012, come di seguito elencati.

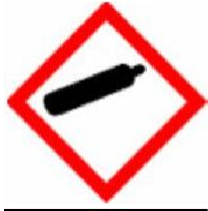

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 15 di 52

Tipo di pericolo	Simbolo	Caratteristiche del rifiuto	Caratteristiche specifiche
Biologico		infettivo	Questi prodotti possono causare malattie o infezioni o allergie per la presenza di agenti biologici patogeni (es.: batteri, virus, funghi, ecc.) potenzialmente dannose per la salute.
Esplosivo		esplosivo	Questi prodotti possono esplodere a seguito del contatto, per esempio con una sorgente di innesco o di urti. Comprendono quindi sostanze e miscele auto-reattive ed alcuni perossidi organici.
Comburente		comburente	Questi prodotti, tutti i comburenti possono provocare o aggravare un incendio o anche una esplosione se in presenza di prodotti infiammabili.
Infiammabile		Facilmente infiammabile o infiammabile	Questi prodotti possono infiammarsi se: <ul style="list-style-type: none"> - a contatto con sorgenti di innesco (scintille, fiamme, calore, ecc.); - a contatto dell'aria; - a contatto dell'acqua (se c'è sviluppo di gas infiammabili). Oltre alle sostanze infiammabili comprendono sostanze e miscele auto-reattive ed autoriscaldanti, sostanze piroforiche ed alcuni perossidi organici.
Irritante		irritante	Questi prodotti possono provocare uno o più dei seguenti effetti: <ul style="list-style-type: none"> - irritazioni agli occhi, la pelle o le vie respiratorie; - sensibilizzazione cutanea (allergie o eczema, ecc.);

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 16 di 52

Nocivo		Nocivo	<ul style="list-style-type: none"> - sonnolenza e vertigini; - avvelenamento ad alte dosi.
Tossico		Tossico	<p>Questi prodotti possono rientrare in una o più delle seguenti categoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prodotti con tossicità specifica per organi bersaglio (es.: fegato o sistema nervoso) sia per esposizioni singole o ripetute; - prodotti con gravi effetti sui polmoni, anche mortali, se penetrano attraverso le vie respiratorie (anche a seguito di vomito); - prodotti che possono provocare allergie respiratorie (es.: asma); - cancerogeni; - tossici per la riproduzione: effetti negativi sulle funzioni sessuali, diminuzione della fertilità, morte del o malformazioni; - mutageni: modificazioni del DNA con danni sulla persona esposta o sulla sua discendenza.
Cancerogeno		cancerogeno	
Tossico per il ciclo riproduttivo		tossico per la riproduzione	
Mutageno		mutageno	
Pericoloso per l'ambiente		ecotossico	
Corrosivo		corrosivo	<p>Questi prodotti sono corrosivi e comprendono quelli che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - possono attaccare i metalli; - possono provocare corrosione cutanea o gravi lesioni oculari.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 17 di 52

Gas sotto pressione		GHS 04	Questi prodotti sono gas sotto pressione e contenuti in un recipiente. Possono esplodere a causa del calore. I gas liquefatti refrigerati possono causare ferite e ustioni criogeniche. I Gas sotto pressione comprendono: quelli compressi, liquefatti, refrigerati, disciolti.
Tossico acuto		GHS 06	Tossicità acuta per via orale, cutanea, inalazione. Gli effetti sono molto vari dalla nausea alla perdita di conoscenza fino alla morte.

10 – LE FASI DI PROCESSO DI GESTIONE DEI RIFIUTI

La gestione dei rifiuti si articola in fasi operative che coinvolgono diversi attori, ciascuno con livelli di responsabilità distinti, che saranno descritti nel paragrafo seguente.

Le fasi principali sono rappresentate da:

- fase 1 – raccolta;
- fase 1 - identificazione del rifiuto;
- fase 2 - confezionamento del rifiuto;
- fase 3 - movimentazione interna e trasporto al deposito locale identificato;
- fase 4 - conferimento al deposito temporaneo;
- fase 5 - adempimenti amministrativi;
- fase 6 - conferimento alla Ditta Appaltatrice per il trasporto verso gli impianti di smaltimento/recupero.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 18 di 52

11 – I LIVELLI DI RESPONSABILITA'

La gestione dei rifiuti prodotti dall'AOSCF investe trasversalmente l'intera organizzazione aziendale e richiede l'integrazione fra i diversi settori.

Ruolo	Funzioni
Direttore Generale	Legale Rappresentante dell'Azienda Ospedaliera. Sovrintende all'applicazione delle vigenti disposizioni di legge in materia di rifiuti.
Direttore Amministrativo	Responsabile della corretta applicazione del regolamento in relazione alle funzioni tecnico amministrative di competenza delle Unità Operative afferenti alla Direzione Amministrativa.
Direttore Sanitario UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera	Vigila sulla corretta gestione dei rifiuti, stabilisce strategie operative, impartisce direttive ai propri collaboratori ed individua formalmente all'interno delle proprie strutture figure professionali addette al controllo. È responsabile della vigilanza sulla corretta compilazione e conservazione dei relativi Formulari di Identificazione Rifiuti (FIR). È responsabile della corretta compilazione e archiviazione (conservazione) del Registro di carico e scarico dei rifiuti. Verifica che il Modello Unico di Dichiarazione (MUD) sia corretto e conforme per tipologia e quantità di rifiuti prodotti, nell'anno solare, dall'AOSCF.
Direttori di Dipartimento	Responsabile della corretta diffusione e applicazione del Regolamento da parte dei Direttori/Responsabili e del personale afferente.
Direttore/Responsabili/ Coordinatori UOC, UOSD, UOS, UO.	Responsabili della corretta e puntuale attuazione delle misure di gestione dei rifiuti predisposte dall'Azienda. Il responsabile deve attuare, vigilare, sorvegliare e collaborare sulla corretta gestione dei rifiuti seguendo ed applicando le normative e le disposizioni aziendali vigenti. Il responsabile che rilevi eventuali manchevolezze o necessità di miglioramenti nella gestione dei rifiuti, deve evidenziare e segnalare quanto rilevato alla Direzione Sanitaria in particolare UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera. I coordinatori provvedono a: 1) istruire il personale in modo tale che, sin dalla sua assunzione in servizio, conosca i corretti comportamenti da adottare e sia adeguatamente responsabilizzato;

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 19 di 52

	<ol style="list-style-type: none"> 2) impartire agli operatori precise disposizioni (contenute nelle schede allegate al presente regolamento) affinché le attività di gestione dei rifiuti siano svolte in modo corretto; 3) segnalare alla UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera eventuali ritardi e disfunzioni nel sistema di gestione dei rifiuti, anche da parte delle ditte appaltatrici.
Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP)	Collabora con il Datore di Lavoro per gli adempimenti tecnici e di controllo, nell'ambito delle disposizioni di cui al Decreto Legislativo n. 81/2008 e ss.mm.ii., relativamente alla produzione, deposito, movimentazione e smaltimento dei rifiuti ospedalieri.
Personale dell'AOSCF	<p>Sono obbligati al rispetto del Regolamento della normativa e all'applicazione delle disposizioni aziendali in materia di gestione dei rifiuti. In particolare, a titolo esemplificativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identificare correttamente la tipologia del rifiuto prodotto; 2) eliminare i rifiuti secondo la loro tipologia negli appositi contenitori messi a disposizione, seguendo correttamente il regolamento aziendale; 3) effettuare con diligenza le operazioni di chiusura dei contenitori, compilare correttamente le etichette identificative dei rifiuti, il tutto come stabilito dal regolamento aziendale; 4) indossare dispositivi di protezione individuale come indicato dai Documenti di Valutazione del Rischio (DVR); 5) rispettare le indicazioni sulla movimentazione manuale dei carichi previste dalla normativa di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
Ditte Appaltatrici per la manutenzione degli impianti.	Responsabili della corretta applicazione del Regolamento e dello smaltimento in proprio dei rifiuti prodotti dalle loro attività.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 20 di 52

11.1 La Matrice delle Responsabilità

RUOLI ATTIVITA'	Direttori/ Coordinatori	Tutto il personale	Operatori di supporto	Direttore Sanitario/ UOSD Igiene	Ditte appaltatrici
Raccolta dei rifiuti	R	I	C		
Identificazione e confezionamento dei contenitori	I	C	R		
Movimentazione interna dei contenitori	I	C	R		
Gestione del deposito interno	R	I	C		
Ritiro dei rifiuti dalle unità operative	C		I	C	R
Conferimento al deposito temporaneo e area ecologica				C	R
Registrazione carico/scarico dei rifiuti e gestione dei formulari identificazione Rifiuti				R	C
Trasporto esterno presso gli impianti di destinazione				C	R

C= Coinvolto I= Informato R= Responsabile

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 21 di 52

12 – DEPOSITO TEMPORANEO DI RIFIUTI SPECIALI

Il deposito temporaneo deve essere effettuato per categorie omogenee di rifiuti e nel rispetto delle relative norme. Il deposito temporaneo di rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo deve essere effettuato in condizioni tali da non causare alterazioni che comportino rischi per la salute e può avere una durata massima di 5 giorni dal momento della chiusura del contenitore. Al deposito temporaneo debbono essere conferiti solo rifiuti confezionati ed etichettati. Il conferimento di tali contenitori (denominati: colli) al trasportatore autorizzato, sono calendarizzati in base alla quantità e alla regolarità della produzione. I depositi temporanei dei rifiuti speciali devono possedere le seguenti caratteristiche:

- 1) il cancello di accesso al deposito temporaneo deve essere dotato di serratura e mantenuta chiusa;
- 2) il deposito deve essere opportunamente contrassegnato al fine di rendere nota la natura e la pericolosità dei rifiuti;
- 3) sul cancello di accesso devono essere apposti cartelli con: simbolo del rischio chimico / simbolo del rischio biologico, divieto di accesso a personale non autorizzato, divieto di fumo e cartellonistica con indicazione che il luogo è adibito a deposito temporaneo di rifiuti;
- 4) l'accesso può essere consentito solo agli addetti alle operazioni di: carico, scarico e pulizia del deposito;
- 5) all'interno dello spazio devono essere presenti idonei sistemi antincendio;
- 6) all'interno del deposito dovrà essere effettuata la bonifica ogni qualvolta si verifici uno spandimento accidentale dei rifiuti;
- 7) all'interno, devono essere apposte tabelle che riportano le norme di comportamento del personale addetto alle operazioni di deposito;
- 8) la gestione del deposito deve essere effettuata da personale reso edotto del rischio e munito di idonei mezzi di protezione, atti ad evitare: il contatto diretto, l'inalazione ed ogni eventuale rischio residuo;
- 9) i contenitori nel deposito, raggruppati per tipologia di rifiuto omogeneo, devono essere disposti in modo da facilitare il passaggio e la movimentazione;
- 10) i rifiuti incompatibili, suscettibili cioè a reagire pericolosamente tra di loro dando luogo alla formazione di prodotti esplosivi, infiammabili e tossici (ovvero allo sviluppo di notevole quantità di calore), devono essere stoccati in modo che non possano venire a contatto tra loro.

13 – AREA ECOLOGICA PER I RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI

Sono conferiti quei rifiuti assimilabili agli urbani, prodotti da tutti i contesti aziendali. I rifiuti presenti nell'area ecologica sono allontanati e trasportati presso i vari impianti di destinazione, per tipologia di rifiuto, da parte di Ditte Appaltatrici per conto di AMA S.p.a.

14 – REGISTRAZIONE DI CARICO E SCARICO DEI RIFIUTI

L'AOSCF (tramite UOSD Governo Clinico e Igiene e Tecnica Ospedaliera) registra il carico e lo scarico dei rifiuti speciali pericolosi sulla piattaforma informatica denominata "RENTRI" (Registri Elettronico Nazionale per la Tracciabilità dei Rifiuti) del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 22 di 52

15 – TRASPORTO DEI RIFIUTI

Il trasporto dei rifiuti inizia quando il rifiuto viene allontanato dal punto di produzione e conferito alla ditta autorizzata. La ditta autorizzata è un soggetto iscritto all'Albo Nazionale Gestori Ambientali, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente. Prima del trasporto dei rifiuti si dovrà provvedere ad individuarne la quantità tramite l'operazione di pesatura che viene effettuata all'interno del deposito temporaneo dei rifiuti speciali, su apposita bascula. Anche gli impianti presso i quali sono conferiti i rifiuti speciali devono essere autorizzati dall'ente competente in materia. Per il trasporto di rifiuti pericolosi, oltre che alle disposizioni relative alla tracciabilità, devono essere rispettati gli accordi internazionali e le norme che disciplinano il trasporto delle merci pericolose su strada ADR.

16 – SMALTIMENTO/RECUPERO DEI RIFIUTI

Lo smaltimento/recupero costituisce la fase residuale della gestione dei rifiuti. È attuato mediante il conferimento presso impianti di smaltimento/recupero autorizzati a livello regionale e nazionale.

17 – MONITORAGGIO

Il monitoraggio consiste nel controllo periodico di conformità nelle diverse aree di produzione dei rifiuti (es.: UUOO/servizi) e delle relative aree di deposito.

- | | |
|---|--|
| a) eseguire n.1 (uno) verifiche / mensili | presso n.10 UU.OO/Servizi |
| b) eseguire n.2 (due) verifiche / mensili | presso il deposito temporaneo per rifiuti speciali |
| c) eseguire n.2 (due) verifiche / mensili | presso l'area ecologica per i rifiuti assimilabili agli urbani |

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 23 di 52

18 – BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

18.1. Bibliografia

1. D. Lgs n.152 del 3 aprile 2006 "Norme in materia ambientale", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 88 del 14 aprile 2006 – Supplemento Ordinario n. 96. □ DPR n. 254 del 15 luglio 2003 "Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art.24 della legge 31 luglio 2002 n. 179".
2. Regione Piemonte "La gestione dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie" Assessorato Ambiente, Collana ambiente 19.
3. Direttiva 9 aprile 2002 del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio (indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti).
4. Decisione della Commissione 2014/955/UE del 18 dicembre 2014 che modifica la decisione 2000/532/CE relativa all'elenco dei rifiuti ai sensi della direttiva 2008/98/CE.
5. Circolare Ministeriale 4 agosto 1998, n. GAB/DEC/812/98 Circolare esplicativa sulla compilazione dei registri di carico scarico dei rifiuti e dei formulari di accompagnamento dei rifiuti trasportati individuati, rispettivamente, dal decreto ministeriale 1 aprile 1998, n. 145, e dal decreto ministeriale 1 aprile 1998, n. 148.
6. Decreto ministeriale del 17 dicembre 2009 "Istituzione del sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti, ai sensi dell'art. 189 del decreto legislativo n. 152 del 2006 e dell'art. 14-bis del decreto-legge n. 78 del 2009 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 102 del 2009" e tutte le successive modifiche ed integrazioni.
7. D. Lgs n. 205 del 3 dicembre 2010 "Disposizione di attuazione della Direttiva 2008/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 19 novembre 2008 relativa ai rifiuti e che abroga alcune direttive".
8. Decreto Legislativo n. 475 del 04.12.1992 Attuazione della direttiva 89/686/CEE del Consiglio del 21 dicembre 1989, in materia di ravvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative ai dispositivi di protezione individuale.
9. Direttiva Ministeriale 9 aprile 2002 "Indicazioni per la corretta e piena applicazione del regolamento comunitario n. 2557/2001 sulle spedizioni di rifiuti ed in relazione al nuovo elenco dei rifiuti (Supplemento alla G.U. n.108 del 10-5-2002).
10. Direttiva n. 2012/45/UE.
11. Decreto del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti "ADR 2017" e s.m.i. del 12 maggio 2017 "Recepimento della direttiva 2016/2309 della Commissione del 16 dicembre 2016 che adegua per la quarta volta al progresso scientifico e tecnico gli allegati della direttiva 2008/68/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio relativa al trasporto interno di merci pericolose".
12. Circolare del Ministero della Salute del 3 giugno 2013.
13. Decreto Legislativo 14 marzo 2014, n. 49. Attuazione della direttiva 2012/19/UE sui rifiuti di apparecchiature elettriche ed elettroniche (RAEE).
14. D. Lgs n.81 del 9 Aprile 2008: Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro. Procedura Specifica Aziendale PS DSPO ASL AL 17 La gestione dei rifiuti prodotti in ambito sanitario - Presidi Ospedalieri - Data di emissione: Luglio 2023 Revisione n.1 Pagina 40 di 51.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 24 di 52

15. Istituto Superiore di Sanità "Manuale operativo per la gestione dei rifiuti prodotti all'interno dell'ISS", novembre 2011.
16. Manuale ed istruzioni operative per la gestione dei rifiuti sanitari ULSS 16 Padova.
17. Protocollo aziendale per la gestione dei rifiuti. Azienda USL 3 Pistoia.
18. Linee Guida regionali per la gestione dei rifiuti sanitari. Regione Autonoma Friuli-Venezia Giulia.

18.2. Sitografia

1. https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2022-03/DC_4_del_2020.pdf
2. <https://www.ausl.latina.it/attachments/article/749/P21a.pdf>
3. https://staffno.uslnordovest.toscana.it/qualita_nordovest/back/documenti/6101368121719045364.pdf
4. https://www.comune.roma.it/web-resources/cms/documents/PIANO_GESTIONE_RIFIUTI_RC_04AGO22.pdf
5. <https://www.regione.lazio.it/cittadini/rifiuti/normativa-materia-rifiuti/normativa-nazionale>
6. <https://www.uniroma1.it/sites/default/files/Gestione%20rifiuti.pdf>
7. https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2020/08/12/Procedura_raccolta_rifiuti_ARCS.pdf

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 25 di 52

19 – SCHEDE OPERATIVE

**SCHEDA RIFIUTO N. 1
 RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO
 (C.E.R. 18 01 03*)**

DEFINIZIONE	<p>Sono rifiuti contaminati o venuti a contatto con sangue e altri liquidi biologici (come da elenco contenuto nell'Allegato 2 del DPR n. 254 del 15/7/2003). Sono compresi i rifiuti provenienti da ambienti di isolamento infettivo.</p> <p>A titolo esemplificativo sono rappresentati da: aghi, siringhe, bisturi, cannule, drenaggi, cateteri (vascolari, vescicali, ecc), filtri dialisi, materiale di medicazione, piastre, terreni di coltura, altri presidi di microbiologia contaminati da agenti patogeni, ecc.</p> <p>Sono inoltre da considerare come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo anche i tessuti, gli organi e le parti anatomiche non riconoscibili.</p> <p><i>Sono escluse le parti anatomiche riconoscibili:</i> gli arti superiori e inferiori o parti di essi, di persona o di cadavere a cui sono stati amputati (come previsto dalla norma DPR 254/2003).</p>
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali che erogano prestazioni sanitarie.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Imballaggio in cartone con sacco interno in polietilene (ex ROT); imballaggio in polietilene rigido riutilizzabile, con sacco interno in polietilene (ex ROT); contenitore/i in polietilene rigido per aghi e taglienti.
MODALITA' DI GESTIONE	<p>I contenitori prima dell'uso devono essere assemblati (sia quelli in cartone sia quelli in polietilene) assicurandosi della presenza dell'imballaggio interno (sacco in polietilene).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introdurre solo quei rifiuti considerati pericolosi dal punto di vista " biologico" in quanto venuti a contatto con sangue e altri liquidi biologici. 2. Utilizzare i contenitori fino ad un livello di riempimento massimo di $\frac{3}{4}$ del loro volume al fine di ridurre al minimo il rischio di contatto con il contenuto e permettere un'agevole chiusura. Anche i contenitori utilizzati per la raccolta dei <u>rifiuti pungenti e taglienti</u> devono essere chiusi quando viene raggiunto un livello di riempimento massimo di $\frac{3}{4}$ del loro volume (al fine di ridurre al minimo il rischio di punture accidentali). 3. Chiudere i contenitori per aghi e taglienti e inserirli all'interno di contenitori rigidi in polietilene o in cartone da lt 60,

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS021/26/01		Pag. 26 di 52

	<p>preventivamente allestiti, indossando sempre i guanto monouso a perdere prima di iniziare l'operazione.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Procedere alla chiusura dell'imballaggio interno (sacco in polietilene) utilizzando l'apposita fascetta a strangolo, senza toccare e/o comprimere i rifiuti contenuti. 5. Chiudere successivamente il contenitore esterno in polietilene con il coperchio facendo pressione sul bordo. Per la chiusura del contenitore in cartone incastrare le linguette di chiusura nelle fessure predisposte. 6. Indossare sempre guanti monouso a perdere per le operazioni di chiusura dei contenitori. 7. Trascrivere, al fine di perfezionare la tracciabilità del rifiuto, sull'apposita etichetta/spazio: l'unità produttrice, l'ospedale e la data di chiusura del contenitore. 8. Trasferire i contenitori (ex ROT), chiusi ed identificati, nel locale deputato (deposito) alla raccolta del materiale sporco all'interno della stessa unità operativa, in attesa del ritiro da parte della Ditta Appaltatrice Autorizzata (DA). 9. Mantenere i contenitori sempre in posizione verticale durante l'operazione di movimentazione e di deposito, al fine di evitare eventuali sversamenti.
RACCOMANDAZIONI	<ol style="list-style-type: none"> 1) Non posizionare i contenitori all'interno delle stanze di degenza (salvo i casi previsti) e in aree non protette come: corridoi, sale d'attesa, aree di passaggio. 2) Non introdurre nei contenitori rifiuti di diversa natura (es. rifiuti assimilati agli urbani, o con rischi diversi da quello infettivo). 3) Il sangue e gli altri liquidi biologici, contenuti nei presidi monouso d'origine (es. filtri per dialisi, sacche di drenaggi, ecc.) devono essere smaltiti nei contenitori (ex ROT). 4) Gli aghi utilizzati devono essere introdotti nei contenitori specifici senza rimuovere la siringa o dagli altri supporti né in alcun modo devono essere manipolati o incappucciati. 5) Non manipolare i rifiuti raccolti all'interno del sacco.
CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	<p>I contenitori sono provvisti di due imballaggi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. imballaggio a perdere, flessibile (sacco in polietilene) recante la scritta "rifiuti sanitari e pericolosi a rischio infettivo", il simbolo del rischio biologico e inoltre una R nera su fondo giallo. 2. imballaggio rigido esterno, in cartone monouso (da lt 60 e lt 40) o in polietilene di colore nero (da lt 60 e lt 40) eventualmente riutilizzabile previa idonea disinfezione a ogni ciclo d'uso, recante la scritta "rifiuti sanitari e pericolosi a

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 27 di 52

	<p>rischio infettivo” e il simbolo del rischio biologico e una R nera su fondo giallo.</p> <p>Per i rifiuti taglienti o pungenti: trattasi di contenitori in polietilene (da lt 8 e da lt 12) rigidi, resistenti agli urti e alle sollecitazioni provocate durante la movimentazione/trasporto, di norma di colore giallo. Tutti i contenitori devono recare la scritta “rifiuti sanitari a rischio infettivo taglienti e pungenti” e il simbolo del rischio biologico. Tutto il materiale di consumo viene fornito dalla stessa ditta appaltatrice del servizio.</p>
--	--

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 28 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 2
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI A RISCHIO INFETTIVO
(C.E.R. 18 01 03*)
CHE RICHIEDONO ULTERIORI E SPECIFICHE MODALITA' DI GESTIONE

DEFINIZIONE	<p>Sono rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo prodotti nell'ambito delle attività sanitarie che prevedono l'utilizzo di radioisotopi (es. Medicina Nucleare) e/o terapie antitumorali.</p>
MODALITA' DI GESTIONE	<p>RIFIUTI CONTAMINATI DA RADIOISOTOPI</p> <p><u>Sono prodotti nell'ambito delle attività assistenziali di pazienti che hanno effettuato indagini diagnostiche di medicina nucleare o che sono stati sottoposti a terapie con radioisotopi</u>; alcuni rifiuti provenienti da tali attività (es. pannoloni, sacche delle urine) possono contenere una radioattività residua.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raccogliere in un unico contenitore in polietilene posto in prossimità del paziente i rifiuti sanitari a rischio infettivo (ex ROT) contaminati con sostanze radioisotope; - Riempire il contenitore per $\frac{3}{4}$ del volume, chiuderlo e depositarlo all'interno del locale deputato alla raccolta del materiale sporco. Sul contenitore deve essere indicata la dicitura "CONTAMINATO" oltre a quanto già previsto per l'identificazione dei rifiuti sanitari a rischio infettivo. <p>La ditta incaricata ritirerà i contenitori dai punti di produzione trasferendoli presso l'area di deposito rifiuti speciali, in area separata e dedicata.</p> <p>Con la strumentazione in dotazione, la stessa ditta verificherà la presenza di radioattività residua. Il tempo di conservazione nel deposito interno non deve comunque essere inferiore ai 3 giorni. Verificato l'avvenuto decadimento del radioisotopo i contenitori potranno essere conferiti da parte della ditta incaricata all'impianto di destinazione.</p> <p><u>Rifiuti pericolosi a rischio infettivo prodotti all'interno della Medicina Nucleare per l'esecuzione di esami che prevedono l'utilizzo di radioisotopi.</u> Trattasi di rifiuti contaminati con sangue e altri liquidi biologici (es. aghi, siringhe, garze, ovatta, ecc.) che hanno contenuto o che siano venuti in contatto con sostanze radioisotope. Per questa tipologia di rifiuti deve essere osservata la seguente modalità operativa:</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 29 di 52

	<p>a) raccogliere i rifiuti rappresentati da aghi e taglienti prodotti durante la preparazione delle soluzioni iniettabili e dopo l'esecuzione dell'esame diagnostico all'interno dei contenitori specifici per aghi e taglienti;</p> <p>b) raccogliere ogni altro rifiuto contaminato o potenzialmente contaminato da sangue e altri liquidi biologici in unico contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo da lt 60;</p> <p>c) chiudere i contenitori per aghi e inserirlo nel contenitore da lt 60. Chiudere il sacco in polietilene del contenitore con l'apposito laccio e posizionare il coperchio con chiusura a scatto del contenitore rigido (ex ROT);</p> <p>d) trasferire i contenitori chiusi nel locale destinato al deposito dei rifiuti radioattivi. I contenitori resteranno in deposito fino al raggiungimento del tempo di decadimento necessario per lo smaltimento in regime di esenzione (D. Lgs. n. 230/95 art. 154, Decreto Legislativo 26\05\2000 n.241, art. 34 - comma 2);</p> <p>e) effettuare da parte della Fisica Sanitaria un controllo radiometrico sui contenitori presenti deposito al fine di verificare il decadimento dei radioisotopi e attestare l'assenza di attività radiogena residua su ogni contenitore presente in deposito.</p> <p>f) trasferire i contenitori nell'area di deposito prima del ritiro da parte della DA.</p> <p>RIFIUTI CONTAMINATI DA TERAPIE ANTIBLASTICHE</p> <p>I rifiuti pericolosi a rischio infettivo prodotti dopo infusione di terapie antiblastiche devono essere raccolti utilizzando i contenitori rigidi di colore <i>NERO</i> da 60 lt e da 35 lt e gestiti come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Si ritiene che i presidi sanitari (es. aghi, deflussori, bottiglie per fleboclisi, ecc.) utilizzati per la somministrazione siano venuti a contatto diretto o indiretto con il sangue del paziente. Anche l'eventuale presenza di sostanze antiblastiche residuali nella fleboclisi, che configurerebbero oltre al rischio biologico anche la presenza di un potenziale rischio chimico, è da ritenersi trascurabile. L'uso dei contenitori per aghi e taglienti è il medesimo descritto per ogni contesto sanitario.</p>
--	---

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS021/26/01		Pag. 30 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 3

RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

RIFIUTI DI SOSTANZE CHIMICHE PERICOLOSE O

CONTENENTI SOSTANZE PERICOLOSE

(C.E.R. 18 01 06*)

DEFINIZIONE	Sono rifiuti costituiti da prodotti chimici e reflui liquidi di laboratorio, analisi chimico cliniche e diagnostiche. Questi rifiuti sono rappresentati prevalentemente dai reflui delle apparecchiature di analisi, dai liquidi di colorazione e fissaggio derivanti dai laboratori di anatomia patologica e citologica, dai reagenti e dai disinfettanti.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutti i laboratori
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Sono contenitori rigidi in polietilene o polipropilene (taniche da 10-20 lt) per la raccolta interna; cisterne ad alta resistenza per gli impianti centralizzati (capacità 1.000 lt).
MODALITA' DI GESTIONE	<p>La raccolta deve avvenire per tipologie omogenee al momento della produzione per <i>evitare la miscelazione</i> di sostanze incompatibili (che possono sviluppare gas e vapori, potenzialmente tossici o esplosivi). Deve essere effettuata nel punto di produzione:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) dalle apparecchiature di analisi, con connessione diretta tra contenitore di raccolta (tanica) e il sistema di deflusso dei reflui; b) all'interno delle cappe chimiche d'aspirazione, con l'introduzione dei reflui direttamente nel contenitore posto sotto cappa; c) con impianto provvisto di sistema di raccolta nelle cisterne centralizzate, ubicate in un locale dedicato al deposito rifiuti speciali, nel piano seminterrato del Padiglione Malpighi. <p>Le attività prevedono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chiusura dei contenitori di raccolta interna con apposito tappo e sostituiti con altrettanti contenitori vuoti; - riempimento dei contenitori per un massimo di $\frac{3}{4}$ del suo volume, per evitare spandimenti e contatti diretti con le sostanze chimiche contenute; - etichettatura dei contenitori pieni e trasferimento presso il deposito rifiuti speciali (seminterrato Padiglione Malpighi per i laboratori ivi presenti, deposito sporco presso i laboratori allocati negli altri padiglioni); - utilizzo di idonei DPI al fine di ridurre l'esposizione al rischio chimico;

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 31 di 52

	<p>- deposito dei contenitori prodotti nelle specifiche aree in attesa del ritiro da parte della DA.</p> <p>L'allontanamento dei rifiuti viene effettuato con cadenza settimanale dalla DA. Al momento del ritiro dei contenitori, l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Tecnico o suo delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare l'unità produttiva che ha prodotto il rifiuto, la tipologia e la quantità del rifiuto.</p> <p>Una copia del modulo di movimentazione interna rilasciata dall'operatore della DA deve essere conservata presso l'unità produttrice per un anno.</p>
CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	<p>Vengono di norma utilizzati contenitori in plastica rigida (es.: taniche in polietilene e polipropilene) di colore <i>BIANCO</i>, di varie grandezze (es.: 5, 10, 20 lt) per le diverse esigenze. I contenitori in uso devono essere provvisti di adeguata apertura, tappo di chiusura, mezzi di presa, simbologia adesiva identificativa (<i>R nera su fondo giallo</i>) per la raccolta e il trasporto di rifiuti pericolosi. I contenitori possono essere riutilizzabili previo idoneo lavaggio ad ogni ciclo d'uso. Vengono utilizzati anche sistemi di raccolta centralizzata costituiti da n. 3 cisterne di grande volumetria (1.000 lt). Gli impianti devono essere dotati di segnalatori di livello con dispositivo di troppo pieno, bacino di contenimento per eventuali sversamenti (con capacità pari a 1/3 del volume complessivo della cisterna), gabbiotto metallico di protezione con identificazione del punto di raccolta (targa in plastica riportante una <i>R nera su fondo giallo</i>).</p>
RACCOMANDAZIONI	<p>- In tutte le fasi di gestione dei rifiuti speciali devono essere indossati DPI da parte del personale.</p> <p>- Il deposito rifiuti speciale deve essere interdetto alle persone non autorizzate (porta chiusa con chiave).</p> <p>- I rifiuti speciali devono essere raccolti all'interno del deposito per tipologie omologhe e in maniera ordinata.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 32 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 4
RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO
PARTI ANATOMICHE NON RICONOSCIBILI IN SOLUZIONE DI FORMALDEIDE
(C.E.R. 18 01 06*)

DEFINIZIONE	Sono rifiuti costituiti da tessuti, organi o parti di essi, contenuti in recipienti in soluzione con formaldeide.
PUNTI DI PRODUZIONE	Laboratorio di Istologia
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori rigidi in polietilene da lt 60 di colore blu.
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdurre i recipienti contenenti parti anatomiche non riconoscibili, al termine del periodo di conservazione previsto, negli specifici contenitori. 2. Confezionare (ed etichettare) i contenitori. 3. Trasmettere richiesta di allontanamento dei contenitori all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it <p>Al momento del ritiro dei contenitori, l'operatore incaricato della DA deve rilasciare al Coordinatore Tecnico o delegato un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare: l'unità produttiva, la tipologia e la quantità del rifiuto.</p> <p>Una copia del modulo di movimentazione interna rilasciata dal trasportatore deve essere conservata presso l'unità produttrice per un anno.</p>
RACCOMANDAZIONI	Utilizzare i DPI durante le attività descritte.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS021/26/01		Pag. 33 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 5

RIFIUTI SANITARI PERICOLOSI NON A RISCHIO INFETTIVO

MEDICINALI CITOTOSSICI E CITOSTATICI DEL SETTORE SANITARIO O

DA ATTIVITA' DI RICERCA COLLEGATE (C.E.R. 18 01 08*)

DEFINIZIONE	Sono considerati pericolosi tutti i rifiuti generati dalla preparazione delle terapie antitumorali, che hanno contenuto il farmaco nella forma originaria (es. fiale, flaconi, ecc.) o che sono stati a contatto con la sostanza concentrata durante la fase di preparazione (es. aghi, siringhe, DPI, ecc.).
PUNTI DI PRODUZIONE	Farmacia - Laboratorio Unità Manipolazione Cito Antitumorali
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	<p>- Contenitori rigidi in polietilene di colore <i>GIALLO</i> per i rifiuti taglienti o pungenti a perdere (da 8 e 12 lt), resistenti alla puntura recante la simbologia (R nera su fondo giallo).</p> <p>- Imballaggio esterno rigido in polietilene (lt 60) di colore <i>ROSSO</i> riportante la simbologia (R nera su fondo giallo, l'identificativo CER) per il trasporto di rifiuti pericolosi.</p> <p>Per i rifiuti taglienti e pungenti e per le fiale/flaconcini che hanno contenuto il farmaco nella sua forma originaria, devono essere utilizzati contenitori rigidi in polietilene per rifiuti taglienti, di colore giallo da 8 e 12 lt.</p>
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posizionare il contenitore sul piano di lavoro all'interno delle cappe aspiranti e riempirlo non oltre i $\frac{3}{4}$ della sua capienza. 2. Chiudere il contenitore al termine del suo utilizzo. 3. Introdurre tutti gli altri rifiuti generati durante le fasi della preparazione delle terapie citostatiche (es. garze, deflussori, raccordi, telini assorbenti, DPI., ecc.) nel contenitore rigido in polietilene, di colore <i>ROSSO</i> recante la simbologia internazionale (lettera R di colore nero su fondo giallo). Il secondo imballaggio costituito dal sacco di colore rosso in polietilene deve essere inserito interno al contenitore rigido. 4. Effettuare al termine dell'utilizzo, il confezionamento del contenitore rigido esterno con il relativo coperchio, previa chiusura del sacco in polietilene interno. 5. Compilare l'etichetta di identificazione del contenitori riportando il nome dell'unità produttrice, l'azienda e la data di chiusura. 6. Trasferire i contenitori presso il locale deputato alla raccolta del materiale sporco.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 34 di 52

	<p>Sistema Robot APOTECaChemo: è attivo presso il laboratorio un sistema automatizzato per la preparazione delle terapie antitumorali che provvede anche alla raccolta e al confezionamento del rifiuto prodotto. Tale sistema utilizza contenitori dedicati con capacità di 30 lt (dotati di omologazione per il trasporto di rifiuti pericolosi).</p> <p>L'allontanamento dei rifiuti viene effettuato con cadenza bi-settimanale dalla DA. Al momento del ritiro di detti rifiuti l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Infermieristico o delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare l'unità produttiva, la tipologia e la quantità del rifiuto. Una copia del modulo di movimentazione interna rilasciata dal trasportatore deve essere conservata presso l'unità produttrice per un periodo minimo di un anno.</p>
--	---

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS021/26/01		Pag. 35 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 6
RIFIUTI SANITARI NON PERICOLOSI
FARMACI SCADUTI (C.E.R. 18 01 09)

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali non pericolosi tutti i farmaci scaduti/medicinali di scarto ad esclusione dei farmaci citotossici/citostatici e dei farmaci/sostanze stupefacenti.
PUNTI DI PRODUZIONE	Farmacia Aziendale.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori rigidi monouso in cartone.
MODALITA' DI GESTIONE	<p>La raccolta dei farmaci scaduti/medicinali di scarto è centralizzata presso la Farmacia Aziendale.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conferire alla Farmacia Aziendale i farmaci/medicinali scaduti o non più utilizzabili, raccolti all'interno di contenitori rigidi in cartone, differenziando la raccolta in base allo stato fisico (solido o liquido). 2. Rimuovere l'imballaggio esterno del farmaco scaduto (es. plastica, cartoncino, ecc). 3. Inviare richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della DA rilascerà al Coordinatore Infermieristico della Farmacia o suo delegato una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dalla DA deve essere conservata presso la Farmacia per un periodo minimo di un anno.</p>
CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitore rigido monouso in cartone. I contenitori sono forniti dalla DA.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 36 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 7
RIFIUTI DA IMBALLAGGI DI SCARTO CONTAMINATI DA SOSTANZE PERICOLOSE
(CER 15 01 10*)

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali pericolosi gli imballaggi/contenitori vuoti (es. bottiglie in vetro e plastica) che hanno contenuto sostanze o preparati che riportano l'etichetta del rischio e che sono classificati come - molto tossici (concentrazione >0,1 %); - tossici (concentrazioni >3%); - corrosivi (concentrazione >5%); - cancerogeni di categoria 1 e 2 (concentrazione >0,1); - cancerogeni di categoria 3 (concentrazione >1%); - tossici per il ciclo riproduttivo di categoria 1, 2 e 3; - mutageni.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutti i laboratori
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori rigidi in polietilene (da lt 60) di colore <i>CELESTE</i> .
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adagiare gli imballaggi/contenitori (bottiglie in vetro e plastica) contaminati all'interno di appositi contenitori rigidi in polietilene da lt 60 di colore celeste. 2. Riempire i contenitori in maniera tale da non rendere difficoltosa la loro chiusura con l'apposito coperchio in dotazione. 3. Trasferire i contenitori identificati, con la trascrizione dell'unità produttrice e il nome dell'Ospedale, nell'area deputata alla raccolta del materiale sporco all'interno del laboratorio. <p>Il ritiro dei contenitori viene effettuato dagli operatori della DA. Al momento del ritiro l'operatore incaricato deve obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Tecnico o suo delegato, un modulo di movimentazione interna che dovrà indicare l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia, il peso presunto, la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della DA deve essere conservata presso l'unità produttrice per un anno.</p>
CARATTERISTICHE DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	I contenitori rigidi in polietilene (da lt 60) di colore celeste, riportanti la simbologia R nera su fondo giallo, identificativo CER, le etichette di pericolo specifico, l'identificativo dell'AOSCF e del punto di produzione. I contenitori sono forniti dalla stessa DA.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 37 di 52

**SCHEDA RIFIUTO N. 8
 MATERIALI ASSORBENTI COME FILTRI ESAUSTI CONTAMINATI DA SOSTENZE
 PERICOLOSE
 (C.E.R. 15 02 02*)**

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali pericolosi i filtri esausti delle cappe chimiche d'aspirazione contaminati da sostanze chimiche pericolose.
PUNTI DI PRODUZIONE	I laboratori (uso cappe chimiche d'aspirazione per la lavorazione con composti chimici pericolosi).
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Gli imballaggi in cartone.
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Effettuare lo smontaggio dei filtri esausti, da parte degli operatori addetti al servizio di gestione delle apparecchiature elettromedicali, provvedendo anche al riconfezionamento del rifiuto nel cartone che ha costituito l'imballaggio del nuovo filtro. 2. Etichettare l'imballaggio con la descrizione del rifiuto "filtri esausti di cappa chimica", la data di produzione del rifiuto, l'unità produttrice. 3. Trasferire il rifiuto nell'area deputata alla raccolta del materiale sporco all'interno del laboratorio stesso. 4. Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it allegando una dichiarazione che trattasi di materiali filtranti esausti di sostanze chimiche. <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore della DA deve obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Tecnico o suo delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare l'unità produttiva del rifiuto, la tipologia, la firma e il timbro del responsabile del punto di produzione.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della DA deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 38 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 9 TONER PER STAMPA ESAUSTI (C.E.R. 08 03 17*)
--

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali pericolosi le cartucce inchiostrate, i toner esausti, i nastri inchiostri o i toner non più utilizzabili di stampanti, fotocopiatrici.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali che utilizzano fotocopiatrici e/o stampanti ad inchiostro.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori in cartone o polietilene da lt 100 riportante la scritta raccolta toner.
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere i toner esausti e le cartucce inchiostrate esauste presso le aree individuate per la raccolta. 2. Confezionare il rifiuto nel sacchetto in polietilene che ha costituito l'imballaggio secondario del nuovo toner. Gli imballaggi primari in cartone del nuovo toner non devono essere introdotti nel contenitore per la raccolta toner esausti ma devono essere differenziati come cartone (scheda rifiuto n. 16). 3. Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al referente del punto di raccolta una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, la firma del referente e il timbro del punto di produzione.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della DA deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno solare.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 39 di 52

**SCHEDA RIFIUTO N. 10
 RIFIUTI DA APPARECCHIATURE ELETTRICHE ED ELETTRONICHE**

1. **APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI FUORI USO CONTENENTI COMPONENTI PERICOLOSI (C.E.R. 16 02 13*)**
2. **APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI FUORI USO NON CONTENENTI COMPONENTI PERICOLOSI (C.E.R. 16 02 14)**
3. **MONITOR (C.E.R. 16 02 13*)**
4. **FRIGORIFERI D'USO DOMESTICO CONTENENTI COMPONENTI PERICOLOSI (C.E.R. 16.02 11*)**
5. **PIASTRE ELETTRICHE NON CONTENENTI COMPONENTI PERICOLOSI (C.E.R. 16 02 14)**

DEFINIZIONE	Sono tutte le apparecchiature elettriche ed elettroniche compresi i video terminali. Tutti i rifiuti costituiti da una componente elettrica sono da considerarsi come rifiuti speciali o rifiuti speciali pericolosi, nel caso contengano componenti che possono rappresentare un rischio per la salute nell'uomo o causare danno all'ambiente.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali sia sanitarie che non sanitarie.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Non previsti per grandi apparecchiature o big bag per piccole apparecchiature (es. monitor, PC, etc.).
MODALITA' DI GESTIONE	<p>Per tutte le apparecchiature elettromedicali (compresi frigoriferi, frigo-farmaci e letti elettrificati) è necessario acquisire, al fine della richiesta di rimozione e del successivo smaltimento, la dichiarazione di dismissione del bene (fuori-uso) da parte della Ingegneria Clinica. Per i monitor di computer, i computer e le componentistiche informatiche è necessario acquisire la dichiarazione di dismissione (fuori-uso) da parte dei Sistemi Informatici.</p> <p>Le richieste di allontanamento sono trasmesse all'e-mail economato@scamilloforlanini.rm.it</p> <p>La richiesta deve contenere la tipologia dell'apparecchiatura e il numero di delibera attestante la dismissione della stessa.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 40 di 52

**SCHEDA RIFIUTO N. 11
 ACCUMULATORI AL PIOMBO
 (C.E.R. 16 06 01*)**

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali pericolosi gli accumulatori al piombo esausti non più riutilizzabili.
PUNTI DI PRODUZIONE	Le aree sanitarie che detengono apparecchiature elettromedicali alimentate con gli accumulatori al piombo.
MODALITA' DI GESTIONE	<p>Gli accumulatori al piombo devono essere depositati in luogo sicuro, all'interno degli stessi punti di produzione, in attesa del loro ritiro. È fatto divieto assoluto il loro abbandono in aree non protette.</p> <p>Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it specificando il numero di accumulatori al piombo da ritirare.</p> <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al referente del punto di produzione o suo delegato una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, la firma del referente e il timbro.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 41 di 52

**SCHEDA RIFIUTO N. 12
 BATTERIE AL NICHEL-CADMIO (C.E.R. 16 06 02*)
 BATTERIE ALCALINE (C.E.R. 16 06 04)
 ALTRE BATTERIE (C.E.R. 16 06 05)**

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali e rifiuti speciali pericolosi le batterie a secco in quanto contenenti elementi chimici utilizzati per alimentare dispositivi medici quali ad esempio holter dinamici, termometri timpanici, laringoscopi, ecc.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le aree sanitarie che utilizzano dispositivi medici alimentati con batterie/pile a secco.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA DI BATTERIE ALCALINE	Contenitori rigidi in acciaio riportanti la scritta raccolta pile esauste.
MODALITA' DI GESTIONE	<p>I contenitori per la raccolta sono posizionati presso i padiglioni Puddu, Piastra, Sala e Lancisi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conferire nei vari punti di raccolta le batterie/pile a secco esauste. 2. Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al referente del punto di raccolta o suo delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare il punto di raccolta, la tipologia del rifiuto, la firma del referente e il timbro del punto di produzione.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 42 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 13
CARTA E PELLICOLE PER LA FOTOGRAFIA
CONTENENTI ARGENTO O COMPOSTI DELL'ARGENTO (C.E.R. 090107)
NON CONTENENTI ARGENTO O COMPOSTI DELL'ARGENTO (C.E.R. 090108)

DEFINIZIONE	Lastre radiologiche e scarti di pellicole radiologiche.
PUNTI DI PRODUZIONE	Servizi di Radiologia, Archivio Radiologico, depositi vari.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTIANTI ALLA RACCOLTA	Imballaggi in cartone o big bag.
MODALITA' DI GESTIONE	<p>Gli scarti radiologici e le lastre radiologiche (che non necessitano più di conservazione, così come previsto dalla normativa specifica) sono da considerarsi rifiuti speciali.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere gli scarti di pellicole radiografiche e i radiogrammi all'interno degli imballaggi in cartone o di contenitori big bag messi a disposizione da parte della DA. 2. Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it 3. Eventuali referti cartacei presenti devono essere smaltiti come rifiuti cartacei contenenti dati sensibili. <p>Al momento del ritiro/conferimento del rifiuto, l'operatore incaricato della DA deve obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Tecnico o suo delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare il punto di produzione, la tipologia del rifiuto, la firma del responsabile e il timbro dell'unità produttrice.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna rilasciata dal personale della DA deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 43 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 14
RESINE A SCAMBIO IONICO SATURE O ESAUSTE
(C.E.R. 19 09 05)

DEFINIZIONE	Sono rifiuti speciali i deionizzatori con resine saturate non rigenerabili, prodotti generalmente dai laboratori analisi.
PUNTI DI PRODUZIONE	Laboratori
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori in polietilene
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizzare per la raccolta i contenitori idonei forniti dalla DA riportanti la simbologia R nera su fondo giallo, identificativo CER, identificativo dell'AOSCF e del punto di produzione. 2. Depositare i contenitori nel locale deposito temporaneo presente all'interno dei laboratori, in attesa del ritiro da parte della DA. 3. Trasmettere la richiesta di allontanamento all'e-mail igieneospedaliera@scamilloforlanini.rm.it <p>Al momento del ritiro gli operatori incaricati della DA, devono obbligatoriamente rilasciare al Coordinatore Tecnico o suo delegato, una copia del modulo di movimentazione interna che dovrà indicare l'unità produttiva, la tipologia del rifiuto, la firma e il timbro dell'unità produttiva.</p> <p>Una copia del documento di movimentazione interna deve essere conservata presso il punto di produzione per un periodo minimo di un anno.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 44 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 15
RIFIUTI INGOMBRANTI ASSIMILABILI AGLI URBANI
(C.E.R. 20 03 07)

DEFINIZIONE	Rifiuti ingombranti assimilabili agli urbani sono prevalentemente beni patrimoniali come arredi obsoleti (es. scrivanie, armadi, scaffalature, sedie, comodini, ecc.). Sono escluse le apparecchiature elettromedicali ed elettrodomestici.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
MODALITA' DI GESTIONE	Le richieste di allontanamento sono trasmesse all'e-mail economato@scamilloforlanini.rm.it Il ritiro verrà effettuato da parte della ditta in appalto per il servizio di logistica direttamente nel contesto organizzativo richiedente.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 45 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 16

RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI RECUPERABILI

IMBALLAGGI IN CARTONE (C.E.R. 15 01 01)

DEFINIZIONE	Tutti gli imballaggi in cartone ad esclusione di quelli contaminati da sostanze chimiche o liquidi biologici.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Non è necessario disporre di un contenitore specifico.
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compattare i cartoni. 2. Inserire il cartone compattato all'interno di un cartone più grande che fungerà da contenitore. 3. Posizionare i rifiuti ottenuti nell'area individuata come deposito temporaneo. <p>Il trasferimento degli imballaggi in cartone presso l'area ecologica per i rifiuti assimilabili agli urbani viene effettuato dalla ditta incaricata per il servizio di pulizia e sanificazione.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 46 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 17
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI RECUPERABILI
CARTA E CARTOCINO (C.E.R. 20 01 01)

DEFINIZIONE	Sono riviste, libri, giornali, opuscoli (illustrativi/pubblicitari), carta uso ufficio, involucri di materiale cartaceo, piccoli imballaggi in cartone. Sono da escludere dalla raccolta differenziata la carta contenente dati sensibili e il materiale cartaceo venuto a contatto con alimenti, sangue o altri liquidi biologici.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Contenitori in cartone/plastica di colore <i>BLU</i> con all'interno un sacco in polietilene di colore <i>VIOLA</i> semitrasparente.
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere all'interno dei contenitori blu con sacco in polietilene di colore viola semitrasparente da lt100, il materiale cartaceo, i piccoli imballi/confezioni in cartoncino, carta mani e carta monouso (es. rotolo lettino visita) se non contaminati da materiale biologico. 2. Posizionare i contenitori all'interno dei contesti organizzativi nelle aree/locali dove maggiore è la possibilità di produzione del rifiuto in questione (es. medicheria, tisaneria, locale visita, area ristoro del personale, mensa aziendale, ecc.). <p>Il confezionamento, l'allontanamento dei sacchi contenenti il rifiuto differenziato, compreso il trasporto e il conferimento dei rifiuti presso l'area ecologica è a carico della ditta incaricata del servizio di pulizia e sanificazione.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 47 di 52

**SCHEDA RIFIUTO N. 18
 RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI
 CARTA CONTENENTE DATI SENSIBILI
 (C.E.R. 20 01 01)
 CHE RICHIEDONO ULTERIORI E SPECIFICHE MODALITA' DI GESTIONE**

DEFINIZIONE	E' materiale cartaceo contenente dati particolari che non necessita di conservazione. Successivamente alla distruzione dei documenti viene rilasciata da parte della DA una certificazione di corretta gestione e smaltimento dei dati.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Imballaggi in cartone.
MODALITA' DI GESTIONE:	<ol style="list-style-type: none"> 1) Raccogliere il materiale cartaceo contenente dati particolari all'interno di imballaggi in cartone. 2) Conservare il materiale cartaceo, in attesa del ritiro, in un luogo protetto all'interno della unità produttrice. 3) Inviare la richiesta di allontanamento, utilizzando l'apposito modulo debitamente compilato, all'e-mail economato@scamilloforlanini.rm.it <p>Sarà cura del servizio Economato e Gestione Contratti attivare la procedura per il ritiro del materiale che sarà trasportato presso il container dedicato alla raccolta.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 48 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 19
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI RECUPERABILI
CONTENITORI IN PLASTICA (C.E.R. 15 01 02) E MULTIMATERIALE (C.E.R. 15 01 06)

DEFINIZIONE	Tutti i contenitori in plastica o in metallo (lattine) che hanno contenuto bevande, alimenti, ecc.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Sono i contenitori da lt 100 in plastica rigida di colore <i>GIALLO</i> con sacco in polietilene semitrasparente di colore <i>celestes</i> .
MODALITA' DI GESTIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere i contenitori in plastica e/o multimateriale al termine del loro utilizzo negli specifici contenitori con sacco . 2. Posizionare i contenitori destinati alla raccolta all'interno dei contesti organizzativi, nelle aree/locali dove maggiore è la produzione. 3. Utilizzare i contenitori non oltre i $\frac{3}{4}$ del loro volume, al fine di evitare l'eccessivo appesantimento, al fine di facilitare il loro trasporto. <p>Il confezionamento e l'allontanamento dei sacchi contenenti il rifiuto differenziato è a carico della ditta incaricata del servizio di sanificazione, come anche il trasporto interno e il conferimento presso l'area ecologica aziendale.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 49 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 20
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI RECUPERABILI
IMBALLAGI IN VETRO – FLACONI IN VETRO PER FLEBOCLISI (C.E.R. 15 01 07)

DEFINIZIONE:	Sono i flaconi per fleboclisi vuoti in vetro (da 100, 250 e 500 ml) di provenienza sanitaria e non contaminati.
PUNTI DI PRODUZIONE:	Tutti i contesti organizzativi sanitari.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA:	Sono contenitori cilindrici da lt 100 in plastica rigida di colore <i>BLU</i> con chiusura a cravatta metallica e dotati di maniglie.
MODALITA' DI GESTIONE:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere separatamente i flaconi di fleboclisi per terapie endovenose, al termine del loro utilizzo se non contaminati da liquidi biologici o sostanza chimiche o farmaci antiblastici, per il recupero del vetro. 2. Disconnettere il deflussore dal flacone e rimuovere eventuali aghi o altro. 3. Raccogliere i flaconi in vetro nei contenitori rigidi in plastica di colore blu da lt 100. 4. Evitare di riempire oltre $\frac{3}{4}$ del volume del contenitore al fine di evitare l'eccessivo appesantimento e per facilitare le successive fasi di movimentazione e allontanamento. <p>Il ritiro del contenitore è a carico della ditta incaricata del servizio di pulizia e sanificazione.</p> <p>Il conferimento presso l'impianto di destinazione avviene da parte di AMA S.p.A. ed è accompagnato da una dichiarazione di responsabilità a firma del Direttore Sanitario/suo delegato attestante l'assenza di contaminazione chimica e biologica del rifiuto.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS021/26/01		Pag. 50 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 21
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI RECUPERABILI
IMBALLAGGI IN VETRO DI USO COMUNE
(C.E.R. 15 01 07)

DEFINIZIONE:	Sono contenitori in vetro di uso comune quali bottiglie, vasetti e recipienti in vetro di uso domestico.
PUNTI DI PRODUZIONE:	Tutti i contesti organizzativi aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Sono contenitori da lt 40 in plastica rigida di colore verde con sacco in polietilene trasparente con scritta raccolta vetro.
MODALITA' DI GESTIONE:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Raccogliere i contenitori in vetro di uso comune (es. bottiglie, vasetti, recipienti in vetro vuoti anche non puliti e con presenza di minimi residui) nel contenitore da lt 40 in plastica rigida di colore verde. 2. Posizionare i contenitori con il sacco in polietilene trasparente esclusivamente all'interno di aree ristoro del personale e nelle tisanerie. <p>Il ritiro del vetro è a carico della ditta incaricata del servizio di pulizia e sanificazione.</p>

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 51 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 22
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI
IMBALLAGGI IN LEGNO
(C.E.R. 15 01 03)

DEFINIZIONE	Sono i pallet/bancali in legno.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Sono gli imballaggi in legno utilizzati per il trasporto della fornitura e la consegna di materiali e/o presidi.
MODALITA' DI GESTIONE	Inviare richiesta di ritiro all'indirizzo di posta elettronica economato@scamilloforlanini.rm.it
RACCOMANDAZIONI	Non abbandonare pallet/bancali in aree non idonee esempio: corridoi, piani seminterrati degli edifici ecc.

Regolamento	REGOLAMENTO SULLA GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI	Rev. 0.1 del 11/02/2026
Cod. Doc.: R/901/S0DS02J/26/01		Pag. 52 di 52

SCHEDA RIFIUTO N. 23
RIFIUTI ASSIMILABILI AGLI URBANI NON DIFFERENZIATI
(C.E.R. 20 03 01)

DEFINIZIONE	Sono i residui di rifiuti generati dalla consumazione di prodotti alimentari e quelli prodotti dalle attività di pulizia e sanificazione.
PUNTI DI PRODUZIONE	Tutte le strutture organizzative aziendali.
TIPOLOGIA DEI CONTENITORI DESTINATI ALLA RACCOLTA	Sacchi e sacchetti in polietilene trasparenti.
MODALITA' DI GESTIONE	Raccogliere i rifiuti assimilati agli urbani non differenziabili all'interno dei sacchi e sacchetti in polietilene trasparenti contenuti a loro volta nei contenitori rigidi in cartone dedicati e/o nei cestini getta rifiuti. I sacchi in polietilene contenenti i rifiuti urbani indifferenziati vengono gestiti dalla ditta incaricata del servizio di pulizia e sanificazione. I sacchi vengono chiusi e posizionati nell'area deputata alla raccolta dei materiali sporchi dell'unità produttrice e poi allontanati.