

IL NUOVO REGOLAMENTO SUI RIFIUTI SANITARI (DPR 15 LUGLIO 2003 N. 254)

dott.ssa Aurelia Fonda
Ministero dell'ambiente

Sommario:

1	QUADRO GENERALE	74
2	QUALI LE NOVITÀ.....	74
2.1	Il deposito temporaneo	74
2.2	Il campo di applicazione	75
3	SISTEMI DI SMALTIMENTO	77
4	NOVITÀ NELLA GESTIONE	78

1 QUADRO GENERALE

In Italia dal 26 settembre 2003 è in vigore il DPR 15 luglio 2003 n. 254, regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179, che armonizza ed abroga tutte le precedenti norme di settore.

Vengono quindi abrogati perchè inglobati nel nuovo disposto giuridico, l'articolo 45, relativo ai rifiuti sanitari, del decreto legislativo 5 febbraio 1997 n. 22 ed il decreto interministeriale 26 giugno 2000 n. 219, decreto di attuazione del sopraddetto decreto legislativo n. 22/97.

Viene invece abrogato completamente l'articolo 2 comma 1 bis della legge 16 novembre 2001 n. 405, che intendeva equiparare la disinfezione alla sterilizzazione.

La disinfezione non è richiesta per nessun tipo di rifiuto ospedaliero; viene invece prevista per l'eventuale riutilizzo degli imballaggi secondari, quelli cioè non a diretto contatto con i rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

2 QUALI LE NOVITÀ

2.1 Il deposito temporaneo

Tra le novità, la precisazione apportata al deposito temporaneo, cioè al deposito effettuato presso il luogo di produzione, dall'articolo 8 del nuovo regolamento.

Per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo, il tempo di deposito temporaneo massimo, da conteggiarsi **dal momento della chiusura del contenitore**, è di 5 giorni per quantitativi pari o superiori a 200 litri, di 30 giorni per quantitativi inferiori.

Relativamente a tale deposito va comunque precisato che mentre è stato abrogato l'articolo 45 del decreto legislativo n. 22/97, rimane vigente l'articolo 6 comma 1 lettera m), che definisce la tempistica a partire dalla produzione.

Per garantire un coordinamento tra deposito temporaneo e registrazione, è stato inoltre adeguato il tempo massimo di registrazione a 5 giorni, ristretto rispetto ai 7 giorni previsti dall'articolo 12 del decreto legislativo n. 22/97.

È stato definitivamente chiarito, già il decreto 219/2000 lo aveva specificato, ma come decreto non aveva la forza giuridica per correggere l'imprecisione contenuta nell'articolo 45 del decreto legislativo n. 22/97, che i rifiuti pericolosi menzionati nello stesso articolo 45, per i quali vale questo limite temporale sono solo quelli a rischio infettivo.

Probabilmente, ai tempi della stesura del decreto legislativo n. 22/97 il legislatore, poco addentro alla situazione delle strutture sanitarie italiane, con la terminologia rifiuti sanitari pericolosi intendeva individuare i soli rifiuti pericolosi a rischio infettivo, non considerando che le strutture sanitarie sono strutture complesse, costituite da uffici tecnici, laboratori, radiologie, in alcuni casi anche da lavanderie industriali con lavaggio a secco, ove sono prodotti anche rifiuti pericolosi a rischio chimico.

2.2 Il campo di applicazione

Altra novità di rilievo è l'ampliamento del campo di applicazione rispetto al precedente decreto 219/2000.

Anche i rifiuti speciali, di cui all'articolo 7 comma 3 del decreto legislativo n. 22/97, prodotti al di fuori dell'ambito sanitario, che presentano un rischio infettivo equivalente ai rifiuti prodotti durante l'attività sanitaria devono essere gestiti con le stesse modalità.

Infatti, anche se l'elenco europeo dei rifiuti non prevede che vi siano rifiuti a rischio infettivo derivanti da attività diverse da quelle derivanti dal settore sanitario e veterinario e da attività di ricerca ad esse collegate, in realtà vi sono invece altre attività industriali, commerciali e di servizio che producono rifiuti classificati speciali, ai sensi del decreto legislativo 5 febbraio 1997 n. 22, assolutamente analoghi ai rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Sono per esempio quelli prodotti presso i laboratori di analisi microbiologiche di alimenti, di acque, cosmetici, delle ditte che effettuano le necessarie procedure di autocontrollo, nel caso di isolamento di microrganismi patogeni.

Sono inoltre alcuni dei rifiuti prodotti dagli istituti estetici e similari, cioè da tatuatori, depilatori, manicure, derivanti cioè da attività che non implicano prestazioni di carattere medico, curativo e sanitario (legge n. 161 del 14 febbraio 1963 come modificata dalla legge 23 dicembre 1970 n. 1142 e legge 4 gennaio 1990 n. 1).

Attualmente infatti, al fine di prevenire le malattie a trasmissione ematica, presso questi esercizi commerciali, per quanto riguarda aghi ed altri taglienti utilizzati nel corso dell'attività, si è correttamente implementato l'utilizzo del monouso; contemporaneamente però è necessario garantire anche un corretto smaltimento di tali rifiuti a tutela della salute degli operatori addetti al loro trasporto e smaltimento, in modo da evitare esposizioni infettanti (punture accidentali) a carico degli operatori stessi.

A tali rifiuti andrà assegnato il codice CER 18 01 03, se la contaminazione infettante è di origine umana, il codice 18 02 02, se detta contaminazione è di origine animale, anche se la provenienza non è strettamente derivante dal settore sanitario o veterinario.

La norma italiana ha assunto rispetto alle disposizioni europee, un comportamento più cautelativo al fine di garantire maggiormente la tutela della salute dei cittadini oltreché la salvaguardia dell'ambiente.

È lo stesso regolamento che specifica le condizioni e le contaminazioni - articolo 2 comma 1 lettera d) - che rendono un rifiuto pericoloso a rischio infettivo, in questo modo infatti si è fornito, agli operatori ed agli organi di controllo, uno strumento per la verifica e corretta identificazione di quanto risulta effettivamente a rischio infettivo, nell'ottica di minimizzare il contatto tra materiale infettante e non, riducendo quindi la produzione dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Si è voluto però focalizzare l'attenzione su quei rifiuti che maggiormente risultano presentare rischio infettivo, quali i taglienti, a causa della possibilità di

esposizione parenterale per gli operatori, e sulle colture microbiologiche a causa della loro concentrazione di patogeni.

È stato invece considerato trascurabile il rischio connesso agli assorbenti igienici anche se contaminati da sangue; assai difficilmente infatti un operatore potrebbe procurarsi una ferita con tale rifiuto, quindi viene meno l'esposizione per via parenterale, via di trasmissione necessaria per i virus veicolati dal sangue.

Per tale ragione gli assorbenti igienici, ad esclusione di quelli provenienti dai degenti in isolamento infettivo, sono classificati dal nuovo regolamento, articolo 2 comma 1 lettera g) numero 7), come rifiuti assimilati agli urbani.

D'altra parte la stessa classificazione europea ha inserito tale tipologia (assorbenti igienici) tra i rifiuti che non necessitano, relativamente al rischio di infezioni, di particolari precauzioni (codice 18 01 04).

Rimangono esclusi dal campo di applicazione di tale regolamento, i rifiuti prodotti dai privati cittadini, i cosiddetti rifiuti urbani, anche se taglienti e contaminati da sangue; sarebbe infatti impossibile gestire tali rifiuti secondo le regole del predetto decreto, che prevede, per il trasporto, contenitori idonei, ditte autorizzate e particolari forme di smaltimento

Sono definiti chiaramente i confini con la normativa relativa ai sottoprodotti di origine animale non destinati al consumo umano, il regolamento (CE) n. 1774/2002.

Gli Istituti zooprofilattici, così come gli altri Istituti scientifici di ricerca devono assoggettare le carcasse degli animali da esperimento intere e le singole parti anatomiche al regolamento n. 1774/2002.

Sono stati invece compresi nella disciplina dei rifiuti sanitari, i piccoli animali da esperimento ed i relativi tessuti e parti anatomiche, provenienti da strutture pubbliche e private, individuate ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che svolgono attività medica e veterinaria di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di ricerca ed erogano le prestazioni di cui alla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Sarebbe infatti assolutamente diseconomico e non apporterebbe alcun vantaggio sanitario o ambientale, prevedere, per lo smaltimento dei soli piccoli animali da esperimento prodotti nelle strutture sanitarie, un circuito diverso e parallelo rispetto a quello già esistente per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (cioè l'utilizzo di trasportatori e mezzi autorizzati dalla autorità sanitaria in aggiunta ai trasportatori e mezzi autorizzati dall'autorità ambientale).

Il DPR sui rifiuti sanitari dispone infatti, per tali tipologie di rifiuti, un sistema di smaltimento più cautelativo, sempre l'incenerimento, rispetto a quello previsto dal regolamento (CE) n. 1774/2002, pertanto si è optato per una semplificazione delle procedure, a cui è tra l'altro connesso un contenimento della spesa.

Anche per lo smaltimento dei tessuti, delle eventuali parti anatomiche derivanti da interventi eseguiti nell'ambulatorio veterinario, si applica il regolamento sui rifiuti sanitari e non il regolamento n. 1774.

Per quanto riguarda lo smaltimento dei microrganismi geneticamente modificati, data la particolarità di questo settore, si è ritenuto opportuno che le disposizioni, relative allo smaltimento di tali microrganismi, venissero contemplate di volta in volta, nelle specifiche autorizzazioni derivanti dal decreto legislativo 12 aprile 2001, n. 206, recante attuazione della direttiva 98/81/CE che modifica la direttiva 90/219/CE concernente l'impiego confinato di microrganismi geneticamente modificati; per questo motivo lo smaltimento dei microrganismi geneticamente modificati, è stato escluso dal regolamento sui rifiuti sanitari.

3 SISTEMI DI SMALTIMENTO

Il sistema di smaltimento obbligatorio per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo rimane la termodistruzione: in impianti per rifiuti urbani e in impianti per rifiuti speciali e dedicati.

L'articolo 10 del regolamento, relativo allo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, rispetto al passato (articolo 10 decreto n. 219/2000) è stato formulato diversamente per renderlo conforme a quanto previsto dalla direttiva 2000/76/CE, relativa all'incenerimento dei rifiuti.

L'articolo 6 comma 7 della citata direttiva così dispone *"I rifiuti ospedalieri infetti dovrebbero essere introdotti direttamente nel forno, senza essere prima mescolati con altre categorie di rifiuti e senza manipolazione diretta"*.

Non si comprendono, invero, le ragioni scientifiche per cui la direttiva, in prossimità dello smaltimento, non abbia consentito il mescolamento dei rifiuti infetti con altri rifiuti, ad esempio con i rifiuti urbani, dotati tra l'altro di minor potere calorifico rispetto ai rifiuti sanitari sopraddetti e quindi in grado di bilanciare il potere calorifico di questi ultimi.

Non vi sono infatti problemi di incompatibilità chimica, gli agenti infettanti cioè non danno luogo a reazioni chimiche pericolose, né può esistere un tale terreno favorente per le infezioni, da dar luogo a immediate conseguenze.

Pertanto nel citato articolo 10 del regolamento si è comunque consentito, alla bocca del forno il caricamento contemporaneo con altre categorie di rifiuti.

Si è inoltre esplicitato il concetto di manipolazione diretta presente nella direttiva, quale operazione che esponga gli operatori ad un rischio infettivo.

Con un esempio: non è manipolazione diretta il caricamento dell'imballaggio, con appositi guanti, risulta invece vietata l'apertura manuale dell'imballaggio per il prelievo di campioni rappresentativi, giudicato appunto inopportuno dalla direttiva 2000/76/CE - articolo 5 comma 4 lettera b).

Il regolamento consente anche la sterilizzazione dei rifiuti pericolosi a solo rischio infettivo; dopo tale trattamento, eseguito secondo le norme tecniche indicate nel regolamento stesso (articolo 7, Allegato III e norma UNI 10384/94 parte I), detti rifiuti perdono appunto la caratteristica di infettività.

Anche dopo la sterilizzazione, visto il buon potere calorifico di tali rifiuti, sono infatti costituiti in gran parte da plastica e da cellulosa, in linea con gli orientamenti comunitari tendenti a ridurre l'uso della discarica e a favorire il

recupero energetico, la termodistruzione rimane comunque il miglior sistema di smaltimento.

La novità importante è appunto la possibilità per questi rifiuti sterilizzati di essere avviati in impianti di produzione di CDR, anche al di fuori della regione di produzione, o direttamente utilizzati come mezzo per produrre energia.

Per maggiore chiarezza in questo caso è stato indicato anche lo specifico codice CER 19 12 10; con un codice differente infatti, gli impianti di termovalorizzazione, autorizzati per il CDR, avrebbero avuto difficoltà ad accettare tali rifiuti.

All'esclusivo fine del contenimento dei costi, qualora nella regione di produzione del rifiuto non siano presenti, in numero adeguato al fabbisogno, né impianti di produzione di CDR, né impianti che utilizzano i rifiuti sanitari sterilizzati come mezzo per produrre energia, né impianti di termodistruzione, il presidente della regione può autorizzare lo smaltimento in discarica dei rifiuti sterilizzati.

Sono comunque escluse quelle particolari categorie di rifiuti di cui all'articolo 14 (organi e parti anatomiche, piccoli animali da esperimento) che devono sempre essere smaltite in impianti di incenerimento.

Tale deroga alla termodistruzione rappresenta quindi un evento eccezionale ed ha validità esclusivamente sino alla realizzazione di un numero di impianti di trattamento termico adeguato al fabbisogno regionale.

Per quanto riguarda lo smaltimento dei medicinali citotossici e citostatici, l'articolo 14 prevede che siano sempre smaltiti in impianti di incenerimento. Nelle more del recepimento della direttiva 2000/76/CE, inoltre, lo smaltimento dei chemioterapici antitumorali può avvenire negli impianti di incenerimento già autorizzati per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

4 NOVITÀ NELLA GESTIONE

Il nuovo testo sui rifiuti sanitari prevede importanti novità anche relativamente alla gestione degli stessi.

L'articolo 4 comma 4 infatti, ai fini della semplificazione delle procedure e del contenimento della spesa sanitaria, prevede, per assicurare il servizio di gestione alle migliori condizioni di mercato, che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possano stipulare accordi di programma tra loro, con le strutture sanitarie e i medici convenzionati con le stesse e con i soggetti privati interessati.

Viene quindi data la possibilità anche ai soggetti privati di consorziarsi con l'Azienda sanitaria locale e con la regione, per ottenere, relativamente al trasporto e smaltimento dei propri rifiuti sanitari, un appalto unico e quindi più vantaggioso, rispetto ai molteplici contratti a carico dei singoli professionisti.

L'accordo di programma risulta necessario per superare le questioni autorizzative relative allo stoccaggio; infatti se il rifiuto prodotto dal professionista venisse depositato, prima della consegna alla ditta autorizzata, presso l'Azienda sanitaria locale, questa operazione si configurerebbe in un deposito

preliminare D15, quindi come tale, in assenza di un accordo di programma, sarebbe assoggettata ad autorizzazione regionale ai sensi degli articoli 27 e 28 del decreto legislativo n. 22/97.

In questo modo si è cercato di ottenere un contenimento dei costi insieme ad una semplificazione delle procedure.

Un'altra novità è il sistema di monitoraggio e analisi dei costi dei rifiuti sanitari, previsto dall'articolo 4 comma 5 : *"Le regioni, secondo criteri concordati tra lo Stato e le regioni ai sensi del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, istituiscono sistemi di monitoraggio e di analisi dei costi e della congruità dei medesimi relativamente alla gestione e allo smaltimento dei rifiuti sanitari e trasmettono, annualmente, anche in forma informatica, al fine della loro elaborazione, i dati risultanti da dette attività all'Osservatorio nazionale sui rifiuti che, successivamente, li comunica ai Ministeri dell'ambiente e della tutela del territorio e della salute. Il sistema di monitoraggio, istituito dalle regioni, può stabilire gli obiettivi minimi di recupero dei rifiuti prodotti che le strutture sanitarie sono tenute a raggiungere".*

Tale sistema renderà possibili i raffronti dei dati, anche perché sarà basato su sistemi di rilevazione concordati su base nazionale (in conferenza stato-regioni).

Una significativa esperienza in tal senso è quella della regione Lombardia, Direzione generale sanità, Servizio prevenzione sanitaria, che dal 1995 effettua tale monitoraggio sul territorio, ottenendo ottimi risultati anche nel contenimento dei costi.

Dal confronto dei dati ci si aspetta infatti la correzione delle anomalie; sarà inoltre possibile effettuare l'analisi comparativa della produzione dei rifiuti utilizzando criteri uniformi ed oggettivi, quali ad esempio il peso del rifiuto prodotto/die relativo a posto letto occupato.

Tale monitoraggio riguarderà in primis le strutture pubbliche, secondariamente quelle private; la rilevazione dei dati dai singoli liberi professionisti, sebbene non impossibile, risulta invece di più difficile gestione.