

MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE

Integrazione del manuale di gestione alle *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*, Agenzia per l'Italia Digitale, Determinazione del Direttore Generale n. 371 del 17 maggio 2021.

Preparato		Verificato	Approvato
V. Andreoli		V. Bruno	V. Bruno
Data: 18 2020	giugno	Data: 18 giugno 2020	Data: 18 giugno 2020

Revisione I - 2025		
Preparazione	Verifica	Approvazione
A. Petruzzi	A. Carnelli	A. Carnelli
M. Piatto	Responsabile della gestione documentale e Responsabile della conservazione Responsabile SC Affari Generali e Legali M. Ferranti Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali Responsabile per la Transizione Digitale	Responsabile della gestione documentale e Responsabile della conservazione Responsabile SC Affari Generali e Legali M. Ferranti Direttore SC Sistemi Informativi Aziendali Responsabile per la Transizione Digitale
Data: 30 giugno 2025	Data: 30 giugno 2025	Data: 30 giugno 2025



1.	DISPOSIZIONI GENERALI	7
1.1	Introduzione	7
1.2	Area Organizzativa Omogenea (AOO)	7
1.3	Uffici Organizzativi di Riferimento (UOR)	8
1.4	Responsabilità della gestione dei flussi documentali e degli archivi	9
1.5 arch	Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali divi9	e degli
1.6	Responsabile della gestione documentale	10
2.	FORMAZIONE DEL DOCUMENTO	11
2.1	Formazione del documento informatico	14
2.2	Modalità di formazione dei documenti amministrativi informatici e contenuti minimi	16
2.3	Sottoscrizione dei documenti informatici	17
	Valore giuridico delle tipologie documentali informatiche .4.1 La copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico	19 19
2.5	Validazione temporale dei documenti informatici	21
2.6	Metadati dei documenti informatici	21
2.7	Obiettivi dei metadati archivistici	21
2.8	Metadati essenziali per la registrazione nel protocollo informatico	22
3.	SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE	22
3.1	Registrazione informatica dei documenti	22
3.2	Registrazione di protocollo	22
3.3	La segnatura di protocollo	24
3.4	Data e ora regolate sul UTC (Universal Time Coordinated)	25
3.5	Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati	25
3 6	Annullamento e modifica delle registrazioni di protocollo	26



3.7	Differimento dei termini di registrazione	27
3.8	Registro di Emergenza (art. 63 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)	28
3.9	Accesso al sistema documentale	29
3.10	Tutela della riservatezza nel protocollo informatico	30
3.11	Sicurezza dei dati	30
4.	DOCUMENTI IN ENTRATA, IN USCITA, INTERNI	31
4.1	Documenti non soggetti a protocollazione	31
4.2	Documenti in entrata	32
	I Gestione dei documenti cartacei in entrata 2.2 Ricevute attestanti la ricezione dei documenti analogici 2.3 Lettere anonime e documenti non firmati	32 33 33
4.3	Gestione dei documenti informatici in entrata	33
4.4	Flusso di lavorazione della documentazione in entrata	34
5.1	Priorità nella registrazione dei documenti informatici in arrivo	34
5.2	Priorità nella registrazione dei documenti analogici in arrivo	35
5.3	Rigetto di un documento informatico e/o di un documento analogico	35
5.4	Controllo dei certificati di firma	36
4.9	Documenti già pervenuti	36
4.10	Documenti ricevuti con più destinatari	36
4.11	Documenti digitali pervenuti con comunicazioni via mail successive	36
4.12	Documenti di competenza di altre Amministrazioni o di altri soggetti	36
4.13	Documenti originali plurimi o in copia per conoscenza	37
4.14	Visto di Arrivo	37
4.15	Registrazione "a Fronte"	37
4.16	Orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo	37
	Documenti in partenza 17.1 Documenti cartacei in partenza 17.2 Documenti informatici in partenza	37 37 38



4.	17.3	Documenti in partenza con più destinatari	39
4.18	Doc	eumenti interni	39
4.19	II do	ocumento amministrativo informatico costituito dal corpo della PEC istituzionale	39
4.20	II do	ocumento amministrativo informatico costituito dal corpo della e-mail istituzionale	40
4.21	Ass	egnazione dei documenti informatici	40
4.	21.1	Assegnazione	40
4.	21.2	Modifica delle assegnazioni	40
4.22	Altr	i documenti registrati nel sistema di gestione documentale	40
4.	22.1	Le Determinazioni Dirigenziali informatiche	41
4.	22.2	Le Deliberazioni del Direttore Generale informatiche	41
4.	22.3	Contratti digitali e relativo repertorio	41
4.	22.4	Il fascicolo di personale informatico	41
5.	ALTF	RE REGISTRAZIONI DI DOCUMENTI INFORMATICI	42
5.5	Gare t	elematiche (SINTEL-ARIA)	42
5.6	Fattur	e (ARIA-Hub Regionale)	42
5.7	Ricette	e dematerializzate (ARIA-Hub Regionale)	42
5.8	Denur	ce infortuni	42
5.9	Certifi	cati di malattia	43
6.	GEST	TIONE DI CONCORSI E SELEZIONI	43
7.	DOC	JMENTI SANITARI	43
7.1	Regist	razione DCE e DICOM (Galileo-DEDALUS / PACS Synapse)	43
8.	TITO	LARIO E CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI	44
8.1	Titolaı	rio (= piano di classificazione)	44
8.2	Classi	ficazione dei documenti	45
^	F00:	AAZIONE DELLE AOODEOAZIONI DOCUMENTALI	40
9.		MAZIONE DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI	46
9.1	Aggrega	azione documentale: definizione e funzione	46
9.2 F	ascico	lo: definizione e funzione	46



9.3 II f	9.3 Il fascicolo cartaceo, informatico, ibrido	
9.4 Fo	rmazione dei fascicoli	47
9.4.	1 Titolo del fascicolo	48
9.4.	2 Metadati minimi del fascicolo informatico	48
9.5 1	ipologie di fascicolo:	48
9.5.	1 Fascicolo per affare	48
9.5.		49
9.5.	•	49
9.5.		49
9.5.		49
9.5.	•	50
9.5.	• •	50
9.5.	8 Metadati minimi per il repertorio dei fascicoli informatici	50
10.	GESTIONE DEGLI ARCHIVI	51
10.1	Definizioni di archivio corrente, di deposito e storico	51
10.2	Gli strumenti gestionali dell'archivio	51
10.3	Gestione dell'archivio corrente cartaceo	52
10.4	Gestione dell'archivio di deposito cartaceo	53
10.4	1.1 Trasferimenti delle unità archivistiche nell'Archivio di deposito cartaceo	53
10.5	Conservazione dei documenti digitali	55
10.6	Accesso alla documentazione	55
10.7	Selezione e scarto dei documenti	55
10.	7.1 Procedura per la selezione della documentazione da proporre per lo scarto	55
11.	MISURE DI SICUREZZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	56
11.1	Sicurezza del Sistema informatico	56
11.2	Privacy	57
12.	DISPOSIZIONI FINALI	58
12.1	Approvazione, integrazioni, modifiche ed aggiornamenti del Manuale	58
12.2	Pubblicazione del Manuale	59
ALLE	EGATI:	60



1.	GLOSSARIO DEI TERMINI	60
2.	RIFERIMENTI NORMATIVI	60
3.	FORMATI ACCETTATI	60
4.	ELENCO DEI DOCUMENTI CHE NON SERVE PROTOCOLLARE	60
5.	GIRO POSTA DIRETTORI	60
6.	TITOLARIO E MASSIMARIO DI CONSERVAZIONE	60
7.	FUNZIONIGRAMMA CON NOMINA DEL DPO E ALTRE NOMINE	60
8.	MANUALE DI CONSERVAZIONE	60
9.	REGOLAMENTO PER ACCESSO AGLI ATTI	60
_	DICHIARAZIONE DI ADOZIONE DEL PIANO PER LA SICUREZZA	60



1. DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 Introduzione

Il manuale di gestione documentale descrive il sistema di gestione informatica dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. Descrive le procedure e fornisce le istruzioni per una corretta formazione, gestione, tenuta e conservazione della documentazione analogica e digitale. Il presente Manuale disciplina la modalità organizzative legate al Sistema di gestione informatico dei documenti, in riferimento a quanto previsto dalla normativa vigente.

Il Manuale deve rendere conto dei seguenti aspetti:

- definire gli aspetti organizzativi;
- dare indicazioni sulla formazione dei documenti informatici;
- specificare modalità d'uso del protocollo informatico
- rendere nota l'esistenza di altre eventuali registrazioni particolari di documenti informatici;
- adottare il Titolario di classificazione e per la selezione dei documenti;
- definire la formazione delle aggregazioni documentali;
- descrivere i flussi di lavorazione dei documenti in uso:
- dichiarare le misure di sicurezza e protezione dei dati personali adottate;
- fare riferimento al piano di conservazione adottato.

Il Manuale è quindi rivolto a tutti i Responsabili di UOR come strumento di lavoro per la gestione dei documenti e di tutti gli atti connessi ai Procedimenti Amministrativi. Il presente Manuale viene redatto secondo lo schema proposto nelle *Linee Guida* AgID, è adottato con provvedimento formale e pubblicato sul sito istituzionale dell'ASST-Rhodense nell'area "Amministrazione trasparente" prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013.

1.2 Area Organizzativa Omogenea (AOO)

Il Testo Unico delle disposizioni in materia di Documentazione Amministrativa (DPR 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i.) art. 50, c. 4, dispone che ciascuna Amministrazione individui



"nell'ambito del proprio ordinamento, gli uffici da considerare ai fini della gestione unica o coordinata dei documenti per grandi Aree Organizzative Omogenee, assicurando criteri uniformi di classificazione e archiviazione, nonché di comunicazione interna tra le aree stesse". L'Azienda viene considerata come unica Area Organizzativa Omogenea.

Nell'ambito della gestione dei documenti ASST-Rhodense è individuata quale unica Area Organizzativa Omogenea (AOO).

Ragione Sociale	ASST - Rhodense
Partita Iva	09323530965
Codice Fiscale	09323530965
Sede	Viale Forlanini, 95
AOO	ASST - Rhodense
Codice univoco AOO	A2A029C
Codice IPA	asstr
Indirizzo PEC	protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

1.3 Uffici Organizzativi di Riferimento (UOR)

La AOO è articolata in Uffici Organizzativi di Riferimento (UOR). Attualmente l'elenco delle UOR conta circa 160 uffici dipendenti da quattro macro aree:

1 Direzione Generale
2 Direzione Amministrativa
3 Direzione Sanitaria
4 Direzione Sociosanitaria
5 Collegio Sindacale

Inoltre sono presenti singole UOR relative a:

1 - Comitato Unico di Garanzia (CUG)
2 - Uff. Competente per i Procedimenti Disciplinari
3 - Anticorruzione



La ASST-Rhodense ha nominato il Responsabile della Gestione Documentale con Delibera DG n. 261 del 20/03/2025.

Il § 3.1.2 delle Linee Guida prevede che sia nominato anche un vicario del Responsabile della Gestione Documentale tra il personale in possesso di idonee competenze giuridiche, informatiche e archivistiche.

La ASST-Rhodense adotta il presente Manuale di Gestione Documentale su proposta del Responsabile della Gestione documentale.

1.4 Responsabilità della gestione dei flussi documentali e degli archivi

L'Azienda, nella figura del suo Legale Rappresentante e dei Dirigenti Responsabili delle UOR, secondo le competenze degli stessi, è pienamente responsabile della gestione dei documenti, dalla fase della loro formazione a quella della loro conservazione e dell'accesso agli archivi correnti, anche nel caso in cui le modalità di gestione dovessero comportare l'esternalizzazione di determinati servizi.

Ogni azione amministrativa comporta la produzione, tenuta e conservazione di documentazione archivistica: il Dirigente preposto alla UOR è pertanto Responsabile della gestione documentale in conformità alle disposizioni del presente regolamento.

1.5 Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi

Nell'ambito dell'AOO, ai sensi del comma 1, art. 61 del DPR 445/2000 e s.m.i.¹, si identifica un ufficio, dipendente dalla S.C. Affari Generali e legali, denominato "Gestione Documentale", con competenze in materia di servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. L'ufficio gestisce l'intera documentazione archivistica dell'Azienda (sia cartacea che informatica), ai fini della sua corretta registrazione, classificazione, ordinamento, selezione e conservazione.

Il servizio per la tenuta del protocollo informatico e la gestione degli archivi svolge i seguenti compiti:

• attribuisce i livelli di autorizzazione di accesso al Protocollo Informatico (Access Control List): individua gli utenti e attribuisce loro un livello di autorizzazione all'uso di

_

¹ L'articolo 61 del TUDA prevede che "1. Ciascuna amministrazione istituisce un servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi in ciascuna delle grandi aree organizzative omogenee individuate ai sensi dell'articolo 50. Il servizio è posto alle dirette dipendenze della stessa area organizzativa omogenea.



funzioni della procedura, secondo gli uffici di appartenenza, distinguendo quelli abilitati all'inserimento, alla modifica e aggiunta di informazioni;

- garantisce il rispetto delle disposizioni della normativa nelle operazioni di registrazione di Protocollo;
- garantisce la corretta produzione e conservazione del Registro giornaliero di Protocollo;
- cura il ripristino della funzionalità del sistema nel più breve tempo possibile in caso di guasti o anomalie in collaborazione, se è il caso, con la SC Sistemi Informativi;
- organizza le attività di registrazione di Protocollo e di gestione dei Documenti e dei Flussi Documentali;
- notifica ai responsabili delle UOR l'eventuale indisponibilità del sistema e l'attivazione del registro di emergenza;
- autorizza eventuali operazioni di annullamento e/o modifica di registrazioni di Protocollo;
- cura l'adeguamento del sistema di gestione documentale alle modifiche dell'organigramma dell'Azienda;
- indica le modalità tecniche ed operative per la gestione e la tenuta dei documenti;
- cura l'aggiornamento del presente manuale e dei relativi allegati.

1.6 Responsabile della gestione documentale

Secondo il § 3.1.2. delle Linee Guida "le Pubbliche Amministrazioni, nell'ambito del proprio ordinamento, provvedono a nominare in ciascuna AOO il responsabile della gestione documentale e un suo vicario, in possesso di idonee competenze giuridiche, informatiche e archivistiche".

Il Responsabile della Gestione Documentale, con il Responsabile della Conservazione, il Responsabile per la transizione digitale e acquisito il parere del Responsabile per la protezione dei dati personali predispone²:

il manuale di gestione documentale relativo alla formazione, alla gestione, all'interscambio, all'accesso ai documenti informatici nel rispetto della normativa in materia di trattamenti dei dati personali ed in coerenza con quanto previsto nel manuale di conservazione

il piano per la sicurezza informatica di continuità operativa, di protezione dei dati personali e di analisi del rischio;

Inoltre il Responsabile della gestione documentale:

-

² Linee Guida, AgID, § 3.4



verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA.

definisce ed assicura criteri uniformi di trattamento del documento informatico e, in particolare, di classificazione, fascicolazione ed archiviazione, nonché di comunicazione interna tra le aree organizzative omogenee;

verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA;

coordina e verifica l'attuazione ed il rispetto delle procedure adottate nella gestione della documentazione corrente per il versamento all'Archivio di deposito;

sovrintende alle procedure di selezione e scarto dei documenti dell'archivio corrente;

monitora le attività di conservazione digitale, verifica e cura l'aggiornamento dei metadati e dei formati di conservazione, segnala eventuali criticità nella trasmissione dei Pacchetti di Versamento (PdV) al servizio di conservazione, analizza e valuta le eventuali soluzioni, quando non di competenza tecnica dei Sistemi Informativi;

promuove e coordina, in collaborazione con la SC Sistemi Informativi, le attività di dematerializzazione all'interno dell'Azienda;

Il Responsabile della Gestione documentale può, sotto la propria responsabilità, delegare in tutto o in parte i propri compiti al personale posto sotto la propria direzione.

2. FORMAZIONE DEL DOCUMENTO

La gestione documentale è un processo che può essere suddiviso in tre fasi principali: formazione, gestione e conservazione del documento.

Ai fini del presente Manuale le definizioni di documento analogico, documento elettronico e documento informatico sono dedotte dalla normativa vigente e dalle *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici* emanate da AgID.

<u>Il documento analogico, ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005, art 1, comma 1.p - bis), è "la rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti."</u>

Qualsiasi documento giuridicamente rilevante non informatico (es. un documento cartaceo, un'immagine su microfilm, una magnetizzazione su nastro) è un documento analogico.



Il documento elettronico, secondo il Regolamento UE 910/2014 elDAS³, è qualsiasi contenuto conservato in forma elettronica, in particolare testo o registrazione sonora, visiva o audiovisiva.

Il documento informatico, ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005,⁴, art 1, comma 1.p), è il "documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti".

L'art. 20, comma 1bis del D.Lgs. n. 82/2005, specifica che "Il documento informatico soddisfa il requisito della forma scritta e ha l'efficacia prevista dall'articolo 2702 del Codice Civile quando vi è apposta una firma digitale, altro tipo di firma elettronica qualificata o una firma elettronica avanzata o, comunque, è formato, previa identificazione informatica del suo autore, attraverso un processo avente i requisiti fissati dall'AgID ai sensi dell'articolo 71, con le *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*, con modalità tali da garantire la sicurezza, integrità e immodificabilità del documento e, in maniera manifesta e inequivoca, la sua riconducibilità all'autore. In tutti gli altri casi, l'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono liberamente valutabili in giudizio, in relazione alle caratteristiche di sicurezza, integrità e immodificabilità. La data e l'ora di formazione del documento informatico sono opponibili ai terzi se apposte in conformità alle Linee Guida".

Il <u>documento amministrativo</u>, ai sensi art. 1, D.Lgs. 445/2000, è "ogni rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, anche interni, delle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa".

Il <u>documento amministrativo informatico</u>, ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005, art. 23 ter: "Gli <u>atti formati dalle pubbliche amministrazioni con strumenti informatici, nonché i dati e i</u> documenti informatici detenuti dalle stesse".

Ai sensi dell'art. 20, comma 1 - bis del CAD." Il documento informatico soddisfa il requisito della forma scritta e ha l'efficacia prevista dall'articolo 2702 del Codice civile quando vi è apposta una firma digitale, altro tipo di firma elettronica qualificata o una firma elettronica avanzata o, comunque, è formato, previa identificazione informatica del suo autore, attraverso un processo avente i requisiti fissati dall'AgID ai sensi dell'articolo 71 con modalità tali da garantire la sicurezza, integrità e immodificabilità del documento e, in maniera manifesta e inequivoca, la sua riconducibilità all'autore. In tutti gli altri casi, l'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono liberamente valutabili in giudizio, in relazione alle caratteristiche di sicurezza, integrità

_

³ Regolamento UE n° 910/2014 – eIDAS (Electronic IDentification Authentication and Signature) - in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE. Oggi tale regolamento è stato aggiornato alla versione 2024/1183

⁴ D.Lgs. n. 82/2005 - Codice dell'amministrazione digitale (CAD)



e immodificabilità. La data e l'ora di formazione del documento informatico sono opponibili ai terzi se apposte in conformità alle Linee guida".

"L'apposizione a un documento informatico di una firma digitale o di un altro tipo di firma elettronica qualificata basata su un certificato elettronico revocato, scaduto o sospeso equivale a mancata sottoscrizione" (D.Lgs. n. 82/2005, art. 22 comma 4 bis); tuttavia "le firme elettroniche qualificate e digitali, ancorché sia scaduto, revocato o sospeso il relativo certificato qualificato del sottoscrittore, sono valide se alle stesse è associabile un riferimento temporale opponibile a terzi che collochi la generazione di dette firme rispettivamente in un momento precedente alla scadenza, revoca o sospensione del suddetto certificato" (DPCM 22 febbraio 2013, art. 62).

Ai sensi della sezione 4 art. 25 del Regolamento N. 910/2014 – eIDAS:

- "- A una firma elettronica non possono essere negati gli effetti giuridici e l'ammissibilità come prova in procedimenti giudiziali per il solo motivo della sua forma elettronica o perché non soddisfa i requisiti per firme elettroniche qualificate.
- Una firma elettronica qualificata ha effetti giuridici equivalenti a quelli di una firma autografa.
- Una firma elettronica qualificata basata su un certificato qualificato rilasciato in uno Stato membro è riconosciuta quale firma elettronica qualificata in tutti gli altri Stati membri."

Redazione/formazione del documento amministrativo analogico

Per documento analogico si intende un documento formato utilizzando una grandezza fisica (ad es. documento su carta, le immagini su pellicola, le magnetizzazioni su nastro).

Nell'attività amministrativa, di norma il documento analogico è un documento formato su supporto analogico prodotto con strumenti analogici (ad es.: documento scritto a mano) o con strumenti informatici (ad es.: documento prodotto con un sistema di video-scrittura e stampato su carta). L'originale analogico è il documento nella sua redazione definitiva, perfetta ed autentica, corredato di tutti gli elementi formali (carta intestata, formulario amministrativo) e sostanziali, comprendente tutti gli elementi di garanzia e di informazione, del mittente e del destinatario e dotato di firma autografa.

I documenti analogici dotati di firma autografa aventi per destinatario un ente o un soggetto terzi, sono di norma redatti in due esemplari, un originale per il destinatario e una minuta da conservare agli atti nel fascicolo corrispondente.

Si definisce *minuta* l'esemplare del documento corredato di sigle, firma e sottoscrizione autografe, conservato agli atti, cioè nel fascicolo relativo al procedimento amministrativo o all'affare trattato.

I documenti analogici sono così composti:

- Denominazione e logo aziendale
- Identificazione della struttura/ufficio mittente;



- Classificazione;
- Destinatario;
- · Oggetto;
- Testo;
- Sottoscrizione autografa;
- Responsabile del procedimento;
- Responsabile dell'istruttoria;
- Allegati.

Il documento è sottoscritto prima di essere protocollato; di norma la data di sottoscrizione e la data di protocollazione coincidono.

2.1 Formazione del documento informatico

Il documento informatico è formato mediante una delle seguenti modalità:

- a. creazione tramite l'utilizzo di strumenti software o servizi cloud qualificati che assicurino la produzione di documenti nei formati e nel rispetto delle regole di interoperabilità di cui all'allegato 2 delle Linee Guida AgID;
- acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di un documento analogico;
- c. memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente;
- d. generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica.

Il documento informatico deve essere identificato in modo univoco e persistente. L'identificazione dei documenti oggetto di registrazione di protocollo è rappresentata dalla segnatura di protocollo univocamente associata al documento. L'identificazione dei documenti non protocollati è affidata alle funzioni del sistema di gestione informatica dei documenti. In alternativa l'identificazione univoca può essere realizzata mediante associazione al documento di una sua impronta crittografica basata su funzioni di *hash* che siano ritenute crittograficamente sicure, e conformi alle tipologie di algoritmi previsti dalle *Linee Guida*⁵.

⁵ Allegato 6, tabella 1, § 2.2 delle *Linee Guida*, AgID 2022.



Il documento informatico è immodificabile se la sua memorizzazione su supporto informatico in formato digitale non può essere alterata nel suo accesso, gestione e conservazione.

Nel caso di documento informatico formato secondo la sopracitata **lettera a)**, l'immodificabilità e l'integrità sono garantite da una o più delle seguenti operazioni:

- apposizione di una firma elettronica qualificata, di una firma digitale o di un sigillo elettronico qualificato o firma elettronica avanzata;
- memorizzazione su sistemi di gestione documentale che adottino idonee misure di sicurezza;
- il trasferimento a soggetti terzi attraverso un servizio di posta elettronica certificata o un servizio elettronico di recapito certificato qualificato, come definito dal regolamento (UE) 23 luglio 2014 n. 910 del Parlamento europeo e del Consiglio in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno (regolamento elDAS), valido ai fini delle comunicazioni elettroniche aventi valore legale;
- versamento ad un sistema di conservazione.

Nel caso di documento informatico formato secondo la sopracitata **lettera b)** l'immodificabilità ed integrità sono garantite da una o più delle seguenti operazioni mediante:

- apposizione di una firma elettronica qualificata, di una firma digitale o di un sigillo elettronico qualificato o firma elettronica avanzata;
- memorizzazione su sistemi di gestione documentale che adottino idonee misure di sicurezza;
- versamento ad un sistema di conservazione.

Nel caso di documento informatico formato secondo le sopracitate **lettere c) e d)** le caratteristiche di immodificabilità e di integrità sono garantite da una o più delle seguenti operazioni:

- apposizione di una firma elettronica qualificata, di una firma digitale o di un sigillo elettronico qualificato o firma elettronica avanzata
- registrazione nei log di sistema dell'esito dell'operazione di formazione del documento informatico, compresa l'applicazione di misure per la protezione dell'integrità delle basi di dati e per la produzione e conservazione dei log di sistema;
- produzione di una estrazione statica dei dati e il trasferimento della stessa nel sistema di conservazione.

La certezza dell'autore è la capacità di poter associare in maniera certa e permanente il soggetto che ha sottoscritto al documento stesso.

Al momento della formazione del documento informatico immodificabile, devono essere generati e associati permanentemente ad esso i relativi metadati.



Il documento può essere costituito anche dal solo corpo di una mail ordinaria o da una mail pec.

L'e-mail trasmessa/ricevuta sia mediante posta elettronica (PEO) che per posta certificata (PEC) costituisce un documento informatico sottoscritto con firma elettronica semplice, in quanto il mittente viene identificato inserendo il proprio username e la propria password.

La disponibilità e la riservatezza delle informazioni contenute nel documento informatico sono garantite attraverso l'adozione di specifiche politiche e procedure predeterminate dall'ente, in conformità con le disposizioni vigenti in materia di accesso e protezione dei dati personali.

I documenti informatici, qualora prodotti in formato digitale, sono documenti originali da cui è possibile ricavare duplicati, copie o estratti sia analogici che informatici.

2.2 Modalità di formazione dei documenti amministrativi informatici e contenuti minimi

Le modalità di formazione dei documenti ed i loro elementi minimi sono determinati dalla Direzione Aziendale.

Il documento amministrativo è qualsiasi rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, interni o non, relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse.

Il documento amministrativo può assumere la forma di documento informatico o analogico.

Le amministrazioni pubbliche formano gli originali dei propri documenti amministrativi informatici attraverso gli strumenti informatici, ovvero acquisendo le istanze, le dichiarazioni e le comunicazioni previste dalla legge. Gli atti formati dalle pubbliche amministrazioni con strumenti informatici, nonché i dati e i documenti informatici detenuti dalle stesse, costituiscono informazione primaria e originale da cui è possibile effettuare duplicazioni e copie.

Il documento amministrativo informatico e le istanze, le dichiarazioni e le comunicazioni previste dalla legge sono soggette, ove necessario, a registrazione di protocollo, segnatura, fascicolatura.

Il documento amministrativo informatico assume le caratteristiche di immodificabilità e di integrità oltre che nei modi di cui al § 2 anche con la registrazione nel registro di protocollo unico afferente all'Area organizzativa omogena (AOO), nei repertori e negli albi.

Il contenuto minimo di ciascun documento deve comunque garantire la presenza dei seguenti elementi:

- Denominazione e logo aziendale;
- Identificazione della Struttura/Ufficio mittente;
- Classificazione:
- Modalità di trasmissione:



- Destinatario;
- Oggetto del documento;
- Testo;
- Sottoscrizione, autografa o digitale, del Responsabile del procedimento;
- Nominativi del Responsabile del procedimento e dell'Incaricato all'istruttoria;
- Eventuali allegati;

Le risorse strumentali e le procedure utilizzate dalle UOR aziendali per la formazione dei documenti informatici garantiscono:

- l'identificabilità del soggetto che ha formato il documento e l'amministrazione di riferimento;
- la sottoscrizione dei documenti informatici, quando prescritta, con firma digitale ai sensi delle vigenti norme tecniche;
- l'idoneità dei documenti a essere gestiti mediante strumenti informatici e a essere registrati mediante il protocollo informatico;
- l'accesso ai documenti informatici tramite sistemi informativi automatizzati;
- la leggibilità dei documenti nel tempo;
- l'interscambiabilità dei documenti.

Nel rispetto dei requisiti sopra esposti i documenti informatici prodotti dall'Azienda, indipendentemente dal software utilizzato, vengono generati e/o convertiti in formati standard (es. pdf/a) come previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione, al fine di garantire la loro interoperabilità durante le fasi di accesso e tenuta, nonché l'integrità e l'immutabilità nel tempo.

2.3 Sottoscrizione dei documenti informatici

A differenza del documento analogico, che si caratterizza per la pluralità di forme (scrittura privata, atto pubblico, scrittura privata autenticata) che sostanziano il diverso valore giuridico-probatorio, il documento informatico si caratterizza per la pluralità di firme elettroniche (con il valore di sottoscrizione, firma, sigla o visto), che caratterizzano e diversificano l'efficacia giuridico-probatoria del documento.

La firma elettronica non è, infatti, la rappresentazione informatica grafica della firma, ma un meccanismo di associazione di dati per l'imputazione di effetti giuridici in capo a un determinato soggetto che ne appare l'autore. L'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono valutabili in giudizio tenuto conto delle caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità e immodificabilità.

Il documento informatico assume la caratteristica di immodificabilità se prodotto in modo che forma e contenuto non siano alterabili durante le fasi di tenuta e accesso e ne sia garantita la staticità nella fase di conservazione.



Il documento informatico può essere sottoscritto con firma elettronica, avanzata, qualificata o digitale: il tipo di firma utilizzata differenzia il valore giuridico del documento, secondo quanto previsto dalla legge.

Il **documento informatico privo di sottoscrizione** è una copia informatica, come tale forma piena prova dei fatti e delle cose rappresentate, se colui contro il quale sono prodotte non ne disconosce la conformità ai fatti o alle cose medesime (2712 cc, 23 quater CAD, 2713 cc).

Il documento informatico sottoscritto con firma elettronica semplice è liberamente valutabile dal giudice sia per quanto riguarda l'efficacia giuridica che per l'efficacia probatoria tenuto conto delle sue caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità e immodificabilità.

Il documento informatico sottoscritto con firma avanzata, se formato nel rispetto delle regole tecniche che garantiscano l'identificabilità dell'autore, l'integrità e l'immodificabilità, al pari di una scrittura privata, fa piena prova fino a querela di falso della provenienza della dichiarazione da chi l'ha sottoscritta, se colui contro il quale è prodotta ne riconosce la sottoscrizione ovvero se questa è legalmente considerata come riconosciuta.

Il documento informatico sottoscritto con firma qualificata o con firma digitale. se formato nel rispetto delle regole tecniche che garantiscano l'identificabilità dell'autore, fa piena prova fino a guerela di falso della provenienza della dichiarazione da chi l'ha sottoscritta. L'utilizzo del dispositivo si presume riconducibile al titolare, salvo che questi ne dia prova contraria. L'associazione a un documento informatico di una firma digitale o di un altro tipo di firma elettronica qualificata basata su un certificato elettronico revocato, scaduto o sospeso equivale a mancata sottoscrizione; tuttavia le firme elettroniche qualificate e digitali, ancorché sia scaduto, revocato o sospeso il relativo certificato qualificato del sottoscrittore, sono valide se alle stesse è associabile un riferimento temporale opponibile ai terzi che collochi la generazione di dette firme rispettivamente in un momento precedente alla scadenza, revoca o sospensione del suddetto certificato. Se stipulate sotto forma di documento informatico, devono essere sottoscritte a pena di nullità, salvo i casi di firma autenticata, con firma elettronica qualificata o digitale le scritture private relative ai contratti. Gli altri atti per cui la legge prevede obbligatoriamente la forma scritta soddisfano tale requisito se sottoscritti con firma elettronica avanzata, qualificata o digitale.

Vengono firmati digitalmente tutti i documenti sanitari (verbali di pronto soccorso, referti, verbali, lettere di dimissione, cartella clinica, ecc.) e gran parte della documentazione amministrativa (Deliberazioni del Direttore Generale, Determinazioni Dirigenziali, Contratti, Comunicazioni, ecc.).

In caso di <u>documenti sanitari</u> sottoscritti con firma digitale, l'Azienda ha adottato una frase standard da apporre in calce allo stesso "Documento informatico firmato digitalmente e archiviato da questo Ente ai sensi della normativa vigente (D.lgs n. 82/2005 e s.m.i). La sua stampa costituisce copia dell'originale informatico."



Le firme digitali possono essere di diverso formato: CAdES, PAdES e XAdES.

Il formato PAdES può firmare solo file PDF. La firma PAdES non cambia l'estensione del file (che rimane .pdf).

Il formato CAdES può firmare qualunque tipologia di file (.doc, docx, xls, pdf, xml, audio e video), tuttavia si raccomanda di apporre la firma digitale esclusivamente su file di formato non modificabile (ossia PDF/A). La firma CAdES apporta "un'imbustamento" elettronico al file andando a aggiungere l'estensione ".p7m" a quella originale.

Il formato XAdES firma i file xml lasciando l'estensione originale (xml).

Nei casi in cui sia richiesto per norma di legge o opportuno inserire annotazioni sul documento successivamente alla sottoscrizione digitale è necessario utilizzare una firma digitale in formato PAdES).

2.4 Valore giuridico delle tipologie documentali informatiche

2.4.1 La copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico

documento informatico avente contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto, ovvero, ad esempio, la scansione di un documento in pdf, è valida legalmente se:

- a. Non è espressamente disconosciuta;
- art. 22, comma 3 del CAD "Le copie per immagine su supporto informatico di documenti originali formati in origine su supporto analogico nel rispetto delle Linee guida hanno la stessa efficacia probatoria degli originali da cui sono tratte se la loro conformità all'originale non è espressamente disconosciuta."
- b. La conformità è attestata da un notaio o da un pubblico ufficiale autorizzato.
- art. 22, comma 2 del CAD "Le copie per immagine su supporto informatico di documenti originali formati in origine su supporto analogico hanno la stessa efficacia probatoria degli originali da cui sono estratte, se la loro conformità è attestata da un notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato, secondo le Linee guida.";
- **c.** "prodotta mediante processi e strumenti che assicurino che il documento informatico abbia contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto, previo raffronto dei documenti o, nel caso di esigenze di dematerializzazione massiva di documenti analogici, attraverso certificazione di processo nei casi in cui siano adottate tecniche in grado di garantire la corrispondenza della forma e del contenuto dell'originale e della copia."

La copia informatica di un documento analogico

Documento informatico avente contenuto identico a quello del documento analogico da cui è tratto, ovvero, ad esempio, il risultato dell'operazione di trascrizione al computer di un documento cartaceo, per il quale il contenuto è identico, ma la forma può differire (posso copiare l'intero contenuto di un foglio A4 cartaceo in una pagina Word o in tre slide PowerPoint o in due fogli Excel o in qualsiasi altra forma) – è valida legalmente se:



- a. Non è espressamente disconosciuta;
- b. La conformità è attestata da un notaio o da un pubblico ufficiale autorizzato.
 - La copia analogico di un documento amministrativo informatico

La stampa su carta di un documento informatico) è valida legalmente se:

- a. Non è espressamente disconosciuta;
- art. 23, comma 2 del D.Lgs. n. 82/2005. "Le copie e gli estratti su supporto analogico del documento informatico, conformi alle vigenti regole tecniche, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale se la loto conformità non è espressamente disconosciuta. Resta fermo, ove previsto l'obbligo di conservazione dell'originale informatico."
- b. La conformità è attestata da un notaio o da un pubblico ufficiale autorizzato.
- art. 23, comma 1 del D.Lgs. n. 82/2005 "Le copie su supporto analogico di documento informatico, anche sottoscritto con firma elettronica avanzata, qualificata o digitale, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale da cui sono tratte se la loro conformità all'originale in tutte le sue componenti è attestata da un pubblico ufficiale a ciò autorizzato."
- **c.** Sulle copie analogiche di un documento informatico della PA può essere apposto a stampa un contrassegno elettronico (glifo) che consente di accedere al documento informatico o verificarne la corrispondenza.
 - Duplicato, copia informatica o estratto di un documento informatico

Il duplicato è la copia di file su altro supporto o download/upload, trasmissione via e-mail e ha la stessa validità del documento informatico originale.

La copia del documento informatico è un documento il cui contenuto è il medesimo di quello del documento da cui è tratto su supporto informatico con diversa sequenza di valori binari, ovvero, ad esempio, un file ".doc" che viene salvato in formato ".pdf", per cui il contenuto resta invariato, ma differisce la sequenza di valori binari che formano il file.

L'estratto di un documento informatico è una parte del documento con diversa evidenza informatica rispetto al documento da cui è tratto.

La copia e l'estratto hanno lo stesso valore probatorio dell'originale se:

- a. La conformità non è espressamente disconosciuta;
- b. La conformità è attestata da un notaio o da un pubblico ufficiale autorizzato.

Art. 23, comma 2 del D.Lgs. n.82/2005, "Le copie e gli estratti informatici del documento informatico, se prodotti in conformità alle vigenti Linee guida, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale da cui sono tratte se la loro conformità all'originale, in tutti le sue componenti, è attestata da un pubblico ufficiale a ciò autorizzato o se la conformità non è espressamente disconosciuta. Resta fermo, ove previsto, l'obbligo di conservazione dell'originale informatico."



2.5 Validazione temporale dei documenti informatici

Costituiscono validazione temporale:

- i riferimenti temporali realizzati dai certificatori accreditati mediante marche temporali;
- i riferimenti temporali apposti sul giornale di controllo da un certificatore accreditato secondo la scala di tempo UTC (IT) (INRiM – Istituto nazionale di ricerca metrologica) con una differenza non superiore ad un minuto primo;
- il riferimento temporale contenuto nella segnatura di protocollo;
- il riferimento temporale ottenuto attraverso la procedura di conservazione dei documenti in conformità alle norme vigenti, ad opera di un pubblico ufficiale o di una pubblica amministrazione;
- il riferimento temporale ottenuto attraverso l'utilizzo di posta elettronica certificata;
- il riferimento temporale ottenuto attraverso l'utilizzo della marcatura postale elettronica.

2.6 Metadati dei documenti informatici

La codifica dell'informazione digitale, a differenza di altre, non è mai né autosufficiente né autoesplicativa, ma deve sempre e necessariamente documentare sé stessa al livello minimo del singolo atomo di informazione, aggiungendo al dato/contenuto vero e proprio molte informazioni necessarie per la decodifica, l'identificazione, il recupero, l'accesso e l'uso. Nel contesto degli oggetti digitali il termine metadati può essere associato a tre categorie funzionali:

- Descrittiva: ha lo scopo di facilitare il recupero e l'identificazione dell'oggetto digitale;
- *Gestionale*: ha lo scopo di supportare la gestione dell'oggetto digitale all'interno di una collezione;
- Strutturale: ha lo scopo di collegare fra loro i componenti di oggetti informativi complessi.

2.7 Obiettivi dei metadati archivistici

Gli obiettivi dei metadati archivistici sono:

- garantire l'identificazione permanente dei singoli oggetti informativi, ad es.: identificativo univoco (numero di protocollo, data, autore, ecc.);
- garantire l'identificazione permanente delle relazioni tra gli oggetti informativi, ad es., indici di classificazione e fascicolatura;



• conservare le informazioni che supportano l'intellegibilità degli oggetti informativi, ad es., procedimento amministrativo cui il documento è connesso.

Al documento informatico immodificabile vengono associati i metadati che sono stati generati durante la sua formazione, come definito nell'allegato 5 delle *Linee Guida* AgID. Eventuali ulteriori metadati possono essere definiti in funzione del contesto e delle necessità gestionali e conservative.

È cura del Responsabile della gestione documentale sollecitare la valutazione periodica della congruità dei metadati con le disposizioni normative e, se necessario, adottare le opportune azioni per promuoverne l'adeguamento tecnico funzionale.

2.8 Metadati essenziali per la registrazione nel protocollo informatico

Gli elementi essenziali minimi sono i seguenti:

- identificativo;
- denominazione / codice unico che individua l'AOO;
- corrispondente (mittente/destinatari);
- oggetto;
- numero degli allegati e descrizione degli stessi;
- numero di protocollo;
- data di registrazione a protocollo;
- indicazione dell'Unità organizzativa responsabile (UOR);
- impronta che lega il documento digitale ai metadati sopra indicati.

3. SISTEMA DI GESTIONE DOCUMENTALE

3.1 Registrazione informatica dei documenti

La registrazione informatica dei documenti è rappresentata dall'insieme di dati in forma elettronica allegati o connessi al documento informatico al fine dell'identificazione univoca di tutti i documenti prodotti e acquisiti. Per tale ragione il sistema di gestione documentale aziendale numera, dall'inizio, tutti i documenti con un progressivo assoluto, indipendentemente dalla tipologia documentale.

3.2 Registrazione di protocollo



Il registro di protocollo è unico in tutta la ASST ed ha cadenza annuale: la numerazione di protocollo dei documenti (unica e continua per ogni tipologia: Entrata, Interno, Partenza) inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Il numero di protocollo è costituito da almeno sette cifre numeriche⁶.

L'Azienda ha adottato un modello operativo di tipo decentrato che prevede la partecipazione di diverse Unità e Uffici / utente abilitati alla protocollazione in entrata.

Il registro di protocollo è un atto pubblico di fede privilegiata. Come tale, fa fede fino a querela di falso e, in particolare, circa la data e l'effettivo ricevimento o spedizione di un documento determinato, di qualsiasi forma e contenuto. Si raccomanda la registrazione di Protocollo per tutti quei documenti dai quali possano nascere diritti, doveri o legittime aspettative di terzi. Ai sensi dell'articolo 53 comma 5 del TUDA, "Sono oggetto di registrazione obbligatoria i documenti ricevuti e spediti dall'amministrazione e tutti i documenti informatici [...]".

Il documento protocollato è idoneo a produrre effetti giuridici tra le parti. Pertanto, non è consentito modificare la scheda di un protocollo inviato o ricevuto (ad esempio inserendo a posteriori ulteriori documenti allegati) pena l'invalidità giuridica del protocollo stesso.

Il campo "documento principale" non deve mai restare privo di documento:

- non è consentita la registrazione di protocollo in assenza del documento a cui la registrazione si riferisce. La registrazione e la segnatura costituiscono un'operazione unica e contestuale.
- non è consentito aprire una scheda di protocollo e inviare la comunicazione pec lasciando privo del documento principale l'apposita finestra.
- non è consentito inserire la comunicazione mail nello spazio del documento principale della scheda di protocollo.

Il Registro di protocollo è il principale strumento di trasparenza dell'attività amministrativa. Assolve a due fondamentali funzioni:

- funzione notarile, di tipo attestativo, certificatoria;
- funzione gestionale, di carattere organizzativo, per lo più legata alla gestione dei flussi documentali e al management dell'archivio corrente.

Il Sistema di gestione documentale genera automaticamente il **Registro di protocollo giornaliero** a fine giornata e lo invia in conservazione entro 24 ore successive.

I dati relativi alle attività svolte sono riportati nella storia digitale del singolo documento protocollato e conservati presso un conservatore esterno senza possibilità di modifica e cancellazione.

-

⁶ DPR n. 445/2000, art. 57, (R) Numero di protocollo, comma 1: "Il numero di protocollo è progressivo e costituito da almeno sette cifre numeriche. La numerazione è rinnovata ogni anno solare".



La registrazione di protocollo è costituita dall'insieme dei metadati che l'applicativo in uso per la Gestione documentale memorizza per ogni documento ricevuto e spedito⁷.

Si tratta di elementi obbligatori immodificabili, elementi obbligatori modificabili ed elementi non obbligatori e modificabili del documento stesso e di tutti i suoi allegati.

Il protocollo informatico assicura il tracciamento e la storicizzazione di ogni operazione, comprese le operazioni di annullamento, e la loro attribuzione all'operatore.

Gli **elementi obbligatori immodificabili** della **registratura** servono ad attribuire al documento data e provenienza certa attraverso la registrazione delle seguenti informazioni⁸:

- numero di protocollo costituito da almeno sette cifre numeriche;
- data di registrazione;
- mittente per i documenti ricevuti, destinatario/i per i documenti spediti;
- data e protocollo del documento ricevuto, se disponibili;
- oggetto;
- impronta del documento informatico;
- numero degli allegati;
- descrizione degli allegati.

Gli elementi obbligatori modificabili sono:

- unità organizzativa responsabile del procedimento (UOR);
- responsabile del procedimento amministrativo (RPA);
- classificazione archivistica;
- fascicolo.

Gli elementi non obbligatori modificabili sono:

- recapiti del mittente;
- collegamento ad altri documenti o a fascicoli diversi da quello di inserimento;
- tipologia del documento;
- durata della conservazione;
- annotazioni.

3.3 La segnatura di protocollo

La segnatura di protocollo consiste nell'apposizione o nell'associazione al documento in originale, in forma non modificabile e permanente, delle informazioni memorizzate nel registro di protocollo. Essa consente di individuare ciascun documento in modo univoco.

I dati contenuti nella segnatura di protocollo, di cui al DPR 445/2000 art. 57, sono:

Codice identificativo dell'amministrazione:

_

⁷ Linee Guida, AgID, § 3.1.4

⁸ Art. 53 del DPR n. 445/2000



- Codici IPA e AOO;
- Tipo documento (entrata, partenza, interno);
- Codice identificativo del registro;
- Numero di protocollo e anno solare di riferimento;
- Data di protocollo;
- Indice di Classificazione

Segnatura del documento cartaceo

La procedura del Protocollo Informatico di ASST-Rhodense consente la stampa di un'etichetta adesiva riportante i dati della segnatura, da applicare sul documento cartaceo. In casi particolari di documenti analogici in partenza, nell'impossibilità di stampare l'etichetta prevista, la segnatura può essere apposta anche manualmente.

Segnatura del documento informatico

Nel caso di documento informatico l'associazione, permanente e non modificabile, delle informazioni riguardanti il documento stesso viene data calcolando l'hash del file sia per il documento principale che per gli eventuali allegati. Per i documenti amministrativi informatici scambiati tra Pubbliche Amministrazioni, l'invio in interoperabilità (I_PEC) genera un file segnatura.xml strettamente collegato al documento, che riporta i dati previsti dall'allegato 6 delle LLGG AgID.

3.4 Data e ora regolate sul UTC (Universal Time Coordinated)

Il server del protocollo informatico è regolato sul tempo universale coordinato (UTC) e, in particolare, sulla scala di tempo nazionale italiana UTC (IT).

3.5 Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati

La comunicazione tra l'Area Organizzativa Omogenea - AOO ASST-Rhodense e le AOO appartenenti a differenti PA avviene nel rispetto delle indicazioni fornite dall'allegato 6 delle Linee guida AgID 2022, cioè con messaggio di protocollo interoperabile (I-PEC) a partire da aprile 2023.

Secondo quanto indicato nelle modalità tecniche dell'allegato 6 delle *Linee Guida*, AgID, il protocollo in interoperabilità realizza un messaggio così strutturato:

Messaggio di protocollo contiene:

• il documento principale



- gli eventuali allegati
- la segnatura di protocollo

La segnatura di protocollo:

- deve essere associata in forma permanente al documento principale e agli allegati
 - deve riportare nella segnatura di protocollo l'impronta del documento principale e, se presenti, degli allegati;
 - √ deve assicurare l'autenticità e l'integrità della segnatura di protocollo applicando il "sigillo elettronico qualificato";

La struttura della segnatura di protocollo deve prevedere le seguenti sezioni:

- "Intestazione":
 - 2.9 indicazione della amministrazione mittente:
 - 2.10 indicazione della AOO mittente:
 - **2.11** indicazione del registro nell'ambito del quale è stata effettuata la registrazione;
 - 2.12 numero progressivo di protocollo;
 - **2.13** data di registrazione;
 - 2.14 l'oggetto del messaggio di protocollo;
 - 2.15 la classificazione del messaggio di protocollo;
 - 2.16 il fascicolo del messaggio di protocollo.
- "Descrizione": deve contenere le informazioni che descrivono i corrispondenti (mittente e destinatario) e i riferimenti al documento principale e agli eventuali allegati del messaggio di protocollo;
- "Signature": sigillo elettronico.

Regole di processamento:

- **1.** Formazione del *documento principale*, ed eventuali *allegati*, devono rispettare le regole di formazione dei documenti amministrativi informatici, inclusa la classificazione;
- **2.** Calcolo dell'impronta del *documento principale* e degli eventuali *allegati* che devono utilizzare uno degli algoritmi indicati nell'allegato 6 delle *Linee Guida*:
- **3.** Generazione del numero di protocollo da assegnare al *messaggio di protocollo*;
- **4.** Formazione della *segnatura di protocollo* che deve rispettare l'XML Schema indicato nell'"Appendice A" dell'allegato 6 delle *Linee Guida*, utilizzando le impronte dei documenti e degli allegati create al passo B;
- **5.** Apposizione di un "sigillo elettronico qualificato" alla segnatura di protocollo per garantire l'integrità e autenticità che deve applicare il profilo XAdES baseline B level signatures definito nello standard europeo ETSI EN 319 132-1 v1.1.1.;

3.6 Annullamento e modifica delle registrazioni di protocollo



Così come previsto dalle *Linee Guida* al § 3.1.5 "il protocollo informatico deve assicurare il tracciamento e la storicizzazione di ogni operazione, comprese le operazioni di annullamento, e la loro attribuzione all'operatore".

Il sistema di protocollo informatico assicura che:

- le informazioni relative:
 - ✓ all'oggetto;
 - ✓ al mittente;
 - ✓ al destinatario;

di una registrazione di protocollo, non possano essere modificate, ma **solo annullate** con la procedura prevista dall'art. 54 del TUDA;

- le uniche informazioni modificabili di una registrazione di protocollo sono:
 - √ l'assegnazione interna all'amministrazione;
 - ✓ la classificazione;
- le azioni di annullamento provvedono alla storicizzazione dei dati annullati attraverso le informazioni oggetto della stessa;
- per ognuno di questi eventi, anche nel caso di modifica di una delle informazioni di cui al punto precedente, il sistema deve storicizzare tutte le informazioni annullate e modificate rendendole entrambe visibili e comparabili, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 54, comma 2 del TUDA."

Le registrazioni di protocollo possono essere annullate o modificate con una specifica funzione del sistema di protocollazione informatica. L'attività, a richiesta, è svolta dall'Ufficio Gestione Documentale su autorizzazione del Responsabile.

L'annullamento del protocollo comporta l'annullamento anche di tutte le altre informazioni registrate.

La procedura dell'annullamento restituisce la visualizzazione della scheda in caratteri "barrati", consentendo la lettura di tutte le informazioni originarie unitamente alla data e all'identificativo dell'operatore che effettua l'operazione.

Le registrazioni annullate rimangono memorizzate nel sistema.

Non si annulla mai un documento informatico trasmesso con PEC in quanto il destinatario è già in possesso del documento stesso.

Ogni operazione eseguita sul singolo protocollo (semplici visualizzazioni, modifiche, annullamenti) viene puntualmente registrata nella "storia" del documento. Tali registrazioni restano indissolubilmente legate al processo e non possono essere cancellate.

3.7 Differimento dei termini di registrazione



Le registrazioni dei documenti ricevuti, per i quali è immediatamente individuabile il Responsabile di Procedimento, vengono effettuate in giornata da parte degli addetti dell'Ufficio Protocollo.

Per "protocollo differito" si intende la registrazione di documenti in arrivo, autorizzata con provvedimento motivato del Responsabile del Protocollo o da persona espressamente delegata, in cui sono indicati nello specifico la data alla quale si differisce la registrazione del documento stesso e la causa che ne ha determinato il differimento.

Nel caso di documenti ricevuti direttamente dalla UOR competente la registrazione differita avviene, su indicazione motivata della stessa UOR, in cui è visibile anche la data di effettivo ricevimento.

La registrazione differita non si applica per i documenti informatici pervenuti via PEC, in quanto la PEC ha lo stesso valore giuridico della raccomandata AR e quindi fa fede la data di invio della PEC allo stesso modo del timbro postale di invio della raccomandata AR.

Anche della documentazione per la quale è disposta l'attribuzione da parte della SC Affari Generali e Legali, la registrazione del protocollo, di norma, avviene in giornata, e comunque nei tempi necessari ai fini del completamento della procedura. Infatti per tale attività è stata definita, dall'Ufficio Gestione Documentale, un'apposita procedura denominata "Giroposta Direttori" (All. 5) parte integrante del presente Manuale.

3.8 Registro di Emergenza (art. 63 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il Responsabile dell'Ufficio Protocollo deve assicurare che, ogni qualvolta per cause tecniche non sia possibile utilizzare la procedura informatica, le operazioni di protocollazione vengano svolte attraverso il Registro di Emergenza, un'applicazione informatica stand alone compatibile con il gestionale in uso. Se anche questo Registro di emergenza non fosse utilizzabile le registrazioni dovrebbero svolgersi manualmente su carta.

All'interno del Registro di emergenza, conservato a cura del Responsabile dell'Ufficio Protocollo, ogni interruzione viene registrata annotando la causa, la data e l'ora di inizio, nonché la data e l'ora del ripristino della funzionalità del sistema. L'uso del Registro di Emergenza è autorizzato e ratificato dal Responsabile dell'Ufficio Protocollo, che vi appone la propria firma. Sul registro di emergenza devono essere riportati gli estremi del provvedimento di autorizzazione.

Qualora l'impossibilità di utilizzare la procedura informatica si prolunghi oltre le 24 ore, per cause di eccezionale gravità, il Responsabile della gestione documentale autorizza l'uso del registro di emergenza per periodi successivi.

In caso di registrazione manuale, per ogni giornata, è riportato sul registro di emergenza il numero totale di operazioni registrate manualmente.

Ogni documento è individuato dal numero assegnato nel Registro di Emergenza, da 1 a n., preceduto dalla sigla RE: ad es. RE0000001, RE0000002 etc.

Una volta ripristinata la piena funzionalità del sistema, il Responsabile della Gestione documentale provvede alla chiusura del Registro di Emergenza, annotando su di esso il



numero delle registrazioni effettuate, la data e l'ora di chiusura. Le informazioni relative ai documenti protocollati manualmente sono riportate nel sistema informatico all'atto della sua riattivazione da parte degli addetti dell'Ufficio Protocollo Generale.

I numeri del RE verranno inseriti nel protocollo ordinario al riavvio, proseguendo la numerazione interrotta. Alla registrazione sarà aggiunto, negli appositi campi, anche il numero del RE e la data effettiva di registrazione.

La protocollazione corrente ripartirà dopo l'inserimento dell'ultimo numero del RE.

La decorrenza dei termini del procedimento amministrativo dei documenti protocollati durante l'emergenza procede dalla data di protocollazione nel RE.

La protocollazione di Emergenza va effettuata esclusivamente presso l'Ufficio Protocollo. Il Registro di Emergenza si rinnova ogni anno solare con inizio il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

3.9 Accesso al sistema documentale

Il management del sistema documentale è in carico al Responsabile della Gestione Documentale.

È consentito l'accesso al sistema documentale esclusivamente ai soggetti abilitati.

Le abilitazioni di accesso per ciascun utente devono essere inoltrate dai responsabili delle UOR tramite richiesta scritta (e-mail) all'Ufficio Gestione Documentale, che si occupa della creazione o della modifica delle utenze.

Gli operatori, in base all'UOR di appartenenza, hanno abilitazioni di accesso differenziate, secondo le tipologie di operazioni autorizzate dal Responsabile.

Ad ogni operatore sono assegnate le credenziali di accesso al sistema di protocollazione aziendale (user – id e password). Ogni operatore è responsabile dell'evasione della propria corrispondenza ed è tenuto al rispetto delle norme in materia di gestione e riservatezza dei dati, alla corretta applicazione delle modalità di protocollazione in uscita e interna, oltre che alla tenuta dell'archivio.

I responsabili delle UOR sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Ufficio Gestione Documentale la cessazione delle utenze abilitate al sistema.

La SC Gestione e sviluppo delle risorse umane provvede periodicamente a comunicare all'Ufficio Gestione Documentale la cessazione dal servizio dei dipendenti ai fini di disabilitarne l'accesso.

L'Ufficio Gestione Documentale provvede periodicamente alla revisione delle utenze attive.

Gli operatori in base al livello di abilitazione assegnato, sono:

- Amministratori del Sistema
- Operatori Protocollo Generale
- Utenti



Le abilitazioni corrispondono alle seguenti attività:

- l'amministratore del sistema di gestione documentale: può (se necessario) visualizzare, modificare, e annullare tutti i protocolli di una AOO, compresi i documenti riservati; gestisce inoltre il sistema di abilitazione (Access Control List) e i profili di accesso alla procedura;
- gli operatori dell'Ufficio Protocollo Generale e delle UO autorizzate alla protocollazione in entrata visualizzano e registrano tutti i documenti, compresi i documenti riservati:
- l'utente è abilitato alla gestione completa dei soli documenti in uscita e interni assegnati all'UOR di appartenenza;

All'annullamento del protocollo provvede l'ufficio Gestione Documentale a seguito di richiesta motivata da parte del Responsabile del Servizio (o suo delegato). Tutte le attività legate al documento, compreso le motivazioni relative alla cancellazione, sono archiviate nel sistema di gestione documentale e restano visibili in caso di consultazione.

Relativamente all'accesso alla documentazione si rinvia al "Regolamento sul diritto di accesso ai documenti amministrativi", aggiornato con deliberazione n. 232/2024, pubblicato sul sito istituzionale al link:

https://www.asst-rhodense.it/AmministrazioneTrasparente/AccessoCivico/accesso-civico-2024/232 24.pdf

3.10 Tutela della riservatezza nel protocollo informatico

Il sistema di gestione documentale aziendale tutela la riservatezza dei documenti registrati dei dati personali, "particolari" e giudiziari secondo la normativa vigente (Regolamento UE 2016/679, D.Lgs. n. 196/2003 integrato dal D.Lgs. n. 101/2018).

Oltre ad essere previste particolari forme di riservatezza e di accesso controllato, la visibilità di alcuni documenti può essere ulteriormente limitata a singole persone o a singoli uffici autorizzati. È previsto un trattamento riservato per:

- documenti che trattano categorie particolari di dati personali;
- documenti relativi a provvedimenti disciplinari, contestazioni o segnalazioni che richiedano tutele specifiche dell'informazione;
- documenti aventi natura di riservatezza particolare per la materia trattata e/o che sono di competenza esclusiva del massimo vertice aziendale o dell'organo amministrativo;
- documenti per i quali è previsto uno speciale grado di riservatezza anche per ragioni di sicurezza.

3.11 Sicurezza dei dati



Il servizio informatico dell'Ente ha adottato le misure tecniche e organizzative di seguito specificate, al fine di garantire la sicurezza dell'impianto tecnologico dell'Azienda, la riservatezza delle informazioni registrate nelle banche dati, l'univoca identificazione degli utenti:

- protezione dei sistemi di accesso e conservazione delle informazioni;
- assegnazione ad ogni utente del sistema di gestione del protocollo e dei documenti, di una credenziale di identificazione (user ID), di una password e di un profilo di autorizzazione;
- cambio delle password con frequenza trimestrale;
- la piattaforma del Protocollo informatico Archiflow è collocata in cloud presso ARIA SpA, e pertanto i sistemi di sicurezza che proteggono i documenti protocollati dall'Azienda sono gestiti da Regione Lombardia;
- impiego e manutenzione di un adeguato sistema antivirus e di gestione dei "moduli" (patch e service pack) correttivi dei sistemi operativi;

Gli utenti a cui sono affidate le postazioni di lavoro dell'Azienda, sono soggetti a tutte le responsabilità dettate dalla normativa vigente.

4. DOCUMENTI IN ENTRATA, IN USCITA, INTERNI

In relazione alle modalità di produzione, ricezione o acquisizione da parte dell'Azienda, i documenti, siano essi analogici o informatici, si distinguono in:

Documenti in entrata:

tutti i documenti ricevuti dall'Azienda nell'espletamento della propria attività, provenienti da soggetti esterni.

Sono da considerare soggetti esterni all'Azienda anche i dipendenti, qualora inoltrino documentazione di carattere personale o comunque non direttamente connessa all'espletamento delle loro funzioni:

Documenti in uscita:

tutti i documenti prodotti dall'Azienda nell'espletamento della propria attività e destinati, per competenza, a soggetti esterni;

• Documenti interni:

tutti i documenti prodotti, mantenuti e destinati, per competenza alle UOR dell'Azienda.

4.1 Documenti non soggetti a protocollazione

Sono esclusi dalla registrazione di protocollo i documenti di cui all'art. 53, comma 5, del TUDA:



- Gazzette ufficiali, bollettini ufficiali regionali, notiziari della Pubblica Amministrazione:
- Note di ricezione di circolari e altre disposizioni;
- Materiali statistici;
- Atti preparatori interni e corrispondenza priva di contenuto di rilevanza giuridica e amministrativa;
- Giornali e riviste, libri, opuscoli;
- Inviti a manifestazioni;
- Pubblicità generica, pubblicità conoscitiva di convegni;
- Vaglia postali, Assegni, Bonifici, Bollettini postali di pagamento;
- Convocazioni ad incontri o riunioni e corsi di formazione interni (salvo che si svolgano in sede regionale);
- Calendarizzazione di appuntamenti;
- Tutti i documenti già soggetti a registrazione in altri software gestionali (Galileo; Sigma, etc);
- La documentazione disponibile su software istituzionali (Regionali/Nazionali);

4.2 Documenti in entrata

4.2.1 Gestione dei documenti cartacei in entrata

La corrispondenza che, con qualsiasi mezzo e su qualunque supporto (servizio postale, consegna diretta da parte dei soggetti interessati, ecc..), pervenga indirizzata genericamente alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale, al Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Socio Sanitario (anche solo per conoscenza), è recepita dall'Ufficio Protocollo Generale, qualunque sia l'indirizzo indicato.

Fanno eccezione al recapito centralizzato, la corrispondenza indirizzata esclusivamente ai Responsabili delle Unità Organizzative cui è attribuita la funzione di protocollazione, in entrata: Settore Concorsi (relativamente alle sole PEC) / Cartelle Cliniche (richiesta copie cartelle) / Strutture Distrettuali (documentazione a contenuto sanitario e socio sanitario).

La documentazione cartacea pervenuta all'Ufficio Protocollo viene protocollata, scansionata e consegnata alle UOR competenti.

In caso di raccomandata viene scansionata anche la busta con il numero identificativo con cui è pervenuto il documento.



In caso di raccomandate indirizzate al Personale Sanitario, gli Operatori dell'Ufficio Protocollo provvedono ad inviare una e-mail al destinatario con l'invito a presentarsi presso l'Ufficio per il ritiro della documentazione.

Non è consentito il recapito di documentazione a carattere personale all'indirizzo di posta aziendale e comunque sarà soggetta alle attività di protocollazione solo nel caso di corrispondenza riferibile ad attività lavorativa.

Il ricevimento della corrispondenza raccomandata comporta per il personale del Protocollo anche la firma e la timbratura delle ricevute di ritorno.

Ogni ufficio che dovesse ricevere direttamente documenti cartacei soggetti a registrazione di protocollo deve farli pervenire all'Ufficio Protocollo mediante il servizio di posta interna.

4.2.2 Ricevute attestanti la ricezione dei documenti analogici

È possibile consegnare un documento cartaceo presso l'ufficio del Protocollo generale chiedendone la protocollazione. La UO in questo caso può rilasciare una ricevuta di consegna costituita dalla fotocopia del primo foglio del documento stesso, con timbro e annotazione attestante il giorno della consegna.

Per la corrispondenza consegnata da corrieri, la ricevuta può essere rilasciata tramite firma grafometrica o tramite timbratura della bolla con il datario e sigla dell'operatore addetto al Protocollo.

4.2.3 Lettere anonime e documenti non firmati

Le lettere anonime vengono inoltrate alla Direzione Generale, che valuterà l'azione più opportuna e l'eventuale necessità di protocollazione del documento.

4.3 Gestione dei documenti informatici in entrata

I documenti informatici possono essere ricevuti tramite:

- posta elettronica ordinaria (PEO);
- posta elettronica certificata (PEC): protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it; concorsi@pec.asst-rhodense.it.
- supporto ottico rimovibile (es. Cd-Rom, DVD, pen drive, ecc);

I messaggi di Posta elettronica pervenuti, agli indirizzi di posta elettronica certificata devono essere protocollati (ai sensi del comma 5, art. 53 del DPR 445/2000: "Sono oggetto di registrazione obbligatoria i documenti ricevuti e spediti dall'Amministrazione e tutti i documenti informatici [...]").



4.4 Flusso di lavorazione della documentazione in entrata

Il personale del Protocollo gestisce due caselle email: una email PEO <u>protocollo@asst-rhodense.it</u> e una email PEC <u>protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it</u>. L'addetto al Protocollo visualizza l'elenco dei messaggi mail in due distinti box di corrispondenza, prende in carico i messaggi uno alla volta, prevalentemente in ordine di arrivo, ne esamina il contenuto e i documenti allegati.

- verifica tramite lettura la pertinenza dell'invio all'Azienda, restituendo al mittente in caso di errore o inoltrando al corretto destinatario, se riconoscibile. Individua ed elimina eventuali spam, tralascia la protocollazione dei documenti elencati al § 4.1;
- nelle comunicazioni idonee alla protocollazione identifica il documento vero e proprio e lo seleziona perché appaia nella finestra principale della scheda di protocollo;
 - Il documento principale del protocollo non è quasi mai rappresentato dalla mail di accompagnamento (a meno che il contenuto giuridico sia espresso nel corpo della email PEC o PEO v. § 2.1.1) ma dall'atto con intestazione, dispositivo e firma, portatore del contenuto della comunicazione in oggetto e dell'eventuale suo valore giuridico.
- 3. Il documento viene classificato e condiviso con la UOR competente. Viene inserito il nominativo del RPA. Possono essere inseriti, nell'apposito campo, le UOR interessate alla condivisione e all'informazione veicolata dal documento.

La UOR destinataria per competenza e le UOR aggiunte in conoscenza visualizzeranno il documento casella postale del gestionale dell'ufficio e/o della Segreteria.

Tutte le UOR, sia destinataria che in conoscenza, attraverso l'utilizzo dell'applicazione di protocollo informatico e in base alle abilitazioni previste, possono:

- visualizzare la lista dei documenti di propria competenza;
- visualizzare la scheda di registrazione di protocollo;
- accedere al contenuto del documento principale e degli allegati;
- provvedere alla presa in carico fascicolando il documento o inserendolo in un fascicolo già esistente;
- il sistema informatico traccia tutte le operazioni effettuate dagli operatori.

5.1 Priorità nella registrazione dei documenti informatici in arrivo

Indipendente dal mezzo telematico di trasmissione, è data priorità nella registrazione a protocollo all'ordine cronologico di arrivo, tuttavia viene posta particolare attenzione a:

- atti giudiziari notificati;
- documenti della Regione Lombardia e dei Ministeri;
- documenti di rilevanza finanziario-contabile (MEF Corte dei Conti, etc.);



• fatture passive pervenute al di fuori del Sistema di interscambio (es. le fatture in formato elettronico provenienti da fornitori esteri).

È data inoltre priorità ai documenti pervenuti con PEC in considerazione del fatto che il sistema rilascia automaticamente al mittente la ricevuta di avvenuta consegna del documento.

Tale casistica è soltanto indicativa ed è suscettibile di variazione in concomitanza con altre priorità che si dovessero presentare (scadenze bandi di concorso, gare, etc.).

5.2 Priorità nella registrazione dei documenti analogici in arrivo

Indipendentemente dal mezzo di trasmissione, è data priorità nella registrazione di protocollo a:

- · atti giudiziari notificati;
- documenti di Regione Lombardia e dei Ministeri;
- documenti di rilevanza finanziario-contabile (MEF Corte dei Conti, etc.);
- fatture passive pervenute al di fuori del Sistema di Interscambio (es. le fatture di fornitori esteri);
- documenti relativi a procedimenti ispettivi;
- documenti di trasmissione di assegni o altri valori di debito/credito;
- documenti consegnati 'brevi manu' all'Ufficio accettazione atti;

Di norma si procede all'apertura e alla registrazione di protocollo nella stessa giornata di consegna e comunque, di norma, entro le 24 ore lavorative successive alla ricezione.

5.3 Rigetto di un documento informatico e/o di un documento analogico

La UOR selezionata per competenza può rigettare il documento informatico inoltrato dal Protocollo tramite la funzione "condividi" del gestionale, selezionando, dall'elenco la voce "0 Protocolli non di competenza". Nel campo "Annotazioni" si richiede – ove possibile – di indicare l'ufficio idoneo alla trattazione. Il rigetto riguarda solo i documenti in entrata.

Le modifiche effettive vengono eseguite esclusivamente dall'Ufficio Protocollo. Il gestionale manterrà traccia permanente delle operazioni svolte.

Nel caso di documento originale analogico, si può procedere alla nuova assegnazione ad altra UOR solo dopo aver ricevuto nuovamente l'originale rigettato. La UOR destinataria deve pertanto restituire il documento all'Ufficio Protocollo con l'annotazione: "documento pervenuto per errore" o "non di competenza" indicando – ove possibile – l'ufficio idoneo alla trattazione. L'Ufficio Protocollo, provvede alla correzione dei metadati nel sistema informatico e alla consegna del documento analogico al nuovo destinatario.

In caso di conflitto di competenza tra UOR, è il Direttore Generale, su proposta del Responsabile dell'Ufficio Gestione Documentale, che determina l'attribuzione definitiva. Sono ammessi solo due rigetti prima dell'assegnazione d'autorità.



Nessun documento, analogico e/o informatico, deve rimanere in carico all'Ufficio Protocollo.

5.4 Controllo dei certificati di firma

Le UOR assegnatarie dei documenti provvedono a verificare la validità dei certificati e la corrispondenza tra il firmatario ed il titolare del certificato.

In caso di certificati scaduti o revocati prima della sottoscrizione la UOR assegnataria provvede ad un'opportuna comunicazione al mittente.

4.9 Documenti già pervenuti

Qualora un documento ricevuto e protocollato pervenga più volte in azienda anche da canali diversi, l'ufficio Protocollo di norma procede, per ogni trasmissione, ad una nuova registrazione di protocollo.

4.10 Documenti ricevuti con più destinatari

Le comunicazioni identiche ricevute singolarmente per più destinatari in azienda si registrano con un solo numero di protocollo.

4.11 Documenti digitali pervenuti con comunicazioni via mail successive

Qualora documentazione ed allegati arrivino mediante mail trasmesse in successione, ove chiaramente indicato nell'oggetto, l'Ufficio di protocollo attribuisce un numero di protocollo per ogni comunicazione ricevuta indicando che, le mail successive alla prima, sono "allegati circolari" alla comunicazione principale.

4.12 Documenti di competenza di altre Amministrazioni o di altri soggetti

Qualora pervenga all'Azienda un documento di competenza di un'altra Amministrazione o destinato ad altra persona fisica o giuridica, in caso di impossibilità a rintracciare il destinatario, lo stesso viene restituito al mittente. Qualora il documento sia stato erroneamente protocollato, la registrazione viene inoltrata all'Ufficio Gestione documentale che lo classifica e lo inserisce nel fascicolo annuale dei documenti "non di competenza".



4.13 Documenti originali plurimi o in copia per conoscenza

Ai documenti originali plurimi, o copie dello stesso documento, si attribuirà un unico numero di protocollo e successivamente originali e copie si assegneranno ai singoli destinatari.

4.14 Visto di Arrivo

Sulla corrispondenza recapitata a mano (documento o anche plico) l'operatore dell'Ufficio Protocollo dovrà provvedere ad apporre: data, ora e firma attestanti il momento della consegna.

4.15 Registrazione "a Fronte"

Ad ogni documento è assegnato un unico numero di Protocollo. Non è pertanto consentita la cosiddetta registrazione "a fronte", cioè l'utilizzo di un unico numero di Protocollo sia per il documento in arrivo che per quello in partenza. Tale modalità è confermata anche nel caso in cui il procedimento si esaurisca con la risposta ed anche qualora la registrazione avvenga nel medesimo giorno lavorativo.

Nel caso si ritenga opportuno correlare due documenti protocollati, essi possono essere collegati tramite due funzioni:

- la funzione "duplica" (sulla barra alla base della schermata), selezionando la voce "allega circolarmente le due schede";
- aggiungendo il documento, con il simbolo + presente nel riquadro "Allegati interni" della scheda di Protocollo, e selezionando la voce "allegato circolare".

4.16 Orari di apertura al pubblico dell'Ufficio Protocollo

L'Ufficio Protocollo Generale d'Azienda è aperto all'utenza, dal lunedì al venerdì secondo il seguente orario: 9.00 – 13.00 / 14.00 – 16.30

Le UOR sono tenute ad uniformarsi agli orari indicati in tutti i casi di ricezione / trasmissione della documentazione.

4.17 Documenti in partenza

4.17.1 Documenti cartacei in partenza



Qualora il destinatario non sia raggiungibile in modalità telematica sono previste due modalità di predisposizione della comunicazione:

- 1. I'UOR di competenza predispone un documento analogico su carta intestata corredato da firma autografa del Responsabile del procedimento amministrativo. Lo protocolla in uscita, acquisendolo, tramite scansione, nel sistema di gestione documentale. Le comunicazioni, e gli eventuali allegati, vengono infine imbustati e, se richiesto, inviati tramite raccomandata con ricevuta di ritorno. All'ufficio che invia compete anche la compilazione delle cosiddette "pezze" di accompagnamento delle raccomandate.
- 2. l'UOR di competenza predispone un documento informatico che verrà firmato digitalmente e protocollato in uscita. Successivamente il documento verrà stampato, imbustato e inviato con raccomandata con ricevuta di ritorno secondo la sopradescritta procedura.

Quotidianamente la corrispondenza analogica in partenza viene inoltrata all'Ufficio Protocollo Generale negli orari di attività, tramite personale delegato al servizio di ritiro e consegna che effettua almeno un giro giornaliero presso tutte le Strutture/Uffici aziendali, sia Amministrativi che Sanitari e Socio Sanitari. In casi urgenti la corrispondenza può essere consegnata a mano al Protocollo Generale dagli interessati o da un delegato dell'ufficio.

4.17.2 Documenti informatici in partenza

I documenti informatici possono essere inviati tramite:

- posta elettronica ordinaria;
 (PEO: tutti i dipendenti dotati di un accesso al PC sono titolari di una casella di posta elettronica aziendale nominale);
- posta elettronica certificata;

 (DEC)
 - (PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it; concorsi@pec.asst-rhodense.it, per il solo utilizzo riservato alle relative attività);
- supporto ottico rimovibile (es. Cd-Rom, DVD, pen drive, ecc).

I documenti aziendali istituzionali sono trasmessi, dall'ufficio Protocollo e dalle UOR, tramite il sistema di gestione documentale ai domicili digitali dei destinatari o agli indirizzi elettronici dai medesimi dichiarati, abilitati alla ricezione della posta per via telematica, siano essi PEO o PEC. Per la spedizione di documenti istituzionali l'Azienda si avvale della casella di posta elettronica certificata (protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it) e - per le esclusive finalità per le quali è stata istituita - della specifica casella di posta elettronica certificata dell'Ufficio Concorsi (concorsi@pec.asst-rhodense.it).

In caso di spedizione con Posta Elettronica Certificata le ricevute di invio e consegna vengono archiviate in automatico dall'apposito applicativo, associate alle registrazioni di protocollo. Il gestore della casella PEC è tenuto alla loro conservazione per 20 anni.



Per le comunicazioni tra enti pubblici, da aprile 2023, è attiva sul gestionale la modalità di invio con protocollo di interoperabilità, ossia la predisposizione allo scambio automatico di metadati tra protocolli della pubblica amministrazione, che ha lo scopo di automatizzare la registrazione e l'avvio delle attività ed dei procedimenti e/o processi conseguenti. Per attivare tale modalità, resa obbligatoria dall'allegato 6 delle *Linee Guida* AgID 2022, è sufficiente selezionare nella scheda di protocollo, alla voce "mezzo di trasmissione", la spedizione "I_PEC";

4.17.3 Documenti in partenza con più destinatari

I documenti in partenza che presentano più destinatari vengono registrati con un solo numero di protocollo.

Qualora il protocollo avesse un numero di destinatari tale da non poter essere contenuti nell'apposito campo dell'applicativo, dovrà essere inserita la dicitura "Destinatari diversi – vedi elenco". L'elenco verrà inserito negli Allegati Esterni della scheda di protocollo.

4.18 Documenti interni

I documenti interni possono essere:

- a) documenti di preminente carattere informativo tra uffici;
- b) documenti di rilevanza interna, attinenti alla gestione dei procedimenti amministrativi;
- c) appunti e promemoria personali non sono considerati documenti interni.

4.19 Il documento amministrativo informatico costituito dal corpo della PEC istituzionale

La comunicazione tramite PEC è una modalità di trasmissione utilizzata regolarmente nei rapporti tra PA. Con i privati è necessaria nei casi in cui è indispensabile avere prova opponibile dell'invio e della consegna del messaggio: in questi casi sostituisce legalmente l'uso della raccomandata con ricevuta di ritorno. La posta elettronica certificata costituisce un mezzo di trasmissione/ricezione che consente lo scambio di comunicazioni e documenti giuridicamente rilevanti solo nel caso in cui le comunicazioni siano scambiate tra due caselle PEC. La ricevuta di avvenuta consegna del messaggio elettronico che costituisce prova in un eventuale ricorso contro terzi, non viene emessa nello scambio di comunicazioni da PEC a PEO.

Il documento trasmesso/ricevuto con PEC ha quindi lo stesso valore legale **della** raccomandata con avviso di ricevimento.

La PEC, a differenza della posta elettronica semplice, ha le seguenti peculiarità:

identificazione del mittente, se coincide con l'autore del documento;



- garanzia dell'integrità e della riservatezza dei messaggi;
- data certa di spedizione e consegna dei messaggi;
- ricevuta di avvenuta consegna o avviso di mancato recapito;
- tracciatura dei messaggi a cura del gestore.

Di norma, si dovrebbe usare la PEC per trasmettere e/o ricevere un documento informatico, ma può accadere che la comunicazione/istanza ricevuta sia costituita dal mero corpo della e-mail. In questo caso si procede alla registrazione del messaggio in arrivo nel sistema di gestione documentale **solo se** il contenuto è rilevante al fine giuridico-probatorio.

4.20 Il documento amministrativo informatico costituito dal corpo della e-mail istituzionale

L'e-mail costituisce un documento informatico sottoscritto con firma elettronica semplice, in quanto il mittente viene identificato inserendo il proprio username e la propria password. Le e-mail inviate/ricevute da una casella istituzionale aziendale sono soggette a protocollazione solo se il contenuto è rilevante al fine giuridico-probatorio. In questo caso si procede alla conversione dell'e-mail in formato pdf/a prima di provvedere alla sua registratura.

Trattandosi di un documento informatico nativo non si procederà alla stampa e apposizione tramite timbro della segnatura prima della registratura a protocollo.

4.21 Assegnazione dei documenti informatici

4.21.1 Assegnazione

L'operazione di assegnazione alle UOR è eseguita informaticamente dall'Ufficio Protocollo tramite l'applicativo di gestione documentale.

4.21.2 Modifica delle assegnazioni

Nel caso di assegnazione errata di un documento, la UOR ricevente, motivando il rifiuto nel campo "Annotazioni" della scheda del sistema di gestione documentale, rinvia il documento all'Ufficio Protocollo che provvederà alla modifica. Il sistema terrà traccia di tutte le attività effettuate durante il processo e delle utenze coinvolte.

4.22 Altri documenti registrati nel sistema di gestione documentale

• Le deliberazioni del Direttore Generale;



- Le Determinazioni Dirigenziali;
- I contratti;
- Il fascicolo di personale.

Tutti i documenti registrati nel gestionale, indipendentemente dalla tipologia, sono identificati da un ID progressivo assoluto continuo.

4.22.1 Le Determinazioni Dirigenziali informatiche

La Determinazione dirigenziale è prodotta con workflow procedurale all'interno del gestionale.

È firmata digitalmente dal Responsabile del procedimento. Viene pubblicata in Albo on line automaticamente al termine del workflow, e rimane visibile per 15 giorni all'indirizzo: https://albo-asst-rhodense.siavcloud.com/?level 1=Determinazioni

4.22.2 Le Deliberazioni del Direttore Generale informatiche

La Deliberazione del Direttore Generale è prodotta con workflow procedurale all'interno del gestionale.

È firmata digitalmente dalla Direzione strategica aziendale. Viene pubblicata in Albo on line al termine del workflow, e rimane visibile per 15 giorni all'indirizzo https://albo-asst-rhodense.siavcloud.com/?level 1=Delibere.

4.22.3 Contratti digitali e relativo repertorio

I contratti sono prodotti con workflow procedurale all'interno della piattaforma di gestione documentale. La produzione del contratto deve fare riferimento obbligatoriamente ad una delibera o una determina pubblicata all'Albo on line. Il documento è firmato dal Responsabile del procedimento amministrativo o da un Direttore.

Il contratto viene numerato e registrato nel repertorio aziendale.

4.22.4 Il fascicolo di personale informatico

Il fascicolo di Personale informatico è gestito nel sistema di gestione informatica dei documenti. Il fascicolo è preimpostato al Titolo 1 (Area Amministrativa), Classe 4 (Risorse Umane). É intitolato con cognome, nome e codice fiscale dell'intestatario. Contiene una serie predeterminata di 11 sottofascicoli in cui collocare la documentazione pertinente protocollata. Per poter essere inserito nel fascicolo, il



documento deve essere protocollato o deve essere allegato ad un documento protocollato.

Per conservare documenti non protocollati non è ammesso inserirli nel campo "allegati" di Archiflow di un documento già registrato. Anche nel caso questo fosse attinente per oggetto. Ogni modifica apportata al protocollo, successivamente al momento della registrazione dell'atto, ne annulla la validità giuridica.

Archiflow registra ogni variazione apportata alla scheda; inoltre, la scheda modificata in seguito, presenterà differenze con quanto preservato dalla conservazione digitale, pertanto il documento perderà le sue caratteristiche di validità: immodificabilità e integrità.

5. ALTRE REGISTRAZIONI DI DOCUMENTI INFORMATICI

5.5 Gare telematiche (SINTEL-ARIA)

Le procedure di gara prevedono, di norma, l'utilizzo di infrastrutture telematiche sviluppate da apposite piattaforme, nazionali o regionali, come la piattaforma SINTEL, di ARIA SpA, attualmente in uso. Il fascicolo di gara SINTEL è conservato digitalmente a cura dell'azienda, per le specificità relative si rimanda al Manuale di Conservazione.

5.6 Fatture (ARIA-Hub Regionale)

La fattura elettronica destinata alla pubblica amministrazione rispetta i requisiti di formato e contenuto prescritti dal Decreto Ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 (e successive modifiche), e viene trasmessa e ricevuta attraverso il Sistema di interscambio (SdI). Le fatture in formato .xml vengono gestite tramite la piattaforma Regionale ARIA e il Sistema di Interscambio e sono obbligatoriamente conservate in modalità elettronica, secondo quanto espressamente disposto dalla legge (DM MEF 17 giugno 2014).

5.7 Ricette dematerializzate (ARIA-Hub Regionale)

Prodotte in formato .xml vengono gestite tramite la piattaforma Regionale ARIA, Hub Regionale.

5.8 Denunce infortuni



Il datore di lavoro è tenuto a denunciare all'INAIL gli infortuni che colpiscono i dipendenti prestatori d'opera, indipendentemente da ogni valutazione circa la ricorrenza degli estremi di legge all'indennizzo.

Le denunce di infortunio sono inviate esclusivamente in modalità telematica accedendo al portale dell'INAIL con apposite credenziali rilasciate ai dipendenti incaricati.

L'invio delle denunce tramite PEC è consentito solo in caso di malfunzionamento del sistema. Considerato che il sistema per l'invio telematico della denuncia prevede l'inserimento obbligatorio di dati ulteriori rispetto a quelli presenti sul certificato del pronto soccorso, è onere del lavoratore consegnare la dichiarazione di infortunio sul lavoro compilata in ogni sua parte. Il delegato alle denunce riceve e protocolla la certificazione di infortunio.

La denuncia di infortunio inviata sul portale INAIL viene comunque registrata a protocollo in partenza, scegliendo la voce "portale/piattaforma web" quale modalità di trasmissione, allegando la ricevuta come documento primario e il modulo come allegato, entrambi generati in automatico e scaricati dal portale INAIL. Utilizzando questa modalità è possibile registrare un documento in uscita senza un invio telematico dei file, che acquisisce così data certa tramite la registrazione a protocollo.

5.9 Certificati di malattia

I certificati di malattia sono acquisiti consultando la banca dati dell'INPS con apposite credenziali rilasciate ai dipendenti incaricati. Dopo averli visualizzati sono salvati come file e inseriti nel fascicolo personale. I certificati di malattia sono una tipologia di documenti esclusa dalla registrazione di protocollo.

6. GESTIONE DI CONCORSI E SELEZIONI

Le procedure concorsuali e selettive vengono gestite con workflow informatico tramite la piattaforma SIGMA.

Vengono protocollati di volta in volta gli elenchi degli iscritti alle procedure.

L'esito di ogni procedura viene registrato, insieme al verbale delle prove, sul sistema di gestione documentale tramite delibera.

7. DOCUMENTI SANITARI

7.1 Registrazione DCE e DICOM (Galileo-DEDALUS / PACS Synapse)

La documentazione Sanitaria (impegnative, referti, ricette ecc.) e Socio Sanitaria presentata dall'utenza o rilasciata dall'Azienda al fine dell'erogazione diretta di servizi, di forniture e di certificazioni sanitarie, non viene protocollata, in quanto registrata in appositi software gestionali.



In particolare:

- Le immagini diagnostiche in formato DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) vengono archiviate e consultate attraverso il sistema PACS aziendale (Synapse).
- I referti e i documenti clinici elettronici (DCE) come referti ambulatoriali, lettere di dimissione, referti di anatomia patologica, referti di laboratorio e di radiologia, verbali di Pronto Soccorso, verbali operatori, cartella clinica elettronica – sono gestiti e archiviati nel repository aziendale GALILEO (Dedalus) e conservati in modalità legale sostitutiva (CLS) tramite ARUBA.

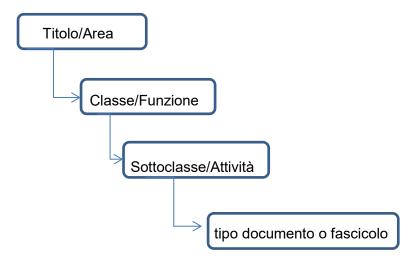
8. TITOLARIO E CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI

8.1 Titolario (= piano di classificazione)

Il Titolario o piano di classificazione (nome con cui il titolario viene designato nel DPR 445/2000) è uno degli strumenti che si utilizzano nella gestione dell'archivio in formazione.

Il Titolario rappresenta uno strumento di gestione dell'archivio corrente.

Ha la funzione di organizzare la documentazione aziendale, man mano che viene prodotta, secondo un ordine logico gerarchico che prevede l'individuazione di un **titolo** (Area aziendale), una **classe** (Funzione), una **sottoclasse** (Attività) un **tipo documento o fascicolo** (specifico affare):



Il Titolario in uso presso ASST-Rhodense è stato emanato con Decreto del Direttore Generale Welfare di Regione Lombardia n. 15229 del 1 dicembre 2017, ed è in vigore dal 1° gennaio 2018.



E' parte integrante del presente Manuale (vedi Allegato n. 6) ed è caricato nel sistema di gestione documentale aziendale (Archiflow).

Il Titolario può essere suscettibile di variazioni e modifiche nel corso del tempo. Di norma, le modifiche al Titolario dovrebbero essere introdotte a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di approvazione della variazione e avere durata almeno per l'intero anno⁹.

Il sistema di gestione documentale adottato dall'Azienda è predisposto per conservare le voci di Titolario superate mantenendo il collegamento con i fascicoli creati.

8.2 Classificazione dei documenti

La classificazione esplicita il rapporto che esiste tra i documenti dell'archivio e l'attività per la quale sono stati prodotti.

All'interno della sottoclasse i documenti vengono organizzati per tipologia di documenti o in fascicoli.

La fascicolazione è l'uso di raggruppare in un'unica "cartella" o "camicia" tutti i documenti (entrata, uscita, interni) riguardanti uno stesso oggetto: ad esempio il fascicolo di una gara d'appalto, il fascicolo di una causa, il fascicolo personale di un lavoratore dell'azienda, etc...

La classificazione dei documenti e la relativa fascicolazione costituiscono un'attività necessaria per la corretta formazione e tenuta di un archivio, sia esso analogico che digitale. Per una buona riuscita dell'archiviazione digitale, la classificazione è raccomandata sia dal TUDA, ¹⁰ che dalle *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*¹¹.

La classificazione è un metadato obbligatorio del documento che può essere cambiato o corretto successivamente alla registrazione.

La documentazione in arrivo è classificata dall'Ufficio Protocollo e fascicolata dalle UOR mentre, per la documentazione in partenza, tutte le attività sono a carico della UOR competente.

In caso di mancata classificazione di un documento, il sistema di gestione documentale, non permette la prosecuzione dell'attività.

⁹ punto 10.2.1 del *Manuale di gestione del protocollo informatico, dei documenti e dell'archivio dell'Agenzia per l'Italia Digitale*, AgID, 2013: "Di norma, le variazioni vengono introdotte a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello di approvazione del nuovo Titolario e hanno durata almeno per l'intero anno".

_

¹⁰ DPR n. 445/2000 artt. 56 e 64, comma 4

¹¹ Linee Guida sulla formazione [...], AgID, 2020, punto 3.2: "La classificazione ha il fine di organizzare logicamente tutti i documenti amministrativi informatici prodotti o ricevuti da un ente nell'esercizio delle sue funzioni. L'attività di classificazione si avvale del Titolario che mappa, su più livelli gerarchici, tutte le funzioni dell'ente."



9. FORMAZIONE DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI

In questo capitolo sono descritte le nozioni di aggregazione documentale, di fascicolo e di serie archivistica.

9.1 Aggregazione documentale: definizione e funzione

Le Linee guida AgID (Glossario, allegato 1) definiscono l'aggregazione documentale come un «Insieme di documenti informatici (serie) o insieme di fascicoli informatici riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente»

Il fascicolo informatico è un'«Aggregazione documentale informatica strutturata e univocamente identificata contenente atti, documenti o dati informatici prodotti e funzionali all'esercizio di una attività o allo svolgimento di uno specifico procedimento», mentre la serie è un «Raggruppamento di documenti con caratteristiche omogenee».

Con il nome aggregazione documentale intendiamo quindi:

- il fascicolo;
- una serie di fascicoli: un raggruppamento di fascicoli con caratteristiche omogenee in relazione all'oggetto e alla materia, o alle funzioni della Società (es.: Fascicoli del Personale);
- una serie documentale, cioè un raggruppamento in ordine cronologico di documenti di una stessa tipologia (es. Delibere, Determinazioni; Contratti; Referti; Ricette).

Le aggregazioni documentali informatiche sono un tutt'uno con i "metadati ad esse associati contenenti i riferimenti che univocamente identificano i singoli oggetti documentali" (§ 4.1, le Linee guida AgID).

9.2 Fascicolo: definizione e funzione

Il fascicolo è l'unità di base dell'archivio.

Il fascicolo è un raggruppamento organico di documenti relativo ad uno stesso oggetto (affare, attività, persona) che si costituisce nel corso della gestione aziendale.

Il fascicolo può essere costituito da sottofascicoli, cioè da raggruppamenti di documenti specifici, seppur riguardanti lo stesso affare del fascicolo "padre". Ad esempio nel fascicolo di personale, intestato al lavoratore, possono essere aperti sottofascicoli riguardanti l'assunzione, le presenze, i congedi, la quiescenza, ecc.

Tre sono le tipologie di fascicolo previste nell'archivio:

- Fascicolo per affare riguarda un affare aziendale (es.: la costruzione di un nuovo edificio, una causa). Può avere una durata di mesi o di anni. Va chiuso a conclusione dell'evento che ne ha determinato l'apertura;
- Fascicolo per attività riguarda attività ripetitive, semplici, non discrezionali, meri adempimenti (ad esempio lettere di inizio tirocinio specializzandi, lettere



per recupero crediti, ...) Il fascicolo per attività ha una chiusura annuale o, se molto ricco di documenti, trimestrale o semestrale;

- Procedimento amministrativo procedimento della PA codificato, vincolato da tempi predeterminati di risposta e conclusione. Il fascicolo deve essere chiuso alla fine dell'iter procedurale. Parte da un'istanza esterna e si conclude con una risposta obbligata dell'amministrazione (esempio riscontro ad istanza di accesso agli atti, ...);
- Fascicolo di persona fisica o giuridica. Il fascicolo di persona fisica viene aperto all'assunzione, o all'inizio di un incarico di lavoro. Rimane aperto sino a che l'individuo è in servizio. Il fascicolo di persona giuridica è analogo a quello della persona fisica ma riguarda un'azienda.

9.3 Il fascicolo cartaceo, informatico, ibrido

Il fascicolo può essere cartaceo, informatico o ibrido.

Il fascicolo cartaceo è quello composto da originali analogici.

Il **fascicolo informatico** è un raggruppamento di file, creato con strumenti informatici su software e piattaforme digitali (es.: Archiflow, Sintel, Fascicolo Sanitario Elettronico, ecc).

Per **fascicolo ibrido** si intende l'unità archivistica che comprende documenti prodotti su diverse tipologie di supporto: cartaceo ed informatico. Tale fascicolo dà origine a due entità archivistiche di conservazione differenti: una è conservata nell'archivio cartaceo; un'altra è costituita da documenti informatici collocati in ambiente elettronico.

Qualora si ravvisi l'utilità di avere tutti i documenti presenti in un fascicolo in un formato omogeneo, si deve privilegiare il **fascicolo informatico**, creando copie per immagine dei documenti nativi analogici. Questa pratica non esenta dalla conservazione dell'originale cartaceo nel fascicolo di pertinenza, dato che il valore giuridico della "copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico" è riconosciuto solo in alcuni casi specifici.

9.4 Formazione dei fascicoli

Tutti i documenti, indipendentemente dal supporto sul quale vengono formati, sono riuniti in **fascicoli** o **serie documentarie**. L'apertura dei nuovi fascicoli è effettuata direttamente dalla UOR produttrice.

In presenza di un documento da attribuire ad un fascicolo andrà stabilito se collocarlo nell'ambito di un procedimento in corso, oppure se dare avvio ad un nuovo procedimento.

I fascicoli dell'Archivio corrente sono gestiti a cura dei Responsabili delle diverse UOR e, qualora cartacei, conservati presso l'ufficio fino al trasferimento nell'Archivio di deposito.

Istruendo i fascicoli, è necessario evitare sia la frammentazione delle pratiche, sia l'accorpamento eccessivo di documenti all'interno della stessa unità. È inoltre consigliabile



creare i fascicoli basandosi sull'analisi di processi e funzioni, piuttosto che intestarli semplicemente ai destinatari/soggetti della pratica. Es.: "Convenzione extrarete con UNIPV per il dott. Mauro Bianchi" piuttosto che "Dott. Mauro Bianchi".

In caso di fascicolo ibrido, cioè un fascicolo costituito da documenti informatici e documenti cartacei, è necessario che i due fascicoli abbiano la medesima intestazione.

Il fascicolo informatico, in un sistema totalmente digitale, potrebbe garantire la possibilità di essere direttamente consultato e alimentato da tutti gli uffici coinvolti nel procedimento.

9.4.1 Titolo del fascicolo

Il titolo del fascicolo è formato dai seguenti quattro elementi:

- l'oggetto;
- l'anno di apertura;
- la classificazione (titolo, classe);
- il numero del fascicolo (progressivo all'interno della classe e dell'anno di riferimento).

9.4.2 Metadati minimi del fascicolo informatico

Il fascicolo informatico reca le seguenti indicazioni come set minimo di metadati:

- amministrazione titolare del procedimento;
- altre amministrazioni partecipanti;
- nominativo del responsabile del procedimento;
- oggetto del procedimento;
- elenco dei documenti contenuti;
- indice di classificazione (titolo, classe, etc.);
- numero del fascicolo, identificativo di una catena numerica relativamente alla classe e al titolo di riferimento dell'anno di creazione;
- data di apertura e di chiusura del fascicolo.

9.5 Tipologie di fascicolo:

9.5.1 Fascicolo per affare

Il fascicolo per affare si apre nell'ambito di una delle sottoclassi del Titolario e comprende tutti i documenti, prodotti e ricevuti da un ufficio, per la trattazione di un affare. Ogni fascicolo



si riferisce ad un affare specifico e concreto, es.: la realizzazione di un evento di comunicazione; l'effettuazione di un concorso o di un bando di selezione del personale.

Il fascicolo per affare, per comodità e ordine della documentazione, può essere composto da sottofascicoli.

Il fascicolo per affare ha una data di apertura e una data di chiusura che può andare oltre l'anno in cui è stato aperto. Infatti l'apertura di un fascicolo per affare può durare da pochi giorni a vari anni.

All'esaurimento dell'affare sul fascicolo deve essere apposta la data di chiusura.

9.5.2 Fascicolo per attività

Il fascicolo per attività si apre a livello di sottoclasse e comprende i documenti prodotti nello svolgimento di un'attività amministrativa semplice, non discrezionale e ripetitiva, veicolata in genere da modulistica e da *form* precostituiti, ad esempio: informative privacy firmate.

Il fascicolo ha durata annuale e, se la massa documentale è eccessiva, può articolarsi in sottofascicoli con diverse cadenze temporali (es. mensili).

Allo scadere del tempo predefinito sul fascicolo deve essere apposta la data di chiusura.

9.5.3 Fascicolo di procedimento amministrativo

Il fascicolo di procedimento amministrativo conserva una pluralità di documenti che rappresentano azioni amministrative omogenee e destinate a concludersi con un atto finale.

9.5.4 Fascicolo di persona (fisica o giuridica)

Il fascicolo di persona si può aprire sia a livello di classe che a livello di sottoclasse e comprende tutti i documenti che si riferiscono a una persona giuridica o fisica.

Si apre ad esempio a livello di classe nel caso del personale dipendente (o collaboratori esterni) nel titolo 1 - Area Amministrativa, Classe 4 - Risorse Umane;

Quando viene aperto a livello di classe comprende documenti che possono avere sottoclassificazioni diverse, quante sono le sottoclassi relative, meglio se organizzate in sottofascicoli.

Quasi sempre i fascicoli intestati a persone fisiche o giuridiche restano attivi per molti anni, costituendo serie archivistiche correnti sottoposte a continua consultazione.

9.5.5 Chiusura del fascicolo

Il fascicolo viene chiuso all'esaurimento dell'affare o dell'attività dal Responsabile del processo o del procedimento.

La data di chiusura si riferisce alla data dell'ultimo documento inserito.



Il sottofascicolo può essere chiuso prima del fascicolo, ma non viceversa, in quanto di norma trattasi di un subprocedimento o di un endoprocedimento stesso riferito al procedimento amministrativo, affare o attività principale, da cui deriva.

Il fascicolo sedimenta i documenti, formati, interni e ricevuti, fino al termine della pratica. La chiusura della pratica comporta la chiusura del fascicolo.

I **fascicoli cartacei** chiusi sono conservati presso l'Ufficio produttore per un limite minimo di un anno al fine di consentire l'eventuale reperimento dei documenti necessari allo svolgimento delle attività giornaliere.

Non si forniscono limiti massimi di giacenza dei fascicoli chiusi presso l'archivio corrente poiché i tempi possono risultare diversi a seconda della natura della pratica e dell'attività d'ufficio.

In ogni caso, i responsabili di UOR non devono mantenere i fascicoli di attività cessate non più consultati e che non hanno più alcuna utilità diretta presso gli uffici per evitare un eccessivo ingombro e una conseguente difficoltà nella gestione dei fascicoli aperti e attivi. Il trasferimento dei fascicoli chiusi dall'archivio corrente all'archivio di deposito avviene secondo le modalità presentate al § 8.

9.5.6 Repertorio

Per repertorio si intende il registro informatico in cui sono annotati con numerazione progressiva i documenti per i quali è prevista la registrazione particolare. I documenti sono comunque inseriti nel fascicolo archivistico di loro pertinenza. Il complesso dei documenti registrati a repertorio per forma omogenea costituisce una serie archivistica (o aggregazione documentale).

9.5.7 Repertori particolari

I repertori informatici in uso:

- Albo on line Delibere e Determine;
- Repertorio Contratti.

9.5.8 Metadati minimi per il repertorio dei fascicoli informatici

Il repertorio dei fascicoli informatici è costituito da un elenco ordinato e aggiornato dei fascicoli istruiti all'interno di ciascuna classe e di ciascun titolo del titolario di classificazione adottato, riportante:

- anno e numero progressivo del fascicolo;
- classificazione nell'ambito del titolario adottato;



- oggetto dell'affare/procedimento/attività;
- UOR responsabile dell'affare/procedimento/attività;
- nominativo del responsabile dell'affare/procedimento/attività;
- date di apertura e chiusura del fascicolo;
- numero dei documenti contenuti nel fascicolo;
- dati relativi alla movimentazione del fascicolo;
- stato: chiuso/aperto.

GESTIONE DEGLI ARCHIVI

10.1 Definizioni di archivio corrente, di deposito e storico

In relazione alle diverse fasi di organizzazione e di lavorazione dei documenti l'archivio è funzionalmente suddiviso in:

Archivio corrente: tutti i documenti acquisiti e conservati dall'Azienda nell'esercizio delle sue funzioni e necessari allo svolgimento dell'attività corrente.

Archivio di deposito: il complesso documentale prodotto o acquisito dall'Azienda, ancora utile per finalità amministrative e giuridiche, ma non più necessario allo svolgimento delle attività correnti. Nell'archivio di deposito si seleziona anche la documentazione che si può scartare, perché priva di interesse, e quella che vale la pena di conservare permanentemente e che è destinata a confluire nell'archivio storico.

Archivio storico: l'insieme dei documenti destinati alla conservazione permanente. Documenti, fascicoli, serie che, con il passare degli anni, esaurita la loro funzione giuridica, acquistano un interesse storico e culturale. "Per lo Stato, le Regioni e gli altri Enti Pubblici territoriali, nonché ogni altro ente ed istituto pubblico, il termine di versamento all'archivio storico è di 40 anni" (D.Lgs. 42/2004, art. 30 comma 4).

L'archivio corrente e l'archivio di deposito hanno prevalente funzione amministrativo / gestionale e giuridico / probatoria. L'archivio storico ha soprattutto una funzione storico-culturale.

10.2 Gli strumenti gestionali dell'archivio

Ogni fase d'archivio è contraddistinta dall'uso di differenti strumenti di gestione.

Archivio corrente:



- **Registro di protocollo**: l'insieme di registrazioni progressive e univoche relative ai documenti in entrata, interni e in uscita.
- **Titolario (= Piano di classificazione)**: piano gerarchico composto da titoli e classi (ed eventuali sottoclassi, categorie e sottocategorie) predisposto per l'organizzazione dei documenti in base alla funzione da cui sono prodotti o ricevuti.

Archivio di deposito:

- *Elenco di consistenza:* descrizione sommaria o analitica di unità archivistiche o unità di condizionamento (buste, scatole, pacchi, ecc.);
- Elenco di trasferimento: descrizione sommaria o analitica di unità archivistiche o
 unità di condizionamento (buste, scatole, pacchi, ecc.) stilata in occasione di un
 trasferimento di carte all'archivio di deposito;
- **Piano di conservazione**: piano integrato con il Titolario di *classificazione* in cui vengono indicati, per ogni tipologia documentaria individuata, i periodi minimi di conservazione (trascorsi i quali si può procedere alla loro eliminazione) e le tipologie documentali che si ritiene utile conservare permanentemente;
- *Elenco di versamento:* elenco delle serie e dei fascicoli che devono essere versati nell'archivio storico (dopo 40 anni di archivio di deposito).

Archivio storico:

- **Guida:** è uno strumento archivistico di tipo generale: all'interno della Guida, "per ciascun fondo d'archivio, viene in genere indicato il soggetto produttore e ne viene tracciato un succinto profilo; viene poi indicata la consistenza, la cronologia e brevemente descritti contenuti, ordinamento e storia archivistica; viene infine segnalata la presenza di inventari o altri corredi e la bibliografia";
- Indice: elenco alfabetico dei nomi di persona, luoghi, enti, materie ecc. citati nelle unità archivistiche;
- Inventario: "Strumento di ricerca che descrive un fondo archivistico, nel suo insieme e nelle sue parti componenti, dal livello più elevato sino alle singole unità. L'inventario comprende:
 - o la descrizione del soggetto produttore;
 - o la metodologia adottata nel corso dell'eventuale riordino;
 - la descrizione delle unità: titolo, data, oggetto, tipologie documentarie, eventuale presenza di classificazione, fascicolo e ogni altra caratteristica significativa.

L'archivio dell'ASST-Rhodense è un archivio ibrido, ossia in parte cartaceo e in parte informatico, l'Ufficio Gestione Documentale è delegato al trattamento di entrambe le tipologie.

10.3 Gestione dell'archivio corrente cartaceo



Per archivio corrente si intende il complesso dei documenti relativi ad affari, ad attività e a procedimenti in corso di istruttoria e di trattazione o, comunque, verso i quali sussista un interesse non ancora esaurito.

Il responsabile dell'ufficio è tenuto alla corretta formazione, gestione e conservazione dei documenti e dei fascicoli, siano essi di natura analogica, digitale o ibrida, relativi ai processi di propria competenza.

I fascicoli e i documenti vanno conservati in faldoni o cartelle nell'archivio corrente di ciascuna UOR.

Il faldone cartaceo, per consentire l'agevole e immediato reperimento dei fascicoli, deve riportare sul dorso le seguenti informazioni:

- l'ufficio produttore;
- l'oggetto;
- gli estremi cronologici;
- gli estremi identificativi dei fascicoli contenuti (es. numero sequenziale).

Prima di chiudere il fascicolo, oppure prima del trasferimento dello stesso all'archivio di deposito, si raccomanda il suo **sfoltimento**: il carteggio di carattere transitorio e strumentale (ad es. appunti, promemoria, copie di normativa e documenti di carattere generale) deve essere selezionato ed estratto dal fascicolo ed eliminato dall'operatore incaricato del trattamento della pratica.

10.4 Gestione dell'archivio di deposito cartaceo

Generalmente l'archivio di deposito è la fase intermedia del processo di tenuta dei documenti prodotti dall'azienda nel corso della propria attività e si colloca temporalmente tra l'archivio corrente e l'archivio storico.

Attualmente l'azienda ha affidato in outsourcing il servizio di gestione e conservazione della documentazione analogica di deposito.

10.4.1 Trasferimenti delle unità archivistiche nell'Archivio di deposito cartaceo

Ogni anno le singole UOR aziendali, per la parte di loro competenza, individuano la documentazione non più utile alla gestione corrente, inscatolano le pratiche in vista del trasferimento ad un deposito esterno di conservazione, compilando inoltre l'elenco dei fascicoli e/o delle pratiche chiuse.

L'elenco deve contenere i seguenti dati:

- azienda e UOR produttrice;
- ufficio di competenza / funzione aziendale;
- numero d'ordine progressivo del contenitore e anno;
- classificazione e tipo documento;



estremi cronologici/estremi alfabetici.

I faldoni con le pratiche, o i fascicoli, vanno riposti nelle scatole in base alla tipologia documentale, in ordine cronologico e/o secondo il numero progressivo della serie di appartenenza, numerando le scatole che man mano vengono approntate per il trasferimento.

Anche la scatola deve recare, ben visibile all'esterno, l'indicazione del contenuto:

- ufficio produttore;
- tipologia di documento / classificazione;
- estremi cronologici / estremi alfabetici.

Contestualmente alla redazione del modulo di trasferimento di documenti all'archivio di deposito è necessario che le UOR accertino che:

- i documenti e i fascicoli che vanno trasferiti in archivio di deposito siano condizionati in cartelle recanti sul dorso indicazione della tipologia di documenti contenuti ed estremi cronologici degli stessi;
- non vengano trasferiti in archivio faldoni vuoti o semivuoti;
- in nessun caso deve essere inviata in deposito la documentazione eliminabile autonomamente dalla UOR alla chiusura del fascicolo o della pratica, cioè quella documentazione che non necessita di autorizzazione allo scarto da parte della Soprintendenza archivistica, ad esempio:
 - o copie delle Gazzette Ufficiali, Bollettini ufficiali della P.A.;
 - materiali statistici, libri, giornali, riviste, stampe, periodici, pubblicazioni in genere;
 - materiali pubblicitari in genere anche relativi a corsi, convegni e congressi;
 - o programmi, inviti a manifestazioni che non attivino procedimenti amministrativi;
 - o copie e/o fotocopie della corrispondenza e di atti aziendali;
 - copie di file/documenti su supporto informatico/digitale normalmente detenute dalle strutture per uso proprio e/o per comodità di consultazione;
 - o corrispondenza riservata personale e/o non protocollata;
 - o allegati, se non accompagnati da lettera di trasmissione;
 - o modulistica non più in uso e non compilata;
 - o altra documentazione senza validità giuridica.

Una volta completate le operazioni, le UOR contattano il conservatore esterno chiedendo il ritiro dei colli e, contestualmente, allegano alla comunicazione l'elenco delle pratiche.



Presso i depositi di conservazione le scatole dei documenti vengono registrate e rimangono a disposizione dell'Azienda per qualsiasi richiesta e ricerca.

Le UOR, annualmente, visionano gli elenchi dei documenti che hanno inviato in conservazione esterna e predispongono l'elenco delle pratiche che possono essere mandate al macero.

10.5 Conservazione dei documenti digitali

I documenti digitali di carattere amministrativo e i documenti digitali sanitari (referti di laboratorio, lettere di dimissione, verbali di pronto soccorso, immagini radiodiagnostiche ecc.) sono inviati in conservazione presso una società esterna contrattualizzata da ARIA SpA. (per le specifiche vedi il Manuale di conservazione digitale, all. n. 8).

10.6 Accesso alla documentazione

Le Direzioni Mediche di Presidio sono responsabili del rilascio della documentazione sanitaria in caso di richiesta da parte dell'utente.

L'Ufficio Gestione documentale è invece responsabile del rilascio della documentazione sanitaria presente nel Sistema di Conservazione Digitale, in caso di richiesta da parte dell'Autorità giudiziaria.

10.7 Selezione e scarto dei documenti

I documenti possono essere:

- a conservazione illimitata: cioè documentazione non soggetta ad operazioni di scarto;
- a conservazione limitata (1, 5, 10, 20 anni...), cioè atti scartabili una volta esaurita la validità giuridica e/o amministrativa della documentazione.

I diversi tempi di conservazione sono indicati nel Titolario di classificazione e massimario di conservazione della documentazione Sanitaria e Sociosanitaria approvato da Regione Lombardia con Decreto del Direttore Generale Welfare n. 15229 del 1 dicembre 2017 e recepito dalla ASST Rhodense con provvedimento n. 165 del 28 febbraio 2018 (v. ALL. 3)

10.7.1 Procedura per la selezione della documentazione da proporre per lo scarto

L'istruttoria è gestita dall'Ufficio Gestione Documentale, come previsto dalla comunicazione circolare del Direttore Generale ai Responsabili delle Strutture/Uffici protocollo interno 00002-014 del 04/02/2014:



- i Responsabili delle UOR, individuata la documentazione da scartare, compilano, sottoscrivono e sottopongono, per approvazione, l'elenco di scarto al Dirigente di competenza;
- 2. l'elenco di scarto contiene: indicazione dell'ufficio produttore, la classificazione del documento (Titolo, Classe, Sottoclasse), la tipologia del documento, la cronologia, la quantità (in faldoni, scatole, fascicoli, mt/lineari, kg);
- 3. quando anche il Dirigente sottoscrive l'elenco, questo viene inoltrato all'Ufficio Gestione Documentale;
- 4. l'Ufficio Gestione di Documentale:
 - verifica la congruità della richiesta rispetto al massimario di scarto approvato da Regione Lombardia;
 - invia elenco di scarto e richiesta di relativo nulla osta alla Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia, ai sensi dell'art. 21 del D. Lgs. 22 gennaio 2004, n. 42;
- 5. ricevuto il nulla osta da parte della Soprintendenza viene organizzato il ritiro della documentazione;
- 6. l'Ufficio Gestione Documentale:
 - stabilisce il giorno del ritiro insieme al vettore contrattualizzato, avverte gli uffici coinvolti e inoltra loro la data dell'appuntamento e l'orario; sollecita l'organizzazione del facchinaggio che ogni UOR dovrà richiedere inviando l'apposito modulo;
 - accerta che, per ogni richiesta di scarto, sia presente al ritiro una persona dell'ufficio interessato che possa indicare con chiarezza i materiali da inviare al macero;
 - se necessario alle operazioni di carico, contatta la polizia municipale per il permesso di occupazione di suolo pubblico;
 - predispone il verbale di avvenuta distruzione, che dovrà essere firmato dall'azienda e dal vettore e che sarà inoltrato, a scarto ultimato, alla Soprintendenza competente per la chiusura del fascicolo.

11 MISURE DI SICUREZZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

11.1 Sicurezza del Sistema informatico



La sicurezza dei dati, delle informazioni e dei documenti informatici creati e conservati nei vari sistemi di produzione e gestione documentale è garantita dal piano di sicurezza informatica adottata dall'Azienda.

Sono attivi:

- sistemi di protezione degli asset strategici;
- sistemi di monitoraggio e rilevamento contro incidenti e minacce;
- sviluppo sicuro delle tecnologie digitali, per rispondere alle esigenze dell'azienda;
- rafforzamento della cooperazione in materia di cybersicurezza sia in ambito inter aziendale che tramite l'adesione alle attività promosse e coordinate a livello regionale da ARIA S.p.A. e Regione Lombardia;
- potenziamento di conoscenze e competenze, a livello aziendale, dei principali aspetti riguardanti la cybersicurezza a tutti i livelli (personale SIA, utilizzatori finali, quadro direttivo, ecc.).

Il Piano di miglioramento della sicurezza informatica aggiornamento 2025 è stato adottato dall'azienda con DG/554 del 30/05/2025 in base al Piano Triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione edizione 2024-2026 approvato con DPCM del 3.12.2024 e al Programma Strategico per la Semplificazione e la Trasformazione Digitale – aggiornamento 2024 di Regione Lombardia, approvato con D.G.R. n. XII/3325 del 31.10.2024.

11.2 Privacy

In merito alla protezione dei dati personali l'Azienda ha recepito quanto previsto Regolamento UE 2016/679 GDPR - General Data Protection Regulation – in vigore dal 25/05/2018.

Il Titolare del Trattamento dei dati per la ASST-Rhodense è il Direttore Generale, Legale rappresentante dell'Azienda.

I Direttori Responsabili delle Strutture e/o articolazioni aziendali sono nominati quali Soggetti designati al trattamento, ciascuno in relazione ai dati trattati dalle strutture assegnate con i rispettivi atti di incarico.

In applicazione del Regolamento UE 2016/679 è stato nominato il DPO - Data Protection Officer esterno contattabile all'indirizzo <u>responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it</u>.

Per trattamento di dati personali si intende qualsiasi operazione, o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati, applicate a dati personali o all'insieme di dati personali, anche se non registrati in una banca di dati, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'elaborazione, la selezione, il blocco, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, la diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione di dati personali.

I dati personali in possesso dell'Ente sono raccolti nelle forme previste dalla legge, vengono trattati nel rispetto degli obblighi di correttezza, liceità e trasparenza, con tutela della



riservatezza e dei diritti degli interessati. Il conferimento dei dati richiesti con la modulistica predisposta, anche con accesso ai servizi sanitari on line di Regione Lombardia, è necessario, ai sensi delle vigenti norme di legge e regolamentari in materia, e il loro mancato conferimento potrebbe pregiudicare l'accesso all'esercizio di diritti o di servizi erogati dall'Azienda.

La base giuridica del trattamento dei dati personali è costituita dall'adempimento di obblighi legali o dall'esecuzione di compiti di interesse pubblico. Le finalità, cui sono destinati i trattamenti dei dati personali e sanitari rientrano in quelle previste per la tutela della salute pubblica e l'erogazione della prestazione sanitaria all'assistito e riguardano il trattamento di categorie di dati personali sensibili e sensibilissimi.

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e/o informatici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità previste dalle norme, in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi.

Ai fini di pubblico interesse il trattamento può essere effettuato anche oltre il periodo di tempo necessario per conseguire i diversi scopi per i quali i dati sono stati in precedenza raccolti o trattati¹².

Per le finalità indicate e il conseguimento degli scopi istituzionali dell'Azienda, alcuni dati personali possono essere comunicati ai soggetti esterni che trattano i dati per conto della ASST-Rhodense, opportunamente designati quali "Responsabili del trattamento" (es. società di servizi di digitalizzazione dati, di archiviazione, dematerializzazione, conservazione documentale, gestione di posta elettronica, di banche dati, Società private o pubbliche di servizi) e alle altre categorie di soggetti nei confronti dei quali le comunicazioni sono necessarie in quanto previste dalle norme di riferimento di ciascuna attività o obbligatorie, quali altri Enti e Organismi Pubblici, Istituzioni centrali e periferiche, Istituti previdenziali, assicurativi e Istituzioni.

L'interessato del trattamento dei dati, a tutela dei suoi diritti e relativamente ai dati personali che lo riguardano, può chiedere l'accesso e ottenerne copia, ottenere la rettifica dei dati personali inesatti, chiederne la cancellazione, ottenere la limitazione del trattamento dei dati, ricevere i dati personali che lo riguardano in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, ai fini dell'esercizio del diritto alla portabilità, opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano

12 DISPOSIZIONI FINALI

12.1 Approvazione, integrazioni, modifiche ed aggiornamenti del Manuale

Il presente manuale è approvato, integrato e modificato con Deliberazione del Direttore Generale d'Azienda.

-

¹² GDPR, art. 5, lettera e)



Il Manuale è soggetto a revisione su iniziativa del Responsabile della Gestione Documentale. La modifica o l'aggiornamento di uno o tutti i documenti allegati al presente Manuale non comporta la revisione del manuale stesso.

12.2 Pubblicazione del Manuale

Il Manuale di gestione è accessibile sul sito intranet/internet aziendale <u>www.asst-rhodense.it</u> e pubblicato ai sensi di legge.



ALLEGATI:

- 1. Glossario dei termini
- 2. Riferimenti normativi
- 3. Formati accettati
- 4. Elenco dei documenti che non serve protocollare
- 5. Giro posta direttori
- 6. Titolario e massimario di conservazione
- 7. Funzionigramma con nomina del DPO e altre nomine
- 8. Manuale di conservazione
- 9. Regolamento per accesso agli atti
- 10. Dichiarazione di adozione del Piano per la sicurezza informatica



Manuale di gestione documentale – Allegato 1

GLOSSARIO

Accesso	Operazione che consente a chi ne ha diritto di prendere visione dei documenti informatici conservati
Aggregazione documentale informatica	Raccolta di documenti informatici o di fascicoli informatici, riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente
Archivio	Complesso organico di documenti, di fascicoli e di aggregazioni documentali di qualunque natura e formato, prodotti o comunque acquisiti da un soggetto produttore durante lo svolgimento dell'attività
Archivio informatico	Archivio intestato dal Soggetto Produttore al Titolare nel quale sono conservati costituito da documenti informatici, fascicoli informatici nonché aggregazioni documentali informatiche gestiti e conservati in ambiente informatico e di cui il medesimo è giuridicamente responsabile
Area organizzativa omogenea (AOO)	Un insieme di funzioni e di strutture, individuate dalla amministrazione, che opera su tematiche omogenee e che presenta esigenze di gestione della documentazione in modo unitario e coordinato ai sensi dell'articolo 50, comma 4, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.
Attestazione di conformità delle copie per immagine su supporto informatico di documento analogico	Dichiarazione rilasciata da notaio o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato allegata o asseverata al documento informatico
Autenticità	Caratteristica di un documento informatico che garantisce di essere ciò che dichiara di essere, senza aver subito alterazioni o modifiche. L'autenticità può essere valutata analizzando l'identità del sottoscrittore e l'integrità del documento informatico
Base di dati	Collezione di dati registrati e correlati tra loro
Ciclo di gestione	Arco temporale di esistenza del documento informatico, del fascicolo informatico, dell'aggregazione documentale informatica o dell'archivio informatico dalla sua formazione alla sua eliminazione o conservazione nel tempo
Classificazione	Attività di organizzazione logica di tutti i documenti secondo uno schema articolato in voci individuate attraverso specifici metadati
CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni
Conservatore	Soggetto pubblico o privato che svolge attività di conservazione dei documenti informatici
Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive de sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello



ASST Rhodense

Contrassegno a stampa	Contrassegno generato elettronicamente, apposto a stampa sulla copia analogica di un documento amministrativo informatico per verificarne provenienza e conformità all'originale
Coordinatore della Gestione Documentale	Responsabile della definizione di criteri uniformi di classificazione ed archiviazione nonché di comunicazione interna tra le AOO ai sensi di quanto disposto dall'articolo 50 comma 4 del DPR 445/2000 e s.m.i. nei casi di amministrazioni che abbiano istituito più Aree Organizzative Omogenee
Copia informatica di documento analogico	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento analogico da cui è tratto
Copia per immagine su supporto informatico di documento analogico	Il documento informatico avente contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto
Copia informatica di documento informatico	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento da cui è tratto su supporto informatico con diversa sequenza di valori binari.
Copia di sicurezza	Copia di backup degli archivi del sistema di conservazione.
Destinatario	Identifica il soggetto/sistema al quale il documento informatico è indirizzato.
Documento analogico	La rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
Documento analogico originale	Documento analogico che può essere unico oppure non unico se, in questo secondo caso, sia possibile risalire al suo contenuto attraverso altre scritture o documenti di cui sia obbligatoria la conservazione, anche se in possesso di terzi.
Documento originale unico	E' quel documento analogico il cui contenuto non può essere desunto da altre scritture o documenti di cui sia obbligatoria la tenuta, anche presso terzi.
Documento informatico	La rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
Duplicato informatico	Il documento informatico ottenuto mediante la memorizzazione, sullo stesso supporto o su supporti diversi, della medesima sequenza di valori binari del documento originario.
Esibizione	Operazione che consente di visualizzare un documento conservato e di ottenerne copia
Evidenza informatica	Una sequenza di simboli binari (bit) che può essere elaborata da una procedura informatica.
Fascicolo informatico	Raccolta, individuata con identificativo univoco, di atti, documenti e dati informatici, da chiunque formati, del procedimento amministrativo.
Firma digitale	Un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e suun sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.



Formato	Modalità di rappresentazione del documento informatico mediante codifica binaria; comunemente è identificato attraverso l'estensione del file e/o il tipo MIME.
Funzione di hash	Una funzione matematica che genera, a partire da una evidenza informatica, una sequenza di bit (impronta) in modo tale che risulti di fatto impossibile, a partire da questa, ricostruire l'evidenza informatica originaria e generare impronte uguali a partire da evidenze informatiche differenti.
Identificativounivoco	Sequenza di caratteri alfanumerici associata in modo univoco e persistente al documento informatico, al fascicolo informatico, all'aggregazione documentale informatica, in modo da consentirne l'individuazione.
Immodificabilità	Caratteristica che rende la rappresentazione del documento informatico non alterabile nella forma e nel contenuto durante l'intero ciclo di gestione e ne garantisce la staticità nella conservazione del documento stesso.
Impronta	La sequenza di simboli binari (bit) di lunghezza predefinita generata mediante l'applicazione alla prima di una opportuna funzione di hash.
Insieme minimo di metadati del documento informatico	Complesso dei metadati da associare al documento informatico per identificarne provenienza e natura e per garantirne la tenuta.
Integrità	Insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato.
Interoperabilità	Capacità di un sistema informatico di interagire con altri sistemi informatici analoghi sulla base di requisiti minimi condivisi.
Leggibilità	Insieme delle caratteristiche in base alle quali le informazioni contenute nei documenti informatici sono fruibili durante l'intero ciclo di gestione dei documenti.
Log di sistema	Registrazione cronologica delle operazioni eseguite su di un sistema informatico per finalità di controllo e verifica degli accessi, oppure di registro e tracciatura dei cambiamenti che le transazioni introducono in una base di dati.
Memorizzazione	Processo di trasposizione su un qualsiasi idoneo supporto, attraverso un processo di elaborazione, di documenti analogici o informatici.
Marca temporale	Evidenza informatica che consente di rendere opponibile a terzi un riferimento temporale; la marca temporale prova l'esistenza in un certo momento di una determinata informazione, sotto forma di struttura dati firmata da una Time Stamping Authority.
Metadati	Insieme di dati associati a un documento informatico, o a un fascicolo informatico, o ad un'aggregazione documentale informatica per identificarlo e descriverne il contesto, il contenuto e la struttura, nonché per permetterne la gestione nel tempo nel sistema di conservazione.
Presa in carico	Accettazione da parte del sistema di conservazione di un pacchetto di versamento in quanto conforme alle modalità previste dal Manuale di conservazione;



Registro particolare	Registro informatico specializzato per tipologia o per oggetto; nell'ambito della pubblicaamministrazione è previsto ai sensi dell'articolo 53, comma 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.;
Registro di protocollo	Registro informatico della corrispondenza in ingresso e in uscita che permette la registrazione e l'identificazione univoca del documento informatico all'atto della sua immissione cronologica nel sistema di gestione informatica dei documenti.
Repertorio informatico	Registro informatico che raccoglie i dati registrati direttamente dalle procedure informatiche che trattano il procedimento, ordinati secondo un criterio che garantisce l'identificazione univoca del dato all'atto della sua immissione cronologica.
Responsabile della gestione documentale	Dirigente o funzionario, comunque in possesso di idonei requisiti professionali o diprofessionalità tecnico archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.
Responsabile della sicurezza	Soggetto al quale compete la definizione delle soluzioni tecniche ed organizzative in attuazione delle disposizioni in materia di sicurezza.
Riferimento temporale	Informazione contenente la data e l'ora con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC), della cui apposizione è responsabile il soggetto che forma il documento.
Scarto	Operazione con cui si eliminano, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i documenti ritenuti privi di valore amministrativo e di interesse culturale.
Sistema di classificazione	Strumento che permette di organizzare tutti i documenti secondo un ordinamento
Sistema di conservazione	Insieme di hardware, software, politiche, procedure, linee guida, regolamenti interni,infrastrutture fisiche e organizzative, volto ad assicurare la conservazione elettronicadei documenti per il periodo di tempo specificato nel Contratto. Detto sistema tratta idocumenti informatici in conservazione in pacchetti informativi che si distinguono in pacchetti di versamento, pacchetti di archiviazione e pacchetti di distribuzione;
Sistema di gestione informatica dei documenti	Nell'ambito della pubblica amministrazione è il sistema di cui all'articolo 52 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i
Staticità	Caratteristica che indica l'assenza di tutti gli elementi dinamici, quali macroistruzioni, riferimenti esterni o codici eseguibili, e l'assenza delle informazioni di ausilio alla redazione, quali annotazioni, revisioni, segnalibri, gestite dal prodotto software utilizzato per la redazione;
Testo unico	Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni.
Utente	Persona, ente o sistema che interagisce con i servizi di un sistema di gestione informatica dei documenti e/o di un sistema per la conservazione dei documenti informatici, al fine di fruire delle informazioni di interesse.
Validazione temporale	Il risultato della procedura informatica con cui si attribuiscono, ad uno o più documenti informatici, una data ed un orario opponibili ai terzi

Sistema Socio Sanitario



Versamento agli archivi di stato Operazione con cui il responsabile della conservazione di un'amministrazione statale effettua l'invio agli Archivi di Stato o all'Archivio Centrale dello Stato della documentazione destinata ad essere ivi conservata ai sensi della normativa vigente in materia di beni culturali.

ASST Rhodense

Manuale di gestione documentale - Allegato 2

RIFERIMENTI NORMATIVI

I principali riferimenti normativi Italiani di riferimento sono rappresentati da:

- Codice Civile (Libro Quinto del lavoro, Titolo II del Lavoro nell'impresa, Capo II delle imprese commerciali e delle altre imprese soggette a registrazione, Sezione III Disposizioni particolari per le imprese commerciali, § 2 delle scritture Contabili), articolo 2215 bis-Documentazione Informatica;
- **DPR 28 dicembre 2000, n. 445** *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*. TUDA. (G. U. n. 42 del 20.02.2001 S.O. n. 30);
- Determinazione AGID n. 371/2001 "Modifiche testo Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, allegato 5 - Metadati, allegato 6 -Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati ed estensione dei termini di entrata in vigore".
- **D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196** e smi recante il *Codice in materia di protezione dei dati personali.* (G. U. n. 174 del 29.07.2003 S.O. n. 123);
- **D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82** *Codice dell'amministrazione digitale.* CAD. (G.U. n. 112 del 16.05.2005 S.O. n. 93);
- **DPCM 22 febbraio 2013** Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71. (G.U. Serie Generale n. 117 del 21.5.2013);
- **DPCM 21 marzo 2013** Individuazione di particolari tipologie di documenti analogici originali unici per i quali, per esigenze pubblicistiche, permane l'obbligo della conservazione dell'originale cartaceo, oppure, in caso di conservazione sostitutiva, la loro conformità all'originale deve essere attestata da un notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato con dichiarazione firmata digitalmente e allegata al documento informatico, ai sensi dell'art. 22, comma 5, del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni. (G.U. Serie Generale n. 131 del 06.06.2013);
- **DPCM 3 dicembre 2013** Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40 -bis, 41, 47, 57 -bis e 71, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005. (G.U. Serie Generale n. 59 del 11.04.2014) Parzialmente abrogato con decorrenza Determinazione AgID n. 407/2020 1° gennaio 2022;
- **Circolare AgID n. 65/2014** del 10 aprile 2014, *Modalità per l'accreditamento e la vigilanza sui soggetti pubblici e privati che svolgono attività di conservazione dei documenti informatici*;
- **Determinazione AgID n. 97/2019** del 4 aprile 2019, *Linee Guida dell'indice dei domicili digitali delle pubbliche amministrazioni e dei gestori di pubblici servizi (IPA)*;
- **Determinazione AgID n. 121/2019** del 17 maggio 2019, Linee Guida contenenti le Regole Tecniche e Raccomandazioni afferenti la generazione di certificati elettronici qualificati, firme e sigilli elettronici qualificati e validazioni temporali elettroniche qualificate, successivamente rettificate con Determinazione AgID n. 147/2019 del 4 giugno 2019;



- Firme e Sigilli Elettronici, Analisi comparativa delle varie tipologie presenti nella normativa nazionale e comunitaria, AgID, dicembre 2019, reperibile al link:
 https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository files/tipologie di firme e sigilli el ettronici v1 dicembre 2019.pdf;
- **Determinazione AgID n. 437/2019 del 20 dicembre 2019,** Linee Guida sull'Accessibilità degli strumenti informatici;
- **Determinazione AGID n. 407/2020** (e aggiornamenti successivi) adozione delle "Linee guida per la formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici", ai sensi dell'articolo 71 del decreto legislativo n. 82/2005 con decorrenza dal 1 gennaio 2022.

I principali riferimenti normativi Europei di riferimento sono:

- Regolamento (UE) n. 1183/2024 eIDAS (electronic IDentification Authentication and Signature), dell'11 aprile 2024 che modifica il regolamento europeo n. 910/2014 per quanto riguarda l'istituzione del quadro relativo a un'identità digitale europea;
- Regolamento (UE) n. 910/2014 eIDAS (electronic IDentification Authentication and Signature), del 23 luglio 2014 in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE;
- Regolamento (UE) n. 679/2016, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 1995/46/CE (GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati);

Standard e specifiche tecniche

- **UNI ISO 15489-1** Informazione e documentazione Gestione dei documenti di archivio Principi generali sul record management.
- **UNI ISO 15489-2** -Informazione e documentazione Gestione dei documenti di archivio Linee Guida sul record management.
- **ISO/TS 23081-1** Information and documentation Records management processes Metadata for records Part 1 Principles, Quadro di riferimento per lo sviluppo di un sistema di metadati per la gestione documentale.
- ISO/TS 23081-2 Information and documentation Records management processes Metadata for records Part 2 Conceptual and implementation issues, Guida pratica per
 l'implementazione.
- **ISO 16175-1** (ICA) Information and documentation -- Principles and functional requirements for records in electronic office environments -- Part 1: Overview and statement of principles.
- **ISO 16175-2** (ICA) Information and documentation -- Principles and functional requirements for records in electronic office environments -- Part 2: Guidelines and functional requirements for digital records management systems.
- **ISO 16175-3** (ICA) Information and documentation -- Principles and functional requirements for records in electronic office environments -- Part 3: Guidelines and functional requirements for records in business system.
- **ISO 15836** Information and documentation The Dublin Core metadata element set, Sistema di metadata del Dublin Core.

Sistema Socio Sanitario



- ISO 9001 Sistemi di gestione per la qualità Requisiti.
- **ISO 30300:2011** Information and documentation Management systems for records Fundamentals and vocabulary;
- ISO 30301:2011 Information and documentation Management systems for records -Requirements.
- **ISO 30302:2015** Information and documentation Management systems for records Guidelines for implementation.
- ISO/TR 23081-3 Information and documentation Managing metadata for records Part
 3: Self-assessment method
- MoReq 2001 Model requirements for the management of electronic records.
- **MoReq 2** Specification 2008 Model requirements for the management of electronic records che individua i requisiti funzionali della gestione documentale.
- MoReq 2010 Modular requirements for records systems.



Manuale di gestione documentale - Allegato 3

Formato dei documenti informatici

I documenti dell'AOO sono prodotti in formati portabili, statici, non modificabili, privi di macroistruzioni e codici eseguibili, prediligendo, dove possibile, formati aperti, non proprietari quali: PDF/A, XLM e TIFF. I documenti informatici redatti dall'AOO con prodotti di text editor sono convertiti, prima della loro sottoscrizione con firma digitale, nei formati standard PDF/A, XML e TIFF. al fine di garantire la leggibilità per altri sistemi, la non alterabilità durante le fasi di accesso e conservazione e l'autenticità nel tempo del contenuto e della struttura del documento.

In un'ottica di interoperabilità e sicurezza nell'ambito della conservazione a lungo termine l'ASST individua, dall'allegato 2 delle *Linee Guida*, un elenco di formati di file a cui fare riferimento:

- ✓ **TESTI:** PDF, DOC, DOCX, ODT, RTF;
- ✓ **IPERTESTI:** XML, XSL;
- ✓ FOGLI DI CALCOLO: XLSX, XLS, ODS;
- ✓ DATI STRUTTURATI: JSON, CSV;
- ✓ PRESENTAZIONI MULTIMEDIALI: PPTX, PPT, ODP;
- ✓ POSTA ELETTRONICA: EML, XML;
- ✓ IMMAGINI RASTER: JPEG, TIFF;
- ✓ SUONO: MP3
- ✓ ARCHIVI COMPRESSI: ZIP, 7-Zip(.7z);
- ✓ **DOCUMENTI AMMINISTRATIVI**: xml-FatturaPA, xml (Segnatura di Protocollo);
- ✓ APPLICAZIONI CRITTOGRAFICHE E MARCHE TEMPORALI: XADES (.xlm), CADES (.p7m), PADES (.pdf), .m7m;

Ogni altro formato potrebbe non essere leggibile dagli applicativi aziendali e potrebbe generare errori di conservazione al momento del versamento presso la piattaforma della conservazione digitale.

Quanto individuato potrà essere periodicamente oggetto di aggiornamento sulla base dell'evoluzione tecnologica e dell'obsolescenza degli strumenti software disponibili oltre che degli standard internazionali in essere (formali o *de facto*). Il Sistema di gestione documentale della ASST potrà accettare altri formati, previa valutazione di interoperabilità, come previsto dall'allegato 2 delle *Linee Guida* "Formati di file e riversamento", e previo accordo con il Servizio di conservazione digitale.

Le procedure per la valutazione periodica di interoperabilità dei formati sono demandate e condivise con i gestori esterni incaricati della conservazione documentale.



Manuale di gestione documentale - Allegato 4

ELENCO DEI DOCUMENTI DA NON PROTOCOLLARE

- Gazzette ufficiali, bollettini ufficiali regionali, notiziari della Pubblica Amministrazione;
- Note di ricezione di circolari e altre disposizioni;
- Materiali statistici;
- Atti preparatori interni e corrispondenza priva di contenuto di rilevanza giuridica e amministrativa;
- Giornali e riviste, libri, opuscoli;
- Inviti a manifestazioni;
- Pubblicità generica, pubblicità conoscitiva di convegni;
- Vaglia postali, Assegni, Bonifici, Bollettini postali di pagamento;
- Convocazioni ad incontri o riunioni e corsi di formazione interni (salvo che si svolgano in sede regionale);
- Calendarizzazione di appuntamenti
- Tutti i documenti già soggetti a registrazione in altri software gestionali (Galileo; Sigma)
- La documentazione disponibile su software istituzionali (Regionali/Nazionali);

	ASST Rhodense	Procedura per il Giro Dire	posta dei	
ſ	Direzione Amministrativa Aziendale		SC At	ffari Generali e Legali

PROCEDURA PER IL GIRO POSTA DEI DIRETTORI

- 0 Indice
- 1. Scopo
- 2 Descrizione attività
- 2.1 Errata assegnazione del Responsabile del Procedimento
- 2.2 Documenti non di competenza dell'ASST

Preparato	Verificato	Approvato
Alessia Petruzzi Maria Piatto	Dott. Angelo Carnelli	Dott. Angelo Carnelli
data: 26.06.2025	data:26.06.2025	data:26.06.2025

ASST Rhodense	Procedura per il Giro Dire	posta dei	
Direzione Amministrativa Aziendale		SC At	fari Generali e Legali

1. Scopo

La presente procedura ha lo scopo di regolamentare il flusso del cosiddetto "Giro Posta Direttori", relativo alla registrazione, tramite il sistema di protocollazione aziendale della documentazione che deve essere posta all'attenzione della Direzione Strategica.

2. Descrizione delle attività

Si descrive di seguito il nuovo flusso del "Giro Posta Direttori":

- 1) All'arrivo di un documento presso l'Ufficio Protocollo generale, sia cartaceo che digitale, i relativi operatori provvedono alla normale registrazione, tramite il sistema di protocollazione aziendale, compilando tutti i campi richiesti dal sistema, ed inserendo in quello relativo al Responsabile del Procedimento l'U.O. "0 Giro Posta Affari Generali e Legali" (creata fittiziamente per inserire nell'applicativo i documenti facenti parte del "Giro Posta Direttori").
- 2) Tali documenti sono quindi visibili oltre che dai destinatari del documento dalla Direzione Strategica (Direttori e Segreterie Operative) che riceveranno una notifica nella sezione "Posta in arrivo" dell'applicativo.
- 3) La U.O. "0 Giro Posta Affari Generali e Legali" individua il Responsabile del Procedimento, e gli eventuali altri destinatari per conoscenza, e li inserisce negli indici della scheda del protocollo, segnalando eventualmente nella sezione "Annotazioni" i nominativi dei destinatari a cui è necessario inviare il documento tramite la funzionalità di "Invio estesa esterna" e/o "Invio PEC"
- 4) La U.O. "0 Giro Posta Affari Generali e Legali" inoltra all'Ufficio "0 Giro Posta Protocollo" il documento tramite il tasto "Condividi".
- 5) Gli operatori dell'ufficio Protocollo generale, sulla base di quanto indicato, provvedono alla condivisione del documento alla SC competente ed alle eventuali SC in conoscenza, nonché all'invio ai destinatari eventualmente presenti nel campo "Annotazioni".
- 6) In caso di documentazione analogica, terminata l'assegnazione, gli originali verranno trasmessi alla SC competente.

2.1 Errata assegnazione del Responsabile del Procedimento

In caso di errata assegnazione del Responsabile del Procedimento, il Dirigente (o la SC) erroneamente incaricato rifiuta il documento nel sistema documentale, condividendolo con l'ufficio '0 protocolli non di competenza' e comunicando l'errore di attribuzione nel campo "Annotazioni", indicando la motivazione del rifiuto e, se conosciuta, l'indicazione del corretto Responsabile del procedimento.

ASST Rhodense	Procedura per il Giro Dire	posta dei	
Direzione Amministrativa Aziendale		SC A	ffari Generali e Legali

Gli operatori dell'ufficio Protocollo generale inoltrano successivamente il documento all'ufficio "0 Giro Posta Affari Generali e Legali" in attesa di una nuova assegnazione.

2.2 Documenti non di competenza dell'ASST

Nel caso in cui l'ufficio Protocollo generale registri e trasmetta un documento all'ufficio "0 Giro Posta Affari Generali e Legali" non di competenza dell'ASST Rhodense, quest'ultimo deve indicare nel campo "Annotazioni" la non competenza del documento e condividerlo all'ufficio "0 Protocolli non di competenza".

L'ufficio Protocollo generale provvederà infine ad inoltrare il documento al mittente.

2.3 Elenco atti da includere nel Giro Posta Direttori

Di seguito l'elenco degli atti da includere nel "Giro posta Direttori":

- documentazione provenienti da Regione Lombardia o altri assimilabili;
- documentazione provenienti da Polis Lombardia e AREU;
- tutta la documentazione proveniente da studi legali e/o avvocati.
- reclami:
- atti giudiziari e in generale tutta la documentazione proveniente dai Tribunali;
- comunicazioni provenienti da ATS;
- documentazione proveniente dalla Agenzia delle Entrate;
- documentazione proveniente dai sindacati;
- documenti provenienti dall'Arcidiocesi;
- documentazione proveniente da altri enti pubblici es. (polizie locali, vigili del fuoco, comuni, polizie di stato, ministeri, carabinieri, ecc.).

In caso di difficoltà di individuazione del corretto Responsabile del procedimento, l'Ufficio Protocollo potrà contattare la SC Affari Generali e Legali per opportuno parere sull'assegnazione del Responsabile del procedimento.

Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia



Revisione 04

Nel presente Titolario e Massimario di scarto in revisione 04 le modifiche inserite, rispetto alla versione precedente, sono riportate in carattere corsivo.

Titolario di classificazione

Revisione 04

TITOLARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04

Titolo 1 - Area Amministrativa				
Classe	Sottoclasse	Descrizione		
1	.00	Amministrazione generale		
1	.01	Normativa e provvedimenti		
1	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi dell'ente, atti di organizzazione		
1	.03	Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit		
1	.04	Controlli interni ed esterni Sistema Qualità e Risk Management		
1	.06	Progetti di ricerca		
1	.07	Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti del malato		
1	.08	Politiche ed interventi per le pari opportunità		
2	.00	Organi e organismi		
2	.01	Legale Rappresentante		
2	.02	Organismi direttivi e scientifici		
2	.03	Organismi di controllo interno ed esterno		
2	.04	Collegi, Comitati e Commissioni		
3	.00	Attività giuridico-legale		
3	.01	Pareri, informative giuridiche e attività tecnico-legali		
3	.02	Contenzioso legale		
3	.03	Procedure concorsuali ed esecutive		
3 4	.04	Assicurazioni e gestione sinistri Risorse umane		
4	.00	Dotazione organica e gestione del personale		
4	.02	Concorsi e selezioni		
4	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazioni		
4	.04	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa		
4	.05	Organizzazioni sindacali e contrattazione		
4	.06	Retribuzione e compensi		
4	.07	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi		
4	.08	Inabilità al lavoro, invalidità, infermità, indennizzo		
4	.09	Presenze e assenze		
4	.10	Quiescenza e relativo trattamento		
4	.11	Servizi a richiesta individuale		
4	.12	Valutazione del personale		
4	.13	Formazione e aggiornamento del personale		
4	.14	Deontologia professionale ed etica del lavoro Personale non strutturato o convenzionato		
5	.00	Risorse finanziarie e gestione contabile		
5	.01	Attività finanziaria e contabile		
5	.02	Bilancio e rendicontazione		
5	.03	Gestione entrate-uscite		
5	.04	Gestione fiscale e imposte		
6	.00	Gestione e organizzazione del patrimonio		
6	.01	Progettazione e costruzione di beni immobili con relativi impianti		
6	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi		
6	.03	Acquisizione e gestione beni mobili / generi di consumo e di servizi		
6	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso		
6	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale		
6	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro		
6 7	.07	Gestione dei rifiuti Sistemi Informativi e comunicazione		
7	.00	Sistema documentale		
7	.01	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza		
7	.03	Tutela della riservatezza		
7	.04	Biblioteche e centri di documentazione		
7	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza		
7	.06	Statistiche e reporting		

TITOLARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04

	Titolo 2 - Area Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale			
Classe	Sottoclasse	Descrizione		
1	.00	Organizzazione territoriale		
1	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale		
1	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali		
1 2	.03	Coordinamento e gestione personale infermieristico, tecnico-assistenziale, di prevenzione Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro		
2	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
2	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali		
2	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro		
2	.04	Sicurezza e impiantistica		
3	.00	Prevenzione medico - sanitaria		
3	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali Educazione sanitaria		
3	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie		
3	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative		
3	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica		
3	.06	Tutela salute attività sportive		
3	.07	Igiene degli alimenti		
3	.08	Igiene della nutrizione		
4	.00	Laboratorio di prevenzione Prevenzione veterinaria		
4	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
4	.02	Sanità animale		
4	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale		
4	.04	Igiene alimenti di origine animale		
4	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche		
4 5	.06	Randagismo e tutela animali da affezione Assistenza sanitaria		
5	.00	Assistenza sanitaria Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
5	.02	Emergenza sanitaria territoriale		
5	.03	Assistenza sanitaria di base		
5	.04	Assistenza protesica e integrativa		
5	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile		
6	.00	Assistenza socio-sanitaria integrata		
6	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali Dipendenze		
6	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva		
6	.04	Assistenza domiciliare		
6	.05	Disabilità		
6	.06	Fragilità		
7	.00	Governo sanitario e sociosanitario		
7	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali Osservatorio epidemiologico		
7	.03	Flussi informativi sanitari e sociosanitari		
7	.04	Accreditamento e controllo strutture sanitarie		
7	.05	Autorizzazione e controllo strutture sociosanitarie		
7	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie		
7	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie		
8	. 00 .01	Medicina legale Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
8	.02	Aspetti generali, organizzativi e gestionali Attività medico-legale e necroscopica		
8	.03	Invalidità civile, sordomutismo e menomazioni visive		
8	.04	Istanze di indennizzo		
9	.00	Assistenza e governo farmaceutica		
9	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
9	.02	Controllo spesa farmaceutica Controllo farmacie, parafarmacie e distributori		
9	.04	Autorizzazione e governo farmacie		
9	.05	Farmacovigilanza		
9	.06	Assistenza farmaceutica diretta		
9	.07	Sperimentazione farmaci e dispositivi		
9	.08	Gestione stupefacenti		

TITOLARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04

	Titolo 3 - Area Ospedaliera			
Classe	Sottoclasse	Descrizione		
1	00	Direzione ospedaliera		
1	. 00 .01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
1	.02	Rapporti con l'autorità giudiziaria		
1	.02	Igiene ospedaliera		
1	.03	Radioprotezione		
2	.00	Pronto soccorso		
2	.01	Gestione organizzativa P.S.		
2	.02	Attività emergenza-urgenza		
3	.00	Assistenza ospedaliera		
3	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
3	.02	Ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)		
3	.03	Day service		
3	.04	Assistenza al parto		
3	.05	Assistenza domiciliare		
3	.06	Medicina penitenziaria		
3	.07	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile		
4	.00	Assistenza ambulatoriale		
4	.01	Prestazioni ambulatoriali		
5	.00	Riabilitazione		
6	.00	Attività immuno-trasfusionale		
6	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
6	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti		
7	.00	Attività di trapianto d'organi e tessuti		
7	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali		
7	.02	Donazione e prelievo		
8	.00	Farmaceutica ospedaliera		
8	.01	Farmaceutica		
8	.02	Stupefacenti		
9	.00	Medicina legale ospedaliera		
9	.01	Medicina necroscopica		
9	.02	Indennizzo danni		
9	.03	Consulenze medico-legali		
10	.00	Medicina del lavoro		
10	.01	Cartella sanitaria e di rischio del lavoratore		
10	.02	Malattia professionale e infortunio sul lavoro		
11	.00	Sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi		

Massimario di scarto

Revisione 04

	TITOLO 1 - Area Amministrativa				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Normativa e provvedimenti	Normativa e relativa attuazione di carattere generale riferita ad atti esterni (normativa statale, regionale, pareri, circolari, direttive, delibere di altri Enti)	5 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Registro Deliberazioni / Determinazioni	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Deliberazioni (raccolta)
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Atti e provvedimenti emessi dall'Ente <i>originali</i> (Deliberazioni, Determinazioni, corrispondenza di natura istituzionale , ecc.)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Circolari interne esplicative e direttive / Ordinanze
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Regolamenti aziendali e le relative fasi procedimentali (dalla proposta all'adozione del testo definitivo)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Circolari interne esplicative e direttive / Ordinanze
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Documento di Programmazione	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Piani Aziendali (Piano dei Controlli, Piano Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo ecc.)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Disposizioni e comunicazioni a carattere transitorio (convocazioni, inviti, corrispondenza varia, ecc.)	5 anni	
rale	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	RAR, Progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	15 anni	
Gene	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Sperimentazioni gestionali	ILLIMITATO	
ione	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Deleghe (di funzioni, attività, di firma) e Funzioni delegate da altri enti (Stato, Regioni, Comuni)	15 anni	
nistraz	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POAS, POFA)	ILLIMITATO	
. Amministrazione Generale	.03	Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit	Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento d'ufficio PA certificanti)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali
←	.04	Controlli interni ed esterni	Documenti relativi ai controlli interni (es. controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, auditing, controllo di regolarità formale e contabile, ecc.)	10 anni; ILLIMITATO se allegate a delibere o a documenti di programmazione	
	.04	Controlli interni ed esterni	Documenti relativi ai controlli esterni (es. ispezioni e controlli effettuati da soggetti come la Corte dei Conti, Ministero della Salute, ecc.)	ILLIMITATO	
	.05	Sistema Qualità e Risk Management	Documenti relativi al sistema di gestione per la qualità (Verbali audit ISO, procedure aziendali, certificati ISO, riesame direzione, <i>questionari</i> customer satisfaction, piani qualità, ecc.)	10 anni	
	.05	Sistema Qualità e Risk Management	Scheda di incident reporting, raccolta e analisi dei rischi clinici, incident reporting, analisi statistica di principali sinistri, piano annuale di risk management	ILLIMITATO	
	.06	Progetti di Ricerca	Progetti di ricerca regionali, aziendali, altri progetti	5 anni	
	.07	Associazioni di volontariato e tutela dei diritti del malato	Rapporti con il mondo associativo, del no-profit, di tutela malati, ecc.	ILLIMITATO	
	.08	Politiche e interventi per le pari opportunità	Politiche sulle pari opportunità compresi convegni, congressi, questionari, ecc.	10 anni	

TITOLO 1 - Area Amministrativa					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Legale Rappresentate	Documenti relativi a Presidente, Direttore Generale o altra figura (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.01	Legale Rappresentate	Documenti relativi a Commissario ad acta (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Organismi direttivi e scientifici	Documenti relativi a Presidente e Consiglio di Amministrazione di Fondazione (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, convocazione, funzionamento, verbali sedute, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Organismi direttivi e scientifici	Documenti relativi a Direttore Amministrativo, Sanitario, Sociale (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Organismi direttivi e scientifici	Documenti relativi a Direttore Scientifico e componenti comitato (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Organismi di controllo interno ed esterno	Documenti relativi a organi / organismi di controllo interno (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Organismi di controllo interno ed esterno	Documenti relativi a Organismo di vigilanza del Codice etico comportamentale (nomina, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	ILLIMITATO	
anismi	.03	Organismi di controllo interno ed esterno	Documenti relativi a organismi di controllo esterni (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	ILLIMITATO	
Organi e Organismi	.03	Organismi di controllo interno ed esterno	Documenti relativi al Collegio Sindacale (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Collegio di Direzione (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
2	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Consiglio dei sanitari (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Collegi tecnici (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.). Compresa quella relativa alla direzione dei distretti.	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Comitato Unico di Garanzia (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Comitato Etico (nomina, compiti, rinnovo dei componenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Conferenza dei Sindaci ed esecutivo (composizione ed elezione, cessazione e sostituzione, funzionamento, verbali sedute, interpellanze e mozioni, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Schede votazioni ed elezioni di collegi, comitati e commissioni	10 anni	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Commissione farmaceutica aziendale (nomina, compiti, rinnovo dei componenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Collegi, Comitati e Commissioni	Documenti relativi a Componenti Ufficio di Pubblica Tutela (nomina, compiti, rinnovo dei componenti, ecc.)	ILLIMITATO	

	III OLO 1 - Area Amministrativa					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.01	Pareri, informative giuridiche e attività tecnico- legali	Pareri legali e relazioni tecniche, compresi quelli che la struttura predispone per altre strutture.	15 anni (se raccolta autonoma) se inserito in fascicolo per il tempo del procedimento		
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso civile	ILLIMITATO		
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso penale	ILLIMITATO		
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso amministrativo	ILLIMITATO		
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso giuslavoristico	ILLIMITATO		
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso stragiudiziale (arbitrato, mediazione, ecc.)	ILLIMITATO		
-Legale	.02	Contenzioso legale	Contenzioso sanzioni amministrative attive (es.: sanzioni erogate dall'ente verso terzi in materia di igiene, veterinaria, sicurezza sul lavoro, osservanza normativa antifumo; sanzioni a strutture sanitarie, ecc.) e passive. Compresi gli scritti difensivi.	10 anni		
Attività Giuridico-Legale	.02	Contenzioso legale	Procedimento per riscossione ticket sanitari	10 anni (a partire dalla conclusione del procedimento)		
tà G	.02	Contenzioso legale	Segnalazioni / Denunce / Querele all'Autorità Giudiziaria	ILLIMITATO		
Attivi	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	10 anni		
က်	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Azioni di rivalsa	15 anni (dal ricovero / infortunio) in caso di avvenuto pagamento. 30 anni (dal ricovero / infortunio) negli altri casi.	In quanto l'azione di recupero del credito si prescrive in 5 anni, mentre il termine massimo di prescrizione del reato è di 30 anni. Se a seguito di azione di rivalsa è stato attivato un "contenzioso legale" si osserverà il termine previsto per tale categoria documentale.	
	.04	Assicurazioni e gestione sinistri	Rapporto di brokeraggio assicurativo, RCT/O, gestione sinistri, polizze assicurative, richieste risarcimenti danni, tutela giudiziaria, furto incendi, infortuni, ecc.	ILLIMITATO		
	.04	Assicurazioni e gestione sinistri	Sinistri KasKo e RCA in assenza di contezioso	10 anni dall'avvenuta liquidazione		

TITOLO 1 - Area Amministrativa					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Dotazione organica e gestione del personale	Fabbisogni e Piante organiche del personale, Fluper, ecc. (si veda anche p. 7.05)	10 anni	
	.02	Concorsi e selezioni	Bandi, verbali di concorsi, selezioni, avvisi di mobilità, avvisi pubblici, graduatoria finale, ecc.	ILLIMITATO	
	.02	Concorsi e selezioni	Altri documenti inerenti la procedura concorsuale (domande di partecipazione, documenti non ritirati dagli interessati, prove d'esame ed annesso materiale documentario)	5 anni dopo la scadenza della graduatoria	
	.02	Concorsi e selezioni	Documentazione relativa alle procedure di valutazione comparativa per l'assunzione di personale sia a tempo determinato sia indeterminato.	10 anni (a partire dalla ratifica e salvo contenzioso in atto). I verbali conservazione ILLIMITATA.	
	.02	Concorsi e selezioni	Documentazione relativa all'elezione delle commissioni giudicatrici	10 anni (a partire dalla ratifica e salvo contenzioso in atto) ILLIMITATO i verbali	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Documenti relativi alla assunzione e prese in servizio dei dipendenti. Compresi i contratti, rinnovi, carteggio tra enti. Trattenimenti in servizio. Stato di servizio	ILLIMITATO	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Documentazione relativa al periodo di prova	ILLIMITATO (a conclusione, inserite nei fascicoli personali)	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Mobilità interna ed esterna (in entrata e in uscita)	ILLIMITATO	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Cessazione del rapporto per limiti di età, di servizio, volontarie	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
Risorse Umane	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Documentazione relativa alle mansioni tipiche di ciascun ruolo, contratti di incarico, autorizzazioni per incarichi esterni, comunicazioni relative alla variazione dei dati personali, opzione per il regime di impegno a tempo pieno o a tempo parziale, opzione per attività intra-muraria o extra-muraria, assegnazione alla sede di servizio, ordini di servizio, cambio del settore disciplinare, riconoscimento mansioni superiori, modifica rapporto di lavoro, progressioni economiche orizzontali (PEO) e progressioni economiche verticali (PEV). Attribuzione / revoca / rinnovo qualifica di UPG, trasferimenti interni, libera professione (autorizzazione e atti conseguenti), ecc.	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
4. R	.04	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa	Documentazione relativa ai comandi e ai distacchi e alla ripresa di servizio nella sede originaria, aspettativa, congedi e altri istituti	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.05	Organizzazioni sindacali e contrattazione	Documenti legati ai rapporti con le rappresentanze sindacali e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (verbali, <i>accordi</i>)	ILLIMITATO (5 anni documentazione preparatoria: lettere di invito, comunicazioni e altra documentazione di supporto)	
	.06	Retribuzioni e compensi	Atti e documenti in materia di inquadramento economico	ILLIMITATO	
_	.06	Retribuzioni e compensi	Documentazione contabile relativa a: comandi, trasferimenti, mobilità, elementi accessori (lavoro straordinario, reperibilità, plus orario, incentivazioni, proventi, indennità rischio rx, missioni, trasferte, assegni famigliari, intramoenia, libera professione, altre competenze variabili), gestione buoni pasto, ecc.	10 anni	Armonizzato con stessa documentazione prodotta da altri enti locali.
	.06	Retribuzioni e compensi	Certificazioni dei redditi dipendenti e personale atipico	20 anni	
	.06	Retribuzioni e compensi	Documenti relativi a prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi (a partire dall'estinzione del pagamento).	10 anni (dopo l'estinzione del debito)	
	.06	Retribuzioni e compensi	CUD	10 anni	
	.06	Retribuzioni e compensi	Tabulati mensili riepilogativi retribuzioni – variazioni stipendiali mensili (cedolini paga)	10 anni	
	.07	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi	Trattamenti fiscali e contributivi del personale (Versamenti mensili CPDEL, INADEL, CPS, INPS/INPDAP, indennizzo INAIL per infortunio, ecc.)	ILLIMITATO	
	.07	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi	Trattamento di fine rapporto/servizio (TFR, TFS)	ILLIMITATO (a conclusione, inserite nei fascicoli personali)	
	.07	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi	Pratiche assicurative per infortunio	5 anni	
	.08	Inabilità al lavoro, invalidità, infermità, indennizzo	Dichiarazioni di infermità ed equo indennizzo, comprende le pratiche di riconoscimento di infermità per cause di servizio e l'equo indennizzo.	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	

	TITOLO 1 - Area Amministrativa				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.09	Presenze e assenze	Documenti relativi a permessi orari, assenze, ritardi, congedi ordinari e straordinari, ferie, congedo, cartellini / tabulati di presenza, permessi brevi e sindacali, sciopero, ecc.	5 anni	
	.09	Presenze e assenze	Riepilogo mensile rilevazione orari personale – timbrature	10 anni	
	.09	Presenze e assenze	Documenti relativi a turni ed orari di servizio, visite fiscali ai dipendenti	10 anni	
	.09	Presenze e assenze	Certificati malattia personale	10 anni (da cessazione attività)	
	.10	Quiescenza e relativo trattamento	Atti e documenti in materia di trattamento di quiescenza e di previdenza del personale, pratiche pensionistiche, riscatto e ricongiunzione servizi/ruolo, ecc.	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.11	Servizi a richiesta individuale	Pratiche di concessione benefici economici (ad es. per cure mediche) e di gestione delle provvidenze per il personale (contributi per asili nido, per centri estivi per figli di dipendenti, per abbonamenti ai mezzi di trasporto pubblico, ecc.), nonché le richieste di rilascio della tessera di riconoscimento e di certificati di servizio, l'assistenza fiscale su richiesta del dipendente.	10 anni	
	.12	Valutazione del personale	Procedimenti disciplinari, verbali ed atti del dirigente competente / ufficio procedimenti disciplinari	ILLIMITATO	
	.12	Valutazione del personale	Valutazione del personale (scheda valutazione)	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.12	Valutazione del personale	Documentazione riferita alle segnalazioni e alle comunicazioni sull'inosservanza dei doveri d'ufficio.	ILLIMITATO (a conclusione, inserire nel fascicolo personale)	
Umane	.12	Valutazione del personale	Mobbing (denunce e segnalazioni)	ILLIMITATO (se nel fascicolo personale, 10 anni da cessazione attività altri esemplari)	
Risorse Umane	.12	Valutazione del personale	Note di encomio, le congratulazioni per il servizio svolto e riconoscimenti simili	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
4	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Documentazione relativa ad attività formative (interna, esterna, a distanza) rivolte al personale (richieste, autorizzazioni, documentazione presenze, ecc.)	5 anni	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Attestati di corsi di qualificazione e riqualificazione del personale	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Gestione crediti formativi professionali (ECM, ecc.)	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Piano annuale e triennale della formazione	10 anni	
	.14	Deontologia professionale ed etica del lavoro	Codici deontologici del personale, Codice Etico, codice di comportamento e iniziative connesse alla divulgazione, conoscenza e osservanza, iniziative di prevenzione in materia di anticorruzione.	ILLIMITATO	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Pratiche di affidamento di incarichi di lavoro autonomo (incarichi libero professionali, incarichi di natura occasionale, co.co.co) e altre forme di lavoro atipico (incarichi, contratti e relazioni, ecc.).	ILLIMITATO (da inserire nel fascicolo <i>personale</i>)	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Documenti relativi alla presa in servizio e alla cessazione di personale atipico (collaboratori, stagisti, specializzandi, frequentatori, dottorandi, tirocinanti, volontari, borsisti, ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	ILLIMITATO (da inserire nel fascicolo <i>personale</i>)	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Fascicolo rapporti convenzione (MMG, PdF, Sumai, ecc.)	ILLIMITATO	

			TITOLO 1 - Area Amministrativa		
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Attività finanziaria e contabile	Budget di cassa (rendiconto finanziario)	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Ordinativi / Distinte di incasso e di pagamento, documentazione relativa alla gestione della spese (impegno, liquidazione, ordinazione e pagamento) e altre registrazioni contabili di carattere transitorio (mandati / reversali, movimenti del tesoriere, ecc.)	10 anni dall'approvazione del bilancio (se esistono per gli anni corrispondenti i registri contabili)	Sarà possibile scartare dopo 2 anni eventua documentazione prodotta in copia
	.01	Attività finanziaria e contabile	Verbali e verifiche Cassa	ILLIMITATO	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Convenzioni, attivazione e cessazione con istituti di credito	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Servizi bancari telematici (internet banking)	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Estratti conto operazioni bancarie	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Registri contabili principali, anche sotto forma di banche dati (mastro, giornali di cassa, ecc.)	ILLIMITATO	
ie ie	.02	Bilancio e Rendicontazione	Bilanci e rendiconto della gestione con i relativi allegati	ILLIMITATO	
ntab	.02	Bilancio e Rendicontazione	Bilancio: carteggio interlocutorio interno, assegnazione budget, ecc.	10 anni	
Risorse finanziarie e gestione contabile	.02	Bilancio e Rendicontazione	Situazioni contabili periodiche (CET)	15 anni (se raccolta autonoma, se invece inserito in fascicolo per il tempo del procedimento)	
e ge	.02	Bilancio e Rendicontazione	Libro cespiti	ILLIMITATO	
arie	.03	Gestione entrate-uscite	Documentazione varie inerenti il flusso degli incassi (avvisi di riscossione)	10 anni	
se finanzi	.03	Gestione entrate-uscite	Cartelle pagamenti esattoriali	10 anni (se esistono per gli anni corrispondenti i registri contabili / libro giornale)	
5. Kisor	.03	Gestione entrate-uscite	Fatture emesse e fatture ricevute	10 anni (se esistono per gli anni corrispondenti i registri contabili / libro giornale)	
	.03	Gestione entrate-uscite	Solleciti di pagamento	10 anni	
	.03	Gestione entrate-uscite	Documentazione relativa ricognizione debiti/crediti gestione liquidatoria	ILLIMITATO	
	.03	Gestione entrate-uscite	Cessioni del credito	10 anni	
	.03	Gestione entrate-uscite	Rimborsi spese non dovute	10 anni	
	.04	Gestione fiscale e imposte	Documenti relativi a imposte e tasse dell'azienda quale sostituto di imposta IRES, ICI, IMU, IRPEF, bollo virtuale, IVA ecc.	10 anni	
	.04	Gestione fiscale e imposte	Registro IVA vendite, acquisti	ILLIMITATO	
	.04	Gestione fiscale e imposte	Certificazioni ritenute d'acconto	10 anni	
	.04	Gestione fiscale e imposte	Modello 770 (dichiarazione sostituti d'imposta)	10 anni	
	.04	Gestione fiscale e imposte	Modello Unico (redditi IRAP e IVA)	10 anni	

	TITOLO 1 - Area Amministrativa				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Progettazione e costruzione di beni immobili con relativi impianti	Documentazione relativa alla progettazione e realizzazione degli immobili dell'azienda e alla relativa impiantistica (progettazione, direzione lavori, collaudi, contratti, planimetrie, progetti di costruzione, ecc.). Comprese le procedure di gare d'appalto per la realizzazione di dette opere / impianti.	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione relativa ai procedimenti per l'acquisto di terreni, edifici, strutture e immobili di vario tipo, nonché la loro destinazione d'uso e l'ordinaria gestione patrimoniale. Compresi gli atti e documenti comprovanti la proprietà di immobili, la gestione di lasciti, nonché l'inventario beni immobili.	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di immobili, comodati, ecc.	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione che si riferisce alla alienazione, vendita, cessione o permuta di immobili, compresa l'eventuale indizione e gestione di asta pubblica	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
흕	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione relativa a costituzione e/o trasferimento di diritti reali sugli immobili (superfici, servitù)	ILLIMITATO	
patrimonio	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici	ILLIMITATO	
del	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Documentazione relativa all'acquisizione e fornitura di beni mobili, di materiali e attrezzature tecniche, scientifiche, e non, e per la fornitura di servizi, compresi contratti RCA auto (richieste partecipazione e gare, bandi gara, offerte, verbali seduta, atti indizione e aggiudicazione, contratti, ecc.)	10 anni dalla data di dismissione del bene	
Gestione e organizzazione	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	ILLIMITATO	La documentazione relativa a donazioni di beni mobili anche a carattere artistico deve essere classificata all'interno della voce donazione e conservata a tempo illimitato. Eventuali raccolte documentali spurie relative all'acquisizione/gestione di beni mobili di carattere artistico è da conservare a tempo illimitato.
ý	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Servizi di vigilanza, portineria, automezzi, ecc.	ILLIMITATO	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Inventario beni mobili: Libro cespiti ammortizzabili e trasferimenti interni beni inventariati.	ILLIMITATO (per Libro cespiti, altra documentazione 10 anni)	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Albo fornitori	20 anni	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di beni mobili e comodati	ILLIMITATO	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Documentazione che si riferisce alla alienazione, cessione o permuta di beni mobili, compresa eventuale indizione e gestione di asta pubblica. Fuori uso.	10 anni	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Utenze varie (telefono, acqua, gas, calore, illuminazione, ecc.;	10 anni	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Servizio ristorazione, mensa e ticket pasti (rapporti con fornitore)	10 anni	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Documentazione relativa all'attività dei magazzini (richieste a magazzino, documento di trasporto, ordini, inventario di magazzino, registri carico-scarico, ecc.)	5 anni (per richieste a magazzino; tutto il resto 10 anni)	
		I .	ı .		

	TITOLO 1 - Area Amministrativa				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documentazione relativa alle procedure di appalto per la ristrutturazione, manutenzione, restauro di immobili. Compresi progettazione e collaudi relativi a lavori effettuati su edifici.	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documenti relativi alle eventuali modifiche della destinazione d'uso, ecc.;	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documentazione relativa alle procedure di appalto per la ristrutturazione, manutenzione, restauro di impianti. Compresa certificazione di manutenzione di impianti.	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documenti che si riferiscono alla manutenzione e riparazione di tutti i beni mobili (arredi, fax PC, scanner, ecc.), compresi i collaudi relativi ad apparecchiature, contratti di manutenzione, esiti delle manutenzioni.	20 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
onio	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documenti che si riferiscono alla manutenzione e riparazione di apparecchiature elettromedicali, di laboratorio e biomediche	20 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
atrim	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Interventi abbattimento barriere architettoniche	20 anni	
del p	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documentazione inerente posizionamento e rimozione cartelli indicatori e segnaletica	10 anni	
ione	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documenti su piccoli interventi tecnici (falegnameria, idraulica, ecc.)	5 anni	
e organizzazione del patrimonio	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale	Contratti attivi (Concessioni, sponsorizzazioni, ecc.)	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
Gestione e or	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale	Ricerca (contratti di ricerca, contratti di sperimentazione clinica, ecc.)	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
6. Ges	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale	Brevetti (documentazione inerente il rilascio, la gestione, la titolarità, il deposito, la durata, gli atti di disposizione, ecc.)	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro	Documentazione relativa alla sicurezza dei luoghi di lavoro e degli impianti a essi afferenti (adempimenti, sicurezza apparecchiature elettriche, procedure 1° soccorso, gestione e valutazione del rischio, impianti antintrusione, nomina addetti prevenzione e protezione RSPP, formazione su sicurezza e squadre di emergenza).	20 anni (dalla cessazione dell'attività o modifica alla titolarità di esercizio e modifica dei locali)	
	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro	Documenti previsti dalla normativa in materia di sicurezza sul lavoro e prevenzione (ad es. i vari piani per la sicurezza dei luoghi di lavoro, la nomina dei responsabili per la sicurezza, ecc.), compresa la formazione specifica del personale dipendente.	20 anni (dalla cessazione dell'attività o modifica alla titolarità di esercizio e modifica dei locali)	
	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro	Sorveglianza sanitaria e sicurezza ambiente di lavoro: rapporti e verbali di sopralluogo	ILLIMITATO	
	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro	Visite mediche del personale e attestazioni di idoneità	ILLIMITATO	
	.07	Gestione dei rifiuti	Documenti che si riferiscono alla gestione e smaltimento dei rifiuti dell'ente, anche quelli speciali, tossici, nocivi e biologici. Rientra in questa classe anche la nomina degli addetti responsabili.	20 anni	

	TITOLO 1 - Area Amministrativa					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.01	Sistema documentale	Documentazione relativa alla gestione del servizio archivistico e strumenti di corredo. Compresi: manuale di gestione documenti, gestione del protocollo, gestione degli archivi (procedure di scarto, titolari , massimari, richieste di consultazione), ecc.	ILLIMITATO	Si conservano a tempo illimitato anche: registro di protocollo, repertorio dei fascicoli, registro albo on-line, registri: protocollo, fascicoli, albo on line, notifiche, ordinanze, decreti, deliberazioni, determinazioni, contratti e tutte le tipologie di registri e repertori previsti dalla legge o regolamenti. Nel caso di incertezza sulla loro conservazione si deve sempre esprimere la Soprintendenza archivistica.	
	.01	Sistema documentale	Albo on line e pubblicazioni su siti web aziendali relativamente alle leggi in materia di accesso e trasparenza nella pubblica amministrazione	2 anni per Albo on line; per altre tipologie di documentazione si deve fare riferimento alle leggi in materia e alle disposizione dei Garanti/Autorità		
	.01	Sistema documentale	Domande consultazione archivio	1 anno		
one	.01	Sistema documentale	Richieste di accesso ai documenti e conseguenti provvedimenti	1 anno per fini amministrativi ILLIMITATO (per motivi di studio o informazione archivistica)	Se la domanda di accesso produce diniego, e conseguente ricorso, la documentazione deve essere trasferita nell'eventuale fascicolo di contenzioso e conservata per il tempo dello stesso. Per la gestione delle domande di accesso agli atti si possono prevedere due modelli: centralizzato e decentralizzato. Centralizzato: tutta la documentazione è gestita in un unico fascicolo da un ufficio preposto. Decentralizzato: ogni domanda è gestita all'interno del fascicolo del procedimento dal relativo responsabile, si conserva per il tempo del fascicolo stesso.	
mativi e comunicazione	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	10 anni		
Comu	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Comunicazione con i media, rassegna stampa, conferenze stampa,	1 anno		
Ϊ	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Pubblicazioni aziendali, Piano di Comunicazione, guida ai servizi	ILLIMITATO		
	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Documenti relativi alla rappresentanza istituzionale (eventi, patrocini, manifestazioni, ecc.)	5 anni		
i Infe	.03	Tutela della riservatezza	Aggiornamenti elenchi incaricati privacy, nomina incaricati	10 anni		
7. Sistemi Infor	.03	Tutela della riservatezza	Informativa dell'Azienda e consenso al trattamento dati	Medesimo tempo di conservazione della documentazione relativa al prestazione/procedimento reso	Se il consenso (e l'informativa) è collegato a più documentazione deve essere conservato fino all'avvenuto scarto di tutti i documenti a cui afferisce.	
	.03	Tutela della riservatezza	Documentazione relativa ai Reclami per la tutela della Privacy. Compresa sia la domanda (reclamo presentato) sia la risposta fornita	10 anni		
	.04	Biblioteche e centri di documentazione	Documentazione relativa al servizio di biblioteca, acquisti, catalogazione, richieste di consultazione e prestito, ecc. Compresa la gestione del centro di documentazione.	5 anni		
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla gestione delle banche dati (es. sistema di gestione del personale, sistema finanziario-contabile, ecc.)	ILLIMITATO	Si intende la documentazione relativa alle fasi di progettazione e di gestione delle banche dati come sistema in quanto tale; da non confondere con i dati immessi che possono essere assoggettati a tempi diversi di conservazione.	
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla realizzazione e gestione delle reti interne ed esterne (comprese le cablature, gli impianti di rete, etc.), nonché la loro manutenzione e gli interventi per il loro corretto funzionamento.	10 anni		
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla sicurezza informatica	ILLIMITATO		
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla gestione dell'attività di informatizzazione e richieste di abilitazione e intervento	5 anni		
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla realizzazione e gestione del SISS (es. progettazione e architettura sistemi, integrazione, istallazione e configurazione sistemi, gestione carte, ecc.)	10 anni		
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione inerente i sistemi dedicati alle attività CUP/ Call Center Regionale anche per la libera professione	10 anni		
	.06	Statistiche e reporting	Statistiche e report istituzionali (es. flussi informativi ministeriali, regionali, ISTAT, ecc.) a fronte di richieste di enti esterni	ILLIMITATO		

9 di 9

rev04 del 2017

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Atti di indirizzo, coordinamento e programmazione attività dipartimentali e distrettuali Progetti (atti di approvazione) Rapporti con organi interni ed esterni	ILLIMITATO	
territoriale	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Monitoraggio attività dipartimentali e distrettuali	5 anni	Si tratta di documentazione di carattere ordinario/routinario (fogli di lavoro e verbali di carattere operativo). I documenti relativi alla gestione delle attività, al funzionamento ed all'organizzazione dei dipartimenti e dei distretti rientrano in Atti di indirizzo, coordinamento e programmazione attività dipartimentali e distrettuali (II.1.01)
azione	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Verbali incontri / riunioni interne di pianificazione e organizzazione	10 anni	
1. Organizzazione	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali	Documentazione istruttoria relativa a progetti	10 anni	Il progetto è conservato illimitatamente (II.1.01) (decreto di approvazione progetto, approvazione graduatoria ed erogazione contributi); mentre la documentazione istruttoria concerne: istanze/domande; valutazioni si può scartare a 10 aa. Come "gare appalto" (Vedi I.6.03).
	.03	Coordinamento e gestione personale infermieristico, tecnico-assistenziale, di prevenzione	Documenti inerenti attività del personale (turni di attività, assegnazioni, segnalazioni, compiti assegnati, obiettivi, ecc.). La documentazione relativa al rapporto di lavoro, alla valutazione del personale, ecc. dovrà essere classificata e conservata secondo quanto specificato nelle voci di classificazione del titolo 1.	5 anni	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione, ecc.)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione inerente attività formativa da parte dei soggetti accreditati da Regione Lombardia	10 anni	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Certificati idoneità lavorativa specifica alle mansioni rilasciati dallo PSAL	10 anni	
0	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Ricorso avverso giudizi idoneità / inidoneità specifica alla mansione rilasciati dal Medico Competente con relativa documentazione sanitaria sul lavoratore	ILLIMITATO	
lavor	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Certificato di idoneità lavorativa di minori (D.Lgs. 345/99)	10 anni	
ienti di	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Accertamenti sanitari e strumentali di idoneità/inidoneità al lavoro effettuati da medici competenti delle ditte	10 anni	
gli amb	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Inchieste sulle malattie professionali (richieste, relazione, sopralluogo, rapporto a procura, ecc.)	ILLIMITATO	
Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Cartella sanitaria e di rischio del lavoratore (accertamenti sanitari, referti, giudizio di idoneità al lavoro o cambio mansioni lavorative, accertamenti specialistici ulteriori, ecc.)	10 anni dalla cessazione del rapporto di lavoro. Salvo nei casi di: - esposizione ad agenti biologici: 10 anni dalla cessazione, ma fino a 40 anni dalla cessazione per infezioni latenti, recrudescenti, ecc.; - esposizione a radiazioni ionizzanti: 30 anni dalla cessazione; - esposizione ad agenti cancerogeni: 40 anni dalla cessazione.	D.lgs. 81/2008 art. 243 - art. 280 - Decreto Ministero della Salute 12 Luglio 2007, n.155: ar 3
2. P	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Certificato medico di malattia professionale (Mod. 5 SS INAIL)	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Denunce / Segnalazione malattia professionale da parte del medico (Mod. 92 bis INAIL)	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Segnalazione dell'ISPEL (Sistema sorveglianza epidemiologica Mal. Prof. SW nazionale)	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Scheda OCCAM (OCcupational CAncer Monitoring) ISPESL - INT	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita - Centro Operativo Lombardia (mesotelioma)	ILLIMITATO se in fascicolo personale. 30 anni da cessazione attività	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita - ReNaTuNS Registro Reg. Lombardia	ILLIMITATO se in fascicolo personale. 30 anni da cessazione attività	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Attività di vigilanza sanitaria sull'applicazione delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro negli ambienti di lavoro (segnalazioni, denunce, verbali di sopralluogo, verbale sanzionatorio, ecc.)	ILLIMITATO		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Certificazioni / pareri igienico-sanitari su progetti nuovi insediamenti produttivi di carattere industriale e artigianale (es. SCIA ambienti di lavoro)	30 anni	Insediamenti produttivi di tipo industriale / artigianale: 30 anni dalla certificazione / SCIA	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Certificazioni / pareri igienico-sanitari su progetti di altri insediamenti produttivi di carattere non industriale (es. SCIA ambienti di lavoro)	5 anni	Altri insediamenti di tipo commerciale: 5 anni dalla certificazione/SCIA (es. parrucchiere, estetista, tatuatori, ecc.)	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Trattamento rifiuti speciali non pericolosi / pareri (art. 208 d.lgs. 152/2006) e altra documentazione	ILLIMITATO		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Campionamenti ambientali per la determinazione quali-quantitativa fattori di rischio (rumore, microclima, polveri, agenti chimici, vibrazioni)	ILLIMITATO verbali; 10 anni altra documentazione		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Autorizzazione: lavoro in locali interrati /seminterrati. in deroga art. 65 D.lgs. 81/08	2 anni dalla data di cessazione di attività		
0	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Inchiesta infortuni (comprendente: denunce, relazione di sopralluogo, esecuzione di rilievi, verbale raccolta di sommarie informazioni testimoniali, verbale raccolta di dichiarazioni spontanee, certificato medico di infortunio lavorativo, invito a presentarsi, richiesta di documentazione, acquisizione di documentazione, scheda "Inchiesta infortuni", verbale di accertamento e contestazione illecito amministrativo, ecc.)	ILLIMITATO		
Vor	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Referti infortuni che non esitano in indagine	10 anni		
oienti di lavoro	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro infortuni	4 anni dall'ultima registrazione e, se non usato, dalla data in cui è stato vidimato	D.M. 12/9/58, art.2	
sicurezza negli ambienti	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Rapporto relativo all'infortunio sul lavoro alla Procura della Repubblica con allegato l'inchiesta	ILLIMITATO		
za neć	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Fascicolo prevenzione infortuni	ILLIMITATO		
curez	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Bonifica amianto (segnalazioni dei casi esposti, certificato esposizione, certificato PSAL per accesso benefici INAIL- INPS,	ILLIMITATO		
Prevenzione e si	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Bonifica amianto (notifica amianto in strutture o luoghi, piano di lavoro per la bonifica, verbale di controllo c/o siti con presenza amianto e/o ditte abilitate a smantellamento, verbale sanzionatorio, relazione annuale bonifica / smantellamento amianto delle ditte, ecc.).	ILLIMITATO		
ē	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro esposti ed ex esposti amianto	ILLIMITATO		
2. Prev	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro degli esposti ad agenti cancerogeni e registro degli esposti ad agenti biologici	ILLIMITATO		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro informatico "Progetto rilevazione amianto" / notifiche censimento amianto	ILLIMITATO		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Patentino per bonificatore amianto	ILLIMITATO		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni per detrazioni fiscali	10 anni		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni aziende classe di rischio primo soccorso (dm 388/2008)	10 anni		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni nomina RLS e RSPP	5 anni		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Rilascio patentini di abilitazione utilizzo gas tossici (compresi verbali esami) e relative revisioni	5 anni	RD n. 147/1927	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni relative alla notifica preliminare cantieri	5 anni		
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Verbali di ispezione e controlli cantieri	5 anni; 10 anni nel caso di contenzioso (sanzioni) dalla proposta di archiviazione		
	.04	Sicurezza e impiantistica	Documentazione relativa alle attività di vigilanza sulla sicurezza dei luoghi di lavoro delle macchine / impianti / attrezzature di lavoro	ILLIMITATO verbali; 10 anni dalla demolizioni degli impianti e/o delle attrezzature altra documentazione		
	.04	Sicurezza e impiantistica	Documentazione inerente presunte non conformità macchine / attrezzature marcatura CE	ILLIMITATO		

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione, ecc.)	ILLIMITATO		
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria / routinaria interna ed esterna attività di prevenzione medico-sanitaria	5 anni		
	.02	Educazione sanitaria	Progetti di promozione della salute	ILLIMITATO		
	.02	Educazione sanitaria	Documentazione istruttoria e corrispondenza relativa a progetti ed interventi di educazione alla salute.	10 anni		
	.02	Educazione sanitaria	Materiale informativo (compresi i questionari) per promozione ed educazione alla	1 anno		
	<u> </u>		salute	ILLIMITATO convenzioni, denunce e		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Documenti su attività di disinfezione/disinfestazione (denunce / segnalazioni, convenzione con enti, verbale di controllo, scheda intervento, ecc.)	verbali; 10 anni altra documentazione		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Notifiche e denunce malattie infettive (scheda notifica)	10 anni	DM 15/12/90 (Sistema informativo delle malatti infettive e diffusive) DM 29/7/98 (Modifiche relative alla TBC)	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro informativo malattie infettive (MAINF)	ILLIMITATO	DM 15/12/90 (Sistema informativo delle malatti infettive e diffusive) DM 29/7/98 (Modifiche relative alla TBC)	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica di malattia infettiva (esiti campionamento, relazione sanitaria, dati su epidemia, elenco contatti, profilassi prescritta, comunicazione a enti locali e/o H, ecc.)	10 anni da ultima registrazione	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986. In considerazione del termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno subito da un paziente che è di dieci anni, siffatta documentazione verrà conservata sino al compimento della prescrizione decennale	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica di malattia infettiva (referto visite, esami laboratorio e strumentali, ecc.)	10 anni da ultima registrazione		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Attuazione campagne vaccinali (calendarizzazione, inviti e registrazione vaccinazioni, ecc.)	ILLIMITATO i Registri e le schede vaccinali; 2 anni altra documentazione (compresi i fogli di lavoro)	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.200 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda anamnesi prevaccinale	ILLIMITATO		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Consenso informato alla vaccinazione	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986	
_	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro vaccinazioni	ILLIMITATO		
- sanitaria	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda vaccinale individuale cartacea o informatizzata con i dati vaccinazioni eseguite (data, nome commerciale, lotto, controllo di stato, data di scadenza del prodotto, ecc.)	Collegato all'esistenza in vita del soggetto cui si riferisce la scheda (fino a 5 anni dopo il decesso del vaccinato)		
Prevenzione medico -	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Convocazione vaccinazioni obbligatorie (previste dal Piano aziendale vaccinale)	ILLIMITATO il Registro; 2 anni altra documentazione		
one m	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda informativa sui danneggiati da vaccinazioni	ILLIMITATO	Circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992	
nzic	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Segnalazione reazioni avverse a vaccini	ILLIMITATO		
3. Preve	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Richiesta forniture vaccini (ordinativo)	2 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.200 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registrazione temperature frigoriferi per vaccini	1 anno	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.200	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registrazione interruzione catena freddo per vaccini	10 anni		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e	Vaccinazione in ambiente protetto (richieste, comunicazioni)	10 anni		
	.03	parassitarie Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda AIDASS di valutazione funzionale globale pazienti AIDS	ILLIMITATO	DGR 7/6471 del 2001	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e	Piano di assistenza personalizzato per HIV/AIDS extra-H	5 anni dall'ultima prestazione		
	.03	parassitarie Epidemiologia e profilassi malattie infettive e	Registro Regionale SOFIA (dati scheda extra-H)	ILLIMITATO	DGR 7/6471 del 2001	
	.03	parassitarie Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Anamnesi specifica per malattie a trasmissione sessuale	10 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.200 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Fascicolo ambulatoriale per malattie a trasmissione sessuale (MTS / HIV) (Scheda accoglienza / informativa, diario clinico, referti, visite, esami laboratorio e strumentali, consenso informato al trattamento, ecc.)	10 anni dalla chiusura del fascicolo		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda sorveglianza infezione da HIV	10 anni da ultima registrazione		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda notifica MTS	10 anni		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda consulenza linea informativa telefonica MTS / HIV (help line telefonica)	5 anni		
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Bollettini epidemiologici malattie infettive (report di epidemia)	5 anni dalla cessazione dell'allerta		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Gestione screening (campagne, esito screening, referti, ecc.)	10 anni		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Gestione screening (inviti e solleciti)	3 anni		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica	10 anni dalla chiusura del fascicolo		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registri anatomia patologica (copie)	5 anni		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registro mortalità e schede morte ISTAT	ILLIMITATO		
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registro tumori	ILLIMITATO		

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documenti relativi a pareri su progetti di edilizia privata e pubblica (compreso rilascio pareri)	10 anni	Procedimento relativo al parere e non alla gestione dell'intera pratica edilizia in capo ad altri enti (comune, provincia, ARPA, ecc.)	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Tombe di privati (richiesta, pareri igienico-sanitari)	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Urbanistica (valutazione igienico sanitaria, richiesta e pareri da enti)	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Pareri, Autorizzazioni e relativi controlli su realizzazione ed esercizio strutture sanitarie, socio-sanitarie pubbliche e private (es. Centri Procreazione Medicalmente Assistita - PMA, Strutture di ricovero e cura, Residenzialità psichiatrica)	ILLIMITATO (fino a cessazione di attività o modifiche di titolarità di esercizio – subingressi)		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Pareri per esercizio di attività commerciali, artigiane, alberghi e strutture extra alberghiere, sportive (piscine) e ludico-ricreative	ILLIMITATO (fino a cessazione di attività o modifiche di titolarità di esercizio – subingressi)		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Certificati di idoneità dei carri funebri	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Pareri di insalubrità / inabitabilità edifici ad uso pubblico e/o privato	10 anni se civili abitazioni, ILLIMITATO se insediamenti produttivi		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Certificati di idoneità igienico-sanitaria di edifici ad uso pubblico e privato	10 anni se civili abitazioni, ILLIMITATO se insediamenti produttivi		
- sanitaria	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Accertamento delle condizioni igienico-sanitarie e di sicurezza edifici/strutture ad uso pubblico e privato, comprese le strutture scolastiche e penitenziarie (verbali di ispezione/sopralluogo) ed eventuali prescrizioni	ILLIMITATO		
3. Prevenzione medico	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documentazione sulle radiazioni ionizzanti - RI (per usi industriale, di ricerca, sanitario). Comunicazione preventiva ex art. 22 e 24 D.lgs. 230/95, nulla osta di cat. B ex art 29, procedimenti ex art 30, revoca autorizzazione ex art. 146, vigilanza radiazioni ionizzanti, ecc. Compresa la documentazione relativa ai dosimetri personali.	ILLIMITATO se in fascicolo personale / ditta o impresa; altrimenti 30 anni da cessazione attività		
revenz	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documenti in tema ambientale, tossicologia, radioprotezione (denunce, esposti, accertamenti, verbali sopralluogo e sanzionatorio)	ILLIMITATO		
ы П	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documentazione inerente ritrovamento, messa in sicurezza e smaltimento materiale radioattivo	10 anni dalla data di chiusura del procedimento		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Analisi rischio siti contaminati	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Valutazione Impatto Ambientale (VIA) e Valutazione Ambientale Strategica (VAS)	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Parere per interventi di bonifica e ripristino ambientale	10 anni dall'avvenuta bonifica	D.Lgs. 152/2006 e s.m.i	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documenti sulle radiazioni non ionizzanti (NIR) (elettrosmog). Denunce, esposti, segnalazioni, vigilanza di emissioni elettromagnetiche non ionizzanti (NIR)	ILLIMITATO se in fascicolo personale / ditta o impresa; altrimenti 30 anni da cessazione attività		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Autorizzazione e installazione Risonanza Magnetiche (RM)	2 anni dalla data di comunicazione cessazione di utilizzo		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Movimentazione sorgenti radiogene, trasporto e commercio sostanze radioattive	ILLIMITATO se in fascicolo personale / ditta o impresa; altrimenti 30 anni da cessazione attività		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Registro carico - scarico rifiuti speciali, integrati con i formulari relativi al trasporto dei rifiuti	5 anni dalla data dell'ultima registrazione	D.Lgs. 22/97 art.12 e s.m.i. (art. 190 del D.Lgs 152/2006 come modificato dalla legge 125/2013)	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni / controlli acque di balneazione	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni / controlli gas tossici (e relativi pareri)	ILLIMITATO		
		+				

	INOLO 2 - Alea Salinana e Sociosalinata letinonale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni / controlli fitofarmaci	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Produzione e/o commercializzazione di prodotti cosmetici (notifica immissione in commercio o importazione, comunicazione cessazione ditte, elenco cosmetici commercializzati e importati)	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingresso)		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni/controlli su prodotti cosmetici (verbale di controllo, prescrizioni, comunicazione a NAS e Polizia Giudiziaria, ecc.)	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Valutazioni di effetti sulla salute di esposizione a fattori di rischio ambientale	ILLIMITATO se in fascicolo personale / ditta o impresa; altrimenti 30 anni da cessazione attività		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni/controlli su piscine (parere igienico-sanitario per apertura piscine, verbale sopralluogo, prelevamento campioni, analisi ed eventuali prescrizioni, ecc.)	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Verbale di controllo / sopralluogo per idoneità alloggiativa ed eventuali prescrizioni	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Segnalazione all'autorità giudiziaria dei rischi connessi per gli impianti termici nei casi di intossicazione da CO	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Segnalazione intossicazione CO diagnosticati da parte dei Dipartimenti emergenza H	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Parere igienico-sanitario per rilascio autorizzazioni (istanze, relazioni tecniche, planimetrie, atti istruttori copie atti autorizzativi, ecc.)	30 anni dalla cessazione attività		
taria	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Proposta ordinanza al Sindaco per inconvenienti igienico - sanitari (proposta, ordinanza, verifica ottemperanza, ecc.)	10 anni dalla conclusione del procedimento		
- sanitaria	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Autorizzazione al seppellimento di feti e parti anatomiche e relativa richiesta	10 anni		
3. Prevenzione medico	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Registro dei parti e Registro degli aborti	ILLIMITATO	L'adozione di questi due registri risale al R.D. 6 dicembre 1928 n. 3318 (Istituzione del Regolamento per l'esercizio ostetrico delle levatrici). La compilazione dei registri viene confermata dal R.D. 26 maggio 1940 n. 1364 (che abroga il R.D. n. 3318/28) e successivamente richiamata dal D.P.R. n. 163 del 7/3/1975 (che abroga il R.D. n. 1364/40). Con la Legge n. 42 del 26/02/1999 viene abrogato il DPR n.163/75 e di conseguenza i due registri. I registri sono a conservazione illimitata e il loro contenuto deve rimanere segreto.	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Copie di Elenchi deceduti (dai registri degli enti locali)	2 anni	Elenchi dei defunti per i quali è stato fissato il funerale il giorno dopo	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Passaporti mortuari da parte di enti locali e relativa richiesta	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Passaporti mortuari rilasciati e relativa richiesta	10 anni		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Pareri e relativa richiesta per scuole di formazione, strutture turistico ricreative, servizi alla persona	30 anni dalla cessazione attività		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni e controlli su scuole di formazione, strutture turistico ricreative, servizi alla persona (verbale di controllo / sopralluogo ed eventuali prescrizioni, denunce, esposti, ecc.)	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Verifica periodica condizioni igienico sanitarie casa di reclusione	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria (Dichiarazione Inizio Attività (DIA), comunicazione di inizio attività per privati, ecc.)	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Edilizia cimiteriale (aree di rispetto cimiteriale, pareri, osservazioni, regolamenti, ecc.)	ILLIMITATO		
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Pareri sanitari rilasciati agli Enti competenti in materia di scarichi, rifiuti, pozzi, ecc.	10 anni		

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
	.06	Tutela salute attività sportive	Fascicolo accreditamento Centri Medicina dello Sport (domanda accreditamento, verbale sopralluogo, delibera accreditamento, prescrizioni)	ILLIMITATO		
	.06	Tutela salute attività sportive	Documenti relativi alla verifica attività sportive (verbale di accertamento, prescrizioni, ecc.)	ILLIMITATO		
	.06	Tutela salute attività sportive	Certificato medico di idoneità e inidoneità sportiva agonistica e non	5 anni	D.M. Sanità 18 febbraio 1982 ("Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica")	
	.06	Tutela salute attività sportive	Documentazione relativa alle pratiche di ricorso alla Commissione Regionale d'Appello contro il giudizio di non idoneità sportiva	ILLIMITATO		
	.07	Igiene degli alimenti	Autorizzazioni di attività di deposito/vendita di prodotti fitosanitari;	5 anni dalla cessazione attività		
	.07	Igiene degli alimenti	Controllo e vigilanza sul deposito/vendita ed utilizzo di prodotti fitosanitari	ILLIMITATO		
	.07	Igiene degli alimenti	Autorizzazioni sanitarie per locali e attrezzature per produzione, confezionamento, vendita e somministrazione di alimenti e bevande (es. copia Segnalazione Certificata di Inizio Attività - S.C.I.A. / Dichiarazione di Inizio Attività Produttiva - D.I.A.P.	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali		
	.07	lgiene degli alimenti	Pareri preventivi e tecnici per la realizzazione, attivazione o modifica di imprese alimentari	30 anni dalla cessazione attività		
	.07	Igiene degli alimenti	Certificazioni sanitarie per commercializzazione, esportazione ed importazione di prodotti alimentari	10 anni		
	.07	Igiene degli alimenti	Consulenza e controllo micologico	5 anni		
	.07	Igiene degli alimenti	Controllo e vigilanza sulla produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e vendita di prodotti alimentari	ILLIMITATO		
	.07	Igiene degli alimenti	Campionatura alimenti e prodotti fitosanitari (verbale prelevamento campioni). Comprese richieste e certificato analisi. Verbali di controllo.	ILLIMITATO i verbali di controllo; 10 anni altra documentazione		
	.07	Igiene degli alimenti	Controllo sulle acque potabili destinate al consumo umano	ILLIMITATO i verbali di controllo; 10 anni altra documentazione (es. esiti)		
aria	.07	Igiene degli alimenti	Rilascio certificati di idoneità al consumo umano di acqua	5 anni		
o - sanitaria	.07	Igiene degli alimenti	Procedimenti di sequestro a seguito di riscontro di non conformità alle normative sugli alimenti, sulla vendita deposito prodotti fitosanitari, sulle acque potabili destinate al consumo umano	ILLIMITATO		
e medico	.07	Igiene degli alimenti	Interventi di polizia amministrativo/giudiziaria (es. vincoli, sequestri) nell'ambito dell'attività di controllo e vigilanza dei prodotti alimentari e prodotti fitosanitari	ILLIMITATO		
3. Prevenzione	.07	Igiene degli alimenti	Programmi di informazione-formazione abbinata all'igiene degli alimenti	10 anni; ILLIMITATO gli attestati; 1 anno attività informativa (compresi i questionari) con conservazione ILLIMITATA di un esemplare dépliant /manifesto / brochure	Si propone lo scarto di tutta l'attività istruttoria / interlocutoria relativa all'attività di formazione (cfr. I.4.13 conservazione di 5 per formazione personale dipendente e II.5.03 per MMG / PdF 10 anni). L' atto (decreto/determina) per iniziativa di formazione a conservazione ILLIMITATO Vengono conservati illimitatamente gli attestati di a brochure dell'iniziativa.	
	.07	Igiene degli alimenti	Registro informativo tossinfezioni e malattie trasmissione alimentare	ILLIMITATO		
	.07	lgiene degli alimenti	Ispezioni e controlli acque minerali e termali	ILLIMITATO		
	.08	Igiene della nutrizione	Rilevamenti dello stato nutrizionale, dei consumi e delle abitudini nutrizionali per gruppi di popolazione (es. Registro sorveglianza nutrizionale scuole)	10 anni		
	.08	Igiene della nutrizione	Predisposizione, verifica e controllo delle tabelle dietetiche della ristorazione collettiva (es. Menù, segnalazione su menù, ecc.)	10 anni		
	.08	Igiene della nutrizione	Interventi di prevenzione nutrizionale per diffusione conoscenze di stili alimentari corretti e protettici	10 anni; 1 anno attività informativa (compresi i questionari) con conservazione ILLIMITATA di un esemplare dépliant / manifesto / brochure	Si tratta di campagne informative. Se le iniziative vengono formalizzate vengono assunti decreti/determine a conservazione iillimitata. Viene conservata illimitatamente la brochure dell'iniziativa.	
	.08	Igiene della nutrizione	Formazione / motivazione ad un corretto stile alimentare per gruppi di popolazione (counselling nutrizionale)	10 anni	Si tratta di campagne informative. Se le iniziative vengono formalizzate vengono assunti decreti/determine a conservazione illimitata. Viene conservata illimitatamente la brochure dell'iniziativa.	
	.08	Igiene della nutrizione	Consulenze per il personale delle ristorazioni in tema nutrizionale	10 anni		
	.09	Laboratorio di prevenzione	Referti analisi campioni ufficiali (Rapporti di prova). Comprese le eventuali registrazioni (verbale prelievo, verbale di analisi, fogli di lavoro, stampate strumenti, risultati controlli di qualità, ecc.)	10 anni		
	.09	Laboratorio di prevenzione	Referti analisi campioni ed esami di laboratorio. Comprese le relative registrazioni (richiesta d'analisi, foglio di lavoro, liste analisi, schede pazienti per le indagini che prevedono risultati dei controlli di qualità, ecc.)	5 anni	nota regione Lombardia H1.2003.0001436	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE	
CLASSE	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO		
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di prevenzione veterinaria	5 anni		
	.02	Sanità animale	Rilascio pareri, autorizzazioni e nulla osta per attività / strutture oggetto di controllo e vigilanza Pareri per rilascio permessi di costruire insediamenti produttivi	10 anni		
	.02	Sanità animale	Rilascio attestazioni e certificazioni sanitarie previste da normative nazionali o regionali	10 anni		
	.02	Sanità animale	Interventi di profilassi delle malattie infettive degli animali	10 anni		
	.02	Sanità animale	Denunce malattie infettive e diffusive degli animali (zoonosi)	10 anni; ILLIMITATO i registri		
	.02	Sanità animale	Accertamenti diagnostici e campionamenti previsti da Piani Nazionali e/o Regionali su animali	10 anni		
	.02	Sanità animale	Controlli sanitari mirati a verificare l'eventuale presenza delle malattie degli animali (controlli diagnostici e di indagini sierologiche)	10 anni		
	.02	Sanità animale	Valutazione inconvenienti igienici connessi alla presenza di cani, gatti, piccioni, ecc.	10 anni		
	.02	Sanità animale	Ispezioni/controlli allevamenti e animali allevati	ILLIMITATO		
	.02	Sanità animale Sanità animale	Verbali di sopralluogo presso le strutture oggetto di vigilanza	ILLIMITATO		
	.02	Sanità animale	Indagini epidemiologiche a seguito di malattie infettive o casi sospetti	ILLIMITATO		
	.02	Salika aliillale		10 anni per pratiche indennizzo		
	.02	Sanità animale	Interventi di polizia amministrativo/giudiziaria (es. vincoli, sequestri, dissequestri, prescrizioni) nell'ambito dell'attività di vigilanza	ILLIMITATO per verbali; 10 anni altra documentazione		
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Rilascio certificazioni sanitarie / passaporti per la movimentazione	10 anni		
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Dichiarazione di provenienza e destinazione degli animali (mod. IV)	3 anni	Unico riferimento normativo in vigore D.Lgs. 200/2010 relativo ai suini.	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Controlli sanitari sugli animali introdotti da paesi comunitari ed extracomunitari	10 anni (salvo verbali di sequestro che ricadono nella voce precedente "Interventi polizia amm. / giudiziaria")		
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Segnalazioni da ufficio veterinario adempimenti comunitari arrivi animali vivi e alimenti/mangimi	3 anni	In analogia con il termine del mod. IV	
_	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Gestione anagrafe animale (certificazioni, vidimazioni registri, Banca Dati Regionale, ecc.)	20 anni		
Prevenzione veterinaria	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale		2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali		
one	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Consistenza di stalla	10 anni		
/enzi	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Comunicazioni inerenti apiari (registrazione nuovi apiari, comunicazioni per apiari attivi, autorizzazioni per nomadismo)	10 anni		
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Passaporti capi macellati e deceduti in stalla	5 anni	Circolare DG Salute n. 11 del 13.03.2013 (per equini)	
4	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio autorizzazioni alla produzione / vendita di carni e derivati	10 anni	oquiii)	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione, vendita e autotrasporto	dalla cessazione attività 10 anni		
			di carni e derivati Ispezioni / vigilanza / sopralluoghi stabilimenti produzione, lavorazione e deposito di	dalla cessazione attività ILLIMITATO		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	carni e derivati			
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Certificazioni sanitarie spedizioni di carni e derivati (importazione / esportazione)	10 anni		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari / idoneità / nulla osta per attività di macellazione animali negli stabilimenti e a domicilio	10 anni		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Documentazione relativa alle D.I.A. (Dichiarazioni Inizio Attività) / SCIA	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Atti relativi e/o conseguenti agli interventi di polizia amministrativa/giudiziaria (es. vincoli, sequestri, ecc.)	ILLIMITATO		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Documentazione inerente la gestione degli stati di allerta - Relazione finale	ILLIMITATO		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Segnalazioni stati di allerta e conseguenti controlli per il ritiro dei prodotti	10 anni		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Campionamento per indagini microbiologiche e chimiche per la ricerca di residui pericolosi (ormoni, farmaci)	10 anni		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio autorizzazioni alla produzione/vendita dei prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni dalla cessazione attività		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione/vendita/autotrasporto di prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni dalla cessazione attività		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Vigilanza, tramite ispezioni e sopralluoghi, sui stabilimenti produzione, lavorazione e deposito alimenti di origine animale (prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati)	ILLIMITATO		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio certificazioni sanitarie per le spedizioni dei prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Campionamenti per indagini microbiologiche e chimiche per la ricerca di residui pericolosi (ormoni, farmaci) sui prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni		
			I	40		
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Indagine per sospetta tossi infezione alimentare a seguito di consumo di alimenti di origine animale	10 anni da ultima registrazione		

TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Autorizzazioni e pareri igienico sanitari, nulla osta su allevamenti e le strutture zootecniche, automezzi e stabilimenti (es. mangimifici, produzione latte, acquicoltura, ambulatori, grossisti medicinali, farmacie)	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Vigilanza e ai conseguenti provvedimenti su allevamenti e le strutture zootecniche, sugli automezzi e sugli stabilimenti oggetto di controllo (es. mangimifici, produzione latte, acquicoltura, ambulatori, grossisti medicinali, farmacie)	ILLIMITATO	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Gestione rapporti e rendicontazione con Agenzia per le Erogazioni in Agricoltura - AGEA	ILLIMITATO	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Autorizzazioni al trasporto degli animali	5 anni (se dati inseriti nella banca dati regionale delle anagrafi zootecniche)	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Attività di farmaco-vigilanza veterinaria (autorizzazioni, ispezioni)	ILLIMITATO	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Autorizzazioni alla scorta farmaci veterinari	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali o 2 anni dalla rinuncia all'autorizzazione	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Rilascio autorizzazioni alla riproduzione e fecondazione animale	10 anni	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Ispezioni e controlli sullo smaltimento dei rifiuti di origine animale	ILLIMITATO	
Prevenzione veterinaria	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Attuazione dei piani nazionali e regionali di campionamento (PNR e PNAA)	ILLIMITATO in caso di non conformità campionamenti / rapporti di prova; 10 anni nei casi di conformità	
vete	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Campionamenti	10 anni	
ione	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Gestione degli stati di allerta nel settore della produzione zootecnica - Relazione finale	ILLIMITATO	
venz	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Segnalazioni stati di allerta e conseguenti controlli per il ritiro dei prodotti	10 anni	
4. Pre	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Documenti relativi a interventi di formazione degli addetti in tema di benessere animale (allevamenti e trasporti)	10 anni	
•	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Gestione farmaci veterinari (ricette)	5 anni	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Ispezioni / controlli sull'igiene delle produzioni animali da allevamento	ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Ispezioni e controlli sul benessere animale (visite ed esami)	ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Pratiche morsicature	10 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Notifica vaccinazione antirabbica	10 anni; Registro ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Ispezioni/controlli sull'igiene delle produzioni animali da affezioni	ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Gestione del canile sanitario (registro carico-scarico, atti di cessione, ecc.)	10 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Interventi sul territorio (richieste, programmazione, registrazione) / colonie feline	10 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Rilascio certificazioni sanitarie	10 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Ispezioni e sopralluoghi	ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Sterilizzazioni cani randagi e gatti appartenenti a colonie riconosciute	20 anni	Il termine di 20 anni è legato alla vita massir di un cane/gatto.
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Gestione dell'anagrafe canina - Registro	ILLIMITATO	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Atti di trasferimento cani e documentazione correlata (compresi tatuaggi)	15 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Schede / cartellini accalappiamento cani	15 anni	
	.06	Randagismo e tutela animali da affezione	Interventi contro il maltrattamento degli animali. Comprese segnalazioni e conseguenti provvedimenti	10 anni	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di assistenza sanitaria	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria / routinaria interna ed esterna attività di assistenza sanitaria: appuntamenti per accertamento di idoneità e altri tipi di documentazione del genere	1 anno	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione 118 compilata dalle équipe di soccorso dei MSB (Mezzi di Soccorso di Base, con soccorritori a bordo), dei MSI (Mezzi di Soccorso Intermedio, con infermiere a bordo) e dei MSA (Mezzi di Soccorso Avanzato, con medico e infermiere a bordo).	ILLIMITATO Conservazione da parte della Struttura ospedaliera di destinazione del paziente (in cartella clinica o quale parte integrante della documentazione di Pronto Soccorso)	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione generata dall'applicativo gestionale di COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza)/SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) e relativi allegati; registrazioni telefoniche intercorse tra la COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza)/SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) e altri soggetti (utenti, équipe dei mezzi di soccorso, Forze di Polizia, ospedali, ecc.).	ILLIMITATO	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione sanitaria utilizzata in occasione di maxi emergenze e di grandi eventi	30 anni	
Assistenza sanitaria	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Trasferimento dei pazienti a bordo di mezzi di soccorso attrezzati	ILLIMITATO Conservazione da parte della Struttura ospedaliera di destinazione del paziente (in cartella clinica o quale parte integrante della documentazione di Pronto Soccorso)	
Assisten	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa alla gestione dei Medici di Medicina Generale - MMG e dei Pediatri di Famiglia - PdF (associazionismo medico, orari apertura, ecc.)	5 anni	
5.7	.03	Assistenza sanitaria di base	Ricevute consegna ricettari	5 anni	Nota Regione Lombardia H1.2001.0033136 del 16/05//2001 Nota Regione Lombardia H1. 2005.0032866 del 05/07/2005 DM 17.03.2008 Le Matrici ricette compilate sono conservate a cura dei medici prescrittori per 5 anni
	.03	Assistenza sanitaria di base	Rendicontazione accessi Assistenza Domiciliare Integrata - ADI, Assistenza Domiciliare Programmata - ADP, Prestazioni di particolare Impegno Professionale - PIP, prestazioni erogate per adesione a progetti / iniziative e documentazione su competenze economiche dei Medici di medicina generale - MMG e Pediatri di Famiglia - PdF	5 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Cartelle e fascicoli relativi all'assistenza domiciliare	5 anni dal termine dell'assistenza	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Controllo / sopralluogo studi Medici di Medicina Generale - MMG e Pediatri di Famiglia - PdF ed eventuali prescrizioni	ILLIMITATO	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Controllo e valutazione assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale - MMG e dai Pediatri di Famiglia - PdF (es. vaccinazioni, ADI, ADP, screening, assistenza farmaceutica)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Formazione dei Medici di Medicina Generale - MMG e dei Pediatri di Famiglia - PdF	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione su scelta / revoca dei Medici di Medicina Generale - MMG e dei Pediatri di Famiglia - PdF (Iscrizione al SSR, domande autorizzazione, cambio, variazioni anagrafiche, ecc.)	5 anni. 1 anno se esiste l'anagrafe informatizzata degli assistiti 5 anni comunque per stranieri	

TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.03	Assistenza sanitaria di base	Ambiti carenti per la Medicina Generale, la Pediatria di Famiglia e di Continuità Assistenziale e relative coperture (richieste conferimento, assegnazione e accettazioni dei medici, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione per riconoscimento diritto all'esenzione (copia cartella clinica, verbale invalidità, certificati medici, archivio esenti, ecc.)	5 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Autocertificazioni per esenzioni da ticket sanitario	10 anni	In ragione della prescrizione decennale del diritto di credito al recupero ticket (art. 2946 c.c.)
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa alla gestione dei medici di Continuità Assistenziale (avvisi, graduatorie, incarichi, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa alla attività di Continuità Assistenziale (registro interventi, referti delle visite ecc.)	ILLIMITATO i Registri, 10 anni altra documentazione	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Controllo e valutazione assistenza erogata dai medici di Continuità Assistenziale	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa a Strutture per cure sub acute (consenso al trasferimento paziente, scheda sanitaria pazienti, documentazione trasferimento, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa alla presa in carico del paziente cronico e/o fragile (Piano di Assistenza Individuale - PAI, patto di cura, ecc.). Documentazione relativa al Cronic Related Group - CReG.	10 anni dall'ultima registrazione	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione prodotta per rimborsi assistenza indiretta in Italia (documentazione di spesa originale e quietanzata, copia cartelle cliniche, dichiarazione non convenzione con il SSN, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione prodotta per rimborsi cure all'estero (valutazione centri regionali di riferimento, fatture, copia cartelle cliniche, liquidazione, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa a stranieri (Dichiarazione indigenza, tessera sanitaria STP e registro codici STP, richiesta rimborso ricovero alla Prefettura, iscrizione volontaria SSR, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Modelli esteri comunitari	10 anni	
sanitaria	.03	Assistenza sanitaria di base	Assistenza all'estero (modelli esteri Paesi in convenzione bilaterale, AIRE, documentazione ex DPR 618/1980, ecc.)	10 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Rimborsi dializzati	10 anni	
stenza	.03	Assistenza sanitaria di base	Gestione funzionalità tessera sanitaria (richieste duplicati, richiesta PIN / GASS, ecc.)	1 anno	
5. Assister	.03	Assistenza sanitaria di base	Concessione forniture extra prontuario	5 anni dal decesso o dalla cessazione per fascicolo assistito 5 anni per verbali commissione ILLIMITATO per atto di concessione	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione relativa all'erogazione dei dispositivi medici, di protesi, ortesi, presidi, ausili e prodotti dietetici, presidi per diabetici (domanda, certificato attestante la patologia, prescrizione specialistica, Progetto riabilitativo individuale e/o piano terapeutico, copia verbale invalidità, ricevuta consegna, ecc.) e relativa autorizzazione.	1 anno dalla data del decesso o dal termine dell'erogazione	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione attestante la fornitura dei dispositivi medici, dei presidi e dei prodotti dietetici	5 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Rendiconto periodico da parte delle farmacie per forniture indirette prodotti dietetici	5 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Autorizzazione / Fornitura per pazienti ipossiemici	1 anno dalla data del decesso o dal termine dell'erogazione	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione inerente la valutazione e il controllo dell'assistenza integrativa erogata	10 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Report dati relativo agli utenti e ai prescrittori per la fornitura protesi, ortesi ed ausili, dispositivi medici, presidi e prodotti dietetici, presidi per diabetici	5 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione relativa a gestione magazzino protesi, ortesi ed ausili (atti preparatori alla gara d'appalto, ordini dei dispositivi di gara, bolle di consegna / ritiro ausili al domicilio dell'assistito)	5 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura semiresidenziale, Centro Diurno e Residenzialità Leggera. Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.	10 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura residenziale (diario clinico, visite psichiatriche, attività riabilitative, colloqui psicoterapeutici, ecc.). Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	ILLIMITATO	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Documentazione del sistema informatizzato regionale PSICHE	Secondo tipologia di regime di erogazione della prestazione (residenziale / semiresidenziale)	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione e pianificazione delle unità di offerta sociosanitarie (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di assistenza socio sanitaria integrata	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Progetti sociosanitari (atti di approvazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria relativa a progetti.	10 anni	
	.02	Dipendenze	Accertamento dipendenza su richiesta di aziende (elenco soggetti sottoposti ad accertamento, esito accertamenti, referti esami di laboratorio, documentazione varia, ecc.)	ILLIMITATO in cartella sanitaria. 1 anno altri esemplari	D.P.C.M. 10.2.84; DPR 14 gennaio 1997
	.02	Dipendenze	Cartella sanitaria SERT (Cartella SESIT con percorso di cura, dati clinici, esami laboratorio, visite, consensi, piani terapeutici, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Dipendenze	Adempimenti connessi agli inserimenti in comunità terapeutiche di alcolisti e tossicodipendenti (certificati tossicodipendenza, ecc.)	10 anni	
	.02	Dipendenze	Richieste di certificazione dello stato di tossicodipendenza	ILLIMITATO	
	.02	Dipendenze	Flussi informativi del SERT (Flussi regionali, Report di attività e per la remunerazione, ecc.)	10 anni. ILLIMITATO se allegate a delibere o a documenti di programmazione	Decr. Leg. 29/98 e successive modifiche ed integrazioni
	.02	Dipendenze	Comunicazione tra strutture per trasferimento di tossicodipendenti (pazienti "appoggiati")	10 anni	
ata	.02	Dipendenze	Procedimenti per utenti segnalati dagli uffici territoriali del governo (richieste di intervento / valutazione, convocazione, foglio firma presenze, relazioni, comunicazioni, decreti, ecc.)	ILLIMITATO	
sanitaria integrata	.02	Dipendenze	Segnalazioni dagli uffici territoriali del governo e altri enti/istituzioni senza seguito	10 anni	
aria i	.02	Dipendenze	Adempimenti inerenti alle misure alternative alla detenzione	ILLIMITATO	
sanita	.02	Dipendenze	Richieste di consulenza su dipendenza da parte dei reparti ospedalieri, MMG, familiari, ecc.	10 anni	
	.02	Dipendenze	Progetti su dipendenze (compresi gli atti di approvazione)	ILLIMITATO	
socio	.02	Dipendenze	Attività formativa su dipendenze	10 anni	
6. Assistenza	.02	Dipendenze	Attività informativa (compresi i questionari)	1 anno con conservazione ILLIMITATA per un esemplare dell'iniziativa/manifesto/brochure	Si tratta di campagne informative. Se le iniziative vengono formalizzate vengor assunti decreti/determine a conservazione illimitata. Viene conservata illimitatamente la brochure dell'iniziativa.
	.02	Dipendenze	Documentazione istruttoria e corrispondenza relativa ad interventi di prevenzione su dipendenze	10 anni	
	.02	Dipendenze	Cartella sanitaria Alcologia - NOA (Documentazione sanitaria, consulti psicologici, valutazioni sociali, comprendenti anche documentazione con dati riguardanti i familiari, consensi informati, informazioni inerenti i ricoveri, dati clinici, esami laboratorio, visite, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Fascicolo socio-sanitario utente del Consultorio Famigliare (Documentazione sanitaria, consulti psicologici, valutazioni sociali, comprendenti anche documentazione con dati riguardanti i familiari, consensi informati, informazioni inerenti i ricoveri, referti, valutazioni cliniche e psicologiche, schede, questionari, documenti contenenti dati sanitari, copia certificazione per IVG, ecc.)	20 anni	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Documentazione relativa a minori sottoposti all'autorità giudiziaria (Adozioni, affidi, abbandoni, maltrattamenti, abusi, interventi di sostegno, vicende giudiziarie, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Segnalazione donne vittima di violenza	20 anni	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Documentazione relativa a minori non riconosciuti	ILLIMITATO	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Richieste dell'autorità giudiziaria assistenza psicologica per audizioni protette minori	5 anni	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Segnalazione da ospedale per dimissioni protette post partum	1 anno	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Documentazione relativa a gruppi consultoriali (allattamento, pre parto, contraccezione, menopausa, ecc.): scheda iscrizione, consenso al trattamento dati, foglio presenza, ecc.	1 anno	

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.04	Assistenza domiciliare	Documentazione relativa all'erogazione di contributi economici a favore delle famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti	10 anni	
	.04	Assistenza domiciliare	Documentazione inerente l' erogazione di assistenza domiciliare (Assegnazione del credit o voucher socio-sanitario, autorizzazione, Piani individuali di assistenza, attivazione, cartella socio-sanitaria utenti , verbali di equipe valutazione multidimensionale, ecc.)	5 anni dal termine dell'assistenza	
	.04	Assistenza domiciliare	Controllo e valutazione assistenza domiciliare erogata (verbali di controllo ed eventuali prescrizioni, report dei controlli)	ILLIMITATO	
	.04	Assistenza domiciliare	Autorizzazione erogazione ADI per utenti extra regione	5 anni	
	.04	Assistenza domiciliare	Segnalazioni per ingresso cure palliative (hospice)	1 anno	
Ē	.04	Assistenza domiciliare	Segnalazioni di valutazione multidimensionale non attivate	1 anno	
integra	.05	Disabilità	Documenti prodotti nell'ambito di programmi e progetti anche di vita indipendente del disabile	10 anni	
sanitaria integrata	.05	Disabilità	Interventi personalizzati di valutazione delle capacità, analisi delle mansioni, orientamento e successivo inserimento in contesto lavorativo (compresi i certificati di svantaggio)	10 anni dall'ultima registrazione	
socio -	.05	Disabilità	Procedimento relativo all'inserimento di alunni disabili nel contesto scolastico (istanze, convocazioni accertamento collegiale, documentazione sanitaria, verbale di accertamento, certificazioni , ecc.)	10 anni dall'ultima registrazione	
nza	.05	Disabilità	Concessione di contributi economici alle famiglie	10 anni	
Assistenza	.05	Disabilità	Richiesta contributi per le spese ai sensi dell'art. 27 della legge 104 (richieste, valutazione, autorizzazione, documentazione sanitaria allegata)	10 anni	
9.7	.06	Fragilità	Documentazione in strutture residenziali o semiresidenziali sociosanitarie (Domande inserimento, autorizzazioni, schede ingresso e dimissioni, valutazione socio-sanitaria, piano di assistenza personalizzato, copie di documentazione sanitaria, ecc.)	10 anni	
	.06	Fragilità	Documentazione monitoraggio delle strutture residenziali e semiresidenziali	10 anni	
	.06	Fragilità	Flussi informativi (Scheda di Osservazione Intermedia Assistenza - SOSIA, Scheda Individuale Disabile - SIDi, Scheda Riabilitazione - RIA, ecc.	10 anni. ILLIMITATO se allegate a delibere o a documenti di programmazione	
	.06	Fragilità	Verbali di equipe per valutazione multidimensionale	5 anni dall'ultima registrazione	
	.06	Fragilità	Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario (FaSaS) (cartella utente)	10 anni dall'ultima registrazione	
	.06	Fragilità	Documentazione relativa all'amministrazione di sostegno, tutele e curatele	ILLIMITATO	

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione e pianificazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di governo sanitario e sociosanitario	5 anni	
	.02	Osservatorio epidemiologico	Indagini e statistiche demografiche ed epidemiologiche	10 anni ILLIMITATO se allegate a delibere o a documenti di programmazione	
	.03	Flussi informativi sanitari e sociosanitari	Flussi informativi Ministeriali, Regionali, altri enti	10 anni. ILLIMITATO se allegate a delibere o a documenti di programmazione	Decr. Leg. 29/98 e successive modifiche ed integrazioni
	.04	Accreditamento e controllo strutture sanitarie	Documentazione relative a istanze di accreditamento / autorizzazioni / ampliamento (requisiti, planimetrie, procedure dell'ente, delibere di accreditamento, dichiarazioni di conformità, elenchi personale, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Accreditamento e controllo strutture sanitarie	Documentazione relative a vigilanza / controllo accreditamento (segnalazioni, autocertificazioni, verbale di controllo e sanzionatorio, provvedimenti di sospensione / revoca, perizie asseverate, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Accreditamento e controllo strutture sanitarie	Autocertificazioni periodiche sulla dotazione organica	5 anni	
ario	.05	Autorizzazione e controllo strutture sociosanitarie	Documentazione relative a istanze di accreditamento / autorizzazioni / ampliamento (requisiti, planimetrie, procedure dell'ente, delibere di accreditamento, dichiarazioni di conformità, elenchi personale, ecc.).	ILLIMITATO	
sociosanitario	.05	Autorizzazione e controllo strutture sociosanitarie	Documentazione relative a vigilanza / controllo accreditamento (segnalazioni, autocertificazioni, verbale di controllo, provvedimenti di sospensione / revoca, perizie asseverate, ecc.)	ILLIMITATO	
sanitario e so	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Documentazione relativa alle attività dei controlli sulle prestazioni (moduli di registrazione, campionamento e programmazione, copie cartelle e documentazione sanitaria, comunicazioni, ecc.)	10 anni	
	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Documentazione relativa agli esiti dei controlli sui ricoveri (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	ILLIMITATO	
7. Governo	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Documentazione relativa agli esiti dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	ILLIMITATO	
	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Attività di autorizzazione, inserimento, proroga, trasferimento di pazienti psichiatrici in strutture residenziali e semiresidenziali (richieste, autorizzazioni, documentazione allegata)	10 anni	
	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Verbali di sopralluogo presso le strutture residenziali e semiresidenziali in ambito salute mentale	ILLIMITATO	
	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Contratti con strutture sanitarie	ILLIMITATO	
	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie	Documentazione relativa alle rendicontazione delle attività delle strutture sanitarie	10 anni	
	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie	Documentazione relativa alle attività dei controlli sulle prestazioni (moduli di registrazione, campionamento e programmazione, copie cartelle e documentazione sanitaria, comunicazioni, ecc.)	10 anni	
	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie	Documentazione relativa agli esiti dei controlli sui ricoveri (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	ILLIMITATO	
	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie	Documentazione relativa agli esiti dei controlli sulle prestazioni (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	ILLIMITATO	
	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie	Contratti con strutture ed enti gestori socio-sanitari	ILLIMITATO	
	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie	Documentazione relativa alle rendicontazione delle attività delle unità d'offerta sociosanitarie (RSA, RSD, Cure Domiciliari, ecc.)	10 anni	
			I .		

	IIIOLO 2 - Area Sanifaria e Sociosanifaria terriforiale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di medicina legale	5 anni	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Soggiorni climatici ex ONIG / invalidi di guerra e di servizio (richiesta autorizzazione, documentazione sanitaria, autorizzazione, richiesta rimborso e conseguente liquidazione)	10 anni dall'ultima autorizzazione	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Accertamenti sanitari su lavoratori visite fiscali (richieste e referti)	5 anni se non in fascicolo personale	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Documenti riguardanti visite collegiali di idoneità / inidoneità alla mansione lavorativa compresi atti (certificato medico, documentazione sanitaria, ecc.)	20 anni	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Accertamento medico e domanda in merito all'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza	5 anni	Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.151.
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Consulenza medico legale in tema di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio	20 anni	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Documentazione per accertamenti decessi (certificati necroscopici)	ILLIMITATO	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Documentazione per rilascio / rinnovo delle patenti di guida in caso di malattie o minorazioni anatomiche o funzionali rilasciate dalla Commissione Medica Locale (certificazione sanitaria, dichiarazione precedenti morbosi, certificato anamnestico, ecc.)	10 anni dalla visita	Armonizzazione con i tempi di conservazione di altri enti sanitari
ı legale	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Contabilità (atti di liquidazione componenti commissione medica e documentazione corredata)	10 anni	
8. Medicina legale	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Giudizio di idoneità patente di guida e nautica, pratiche per il rilascio e rinnovo (compreso originale ricevuta versamento diritti e certificato anamnestico)	1 anno	Decreto Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti n. 182 del 2 agosto 2016 (Note all'an 3 di cui all'art. 36 c.3 del decreto ministeriale 29 luglio 2008, n. 146)
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Documentazione per rilascio / rinnovo del porto d'armi, compresa la documentazione sanitaria acquisita dal paziente	5 anni	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Atti contenuti nel fascicolo relativo all'accertamento medico legale, compresa la documentazione inerente i rapporti e i flussi informativi con enti esterni	ILLIMITATO	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Richieste e referti di visita medico-legale	20 anni	
	.03	Invalidità civile, sordomutismo e menomazioni visive	Documentazione per riconoscimento o aggravamento stati invalidità civile, cecità e sordità, handicap e diritto al lavoro disabili (istanze di riconoscimento, certificato medico attestante la patologia invalidante, documentazione sanitaria, verbale di accertamento, verbale INPS, verbale handicap, ecc.).	ILLIMITATO	
	.03	Invalidità civile, sordomutismo e menomazioni visive	Documentazione per rilascio / rinnovo del contrassegno invalidi, compresa la documentazione acquisita dal paziente	5 anni	
	.04	Istanze di indennizzo	Documentazione relativa ai danneggiati da vaccinazioni obbligatorie: pratiche di indennizzo (copie conformi di: certificato vaccinale, cartella clinica, documentazione sanitaria comprovante l'entità delle lesioni, documentazione amministrativa, ecc.)	ILLIMITATO	art.3 L.210/1992 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della sanità del 4-11-1996 n. 900
	.04	Istanze di indennizzo	Documentazione relativa ai danneggiati da trasfusione o somministrazione di emoderivati: pratiche di indennizzo (copie conformi di: cartella clinica riportante la prova delle avvenute trasfusioni o somministrazioni emoderivati, documentazione sanitaria indicante positività o diagnosi di malattia, analisi ematochimiche, documentazione amministrativa, ecc.)	ILLIMITATO	art.3 L.210/1992 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della sanità del 4-11-1996 n. 900

	TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale				
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione, regolamentazione dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le farmacie).	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività assistenza e governo farmaceutica	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Gestione ricettari SSN (gestione ordini, rendicontazioni, consegna / registrazione ricettari MMG, PdF, MCA, RSA e strutture ospedaliere)	5 anni	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Monitoraggio / Report sul consumo / impiego di farmaci	5 anni	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Analisi sul consumo delle risorse per farmaci SSN da parte dei MMG, PdF, medici continuità assistenziale e specialisti ospedalieri	5 anni	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Analisi sul consumo delle risorse per farmaci di fascia H erogati in regime di file F	5 anni	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Verbale di controllo / sopralluogo file F	ILLIMITATO	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Analisi sulla corretta erogazione e pagamento di ricette di farmaci in regime di SSN	5 anni (in assenza di contenziosi)	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Contenzioso con Farmacie relativo a ricette contestate (verbale controllo, sanzionatorio, segnalazione autorità giudiziaria, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Documenti relativi a interventi da parte dei NAS di richiesta di informazioni sulle modalità di prescrizione dei farmaci	ILLIMITATO	
	.03	Controllo farmacie, parafarmacie e distributori	Visita ispettiva ordinaria/straordinaria presso le farmacie (Verbale di controllo / sopralluogo, notifiche, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Controllo farmacie, parafarmacie e distributori	Visita ispettiva sui depositi e magazzini all'ingrosso di medicinali	ILLIMITATO	
	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Autorizzazione all'apertura di esercizio farmaceutico (richieste, autorizzazioni, decadenza autorizzazione, ecc.)	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Regolamentazione in ordine alla fissazione di orari, turni, ferie ecc. delle farmacie	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Tenuta del registro dei farmacisti (nuove assunzioni, cessazioni, stati di servizio, nomina titolari e sostituti, ecc.)	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
co.	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Richiesta e autorizzazioni di modifiche dei locali	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
naceutica	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Richiesta e autorizzazioni trasferimento farmacie	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
o farn	.05	Farmacovigilanza	Utilizzo farmaci fuori dalle prescrizioni (off-label)	10 anni	
governo farmace	.05	Farmacovigilanza	Indicazioni/attività in applicazione di note AIFA (comprese comunicazioni di sicurezza d'uso)	10 anni	
Φ	.05	Farmacovigilanza	Scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa e le relative richieste di registrazione nel sito della farmacovigilanza del Ministero della Salute	ILLIMITATO	
Assistenza	.05	Farmacovigilanza	Documenti relativi a ritiri o revoche di medicinali così come gli interventi di prelievo di farmaci ritenuti difettosi	5 anni	
9. As	.05	Farmacovigilanza	Attività di vigilanza effettuate presso ospedali o altre strutture relative a gestione farmaci (medicinali scaduti, giacenza farmaci, pulizia armadi, disposizione farmaci, grado di umidità, luce, temperatura, recipienti a norma, correttezza gas medicinali, ecc.)	ILLIMITATO	
	.06	Assistenza farmaceutica diretta	Documenti relativi a garantire la fornitura di dispositivi medici (DM), presidi, farmaci e dietetici tramite dispensazione diretta (Richiesta autorizzazione ed erogazione diretta trattamenti e farmaci, ordine farmaci, registro smaltimento farmaci, ecc.)	5 anni	
	.07	Sperimentazione farmaci e dispositivi	Documenti che riguardano la sperimentazione di nuovi farmaci o l'uso di farmaci conosciuti al fine di verificarne l'effetto (Proposte di sperimentazioni, pareri del Comitato Etico, sottoscrizioni dei protocolli di studio, autorizzazione sperimentazione, ecc.)	25 anni (si veda anche cod. 3.11.00)	L'art. 58, comma 1 del regolamento EU 536/14 sulla sperimentazione dei medicinali sull'uomo, dispone quanto segue: A meno che il diritto dell'Unione preveda un periodo di archiviazione maggiore, il promotore e lo sperimentatore conservano il contenuto del fascicolo permanente della sperimentazione clinica per almeno venticinque anni dalla conclusione della medesima. Tuttavia, le cartelle cliniche dei soggetti sono archiviate in conformità del diritto nazionale.
	.08	Gestione stupefacenti	Documenti che riguardano gli stupefacenti (tenuta e distribuzione dei ricettari, monitoraggio sul quantitativo di stupefacenti erogato dalle farmacie o strutture convenzionate, ecc.)	5 anni	
	.08	Gestione stupefacenti	Registri di entrata e uscita degli stupefacenti	10 anni dalla data dell'ultima registrazione per enti e imprese autorizzati alla fabbricazione 5 anni dalla data dell'ultima registrazione per le officine autorizzate all'impiego e per le imprese autorizzate al commercio all'ingrosso 2 anni dalla data dell'ultima registrazione per le farmacie aperte al pubblico e le farmacie ospedaliere	Nota Regione Lombardia H1.2014.0019108 del
	.08	Gestione stupefacenti	Registri di carico e scarico degli stupefacenti (registro delle unità operative)	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	DPR n.390/90 art. 60 e s.i.m. comma 3 e 6 Nota Regione Lombardia H1.2014.0019108 del 27.05.2014 Legge n. 38 del 15.03.2010 art. 10
	.08	Gestione stupefacenti	Buoni / ordini di acquisto stupefacenti e documenti trasporto / fatture	10 anni	
		I.	I .	I	

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Contestazioni anomalie SDO	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione pagamenti ad altre strutture ospedaliere	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Pagamento ticket, ricevute	5 anni	Nota Regione Lombardia H1.2003.0001436. Allegato 3 alla DGRV1II8II78 del 18.02.2002
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Pratiche amministrative per ricoveri (stranieri, comunitari,solventi)	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Appropriatezza ricoveri (PRUO, ecc.)	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Volontariato, registri	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Registri viaggi ambulanza per trasferimento pazienti per esami in altre strutture; Autorizzazione trasporti in ambulanza	1 anno	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Richieste copie di cartelle cliniche ed ambulatoriali, schede di P.S., certificati di ricovero, referto esami di laboratorio, ecc.	1 anno	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Deleghe per il ritiro dei referti / cartelle cliniche	1 anno	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Reclami	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	CUP, prenotazione per prestazioni	1 anno	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Gestioni reti di patologia (adesione e organizzazione), i dati relativi alle singole prestazioni di cura saranno classificati negli appositi sistemi gestionali	ILLIMITATO per la documentazione organizzativa; per la documentazione relativa ai sistemi gestionali si fa riferimento alla tipologia di assetto assistenziale erogato (prestazione ambulatoriale, ricovero)	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Registrazioni audio, Videoregistrazioni, Fotografie digitali / analogiche relative a prestazioni sanitarie	Tempo di conservazione correlato al documento principale, massimo 10 anni.	
aliera	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Registrazioni informatiche di monitoraggio di parametri biologici (es. ECG, EEG, ecc.)	Tempo di conservazione correlato al documento principale, massimo 10 anni.	
ped	.02	Rapporti con l'autorità giudiziaria	Documentazione relativa a segnalazioni / denunce all'Autorità Giudiziaria	ILLIMITATO	
Direzione ospedaliera	.03	Igiene ospedaliera	Documentazione relativa ai controlli della sterilizzazione (prove Bowie Dick, Grafici dei cicli-rintracciabilità); modulistica carico/scarico strumentario, richieste dei reparti e documentazione della sterilizzazione in genere	2 anni	
1. D	.03	Igiene ospedaliera	Registri ossido di etilene	2 anni	
	.03	Igiene ospedaliera	Inchieste o indagini epidemiologiche su malattie infettive di particolare rilevanza e/o soggette a sorveglianza	10 anni	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986. In considerazione del termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno subito da un paziente che è di dieci anni, siffatta documentazione verrà conservata sino al compimento della prescrizione decennale. Ministero per i Beni culturali e per le attività culturali -Direzione Generale per gli Archivi (prontuario scarto ASL)
	.03	Igiene ospedaliera	Malattie infettive, registri	ILLIMITATO	
	.03	Igiene ospedaliera	Registro carico e scarico rifiuti speciali, integrati con i formulari relativi al trasporto dei rifiuti	5 anni dalla data dell'ultima registrazione	D.Lgs. n.22/97 art.12 e s.m.i. (art. 190 del D.Lgs. n.152/2006 come modificato dalla legge 125/2013)
	.03	Igiene ospedaliera	Controlli microbiologici ambientali (schede, relazioni, verbali, conclusioni, comunicazioni)	5 anni	In considerazione del termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno subito da un paziente che è di dieci anni, siffatta documentazione verrà conservata sino al compimento della prescrizione decennale.
	.03	Igiene ospedaliera	Vaccinazioni, campagne vaccinali: danni da vaccini	ILLIMITATO	
	.04	Radioprotezione	Valutazioni di sorveglianza ambientale e valutazioni della dose ricevuta od impegnata dai lavoratori esposti non classificati in categoria A, nonché i verbali di controllo dei dispositivi e degli strumenti di protezione di cui allo stesso articolo.	5 anni dalla data di compilazione	D.Lgs. n.230/1995 (art.81, c.3)
	.04	Radioprotezione	Schede personali sulle quali devono essere annotati i risultati delle valutazioni delle dosi individuali e delle introduzioni individuali; relazioni sulle circostanze ed i motivi inerenti alle esposizioni accidentali di emergenza nonché alle altre modalità di esposizione.	Sino alla cessazione del rapporto di lavoro mantenendone successivamente copia per almeno cinque anni	D.Lgs. n.230/1995 (art.81, c.3)
	.04	Radioprotezione	Risultati delle misurazioni di sorveglianza fisica della radioprotezione	10 anni	D.Lgs. n.230/1995 (art.81, c.3)

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Gestione organizzativa P.S.	Verbale di Pronto Soccorso (Registri, schede triage, schede di pazienti accolti in PS e trasferiti in altro ospedale, Schede di pazienti entrati in PS che rifiutano il ricovero)	ILLIMITATO	
	.02	Attività emergenza - urgenza	Verbale di Pronto Soccorso (Referti)	ILLIMITATO	
0	.02	Attività emergenza - urgenza	Documentazione O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva)	ILLIMITATO	
Pronto soccorso	.02	Attività emergenza - urgenza	Documentazione 118 compilata dalle équipe di soccorso dei MSB (Mezzi di Soccorso di Base, con soccoritori a bordo), dei MSI (Mezzi di Soccorso Intermedio, con infermiere a bordo) e dei MSA (Mezzi di Soccorso Avanzato, con medico e infermiere a bordo)	ILLIMITATO Conservazione da parte della Struttura ospedaliera di destinazione del paziente (in cartella clinica o quale parte integrante della documentazione di Pronto Soccorso)	
6	.02	Attività emergenza - urgenza	Registrazioni audio della consulenza specialistica telefonica dei Centri Antiveleno	ILLIMITATO	Trattasi di documentazione nativa digitale che deve essere obbligatoriamente trasferita al conservatore dell'ente sulla base di quanto prescritto dal D.Lgs. 82/05 s.l.m.
	.02	Attività emergenza - urgenza	Documentazione sanitaria sia in formato cartaceo sia digitale relativa alla consulenza specialistica telefonica effettuata dai Centri Antiveleno	ILLIMITATO	
	.02	Attività emergenza - urgenza	Documentazione dei Centri Antiveleno	5 anni	Risoluzione CEE 90/C 329/03
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Registri nosologici / rubriche ricoverati	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986
	.02	Ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)	Cartella clinica di ricovero comprensiva di tutti i documenti costitutivi, es.: richiesta di ricovero / rapporto di pronto soccorso, consensi, scheda di dimissione ospedallera (SDO), scheda infermieristica / ostetrica, lettera di dimissione, atti di nascita, referti indagini strumentali e di laboratorio, documenti inerenti la valutazione del dolore ai sensi della legge 38 del 2010, TSO, consulenze specialistiche, ecc.	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986
	.02	Ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)	Verbale - registro operatorio	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986, Circ. Min. Sanità n. 900 del 14/03/96
	.02	Ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)	Cartella clinica di ricovero diurno. Comprensiva di tutti i documenti costitutivi.	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986 e DPR n. 1409 del 30/06/63 "Legge archivistica"
Assistenza ospedaliera	.03	Day service	Documentazione inerente le attività ambulatoriali di Day Service	30 anni solo per il Day service chirurgico; 10 anni dalla chiusura del fascicolo per gli altri, assimilabili a documentazione ambulatoriale	
a osp	.04	Assistenza al parto	Registro dei parti e Registro degli aborti	ILLIMITATO	Vedi anche II.3.05
istenz	.04	Assistenza al parto	Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)	ILLIMITATO se in cartella clinica; altrimenti 30 anni	
3. Assi	.04	Assistenza al parto	PMA - Fecondazione eterologa: record relativi a ciascun donatore (screening e i risultati dei test)	30 anni dall'utilizzo	
,,	.05	Assistenza domiciliare	Cartella clinica di ospedalizzazione domiciliare	ILLIMITATO	DGR 7180 del 24 aprile 2008
	.06	Medicina penitenziaria	Cartella clinica di pazienti in regime detentivo	ILLIMITATO	
	.07	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura semiresidenziale, Centro Diumo e Residenzialità Leggera. Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.	10 anni	
	.07	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura residenziale (diario clinico, visite psichiatriche, attività riabilitative, colloqui psicoterapeutici, ecc.). Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.	ILLIMITATO	
	.07	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Documentazione del sistema informatizzato regionale PSICHE	Secondo tipologia di regime di erogazione della prestazione (residenziale / semiresidenziale)	

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referto di singole prestazioni ambulatoriali. Fascicolo / cartella ambulatoriale con relativa documentazione a supporto	10 anni dalla chiusura del fascicolo per documentazione ambulatoriale. 30 anni solo per attività chirurgica.	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie	ILLIMITATO se in cartella clinica; 5 anni altri esemplari	Nota Regione Lombardia H1.2003.0001436. Allegato 3 alla DGRV1II8II78 del 18.02.2002
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti / documentazione a supporto dell'attività ambulatoriale - percorso chirurgico (Chirurgia a bassa complessità assistenziale)	30 anni	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti esami di laboratorio	5 anni	Nota Regione Lombardia H1.2003.0001436. Allegato 3 alla DGRV1II8II78 del 18.02.2002
a <u>e</u>	.01	Prestazioni ambulatoriali	Schede di emodialisi	10 anni da cessazione di trattamento	
latori	.01	Prestazioni ambulatoriali	Elenco emodializzati	10 anni da ultima dialisi	
nqma	.01	Prestazioni ambulatoriali	Registro regionale di dialisi	10 anni da ultima dialisi	
4. Assistenza ambulatoriale	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti radiologici e di medicina nucleare. Compresi i referti strutturati	ILLIMITATO (in caso di ricovero da includere in cartella clinica)	D.M. Sanità 14/02/1997 Intesa Stato - Regioni del 04/04/2012 sul documento del Ministero della Salute recante "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini – Normativa e prassi"
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Documentazione iconografica radiologica e di medicina nucleare. Compresa qualsiasi immagine diagnostica, indipendentemente dalle modalità di acquisizione (analogica o digitale) e dal regime di erogazione (ambulatoriale o ricovero)	10 anni	D.M. Sanità 14/02/1997 Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986 Intesa Stato - Regioni del 04/04/2012 sul documento del Ministero della Salute recante "Linee guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini – Normativa e prassi"
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Cartelle radioterapiche	ILLIMITATO	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Certificati di idoneità e inidoneità sportiva	5 anni	D.M. Sanità 18/02/1982 ("Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica")

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti esami citologici e istologici	10 anni	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Riserva non campionata (residui di campioni bioptici / operatori / autoptici in liquido fissativo)	15 giorni dalla definizione della diagnosi (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	Si fa riferimento a campioni per esclusive attività diagnostiche. Lo smaltimento può essere anche solo parziale nell'ipotesi di dover prelevare nuovamente o rivedere a distanza una parte del campione; in questo caso va registrato cosa non viene smaltito. LG "Tracciabilità, raccolta, trasporto, conservazione e archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di anatomia patologica" Consiglio Superiore di Sanità - Sez. 1 del maggio 2015
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Inclusioni in paraffina di campioni istologici derivati da qualsiasi fonte (es. prelievo bioptico, operatorio, autoptico, ecc.)	50 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Campioni istologici allestiti (anche da citoinclusi)	50 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero) 15 giorni per i preparati colorati con immunofluorescenza (in quanto soggetti a decadimento. Valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	Per "campione istologico" o "sezione istologica" si fa riferimento sia a quella derivata da Surgical Pathology sia da procedura autoptica. Il fine della lunga conservazione dei campioni è la garanzia per il paziente e i suol famigliari di poter accedere nel tempo, per scopi sanitari, a una fonte di DNA.
ibulatoriale	.01	Prestazioni ambulatoriali	Campioni istologici digitalizzati	30 anni (dall'eliminazione del campione istologico "fisico") corrispondente. Valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	Il "vetrino digitale" può essere eseguito ed eliminato dopo il suo utilizzo innumerevoli volte sino a quando è presente il suo corrispettivo "fisico". Nel caso quest'ultimo venga eliminato allo scadere del suo tempo minimo di conservazione appare buona prassi effettuare una sua "scannerizzazione finale" da conservare per il tempo minimo definito. La digitalizzazione appare di particolare rilievo per i preparati in immunofluorescenza che decadono molto rapidamente nel tempo.
4. Assistenza ambulatoriale	.01	Prestazioni ambulatoriali	Campioni citologici allestiti (escluso Pap test)	50 anni se campione patologico unico, altrimenti 5 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	Il fine della lunga conservazione dei campioni è la garanzia per il paziente e i suoi famigliari di potere accedere nel tempo, per scopi sanitari, a una fonte di DNA e, quando positivo, per confrontare nel tempo l'istotipo e il grado di differenziazione della neoplasia. Nel caso il campione citologico positivo sia associato a un campione istologico o nell'archivio di una Anatomia Patologica sia presente almeno un campione istologico o autoptico dello stesso paziente, i campioni citologici possono essere smaltiti dopo 5 anni.
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Pap test	10 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Campioni citologici digitalizzati	30 anni (dall'eliminazione del campione citologico corrispondente. Valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	Il "vetrino digitale" può essere eseguito ed eliminato dopo il suo utilizzo innumerevoli volte sino a quando è presente il suo corrispettivo "fisico". Nel caso quest'ultimo venga eliminato allo scadere del suo tempo minimo di conservazione appare buona prassi effettuare una sua "scannerizzazione finale" da conservare per il tempo minimo definito.
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Residui di campioni citologici in fase liquida	3 mesi dall'emissione del referto diagnostico (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	I campioni citologici in fase liquida possono essere utilizzati per indagini immunoistochimiche o biomolecolari, senza necessità di riprelevare il paziente. Il tempo minimo indicato di archiviazione considera i tempi che potrebbero intercorrere tra la diagnosi, il recepimento di questa da parte del clinico e la sua richiesta di approfondimenti diagnossici.
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Residui di acidi nucleici estratti da campioni istologici o autoptici o da liquidi biologici risultati idonei alle indagini di patologia molecolare già effettuate.	2 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. Riabilitazione	.01	Riabilitazione	Cartella ambulatoriale di riabilitazione	10 anni da ultima registrazione	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione inerente il sistema qualità e le relative registrazioni del sangue ed emocomponenti	10 anni	D.M. 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Art. 29, comma 4.
sfusionale	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Cartella sanitaria del donatore di sangue ed emocomponenti	30 anni	D.M. 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Art. 5, comma 8.
Attività Immuno-trasfusionale	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Le registrazioni dei risultati riguardanti le determinazioni del gruppo sanguigno ABO ed Rh, della presenza di anticorpi irregolari anti-eritrocitari, delle prove di compatibilità pre-trasfusionali relativi ai pazienti riceventi, nonché la documentazione inerente le reazioni ed eventi avversi gravi.	15 anni	D.M. 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Art. 29, comma 3.
6. Attività	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Documentazione che consente di ricostruire il percorso di ogni unità di sangue ed emocomponenti, il modulo di consenso informato relativo a ciascuna donazione, i risultati delle indagini di validazione prescritte dalla normativa vigente su ogni unità di sangue o emocomponenti	30 anni	D.M. 2 novembre 2015 "Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti". Art. 29, comma 2.
	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Danni da trasfusione	ILLIMITATO	L. 210/1992 art.3 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della Sanità del 4-11-1996 n. 900
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione gestionale (Segnalazione alla Direzione Sanitaria di soggetto in morte cerebrale, Attivazione della commissione per l'accertamento dello stato di morte cerebrale, Verbale di accertamento della morte cerebrale, Richiesta di nulla osta dell'autorità giudiziaria)	30 anni	D.Lgs. n.16/2010. - 30 anni per i dati inerenti il donatore e il ricevente (art. 14 c. 2) - 10 anni per le registrazioni dell'istituto dei tessuti (all. V lett. E)
	.02	Donazione e prelievo	Dati necessari ad assicurare la tracciabilità in tutte le fasi per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani.	30 anni dopo l'uso clinico (l'archiviazione dei dati può avvenire anche in forma elettronica)	D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 191 "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle nome di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"
'organi e tessuti	.02	Donazione e prelievo	Dati per identificare donatore, donazione, tessuti / cellule, ecc. (di cui all'allegato X del D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16)	30 anni	D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16 "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani". (Art. 14, comma 2).
7. Attività di trapianto d'	.02	Donazione e prelievo	I registri dei donatori, necessari ai fini di una completa tracciabilità,	30 anni dopo l'uso clinico o dopo la scadenza o eliminazione del tessuto o cellula in un archivio adeguato	D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16 "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttive 2006/17/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani". (Allegato IV, Punto 1.4.4)
	.02	Donazione e prelievo	Tutte le registrazioni, dati grezzi compresi, critiche per la sicurezza e la qualità dei tessuti e cellule.	10 anni dopo la data di scadenza, l'uso clinico o lo smaltimento	D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 16 "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, "approvvigionamento ei le controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in terna di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani". (Allegato V, E, punto 7)
	.02	Donazione e prelievo	Tracciabilità del percorso di idoneità, assegnazione degli organi, prelievo e trapianto organi.	30 anni dopo la donazione	D.M. del 19 novembre 2015 "Attuazione della direttiva 2010/53/UE relativa alla norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti"

5 di 7 rev04 del 2017

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.01	Farmaceutica	Matrici ricette del SSN (a cura dei singoli medici dal 1/09/2005 e comunque per i ricettari "nominali")	5 anni dalla data dell'ultima prescrizione	Nota DG Sanità Regione Lombardia H1.2001.0033136 del 16/05/2001 Nota DG Sanità Regione Lombardia H1.2005.0032866 del 04/07/2005 Allegato (p. 3.3) al Decreto Ministeriale 18 maggio 2004
	.01	Farmaceutica	Documentazione relativa all'approvvigionamento farmaci	5 anni	
	.01	Farmaceutica	Documenti di trasporto per consegna beni farmaceutici	10 anni	
	.01	Farmaceutica	Documentazione inerente alla gestione dei controlli di qualità sui gas medicinali	10 anni	
	.01	Farmaceutica	Schede di prescrizione dei farmaci in file F	2 anni	Comunicazione DG Sanità prot. H12004.0057563 del 11.11.2004
	.01	Farmaceutica	Documentazione piani terapeutici farmaci	ILLIMITATO (in cartella clinica)	
	.01	Farmaceutica	Fogli di lavorazione delle preparazioni di farmaci oncologici	5 anni	Raccomandazione ministeriale sulla sicurezza dei farmaci antiblastici
g	.01	Farmaceutica	Grafici di rilevazione della temperatura registrazione linea del freddo (frigoriferi per medicinali)	1 anno	
Farmaceutica ospedaliera	.02	Stupefacenti	Registri di entrata e uscita degli stupefacenti	10 anni dalla data dell'ultima registrazione per enti e imprese autorizzati alla fabbricazione 5 anni dalla data dell'ultima registrazione per le officine autorizzate all'impiego e per le imprese autorizzate al commercio all'ingrosso 2 anni dalla data dell'ultima registrazione per le farmacie aperte al pubblico e le farmacie ospedaliere	Nota Regione Lombardia H1.2014.0019108 del
8. Fa	.02	Stupefacenti	Buoni / ordini di acquisto stupefacenti e documenti trasporto / fatture	10 anni	
	.02	Stupefacenti	Bollettario con moduli approvvigionamento (Reparti - Farmacia) di farmaci stupefacenti	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 45, comma 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
	.02	Stupefacenti	Bollettario con moduli di restituzione (Reparti - Farmacia) di farmaci stupefacenti	5 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 45 , comma 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
	.02	Stupefacenti	Registro di carico e scarico dei medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope delle Unita Operative (reparti) delle Aziende Sanitarie	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto Ministeriale 3 agosto 2001 in riferimento a Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 60 c. 3 e 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

6 di 7 rev04 del 2017

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
liera	.01	Medicina necroscopica	Certificato di morte, accertamento morte, cause di morte (ISTAT), referti autoptici	ILLIMITATO	
speda	.01	Medicina necroscopica	Registro dei decessi	ILLIMITATO	
gale o	.02	Indennizzo danni	Giudizio medico-legale per danni da vaccinazioni e/o trasfusioni	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità 10 aprile 1992
9. Medicina legale ospedaliera	.03	Consulenze medico-legali	Certificazioni medico-legali; certificati inerenti accertamenti di laboratorio a valenza medico-legale; attività peritale; giudizio medico-legale per danni da vaccinazioni e/o trasfusioni	10 anni	In considerazione del termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno subito da un paziente che è di dieci anni, siffatta documentazione verrà conservata sino al compimento della prescrizione decennale.
Medicina del lavoro	.01	Cartella sanitaria e di rischio del lavoratore	Cartelle sanitarie e di rischio	Almeno sino alla cessazione del rapporto di lavoro; 40 anni dalla cessazione del lavoro comportante una esposizione ad agenti cancerogeni ; 30 anni dalla cessazione del lavoro comportante una esposizione a radiazioni ionizzanti	D.M. 12/07/07, n.155
edicina	.01	Cartella sanitaria e di rischio del lavoratore	Schede delle prove allergologiche relative a malattie professionali	ILLIMITATO	Normativa di riferimento difforme, per lo più a carattere regionale.
10. M	.02	Malattia professionale e infortunio sul lavoro	Registri vaccinazioni	ILLIMITATO	
	.02	Malattia professionale e infortunio sul lavoro	Registri infortuni	4 anni dall'ultima registrazione e, se non usato, dalla data in cui è stato vidimato	D.M. 12/9/58, art.2
11. Sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi	.00	Sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi	Documentazione relativa alla sperimentazione clinica dei farmaci e dei dispositivi (fascicolo della sperimentazione) per uso umano	25 anni dalla conclusione della sperimentazione	L'art. 58, comma 1 del regolamento EU 536/14 sulla sperimentazione dei medicinali sull'uomo, dispone quanto segue: "A meno che il diritto dell'Unione preveda un periodo di archiviazione maggiore, il promotore e lo sperimentatore conservano il contenuto del fascicolo permanente della sperimentazione clinica per almeno venticinque anni dalla conclusione della medesima. Tuttavia, le cartelle cliniche dei soggetti sono archiviate in conformità del diritto nazionale".
11. Spe medi	.00	Sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi	Consenso informato relativo all'esposizione a radiazioni ionizzanti a scopo di ricerca scientifica e clinica e area sperimentazione di farmaci	ILLIMITATO	D.Lgs. n.230/1995 e D.M. 18/03/1998

7 di 7 rev04 del 2017

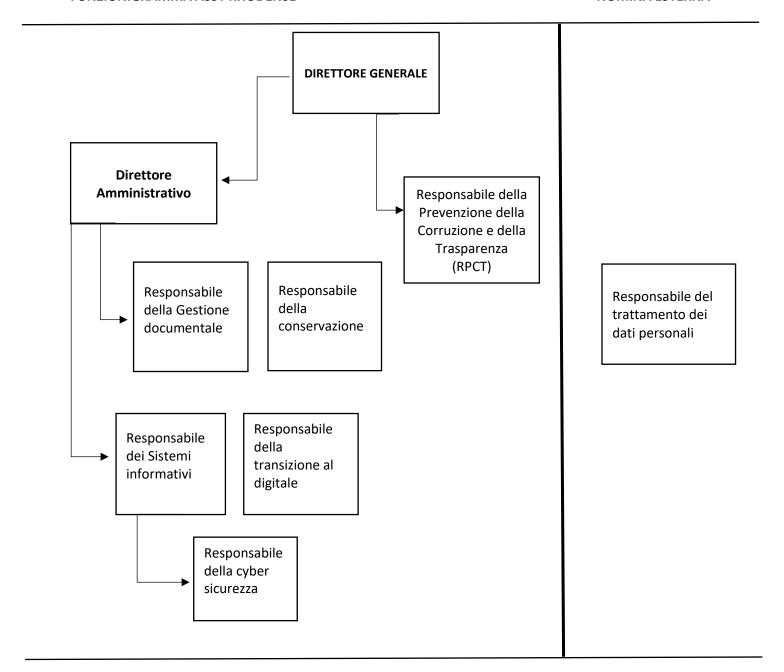


Manuale di gestione documentale - Allegato 7

FUNZIONIGRAMMA DI RESPONSABILITÀ E NOMINE

FUNZIONIGRAMMA ASST RHODENSE

NOMINA ESTERNA



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 685/2022/DG

Il giorno 07/07/2022

Il Direttore Generale

Germano Maria Uberto Pellegata

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

AGGIORNAMENTO E APPROVAZIONE DEL MANUALE DI CONSERVAZIONE SECONDO QUANTO DISPOSTO DALLE LINEE GUIDA AGID (AGENZIA PER L'ITALIA DIGITALE) SULLA FORMAZIONE, GESTIONE E CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale nº: 1.7.1 – 9/2022

UOSD Gestione Documentale

Il Responsabile del Procedimento: Pier Paolo Balzamo

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 11.08.2015 - n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

RICHIAMATA la D.G.R. X/4477 del 10.12.2015 con la quale, in attuazione della L.R. 23/2015, viene costituita l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense e definito l'assetto organizzativo della stessa;

ATTESO che l'ASST Rhodense con decorrenza 01.01.2016 è subentrata nella gestione dei rapporti giuridici attivi e passivi della disciolta Azienda Ospedaliera G. Salvini;

PRESO ATTO della D.G.R. XI/5941 del 07.02.2022 a oggetto: "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2022 – quadro economico programmatorio";

PRESO ATTO, ALTRESÍ, della D.G.R. XI/6387 del 16.05.2022 a oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l'anno 2022";

RICHIAMATO il DPR 28 dicembre 2000 n. 445 "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*" che al capo IV pone l'obiettivo della razionalizzazione della gestione dei flussi documentali coordinata con la gestione dei procedimenti amministrativi da parte delle Pubbliche Amministrazioni, al fine di migliorare i servizi e potenziare i supporti conoscitivi delle stesse secondo i criteri di economicità, efficacia e trasparenza dell'azione amministrativa;

PRESO ATTO del decreto legislativo n. 82 del 7 marzo 2005 e s.m.i. recante il "*Codice dell'Amministrazione Digitale*" e, in particolare, gli artt. 20, commi 3 e 5 – bis, 23 – ter, comma 4, 43, commi 1 e 3, 44, 44 – bis e 71, comma 1 del Codice, che trattano di Conservazione digitale;

RICHIAMATE le deliberazioni:

- n. 343 del 14 aprile 2010 con la quale è stato disposto di nominare il Dirigente Amministrativo Guido Meregalli quale Responsabile della Conservazione Legale Sostitutiva;
- n. 624 del 30 novembre 2015 con cui è stato approvato il Manuale di Conservazione della documentazione digitale;
- n. 494 del 7 luglio 2017 con la quale è stato disposto di nominare la Dirigente Amministrativa Veronica Bruno quale Responsabile della Conservazione Legale Sostitutiva;

- n. 216 del 21 febbraio 2019 ad oggetto "Servizio di Conservazione Digitale a norma dei documenti informatici. Adesione alla convenzione al contratto quadro 6/2017/LI stipulato da Lombardia Informatica S.p.A." per il periodo dal 1 marzo 2019 al 30 settembre 2024 con cui ASST Rhodense ha aderito al contratto Quadro con RTI ARUBA Posta Certificata S.p.A. (mandataria), Eos Reply S.r.L. e Gmed S.r.L. (mandanti) per l'affidamento del servizio di conservazione digitale a norma dei documenti informatici, operativo su scala regionale, da destinare agli enti sanitari pubblici del Sistema Sanitario Regionale Lombardo;

VISTA la deliberazione n. 1025 del 11 novembre 2021, con la quale è stato disposto di nominare il Dirigente Amministrativo Pier Paolo Balzamo quale Responsabile della Conservazione;

RICHIAMATE le Linee Guida Agid del 11.09.2020 (e ss.mm.ii. del 17/05/2021) e relativi allegati sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici" e in particolare il capitolo 4 par. 4.6 che testualmente recita:

- "Il Manuale di conservazione è un documento informatico che deve illustrare dettagliatamente l'organizzazione, i soggetti coinvolti e i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, la descrizione del processo, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture utilizzate, le misure di sicurezza adottate e ogni altra informazione utile alla gestione e alla verifica del funzionamento, nel tempo, del sistema di conservazione".
- "Le Pubbliche Amministrazioni sono tenute a redigere, adottare con provvedimento formale e pubblicare sul proprio sito istituzionale il Manuale di conservazione".
- "La pubblicazione è realizzata in una parte chiaramente identificabile dell'area "Amministrazione trasparente" prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013".
- "In caso di affidamento del servizio di conservazione ad un conservatore esterno, le Pubbliche Amministrazioni possono descrivere nel proprio manuale anche le attività del processo di conservazione affidate al conservatore, in conformità con il contenuto del manuale di conservazione predisposto da quest'ultimo, o rinviare, per le parti di competenza, al manuale del conservatore esterno".
- "Resta fermo l'obbligo in carico alla Pubblica Amministrazione di individuare e pubblicare i tempi di versamento, le tipologie documentali trattate, i metadati, le modalità di trasmissione dei pacchetti di versamento e le tempistiche di selezione e scarto dei propri documenti informatici".

RILEVATO che il Responsabile della Conservazione predispone il Manuale di conservazione e ne cura l'aggiornamento periodico in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti (Linee Guida Agid, capitolo 4 par. 4.5);

PRECISATO che in data 17 maggio 2021 l'AGID, con la Determinazione n. 371/2021 ha modificato il testo delle "Linee-guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici" e ne ha modificato i termini di entrata in vigore facendola slittare al 1° gennaio 2022;

PRESO ATTO pertanto della necessità di aggiornare il vigente Manuale di Conservazione adottato con deliberazione n. 624 del 30 novembre 2015 in conformità alle nuove Linee Guida AGID intervenute nel frattempo;

RITENUTO opportuno procedere all'approvazione del Manuale di Conservazione;

PRESO ATTO CHE il Dirigente Responsabile della UOSD Gestione Documentale, in qualità di Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità e la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

ACQUISITO, per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs. n.502 del 30.12.1992 e s.m.i., il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente riportate:

- **1. di approvare** l'aggiornamento del Manuale di Conservazione, allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- **2. di disporre** la pubblicazione del Manuale di Conservazione sul sito istituzionale di ASST Rhodense sezione "Amministrazione Trasparente";
- **3. di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri.

IL DIRE	TORE AMMINIST (Marco Ricci)	RATIVO(*)
IL DIRE	TORE SANITARIO (Aldo Bellini)	D(*)
	T ORE SOCIOSAN (Pier Mauro Sala)	ITARIO(*)
		L DIRETTORE GENERALE(*) Germano Maria Uberto Pellegata)

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e del D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa



Manuale di Conservazione



Sommario

1.	Scop	Scopo e Ambito del Documento		
2.	Tern	ninologia (Glossario dei termini e degli acronimi)	6	
3.	Norr	nativa e Standard di riferimento	12	
	3.1	Normativa di riferimento	12	
	3.2	Standard di riferimento	14	
4.	Ruol	i e responsabilità	16	
	4.1	Ruoli principali previsti nel processo di conservazione	16	
	4.2	Responsabilità del sistema di conservazione presso l'ASST Rhodense	18	
	4.3	Profili professionali responsabili presso il Conservatore	19	
5.	Orga	nizzazione e ruoli	22	
6.	Ogge	etti sottoposti a conservazione	23	
	6.1	Oggetti conservati	23	
	6.2	Metadati minimi dei documenti conservati	36	
	6.2.1 I	Metadati del documento informatico	36	
	6.2.2	Metadati del documento amministrativo informatico	41	
	6.1.1	Metadati delle aggregazioni documentali informatiche	46	
	6.3	Pacchetti informativi	50	
	6.3.1 I	Pacchetto di versamento	50	
	6.3.2 I	Pacchetto di Archiviazione	50	
	6.3.3 I	Pacchetto di distribuzione	51	
7.	Proc	esso di conservazione	52	
	7.1	Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione	53	
	7.2	Presa visione delle anomalie del Pacchetto di Versamento	55	



	7.3	Presa visione del Rapporto di Versamento (RdV)	56
	7.4	Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione	56
	7.5	Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione	57
	7.6	Produzione di duplicati	57
	7.7	Produzione di copie	57
	7.8	Intervento del Pubblico Ufficiale	57
	7.9	Selezione e scarto dei documenti informatici	57
	7.10	Documenti informatici non soggetti a scarto	59
	7.11	Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad al conservatori	
8	Sistema d	li conservazione	59
	8.1	Componenti Logiche	59
	8.2	Componenti Tecnologiche	59
	8.3	Componenti Fisiche	59
	8.4	Procedure di gestione e di evoluzione	59
9	Monitora	ggio e Controlli	59
	9.1	Verifiche sugli archivi	59
	9.2	Soluzioni adottate in caso di anomalie	59
10	Misure di	sicurezza	60
11	Modifich	e, approvazione ed entrata in vigore del manuale	60
	11.1	Aggiornamento del manuale	60
	11.2	Approvazione ed entrata in vigore	60



1. Scopo e Ambito del Documento

Il presente Manuale di Conservazione (d'ora in poi Manuale) descrive il processo di Conservazione dei documenti digitali della ASST Rhodense (d'ora in poi ASST), che sottopone a conservazione digitale alcune tipologie documentali, affidando il processo di conservazione a un conservatore esterno, come previsto dalla normativa vigente (Art. 34 comma 1 bis, D. Lgs. 82/2005, *Codice dell'Amministrazione Digitale*, d'ora in poi CAD).

Nella tabella successiva sono indicati i dati identificativi della ASST:

Ragione Sociale	ASST Rhodense
Partita Iva	09323530965
Codice Fiscale	09323530965
Sede	Viale Forlanini, 95
AOO	ASST Rhodense
Codice univoco AOO	A2A029C
Codice IPA	asstr
Indirizzo PEC	protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it
Telefono	02 994301

In linea con quanto indicato nelle *Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici,* il documento illustra l'organizzazione, i soggetti coinvolti e i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, le procedure, la descrizione dei processi, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture utilizzate, le misure di sicurezza adottate e ogni altra informazione utile alla gestione e alla verifica del funzionamento nel tempo, del sistema di conservazione.

In particolare, nel presente Manuale sono riportati:

- a) i dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto la responsabilità del servizio di conservazione, descrivendo in modo puntuale, in caso di affidamento a terzi, i soggetti, le funzioni e gli ambiti dell'affidamento stesso;
- b) la struttura organizzativa comprensiva delle funzioni, delle responsabilità e degli obblighi dei diversi soggetti che intervengono nel processo di conservazione;
- c) la descrizione delle tipologie dei documenti informatici inviati in conservazione, l'indicazione dei formati gestiti, dei metadati associati alle diverse tipologie di documenti e le eventuali eccezioni;
- d) la descrizione delle modalità di presa in carico dei pacchetti di versamento (PdV),



comprensiva della predisposizione del rapporto di versamento (RdV) e la descrizione dei controlli effettuati su ogni specifico formato adottato;

- e) la descrizione del processo di conservazione e del trattamento dei pacchetti di archiviazione (PdA);
- f) la modalità di svolgimento del processo di esibizione e di esportazione dal sistema di conservazione con la produzione del pacchetto di distribuzione (PdD);
- g) la descrizione del sistema di conservazione, comprensivo di tutte le componenti tecnologiche, fisiche e logiche, opportunamente documentate e delle procedure di gestione e di evoluzione delle medesime;
- h) la descrizione delle procedure di monitoraggio della funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi e le soluzioni adottate in caso di anomalie;
- i) la descrizione delle procedure per la produzione di duplicati o copie;
- j) i tempi per lo scarto/cancellazione delle diverse tipologie di documenti informatici;
- k) le modalità con cui viene richiesta la presenza di un pubblico ufficiale e i casi per i quali è previsto il suo intervento;
- 1) le normative in vigore nei luoghi di conservazione dei documenti.

Il presente Manuale integra, per le parti specifiche di competenza della ASST, il *Manuale di Conservazione del Conservatore*.

Come previsto dalle *Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici,* (Determinazione AgID 407 del 9 settembre 2020) il Manuale è adottato con provvedimento formale e pubblicato sul sito istituzionale dell'ASST nell'area "**Amministrazione trasparente**" prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013.



2. Terminologia (Glossario dei termini e degli acronimi)

Di seguito si riporta la tabella contenente in ordine alfabetico il Glossario dei termini e degli acronimi ritenuti di particolare importanza.

Glossario dei termini e degli acronimi			
Accesso	Operazione che consente a chi ne ha diritto di prendere visione dei documenti		
	informatici conservati		
Aggregazione	Raccolta di documenti informatici o di fascicoli informatici, riuniti per caratteristiche		
documentale	omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e		
informatica	alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente		
Archivio	Complesso organico di documenti, di fascicoli e di aggregazioni documentali di		
	qualunque natura e formato, prodotti o comunque acquisiti da un soggetto produttore		
	durante lo svolgimento dell'attività		
Archivio informatico	Archivio intestato dal Soggetto Produttore al Titolare nel quale sono conservati		
	costituito da documenti informatici, fascicoli informatici nonché aggregazioni		
	documentali informatiche gestiti e conservati in ambiente informatico e di cui il		
	medesimo è giuridicamente responsabile		
Area organizzativa	Un insieme di funzioni e di strutture, individuate dalla amministrazione, che opera su		
omogenea (AOO)	tematiche omogenee e che presenta esigenze di gestione della documentazione in modo		
	unitario e coordinato ai sensi dell'articolo 50, comma 4, del D.P.R. 28 dicembre 2000,		
	n.445 e s.m.i.		
Attestazione di	Dichiarazione rilasciata da notaio o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato allegata o		
conformità delle	asseverata al documento informatico		
copie per immagine			
su supporto			
informatico di			
documento analogico			
Autenticità	Caratteristica di un documento informatico che garantisce di essere ciò che dichiara di		
	essere, senza aver subito alterazioni o modifiche. L'autenticità può essere valutata		
	analizzando l'identità del sottoscrittore e l'integrità del documento informatico		
Base di dati	Collezione di dati registrati e correlati tra loro		
Chiusura del	Operazione consistente nella sottoscrizione del Pacchetto di Archiviazione con firma		
Pacchetto di	digitale apposta da un Firmatario Delegato del Conservatore e apposizione di una		
Archiviazione	validazione temporale con marca temporale alla relativa impronta		
Ciclo di gestione	Arco temporale di esistenza del documento informatico, del fascicolo informatico,		
	dell'aggregazione documentale informatica o dell'archivio informatico dalla sua		
	formazione alla sua eliminazione o conservazione nel tempo		
Classificazione	Attività di organizzazione logica di tutti i documenti secondo uno schema articolato in		
	voci individuate attraverso specifici metadati		
CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni		
Conservatore	Soggetto pubblico o privato che svolge attività di conservazione dei documenti information		
	<u> </u>		



Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive delsistema
	di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello
	organizzativo adottato e descritto nel Manuale di conservazione
Contrassegno a stampa	Contrassegno generato elettronicamente, apposto a stampa sulla copia analogica di un documento amministrativo informatico per verificarne provenienza e conformità all'originale
Coordinatore della	Responsabile della definizione di criteri uniformi di classificazione ed archiviazione
Gestione	nonché di comunicazione interna tra le AOO ai sensi di quanto disposto dall'articolo 50
Documentale	comma 4 del DPR 445/2000 e s.m.i. nei casi di amministrazioni che abbiano istituito più Aree Organizzative Omogenee
Copia informatica	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento analogico
di documento	da cui è tratto
analogico	
Copia per immagine	Il documento informatico avente contenuto e forma identici a quelli del documento
su supporto	analogico da cui è tratto
informatico di	
documento	
analogico	
anarogico	
Copia informatica	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento da cui è
di documento	tratto su supporto informatico con diversa sequenza di valori binari.
informatico	
Copia di sicurezza	Copia di backup degli archivi del sistema di conservazione.
Destinatario	Identifica il soggetto/sistema al quale il documento informatico è indirizzato.
Documento	La rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
analogico	
Documento	Documento analogico che può essere unico oppure non unico se, in questo secondo caso,
analogico originale	sia possibile risalire al suo contenuto attraverso altre scritture o documenti di cui sia
	obbligatoria la conservazione, anche se in possesso di terzi.
Documento	E' quel documento analogico il cui contenuto non può essere desunto da altre scritture o
originale unico	documenti di cui sia obbligatoria la tenuta, anche presso terzi.
Documento	La rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
informatico	
Duplicato	Il documento informatico ottenuto mediante la memorizzazione, sullo stesso supporto o
informatico	su supporti diversi, della medesima sequenza di valori binari del documento originario.
Esibizione	Operazione che consente di visualizzare un documento conservato e di ottenerne copia
Evidenza	Una sequenza di simboli binari (bit) che può essere elaborata da una procedura
informatica	informatica.
Fascicolo	Raccolta, individuata con identificativo univoco, di atti, documenti e dati informatici, da
informatico	chiunque formati, del procedimento amministrativo.
Firma digitale	Un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su
Ü	un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che
	consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica,
	rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un
	documento informatico o di un insieme di documenti informatici.

Pag. 7 | 60



Firmatario	Responsabile del servizio di conservazione o Persona formalmente delegata ad apporre
delegato	la propria firma digitale sui Pacchetto di Archiviazione
Formato	Modalità di rappresentazione del documento informatico mediante codifica binaria;
	comunemente è identificato attraverso l'estensione del file e/o il tipo MIME.
Funzione di hash	Una funzione matematica che genera, a partire da una evidenza informatica, una
	sequenza di bit (impronta) in modo tale che risulti di fatto impossibile, a partire da
	questa, ricostruire l'evidenza informatica originaria e generare impronte uguali a
	partire da evidenze informatiche differenti.
Identificativounivoco	Sequenza di caratteri alfanumerici associata in modo univoco e persistente al
	documento informatico, al fascicolo informatico, all'aggregazione documentale
	informatica, in modo da consentirne l'individuazione.
Indice del Pacchetto	Indice che contiene le informazioni relative al Pacchetto di Archiviazione in formatoxml,
di Archiviazione	anche indicato nello standard SInCRO come IdC (Indice di Conservazione)
(IPdA)	
Indice del Pacchetto	Indice che contiene le informazioni relative al pacchetto di versamento in formato xml.
di	
Versamento (IPdV)	
Immodificabilità	Caratteristica che rende la rappresentazione del documento informatico non alterabile
	nella forma e nel contenuto durante l'intero ciclo di gestione e ne garantisce la staticità
	nella conservazione del documento stesso.
Impronta	La sequenza di simboli binari (bit) di lunghezza predefinita generata mediante
	l'applicazione alla prima di una opportuna funzione di hash.
Insieme minimo di	Complesso dei metadati da associare al documento informatico per identificarne
metadati del	provenienza e natura e per garantirne la tenuta.
documento	
informatico	
Integrità	Insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità
	di essere completo ed inalterato.
Interoperabilità	Capacità di un sistema informatico di interagire con altri sistemi informatici analoghi
	sulla base di requisiti minimi condivisi.
Leggibilità	Insieme delle caratteristiche in base alle quali le informazioni contenute nei documenti
	informatici sono fruibili durante l'intero ciclo di gestione dei documenti.
Log di sistema	Registrazione cronologica delle operazioni eseguite su di un sistema informatico per
	finalità di controllo e verifica degli accessi, oppure di registro e tracciatura dei
	cambiamenti che le transazioni introducono in una base di dati.
Memorizzazione	Processo di trasposizione su un qualsiasi idoneo supporto, attraverso un processo di
	elaborazione, di documenti analogici o informatici.
Marca temporale	Evidenza informatica che consente di rendere opponibile a terzi un riferimento
	temporale; la marca temporale prova l'esistenza in un certo momento di una
	determinata informazione, sotto forma di struttura dati firmata da una Time Stamping
	Authority.
Metadati	Insieme di dati associati a un documento informatico, o a un fascicolo informatico, o
	adun'aggregazione documentale informatica per identificarlo e descriverne il contesto,
	il contenuto e la struttura, nonché per permetterne la gestione nel tempo nel sistema
	di
	conservazione.



Pacchetto di	Pacchetto informativo composto dalla trasformazione di uno o più pacchetti di
Archiviazione	versamento secondo le specifiche e le modalità riportate nel Manuale di conservazione.
Pacchetto di	Pacchetto informativo inviato dal sistema di conservazione all'utente in risposta ad una
Distribuzione	sua richiesta.
Pacchetto di invio	Pacchetto informativo utilizzato per inviare i documenti fisici al sistema di
documenti	conservazione a seguito dell'avvenuta accettazione di un pacchetto di versamento.
Pacchetto di	Pacchetto informativo inviato dal produttore al sistema di conservazione secondo un
versamento	formato predefinito e concordato descritto nel Manuale di conservazione;
Pacchetto	Contenitore che racchiude uno o più oggetti da conservare (documenti informatici,
informativo	documenti amministrativi informatici, documenti informatici rilevanti ai fini tributari,
	fascicoli informatici, aggregazioni documentali informatiche), oppure anche i soli
	metadati riferiti agli oggetti da conservare.
Piano di	Strumento, integrato con il sistema di classificazione per la definizione dei criteri di
conservazione	organizzazione dell'archivio, di selezione periodica e di conservazione ai sensi
CONSCIVAZIONE	dell'articolo 68 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Presa in carico	Accettazione da parte del sistema di conservazione di un pacchetto di versamento in
Coa iii cai ico	quanto conforme alle modalità previste dal Manuale di conservazione;
Processo di	Insieme delle attività finalizzate alla conservazione dei documenti informatici;
conservazione	insieme dene attività imanzzate ana conservazione dei documenti imormatici,
Produttore del pdv	E' il soggetto che in proprio o attraverso le persone fisiche da egli stesso incaricate
Productore del pav	
	produce il Pacchetto di versamento ed è responsabile del trasferimento del suo
	contenuto nel sistema di conservazione; nel caso della Pubblica Amministrazione è
Dannarta di	identificato nella figura del responsabile della gestione documentale.
Rapporto di	Documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di
versamento	conservazione dei pacchetti di versamento inviati dal produttore.
Registro particolare	Registro informatico specializzato per tipologia o per oggetto; nell'ambito della pubblica
	amministrazione è previsto ai sensi dell'articolo 53, comma 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000,
	n. 445 e s.m.i.;
Registro di	Registro informatico della corrispondenza in ingresso e in uscita che permette la
protocollo	registrazione e l'identificazione univoca del documento informatico all'atto della sua
	immissione cronologica nel sistema di gestione informatica dei documenti.
Repertorio	Registro informatico che raccoglie i dati registrati direttamente dalle procedure
informatico	informatiche che trattano il procedimento, ordinati secondo un criterio che garantisce
	l'identificazione univoca del dato all'atto della sua immissione cronologica.
Responsabile della	Dirigente o funzionario, comunque in possesso di idonei requisiti professionali o di
gestione	professionalità tecnico archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo
documentale	informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.
Responsabile della	Soggetto al quale compete la definizione delle soluzioni tecniche ed organizzative in
sicurezza	attuazione delle disposizioni in materia di sicurezza.
Riferimento	Informazione contenente la data e l'ora con riferimento al Tempo Universale Coordinato
temporale	(UTC), della cui apposizione è responsabile il soggetto che forma il documento.
Scarto	Operazione con cui si eliminano, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i
	documenti ritenuti privi di valore amministrativo e di interesse culturale.
Scheda/e di	Elenco dei documenti informatici sottoposti a conservazione con il Contratto.
conservazione	
Sistema di	Strumento che permette di organizzare tutti i documenti secondo un ordinamento
classificazione	·



Sistema di	Insieme di hardware, software, politiche, procedure, linee guida, regolamenti interni,
conservazione	infrastrutture fisiche e organizzative, volto ad assicurare la conservazione elettronica
	dei documenti per il periodo di tempo specificato nel Contratto. Detto sistema tratta
	idocumenti informatici in conservazione in pacchetti informativi che si distinguono in
	pacchetti di versamento, pacchetti di archiviazione e pacchetti di distribuzione;
Sistema di gestione	Nell'ambito della pubblica amministrazione è il sistema di cui all'articolo 52 del D.P.R.
informatica dei	28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i
documenti	
Staticità	Caratteristica che indica l'assenza di tutti gli elementi dinamici, quali macroistruzioni,
	riferimenti esterni o codici eseguibili, e l'assenza delle informazioni di ausilio alla
	redazione, quali annotazioni, revisioni, segnalibri, gestite dal prodotto software
	utilizzato per la redazione;
Testo unico	Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive
	modificazioni.
Utente	Persona, ente o sistema che interagisce con i servizi di un sistema di gestione
	informatica dei documenti e/o di un sistema per la conservazione dei documenti
	informatici, al fine di fruire delle informazioni di interesse.
Validazione	Il risultato della procedura informatica con cui si attribuiscono, ad uno o più documenti
temporale	informatici, una data ed un orario opponibili ai terzi
Versamento agli	Operazione con cui il responsabile della conservazione di un'amministrazione statale
archivi di stato	effettua l'invio agli Archivi di Stato o all'Archivio Centrale dello Stato della
	documentazione destinata ad essere ivi conservata ai sensi della normativa vigente in
	materia di beni culturali.

Glossario degli Acronimi		
AgID	Agenzia per l'Italia Digitale	
CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni - "Codice dell'amministrazione digitale";	
CA - Certification	Soggetto autorizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale che garantisce l'identità dei	
Authority	soggetti che utilizzano la firma digitale;	
C.M.	Circolare Ministeriale;	
D.C.E.	Documento Clinico Elettronico	
D.I.C.O.M.	Digital Imaging and Communications in Medicine	
D.LGS.	Decreto Legislativo;	
D.M.	Decreto Ministeriale;	
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri;	
D.P.R.	Decreto Presidente della Repubblica;	
ETSI	European Telecommunications Standards Institute	
FTP server	programma che permette di accettare connessioni in entrata e di comunicare con un	
	Client attraverso il protocollo FTP	
HTTP (Hypertext	Protocollo di trasmissione, che permette lo scambio di file (testi, immagini grafiche,	
Transfer Protocol)	suoni, video e altri documenti multimediali) su World Wide Web;	



HTTPS (Secure	Protocollo di trasmissione, sviluppato da Netscape Communications Corporation, per la	
Hypertext Transfer	cifratura e decifratura dei dati trasmessi durante la consultazione di siti e pagine Internet.	
Protocol)	Corrisponde ad un'estensione del protocollo Internet standard HTTP	
	(Hypertext Transfer Protocol), attraverso il protocollo SSL;	
ICT - Information	Tecnologia dell'Informazione e delle Telecomunicazioni. Il dipartimento che gestisce i	
and	sistemi informatici e telematici;	
Communication		
Technology		
ISO –	Organizzazione internazionale per la standardizzazione, costituita da organismi	
International	nazionali provenienti da più di 75 paesi. Ha stabilito numerosi standard nell'area dei	
Organization for	sistemi informativi. L'ANSI (American National Standards Institute) è uno dei principali	
Standardization	organismi appartenenti all'ISO;	
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze;	
OAIS	ISO 14721:2012; Space Data information transfer system	
PdV	Pacchetto di Versamento	
PdA	Pacchetto di Archiviazione	
PdD	Pacchetto di Distribuzione	
PU	Pubblico Ufficiale	
PIN – Personal	Codice di sicurezza riservato che permette l'identificazione del soggetto abbinato ad un	
Identificatio	dispositivo fisico. Permette ad esempio l'attivazione delle funzioni del dispositivo di	
nNumber	firma;	
SSL – Secure	Protocollo standard per la gestione di transazioni sicure su Internet, basato sull'utilizzo	
Socket Layer	di algoritmi crittografici a chiave pubblica;	
TUDA	DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni - "Testo unico delle	
	disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";	
	·	



3. Normativa e Standard di riferimento

3.1 Normativa di riferimento

Principali riferimenti normativi italiani in materia alla data odierna:

- Codice Civile [Libro Quinto Del lavoro, Titolo II Del lavoro nell'impresa, Capo III Delle imprese commerciali e delle altre imprese soggette a registrazione, Sezione III Disposizioni particolari per le imprese commerciali, Paragrafo 2 Delle scritture contabili], articolo 2215 bis Documentazione informatica;
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 1409 del 30 settembre 1963 (Legge archivistica) all'art. 30 prevede che le cartelle cliniche siano conservate illimitatamente. Secondo le norme vigenti, inoltre, gli originali cartacei delle cartelle cliniche in quanto originali unici, non possono essere distrutti;
- Circolare Ministero della Sanità 19 dicembre 1986, n. 61 Circolare avente per oggetto il periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura;
- **Legge n. 241 del 7 agosto 1990** e s.m.i. *Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*;
- **Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445** e s.m.i. *Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*;
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. Codice in materia di protezione dei dati personali;
- Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 e s.m.i. Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio;
- Decreto Legislativo 7 marzo 2005 n. 82 e s.m.i. Codice dell'amministrazione digitale (CAD) e s. m.i.;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Permanente Stato Regioni del 4 aprile
 2012 Intesa sulle Linee Guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini. Normativa e prassi;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 febbraio 2013 Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 marzo 2013 Individuazione di particolari tipologie di documenti analogici originali unici per le quali, in ragione di esigenze di pubblicistica, permane l'obbligo della conservazione dell'originale analogico oppure, in caso di conservazione sostitutiva, la loro conformità all'originale deve essere autenticata da un notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato con dichiarazione da questi firmata digitalmente e allegata al documento informatico, ai sensi dell'art. 22, comma 5, del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e s. m. i.;
- **DPCM 3 dicembre 2013** *Regole tecniche per il protocollo informatico* ai sensi degli articoli 40 -bis, 41, 47, 57 -bis e 71, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005. (G.U. Serie Generale n. 59 del 11.04.2014) Parzialmente abrogato con decorrenza Determinazione AgID n. 407/2020 1° gennaio 2022;

Pag. 12 | 60



- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 giugno 2014 Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto articolo 21, comma 5, del decreto legislativo n. 82/2005;
- Regolamento (UE) N. 910/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014 in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE Regolamento eIDAS
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;
- Decreto della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia n. 15229 del 1 dicembre 2017, approvazione della versione 04 del Titolario di classificazione e Massimario di scarto della documentazione del sistema Sanitario e Socio-sanitario regionale lombardo;
- **Circolare AgID n. 2 del 18 aprile 2017,** recante le misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni;
- **Circolare AgID n. 2 del 9 aprile 2018**, recante i criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA;
- Circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018, recante i criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA;
- Regolamento UE 2018/1807, relativo a un quadro applicabile alla libera circolazione dei dati non personali nell'Unione europea;
- Decreto Legislativo n. 101 10 agosto 2018, che ha dettato disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.
- **Determinazione AgID n. 407 del 9 settembre 2020**, Adozione "Linee guida per la formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici" e relativi allegati;
- Circolare AgID n. 2 del 29 marzo 2021, recante integrazioni alla circolare AgID n. 2 del 9 aprile 2018 Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PAe alla circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018 Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA.
- Determinazione AgID n. 371 del 17 maggio 2021, modifiche al testo Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, allegato 5 Metadati, allegato 6 Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati ed estensione dei termini di entrata in vigore;
- Determinazione AGID n. 445 del 25 giugno 2021, Adozione del Regolamento sui criteri per la fornitura dei servizi di conservazione dei documenti informatici e relativi allegati, ai sensi dell'art. 34, comma 1bis, lett. B).



3.2 Standard di riferimento

Principali standard e specifiche tecniche di riferimento nell'ambito della conservazione dei documenti informatici e dei documenti amministrativi informatici.

- UNI 11386:2020 Standard SInCRO Supporto all'Interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti digitali (SInCRO);
- ETSI TS 101 533-1 V1.3.1 (2012-04) Technical Specification, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 1: Requirements for Implementation and Management (Requisiti per realizzare e gestire sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni);
- ETSI TR 101 533-2 V1.3.1 (2012-04) Technical Report, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 2: Guidelines for Assessors (Linee guida per valutare sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni);
- **ESI TS 119 512 V.1.1.1. (2020-01)** Eletrctronic Signatures and Infrastructures (ESI) Protocol for trust service providers providing long-term data preservation services;
- ISO/TR 18492:2005 Long-term preservation of electronic document-based information;
- **ISO 15489-1: 2006** Information and documentation -- Records management -- Part 1: General
- ISO 15489-2: 2007 Information and documentation—Records management. Part 2: Guidelines
- **ISO 15836:2009** Information and documentation The Dublin Core metadata element set, Sistema di metadata del Dublin Core.
- **ISO 23081-2:2009** Information and documentation Record management processes Metadata for records Part 2: Implementation issues;
- **ISO 23081-3:2011** Information and documentation Managing metadata for records Part 3: Self-assessment method;
- ISO 14721:2012 OAIS (Open Archival Information System), Sistema informativo aperto per l'archiviazione;
- ISO/IEC 27001:2013, Information technology Security techniques Information security management systems Requirements, Requisiti di un ISMS (Information Security Management System);
- **ISO 16363:2013** Space data and information transfer systems Audit and certification of trustworthy digital repositories;
- **ISO 16919:2014** Space data and information trans: fer systems Requirements for bodies providing audit and certification of candidate trustworthy digital repositories;
- ISO 9001:2015 Quality management systems Requirements;
- **ISO 11799:2015** Information and documentation- Document storage requirements for archive and library materials
- **ISO/TR 15801:2017** Document management. Electronically stored information. Recommendations for trustworthiness and reliability;
- **ISO 23081-1:2017** Information and documentation Record management processes Metadata for records Part 1: Principles;
- ISO 17068:2017 Information and documentation Trusted third party repository for digital



records;

- **ISO 19005-1:2019** Gestione documentale Il format PDF per la conservazione a lungo termine Parte 1: Uso del formato PDF1.4 (PDF/A-1);
- **ISO 19005-2:2019** Gestione documentale Il format PDF per la conservazione a lungo termine Parte 2: Uso della norma ISO 32000-1 (PDF/A-2);
- **ISO 19005-3:2019** Gestione documentale Il format PDF per la conservazione a lungo termine Parte 3: Uso della norma ISO 32000-1 con i file incorporati (PDF/A-3);
- **ISO/IEC 27001** Information technology Security techniques Information security management systems Requirements, Requisiti di un ISMS (Information Security Management System);
- **ISO/IEC 27017** Information technology -- Security techniques Code of practice for information security controls based on ISO/IEC 27002 for cloud services;
- ISO/IEC 27018 Information technology Security techniques Code of practice for protection of personally identifiable information (PII) in public clouds acting as PII processors;
- **Dicom 3.0** (Digital Imaging and Communications in Medicine, immagini e comunicazione digitali in medicina)
- Health Level 7 (HL7) versione 2.3.1 e 2.5
- Integrating the Healthcare Enterprise (IHE)
- SIARD Software Independent Archiving of Relational Databases 2.0
- Ministère de la culture et de la communication, Service interministériel des Archives de France, Standard d'échange de donnéès pour l'archivage. Transfert Communication Élimination Restitution Modification, ver. 2.1, 2018
- METS Metadata Encoding and Transmission Standard
- **PREMIS** PREservation Metadata: Implementation Strategies.
- EAD (3)/ISAD (G)
- EAC (CPF)/ISAAR (CPF)/NIERA (CPF)
- SCONS2/EAG/ISDIAH



4. Ruoli e responsabilità

4.1 Ruoli principali previsti nel processo di conservazione

In linea con quanto indicato dalle *Linee Guida* di AgID, la ASST individua i seguenti ruoli principali nel processo di conservazione:

Titolare dell'oggetto della conservazione: struttura organizzativa che ha la titolarità dei documenti da conservare.

Produttore dei PdV: chi assicura la trasmissione del pacchetto di versamento al sistema di conservazione, secondo le modalità operative definite nel manuale; provvede a generare e trasmettere al sistema di conservazione i pacchetti di versamento nelle modalità e con i formati concordati con il conservatore e nel manuale; provvede a verificare il buon esito della operazione di trasferimento al sistema di conservazione tramite la presa visione del rapporto di versamento prodotto dal sistema di conservazione stesso.

Utente abilitato: chi può richiedere al sistema di conservazione l'accesso ai documenti per acquisire le informazioni di interesse nei limiti previsti dalla legge e nelle modalità previste dal manuale.

Responsabile della conservazione: chi opera secondo quanto previsto dall'art. 44, comma 1-quater, del CAD (L'art. 44, comma 1-quater, del CAD prevede che: "Il responsabile della conservazione, che opera d'intesa con il responsabile del trattamento dei dati personali, con il responsabile della sicurezza e con il responsabile dei sistemi informativi, può affidare, ai sensi dell'articolo 34, comma 1-bis, lettera b), la conservazione dei documenti informatici ad altri soggetti, pubblici o privati, che offrono idonee garanzie organizzative, e tecnologiche e di protezione dei dati personali. Il responsabile della conservazione della pubblica amministrazione, che opera d'intesa, oltre che con i responsabili di cui al comma 1-bis, anche con il responsabile della gestione documentale, effettua la conservazione dei documenti informatici secondo quanto previsto all'articolo 34, comma 1- bis"). Il responsabile della conservazione definisce e attua le politiche complessive del sistema di conservazione e ne governa la gestione con piena responsabilità ed autonomia.

In particolare, il responsabile della conservazione della ASST si occupa delle seguenti attività:

- definisce le politiche di conservazione, in conformità alla normativa vigente e tenuto conto degli standard internazionali;
- sottoscrive il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal manuale;
- assicura la presenza di un pubblico ufficiale, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento, garantendo allo stesso l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delleattività al medesimo attribuite;
- provvede per le amministrazioni statali centrali e periferiche a versare i documenti informatici, le aggregazioni informatiche e gli archivi informatici, nonché gli strumenti che

Pag. 16 | 60



ne garantiscono la consultazione, rispettivamente all'Archivio centrale dello Stato e agli archivi di Stato territorialmente competenti, secondo le tempistiche fissate dall'art. 41, comma 1, del Codice dei beni culturali;

• predispone il manuale di conservazione e ne cura l'aggiornamento periodico in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti.

Il Responsabile della conservazione ha delegato al Responsabile del Servizio di conservazione del Conservatore le seguenti funzioni e attività specificate nell'Atto di Affidamento¹:

- definire le caratteristiche e i requisiti del sistema di conservazione in funzione della tipologia dei documenti da conservare individuati nel Capitolato tecnico alla Gara 06/2017/LI, della quale tiene evidenza, in conformità alla normativa vigente, al Manuale di Conservazione ed alle Specificità di Contratto, la definizione degli aspetti tecnico- operativi nonché le modalità di trasferimento da parte dell'ASST dei documenti informatici versati in conservazione;
- gestire il processo di conservazione garantendo nel tempo la conformità alla normativa vigente;
- generare il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- generare e sottoscrivere il pacchetto di distribuzione con Firma Digitale nei casi previsti dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- effettuare il monitoraggio della corretta funzionalità del sistema di conservazione;
- assicurare la verifica periodica, con cadenza non superiore a 36 mesi, dell'integrità degli archivi e della leggibilità degli stessi;
- adottare misure per rilevare tempestivamente l'eventuale degrado dei sistemi di memorizzazione e delle registrazioni, al fine di garantire la conservazione e l'accesso ai documenti informatici, e, ove necessario, per ripristinare la corretta funzionalità; il conservatore adotta analoghe misure con riguardo all'obsolescenza dei formati;
- provvedere alla duplicazione o copia dei documenti informatici in relazione all'evolversi del contesto tecnologico, secondo quanto previsto dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- adottare le misure necessarie per la sicurezza fisica e logica del sistema di conservazione come previsto dalle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici;
- richiedere la presenza di un pubblico ufficiale, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento, garantendo allo stesso l'assistenza per l'espletamento delle attività al medesimo attribuite;
- assicurare agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e si vigilanza;

_

¹ Atto di Affidamento sottoscritto dal Direttore Generale della ASST in data 02/08/2019



in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti, curare l'aggiornamento periodico del Manuale di Conservazione del conservatore.

Rimane in ogni caso inteso che la responsabilità giuridica generale sui processi di conservazione, non essendo delegabile, rimane in capo al Responsabile della Conservazione dell'ASST, chiamato altresì a svolgere le necessarie attività di verifica e controllo in ossequio alle norme vigenti sui servizi affidati in outsourcing dalle PA.

Conservatore: persona fisica o persona giuridica che si occupa della conservazione. Il conservatore può anche essere un soggetto esterno alla PA.

La tabella successiva riassume i ruoli effettivi presso ASST.

Ruolo	Dettaglio
Titolare dell'oggetto della	ASST Rhodense
conservazione	
Soggetto Produttore del	ASST Rhodense crea i PdV tramite pre-impostazione del
PdV	sistema alimentante e invia tramite connessione diretta
	con il Servizio di conservazione
Utente abilitato	Personale interno ASST Rhodense
Responsabile della	Per il Responsabile della Conservazione si fa riferimento alla
conservazione	delibera n. 1025 dell'11/11/2021
Conservatore (Responsabile	Per il conservatore si fa riferimento alla delibera n. 216 del
del Servizio	21/02/2019
di conservazione)	

4.2 Responsabilità del sistema di conservazione presso l'ASST Rhodense

Come richiesto dalle Linee Guida AgID (§ 4.6, lettera a) di seguito sono elencati i soggetti che nel tempo hanno assunto la responsabilità del sistema di conservazione

Cronologia	Responsabile interno	Conservatore	Documenti conservati
2006		Fujifilm Medical Systems ²	PACS – Larca (<i>Picture</i>
			Archiving and Communication
			System)
			conservazione immagini
			radiologiche e referti
2009 - 2017	Guido Meregalli,	Fujifilm Medical Systems	- Sistema di Conservazione
	dirigente AO Salvini,	2006-2009 ³	Legale Immagini Scryba
	USC Sistemi informativi		(Picture Archiving and

² DG 1027/2006

³ DG 567/2009



	– Responsabile della		Communication System -
	Conservazione Legale		PACS)
	Sostitutiva (DG		- Estensione della
	343/2010)		conservazione legale
			sostitutiva referti firmati
			digitalmente CRS SISS
		Dal 2010 MEDAS	SCRYBA 3:
			DICOM = Immagini
			diagnostiche (dal 2010)
			DCE = Documenti clinici
			elettronici – Referti, Verbali,
			Lettere di dimissione (dal
			2011)
2017 - 2021	Veronica Bruno,	MEDAS fino ad aprile	DICOM
	Responsabile della	2019	DCE
	Conservazione Legale		
	Sostitutiva (DG		DAE2 (fatture) - Conservate
	494/2017)	Hub regionale	presso Hub Regionale ⁴
		Da aprile 2019 RTI ARUBA	DICOM – Immagini
		S.p.A., Eos Reply S.r.l,	diagnostiche
		Gmed S.r.l	DCE – Referti, Verbali, lettere
			di dimissione
			DAE – Delibere, determine
			doc. protocollati, doc. ufficio
			personale, repertori
			DAE2 – Fatture
			Per maggiore dettaglio vedi tabella
2021	Dior Doolo Dologo	DTI ADIIDA C A Faa	al paragrafo 6 di questo Manuale
2021	Pier Paolo Balzamo,	RTI ARUBA S.p.A., Eos	DICOM – Studi diagnostici
	Responsabile della	Reply S.r.l, Gmed S.r.l	DCE – Referti, Verbali, lettere
	conservazione (DG		di dimissione
	1025/2021)		DAE – Delibere, determine
			doc. protocollati, doc. ufficio
			personale, repertori DAE2 – Fatture
			Per maggiore dettaglio vedi tabella
			al paragrafo 6 di questo Manuale

4.3 Profili professionali responsabili presso il Conservatore

Il processo di conservazione prevede inoltre le seguenti figure responsabili:

- Responsabile del servizio di conservazione;
- Responsabile della funzione archivistica di conservazione;

Pag. 19 | 60

⁴ Dati tratti da Draft_Verbale Analisi_ASST Rhodense in P:\GESTIONE DOCUMENTALE\CONSERVAZIONE LEGALE-ARUBA\VERBALE PRESA IN CARICO PREGRESSO



- Responsabile del trattamento dei dati personali, ora Responsabile della protezione deidati personali (DPO)
- Responsabile della sicurezza dei sistemi per la conservazione;
- Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione;
- Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione Per le attività associate a ciascuna delle figure elencate fare riferimento alla tabella sotto.

Ruoli	Attività di competenza
Responsabile del servizio	Le attività affidate dal Responsabile della conservazione con l'Atto di
diconservazione	Affidamento e indicate sopra.
Responsabile Sicurezza dei	Rispetto e monitoraggio dei requisiti di sicurezza del sistema di conservazione stabiliti
sistemi per la	dagli standard, dalle normative e dalle politiche e procedure interne di sicurezza;
conservazione	segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione e
	individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive.
Responsabile funzione	Definizione e gestione del processo di conservazione, incluse le modalità di trasferimento da
archivistica di conservazione	parte del produttore, di acquisizione, verifica di integrità e descrizione archivistica dei
	documenti e delle aggregazioni documentali trasferiti, di esibizione, di accesso e fruizione
	del patrimonio documentario einformativo conservato; definizione del set di metadati di
	conservazione dei documenti e dei fascicoli informatici; monitoraggio del processo di
	conservazione e analisi archivistica per lo sviluppo di nuove funzionalità delsistema di
	conservazione; collaborazione col Produttore ai fini del trasferimento in conservazione, della
	selezione e della gestione dei rapporti
	con il Ministero dei beni e delle attività culturali per quanto di competenza.
Responsabile	Garanzia del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali;
trattamento dati	garanzia che il trattamento dei dati affidati dal Produttore avverrà nel rispetto delle
personali	istruzioni impartite dal titolare del trattamento deidati personali, con garanzia di sicurezza
	e di riservatezza. In particolare tenuto a:
	a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabiledel
	trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi
	derivanti dal Regolamento UE 2016/679 nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
	b) sorvegliare l'osservanza del Regolamento UE 2016/679, di altre disposizioni relative alla
	protezione dei dati nonché delle politiche del titolaredel trattamento in materia di
	protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la
	sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
	c) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione
	dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 delRegolamento UE 2016/679;
	d) cooperare con l'autorità di controllo; e
	e) fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al
	trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo36 del Regolamento UE
	2016/679, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione.



	Nell'eseguire i propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della
	natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.
Responsabile sistemi	Gestione dell'esercizio delle componenti hardware e software del sistema di
informativi per la	conservazione; monitoraggio del mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con
conservazione	il fornitore; segnalazione delle eventuali difformità degli SLA al Responsabile del servizio
	di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive;
	pianificazione dello sviluppodelle infrastrutture tecnologiche del sistema di conservazione;
	controllo e verifica dei livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali
	difformità al Responsabile del servizio di conservazione.
Responsabile sviluppo e	Coordinamento dello sviluppo e manutenzione delle componenti hardware esoftware del
manutenzione del sistema	sistema di conservazione; pianificazione e monitoraggio dei progetti di sviluppo del sistema
diconservazione	di conservazione; monitoraggio degli SLA relativi alla manutenzione del sistema di
	conservazione; interfaccia col Produttore relativamente alle modalità di trasferimento dei
	documenti e fascicoli informatici in merito ai formati elettronici da utilizzare,
	all'evoluzione tecnologica hardware e software, alle eventuali migrazioni
	verso nuove piattaforme tecnologiche; gestione dello sviluppo di siti web eportali connessi al
	servizio di conservazione.

Per i nominativi e relativi dati dei soggetti che nel tempo, presso il Conservatore, hanno assunto particolari funzioni e responsabilità in riferimento al sistema di conservazione, si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.



5. Organizzazione e ruoli

Struttura organizzativa dell'ASST e funzioni dei diversi soggetti che intervengono nel processo di conservazione

ASST RHODENSE

UOC Affari Generali

Responsabile della Conservazione

Responsabile della Gestione Documentale, del Protocollo informatico, dei flussi documentali e degli Archivi

> Responsabile del trattamento dei dati personali

UOC ASII

Responsabile della Sicurezza

Responsabile dei Sistemi informativi

SERVIZIO DI CONSERVAZIONE ESTERNO

Responsabile del Servizio di Conservazione

Responsabile della funzione archivistica di conservazione

Responsabile del trattamento dei dati personali

Responsabile della Sicurezza dei sistemi per la conservazione

Responsabile dei Sistemi informativi per la conservazione

Responsabile sviluppo e manutenzione del sistema di conservazione



6. Oggetti sottoposti a conservazione

In questo capitolo sono descritte le tipologie degli oggetti e dei pacchetti informativi contenuti nel sistema e sottoposti a conservazione.

6.1 Oggetti conservati

Nel paragrafo sono elencate e descritte le tipologie di documenti sottoposti a conservazione e le relative politiche di conservazione. Per ciascuna tipologia sono elencati e descritti i relativi formati utilizzati (e la versione) dei file.

Le tipologie di documento oggetto di conservazione presso il Conservatore per l'ASST Rhodense possono essere:

- **documenti informatici:** sono la "rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti" (CAD, D.Lgs n. 82/2005, art. 1, comma 1.p).
 - Il documento informatico deve essere identificato in modo univoco e persistente.
 - Il documento informatico deve essere integro e immodificabile, cioè non alterabile nel suo accesso, gestione e conservazione.
 - Il documento informatico deve avere provenienza certa e certezza dell'autore⁵;
- documenti amministrativi informatici: ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005, art. 23 ter: "Gli atti formati dalle pubbliche amministrazioni con strumenti informatici, nonché i dati e i documenti informatici detenuti dalle stessi". Ad esempio: la segnatura di protocollo, la fattura elettronica, il fascicolo sanitario.
 - Al documento amministrativo informatico viene associato l'insieme dei metadati previsti per la registrazione di protocollo ai sensi dell'art 53 del TUDA, nonché i metadati relativi alla classificazione e ai tempi di conservazione e quelli relativi all'aggregazione informatica d'appartenenza;
- documenti rilevanti a fini tributari: fatture attive e passive e altri documenti fiscali;
- documenti clinici elettronici: possono contenere informazioni su osservazioni cliniche dirette, quali rivelazioni di anamnesi, segni vitali o sintomi, osservazioni indirette, derivanti, ad esempio da diagnostica strumentale, esami di laboratorio o rappresentazione iconografica di resoconti radiologici, oppure opinioni mediche quali valutazioni di osservazioni cliniche, consulti e consulenze, obiettivi da raggiungere o piani diagnostico terapeutici, azioni di natura clinico-sanitaria atte a generare osservazioni cliniche ed opinioni mediche.

Le diverse tipologie di documenti informatici possono essere prodotte dall'ASST in una delle

_

⁵ Linee Guida AgID, 2020, par. 2.1.1



seguenti modalità:

- a. redazione tramite l'utilizzo di appositi strumenti software;
- b. acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di un documento analogico;
- c. registrazione informatica delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari;
- d. generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più basi dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica.

La Tabella successiva riassume le classi documentali gestite dal conservatore.

Classi documentali
Fatture PA Attive
Fatture PA Passive
Notifiche SDI Fatture PA Attive
Notifiche SDI Fatture PA Passive
RPT (Richiesta Pagamento Telematico) PagoPA
RT (Ricevuta Telematica) PagoPA
Registro Unico Fatture
Fascicolo Gare telematiche
Pec ASST Rhodense
Delibere
Determine
Documenti Protocollati
Repertori
Cartellini
Cedolini
CU
LOG Cedolini
LOG CU
DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine)
Lettere di Dimissioni
Referti Ambulatoriali



Referti Anatomia Patologica
Referti di Laboratorio
Referti di Radiologia
Verbali di Pronto Soccorso
Verbali operatori
Ricette Dematerializzate Erogate
Ricette Dematerializzate Erogate Annullate
Ricette Dematerializzate Prescritte
Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate

Per ciascuna classe documentale sono riportati di seguito alcuni dettagli identificativi e di servizio.

1. Fatture PA Attive

1. Tatture I A Attive	<u></u>
Classe documentale	Fatture PA Attive
Livello 1	DAE2
Descrizione	Fatture Attive verso la PA
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro l'anno successivo la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

2. Fatture PA Passive

Z. Tatture I II I assive	-
Classe documentale	Fatture PA Passive
Livello 1	DAE2
Descrizione	Fatture Passive da PA e fornitori
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro l'anno successivo la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

3. Notifiche SDI Fatture PA Attive

Classe documentale	Notifiche SDI Fatture PA Attive
Livello 1	DAE2



Descrizione	Notifiche SDI relative a Fatture Attive verso la PA
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro due anni successivi la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

4. Notifiche SDI Fatture PA Passive

	1. Notifiene SD11 acture 1711 assive	
Classe documentale	Notifiche SDI Fatture PA Passive	
Livello 1	DAE2	
Descrizione	Notifiche SDI relative a Fatture Passive da PA e	
	fornitori	
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione	
Fornitore del sistema alimentante	Aria	
Formato	XML, P7M	
Frequenza di versamento	Annuale	
Tempo entro il quale trasferire i	Entro due anni successivi la data di competenza	
documenti al sistema di conservazione	Entro due anni successivi la data di competenza	
Tempo di scarto	10 anni	
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa	
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile	
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite	

5. RPT (Richiesta Pagamento Telematico) PagoPA

Classe documentale	Richiesta di pagamento telematico
Livello 1	DAE
Descrizione	Richiesta di pagamento telematico emessa
	dall'Ente Creditore, definisce gli elementi necessari
	a caratterizzare il pagamento da effettuare
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, PDF, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro l'anno successivo la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

6. RT (Ricevuta Telematica) PagoPA

Classe documentale	Ricevuta Telematica



Livello 1	DAE
Descrizione	Ricevuta Telematica restituita da un Prestatore di Servizi di Pagamento a fronte di pagamento individuato da una RPT
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, PDF, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro l'anno successivo la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

7. Registro Unico Fatture

7. Registro offico rattur	<u> </u>
Classe documentale	Registro Unico Fatture
Livello 1	DAE
Descrizione	Registro Unico delle fatture
Sistema Alimentante	Hub Regionale Fatturazione
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, PDF, P7M, ZIP
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro l'anno successivo la data di competenza
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 5. Risorse finanziarie e gestione contabile
	Sottoclasse 03 Gestione entrate-uscite

8. Fascicolo Gare Telematiche

Classe documentale	Gare telematiche
Livello 1	DAE
Descrizione	Documentazione gare telematiche: report, offerte, verbali della commissione giudicatrice, comunicazioni di procedura, indice del fascicolo, ecc.
Sistema Alimentante	SINTEL
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	7z, ace, csv, dat, data, dib, doc, docm, docx, dot, dotm, dotx, dwf, dwfx, dwg, dxf, eml, gif, htm, html, ico, Jfi, jfif, jif, jpe, jpeg, jpg, json, lnk, lwp, m7m, mbox, mdb, mde, mht, mp3, msg, odb, odc, odf, odf, odg, ods, odt, p7m, p7s, pdf, php, png, pot, potm, potx, ppa, ppam, pps, ppsm, ppsx, ppt, pptm, pptx, ppz, psd, rar, rtf, sxw, thmx, tif, tiff, tsd, tsr, txt, vcf, webm, wmz, xla, xlam, xls, xlsb, xlsm, xlsx, xlt, xltm, xltx, xml, xsl, zip,



Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i	180 giorni dopo la chiusura del fascicolo
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni / 10 anni / 20 anni / illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 6. Gestione e organizzazione del
	patrimonio.
	Sottoclasse 03 Acquisizione e gestione di
	beni mobili / generi di consumo e di servizi

9. PEC ASST Rhodense

7. FEC ASST KIIOUEIISE	
Classe documentale	PEC ASST Rhodense
Livello 1	DAE
Descrizione	Messaggi Posta Elettronica Certificata in ingresso
	(comprese PEO) e uscita pervenuti nella/e casella
	PEC
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIAV
Formati accettati come allegati	odc, odb, odg, odf, ods, odt, docx, xlsx, gif, jpg, png, tiff, eml, html, json, txt, msword, rtf, xls, msg, 7z, rar,zip, dwg, ppt, pdf, xml
Frequenza di versamento	Istantanea
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	Vari da correlare alle singole tipologie di
	documento

10. Delibere

Classe documentale	Delibere
Livello 1	DAE
Descrizione	Delibere - Atti di direzione
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIAV
Formato	.PDF, .P7M, .M7M, .TSD
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 1. Amministrazione Generale
	Sottoclasse 01 Normativa e provvedimenti

11. Determine

Classe documentale	Determine - Atti di direzione
Livello 1	DAE
Descrizione	Delibere - Atti di direzione



Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIAV
Formato	.PDF, .P7M, .M7M, .TSD
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 1. Amministrazione Generale
	Sottoclasse 01 Normativa e provvedimenti

12. Documenti protocollati

Classe documentale	Documenti protocollati
Livello 1	DAE
Descrizione	Documenti oggetto di protocollo
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIAV
Formato	doc, docx, ppt, xls, xslx, rar, xml, tiff, odt, ods, jpg, jpeg, dwg, dxf, bpm, csv, png, tsd, tsr,p7m, p7s, dat, pps, log, tsr, ppsx, msg, txt, ppt, pptx, m7m, wmf, odb, odg, odp, ods, xlsd, emz, gif, htm, html, jpe, rtf, ott, tif,7Z, JSON, mp3, png, doc
Frequenza di versamento	Quotidiana
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Vari da correlare alle singole tipologie di
	documenti
Codice prontuario di scarto	Vari da correlare alle singole tipologie di
	documenti

13. Repertori

13. Repertori	
Classe documentale	Repertori
Livello 1	DAE
Descrizione	Registri di protocollo, deliberazione, contratti,
	convenzioni, ecc.
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIAV
Formato	.PDF, .PDF/A
Frequenza di versamento	Quotidiana
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 7. Sistemi Informativi e comunicazione
	Sottoclasse 01 Sistema documentale

14. Cartellini



Classe documentale	Cartellini
Livello 1	DAE
Descrizione	Cartellini timbrature risorse umane
Sistema Alimentante	SIGMA
Fornitore del sistema alimentante	GPI
Formato	.PDF
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un anno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 4. Risorse Umane
	Sottoclasse 06 Retribuzioni e compensi

15. Cedolini

Classe documentale	Cedolini
Livello 1	DAE
Descrizione	Cedolini risorse umane
Sistema Alimentante	SIGMA
Fornitore del sistema alimentante	GPI
Formato	.PDF
Frequenza di versamento	Semestrale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro sei mesi
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 4. Risorse Umane
	Sottoclasse 06 Retribuzioni e compensi

16. CU

Classe documentale	CU
Livello 1	DAE
Descrizione	CU Certificazioni Uniche risorse umane
Sistema Alimentante	SIGMA
Fornitore del sistema alimentante	GPI
Formato	.PDF
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un anno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 4. Risorse Umane
	Sottoclasse 06 Retribuzioni e compensi

17. LOG Cedolini

171 Eed cedomii	
Classe documentale	LOG Cedolini



Livello 1	DAE
Descrizione	LOG pubblicazione Cedolini risorse umane
Sistema Alimentante	SIGMA
Fornitore del sistema alimentante	GPI
Formato	.PDF
Frequenza di versamento	Semestrale
Tempo entro il quale trasferire i	Semestrale
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 4. Risorse Umane
	Sottoclasse 06 Retribuzioni e compensi

18. LOG CU

Classe documentale	LOG CU
Livello 1	DAE
Descrizione	LOG pubblicazione Certificazioni Uniche risorse
	umane
Sistema Alimentante	SIGMA
Fornitore del sistema alimentante	GPI
Formato	.PDF
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un anno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 1. Area Amministrativa
	Classe 4. Risorse Umane
	Sottoclasse 06 Retribuzioni e compensi

19. DICOM /Digital Imaging and Communications in Medicine

Classe documentale	DICOM
Livello 1	DICOM
Descrizione	Studi diagnostici iconografici in formato DICOM
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	DICOM
Frequenza di versamento	Entro 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 Anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali

20. Lettere di dimissioni

Classe documentale	Lettere di Dimissioni



Livello 1	DCE
Descrizione	Lettere di dimissioni – Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 3. Assistenza Ospedaliera
	Sottoclasse 02 Ricovero

21. Referti Ambulatoriali

Classe documentale	Referti Ambulatoriali
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti Ambulatoriali - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	10 anni; 30 anni per attività chirurgica
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali

22. Referti Anatomia Patologica

22. Referti Anatomia Patologica	
Classe documentale	Referti Anatomia Patologica
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti Anatomia Patologica - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	50 anni se campione patologico unico, altrimenti 5
	anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali



23. Referti di Laboratorio

Classe documentale	Referti di Laboratorio
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti di Laboratorio - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali

24. Referti di Radiologia

24. Keleiti di Kadibibgia	
Classe documentale	Referti di Radiologia P7M
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti di Radiologia - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali

25. Verbali di Pronto Soccorso

Classe documentale	Verbali di Pronto Soccorso
Livello 1	DCE
Descrizione	Verbali di Pronto Soccorso - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato



Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 2. Pronto Soccorso
	Sottoclasse 02 Attività Emergenza - urgenza

26. Verbali Operatori

Classe documentale	Verbali Operatori
Livello 1	DCE
Descrizione	Verbali Operatori - Documento Clinico
	Elettronico
Sistema Alimentante	Galileo
Fornitore del sistema alimentante	DEDALUS
Formato	.P7M
Frequenza di versamento	Ogni 15 minuti
Tempo entro il quale trasferire i	Entro un giorno
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 3. Assistenza Ospedaliera
	Sottoclasse 02 Ricovero (ordinario, day hospital,
	day surgery)

27. Ricette Dematerializzate Erogate

L/. Micette Dematerianza	ate Li ogate
Classe documentale	Ricette Dematerializzate Erogate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate erogate
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	.ZIP, .XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i	Al momento della creazione del documento
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni; illimitato se in cartella clinica
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali
	Prescrizione –proposta - ricetta per richieste
	di prestazionisanitarie

28. Ricette Dematerializzate Erogate Annullate

20. Meette Dematerianzz	
Classe documentale	Ricette Dematerializzate Erogate Annullate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	.ZIP, .XML



Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i	Al momento della creazione del documento
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni; illimitato se in cartella clinica
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali
	Prescrizione –proposta - ricetta per richieste
	di prestazionisanitarie

29. Ricette Dematerializzate Prescritte

Z J. MICCUC Delliaterianizza	ate 11 escritte
Classe documentale	Ricette Dematerializzate Prescritte
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate prescritte
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	.ZIP, .XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i	Al momento della creazione del documento
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni; illimitato se in cartella clinica
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali
	Prescrizione –proposta - ricetta per richieste
	di prestazionisanitarie

30. Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate

Ju. Micette Delliatei ializza	ate i rescritte Annunate
Classe documentale	Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate prescritte e
	annullate
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	.ZIP, .XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i	Al momento della creazione del documento
documenti al sistema di conservazione	
Tempo di scarto	5 anni; illimitato se in cartella clinica
Codice prontuario di scarto	Titolo 3. Area Ospedaliera
	Classe 4. Assistenza ambulatoriale
	Sottoclasse 01 Prestazioni ambulatoriali
	Prescrizione –proposta - ricetta per richieste
	di prestazionisanitarie



6.2 Metadati minimi dei documenti conservati

Le successive tabelle illustrano i metadati minimi relativi al **Documento informatico**, al **Documento Amministrativo informatico** e alle **Aggregazioni Documentali informatiche** previsti dalle *Linee Guida*. Tali metadati devono essere organizzati in file .xml associati indissolubilmente al documento. Metadati specifici, individuati appositamente per ogni tipologia di classe documentale mandata in conservazione, possono essere previsti e vanno elencati in documenti 'ad hoc' condivisi con il conservatore.

6.2.1 Metadati del documento informatico

	Documento Informatico				
Metadato	Descrizione	Campi/ Sottocampi	Valori Ammessi	Obbligatorio	Tipo dato
IdDoc	Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanenteal documento informatico in modo da consentirne	Impronta crittografica del documento			
	l'identificazione. Inoltre, rappresenta le	/ Impronta	Rappresenta l'hash del documento Rappresenta l'algoritmo	SI SI	Alfanumerico Alfanumerico
	informazioni necessarie per verificare l'integrità del	/ Algoritmo	applicato		
	documento.	Identificativo	Come da sistema di identificazione formalmente definito	SI	Alfanumerico
Modalità formazione documento	Modalità di generazione del documento informatico: a) creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato 2 delle Linee Guida; b) acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto		a, b, c, d	SI	Alfanumerico
	informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di undocumento analogico; c) memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni oprocessi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente;				

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it



	T	I		1	
Tipologia documentale Dati di Registrazione	d) generazione o raggruppamento anchein via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica Metadato testuale libero per indicare letipologie documentali trattate Metadato che comprende i dati di registrazione del documento sia nel caso di documento protocollato che	Tipologia di flusso	• in Uscita • in Entrata; • Interno	SI SI	Alfanumerico Alfanumerico
	non protocollato. Si intende per registrazionel'operazione che, in senso lato, associa adun documento	Tipo Registro	Nessuno Protocollo Ordinario Protocollo Emergenza Repertorio/Registro	SI	Alfanumerico
	una data e un numero. In tale ottica, quindi potrebbe non essere identificabile uno specifico registro, ma sono sempre identificabili una data di registrazione e un numero di registrazione del documento.	Data di Registrazione	nel caso di documento non protocollato: • Data di registrazione del Documento/Ora di registrazione del Documento nel caso di documento protocollato: • Data di registrazione di protocollo/Ora di protocollazione del Documento	SI	DateTime
		Numero Documento	nel caso di documento non protocollato: • Numero di registrazione del documento nel caso di documento protocollato: • Numero di protocollo	SI	Alfanumerico
		CodiceRegistro	Codice identificativo del registro in cui ildocumento viene registrato	SI, nel caso in cui il tipo registro sia protocollo ordinario o protocollo di emergenza o repertorio / registro	Alfanumerico
Soggetti	Indica il metadato che consente di individuare le informazioni relative a tutti i soggetti coinvolti e competenti suldocumento a vario titolo e definiti dal campo Ruolo.	Ruolo	Autore Mittente Destinatario Assegnatario Operatore Produttore RDG (Responsabile della Gestione Documentale) RSP (Responsabile del Servizio di Protocollo) Soggetto che effettua la registrazione Altro	SI, al fine di rendere i dati di registrazione univoci deve essere sempre indicato il soggetto che effettua la registrazione del documento. Obbligatorio indicare inoltre almeno l'autore o il mittente. Nel caso di	Alfanumerico

Pag. 37 | 60



			documento	
			protocollato deve	
			essere	
			obbligatoriamente	
			indicato il	
			mittente.	
			Per "Operatore" si	
			intende il	
			soggetto	
			autorizzato ad	
			apportare	
			modifiche/	
			integrazioni al	
			documento, la cui	
			definizione si	
			renderà	
			obbligatoria nel	
			caso in cui venga	
			compilato il	
			metadato	
			"Tracciature	
			modifiche	
			documento".	
	Tipo soggetto	PF per Persona Fisica	SI	Alfanumerico
		PG per Persona Giuridica		
		AS per Assegnatario		
		PAI per le Amministrazioni		
		Pubbliche Italiane		
		PAE per le Amministrazioni		
		Pubbliche Estere (valido solo		
		nei flussi in entrata)		
		• RUP		
		SW Produttore (per i		
		documenti prodotti		
-	DE	automaticamente)	CI	A16
	PF	Cognome	SI SI	Alfanumerico
		Nome		Alfanumerico
		Codice fiscale	NO	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	NO	
	PG	Denominazione Organizzazione	SI	Alfanumerico
		Codice Fiscale / Partita IVA	NO	Alfanumerico
		Denominazione Ufficio	NO	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	NO	Alfanumerico
	PAI	i	SI	Alfanumerico
	PAI	Denominazione	31	Allallulllerico
		Amministrazione / Codice IPA		
		Denominazione	NO	Alfanumerico
		Amministarzione AOO / Codice		
		IPA AOO		
		Denominazione	NO	Alfanumerico
		Amministrazione UOR / Codice		
		IPA UOR		
		Indirizzi digitali di riferimento	NO	Alfanumerico
	PAE	Denominazione	SI	Alfanumerico
		Amministrazione	<u> </u>	, manamento
			NO	Alfanumerico
		Denominazione Ufficio		
		Indirizzi digitali di riferimento	NO	Alfanumerico
	AS	Cognome	NO	Alfanumerico
	 	Nome	NO	Alfanumerico
		Codice Fiscale	NO	Alfanumerico
		Cource i iscale		
			SI	Alfanumerico
		Denominazione Organizzazione	SI SI	Alfanumerico
			SI SI NO	Alfanumerico Alfanumerico Alfanumerico

Pag. 38 | 60



		SW	Denominazione Sistema	SI	Alfanumerico
Chiave descrittiva	Metadato funzionale volto a riassumere il contenuto del documento o comunque a chiarirne la	Oggetto	Testo libero	SI	Alfanumerico
	natura	Parole chiave	Testo libero	NO	Alfanumerico
Allegati	Indica il numero di allegati al documentoe, nell'eventualità che il numero di allegati indicati sia	Numero allegati	Inserire un numero intero compreso tra 0 e 9999	SI	Numerico
	maggiore di zero, devono essere compilati, in modalità ricorsiva, i	Indice allegati	Da indicare per ogni allegato se Numero allegati > 0		Alfanumerico
	dati: • IdDoc: Identificativo del documento	/ IdDoc	IdDoc allegato	SI, se allegati > 0	Alfanumerico
	relativo all'allegato • Descrizione: Titolo dell'allegato	/ Descrizione	Testo libero	SI, se allegati > 0	Alfanumerico
Classificazione	Secondo il Piano di classificazione utilizzato, sia	Indice di classificazione	Codifica secondo il Piano di classificazione adottato	NO	Alfanumerico
	nel caso di documento protocollato che non	Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione	NO	Alfanumerico
	protocollato	Piano di classificazione	URI del Piano di classificazione pubblicato	NO	Alfanumerico
Riservato. Consente di gestire gli accessi al documento al solo personale autorizzato	Rappresenta il livello di sicurezza diaccesso al documento		Vero: se il documento è considerato riservato Falso: se il documento non è considerato riservato	SI	Boolean
Identificativo del formato	Indica il formato del documento e la versione del software utilizzato per la	Formato	Previsti dall'Allegato 2 delle Linee guida	SI	Alfanumerico
deriormato	creazione del documento stesso.	Prodotto software	Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativaversione		Alfanumerico
		/ Nome prodotto		SI, quando reperibile	Alfanumerico
		/ Versione prodotto		SI, quando reperibile	Alfanumerico
		/ Produttore		SI, quando reperibile	Alfanumerico
Verifica	Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie	Firmato Digitalmente	• Vero • Falso	SI, nel caso di formazione doc = a/b	Boolean
	immagine nelle modalità di formazione del documento informatico previste nelle Linee Guida.	Sigillato Elettronicamen te	• Vero • Falso	SI, nel caso di formazione doc = a/b	Boolean
	Helle Linee Guida.	Marcatura Temporale	• Vero • Falso	SI, nel caso di formazione doc = a/b	Boolean
		Conformità copie immagine su supporto informatico	• Vero • Falso	SI, nel caso di formazione doc = b	Boolean
IdAgg	Identificativo univoco del fascicolo o della serie come definito nella tabella dedicata alle aggregazioni documentali.		Identificativo del fascicolo o della serie.	NO	Alfanumerico



IdDocumento	Identificativo univoco e persistente		IdDocumento principale	SI, se presente il	
Principale	delDocumento principale.			documento principale	
Nome	Nome del documento così come			Si	Alfanumerico
documento	conosciuto all'esterno				
Versionedel	Versione del documento		Indicare la versione del	SI	Alfanumerico
documento			documento		
Tracciature modifiche documento	Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui esse sono stateeffettuate. L'autore delle	Tipo modifica	AnnullamentoRettificaIntegrazioneAnnotazione	SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	Alfanumerico
modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo "Operatore".		Soggetto autore della modifica	Come da ruolo = Operatore definito nelmetadato Soggetti	SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	Alfanumerico
		Data modifica/Ora modifica		SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	Date/Time
		IdDoc versione precedente	Identificativo documento versione precedente	SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	
Tempo di conservazione	Tempo di conservazione del documento desunto dal Piano di conservazione integrato con il Piano di classificazione (ove presenti) o prescritto dalla normativa salvo contenzioso. In generale il tempo di conservazione a livello di singolo documento deve essere indicato solo qualora esso presenti un tempo di conservazione distinto da quello assegnato all'aggregazione documentale informatica a cui il documento stesso appartiene. Espresso in numero di anni, il valore 9999 indica un tempo di conservazione "Permanente".		Indicare numero di anni come da piano di classificazione; indicare 9999 per un tempo di conservazione perenne	NO	Numerico
Note	Eventuali indicazioni aggiuntive utili a indicare situazioni particolari		Testo libero	NO	Alfanumerico



6.2.2 Metadati del documento amministrativo informatico

Metadato	Dettaglio	Campi/ Sottocampi	Valori Ammessi	Obbligatorietà	Tipo dato
IdDoc	Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanente al documento amministrativo	Impronta crittografica del documento		SI	
	informatico in modo da consentirne l'identificazione.	/ Impron ta	Rappresenta l'hash del documento	SI	Binary
	Inoltre, rappresenta le informazioni necessarie per verificare l'integrità del	/ Algorit	Rappresenta l'algoritmo applicato Default = SHA-256	SI	Alfanumerico
	documento.	Identificativo	Come da sistema di identificazione formalmente definito	SI, nel caso di documento protocollato	Alfanumerico
		Segnatura	Segnatura del protocollo		Alfanumerico
Modalità di formazione	Indica la modalità di generazione del documento amministrativo informatico.		a) creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurinola produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato 2 delle Linee; b) acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizionedella copia informatica di un documento analogico; c) memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici odalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente; d) generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica	SI	Alfanumerico

Pag. 41 | 60

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it



Tipologia	Metadato funzionale che indica la		Fatture	SI	Alfanumerico
documental	tipologiadel documento tra quelle		Determine		
e	trattate per lo svolgimento delle		 Delibere 		
	attività.		•		
Dati di		Tipologia diflusso	• "U" = In uscita	SI	Alfanumerico
registrazion			• "E" = In entrata		
е			• "I" = Interno		
			Per documenti interni si		
			intende idocumenti		
			scambiati all'interno della		
			medesima AOO		
		Tipo registro	Protocollo Ordinario / Protocollo di Emergenza	SI	Alfanumerico
			Repertorio/Registro		
		Data registrazione	nel caso di documento	SI	Date/Time
			nonprotocollato:		
			Data di registrazione del		
			Documento/Ora di		1
			registrazionedel Documento		
			nel caso di documento		1
			protocollato		
			Data di registrazione di		1
			protocollo / Ora di		
			protocollazionedel Documento		
		Numero	nel caso di documento	SI	Alfanumerico
		Documento	nonprotocollato:		
			 Numero di registrazione del 		
			Documento		
			nel caso di documento		
			protocollato:		
			Numero di protocollo		
		IdRegistro	Codice identificativo del	SI	Alfanumerico
			registro in cui il documento		
Soggetti	Indica il metadato che consente di	Ruolo	viene registrato. • Amministrazione che effettua	SI, al fine di rendere i	Alfanumerico
88	individuare le informazioni		la registrazione	dati di registrazione	
	relative ai Soggetti coinvolti e		Assegnatario	univoci deve essere	
	competenti sul documento a vario		• Autore	sempre indicata	
	titolo e definiti dal campo Ruolo.		Mittente	l'Amministrazione che	
	c de dai cumpo ndolo.		Destinatario	effettua la registrazione	
			Operatore	del documento. Obbligatorio indicare	
			• RUP	inoltre almeno l'autore o	1
				il mittente.	1
				Nel caso di documento	
				protocollato deve essere	
				obbligatoriamente	
				indicato il mittente. Per "Operatore" si intende il	
				soggetto autorizzato ad	1
				apportare	1
				modifiche/integrazioni al	1
				documento, la cui	
				definizione si renderà	
				obbligatoria nel caso in	
				cui venga compilato il metadato "Tracciature	
				modifiche documento".	1
				Nel caso di ruolo	1
				Assegnatario si prevede	1
				l'indicazione sia della	



 1		I	1
		persona fisica che, a complemento o in alternativa, della relativa UOR di riferimento. Nel caso di ruolo = RUP le informazioni relative alla persona fisica e alla UOR di appartenenza	
		diventano obbligatorie.	
Tipo soggetto	 PF per Persona Fisica PG per Persona Giuridica AS per Assegnatario PAI per le Amministrazioni Pubbliche Italiane PAE per le Amministrazioni Pubbliche Estere (valido solo nei flussi in entrata) RUP SW Produttore (per i documenti prodotti automaticamente) 	SI	Alfanumerico
PF	Cognome	SI	Alfanumerico
	Nome	SI	Alfanumerico
	Codice fiscale	NO	Alfanumerico
	Denominazione Amministrazione/ Codice IPA	Obbligatorio solo se si è indicato l'AOO o l'UOR	Alfanumerico
	Denominazione Amministrazione AOO / Codice IPA AOO	Obbligatorio solo se si è indicato l'Amministrazione o l'UOR	Alfanumerico
	Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	NO	Alfanumerico
PG	Denominazione Organizzazione	SI	Alfanumerico
	Codice Fiscale / Partita IVA	NO	Alfanumerico
	Denominazione Ufficio	NO	Alfanumerico
	Indirizzi digitali di riferimento	NO	Alfanumerico
PAI	Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico
	Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	SI	Alfanumerico
	Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	NO	Alfanumerico
	Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
PAE	Denominazione Amministrazione	SI	Alfanumerico
	Denominazione Ufficio	NO	Alfanumerico
	Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
AS	Cognome	NO	Alfanumerico
	Nome	NO	Alfanumerico
	Codice Fiscale	NO	Alfanumerico
	Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico



1			Danominazione	SI	Alfanumerico
			Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	31	Allanumenco
			Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	SI	Alfanumerico
			Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
		RUP	Cognome	SI	Alfanumerico
			Nome	SI	Alfanumerico
			Codice Fiscale	NO	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico
			Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	SI	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	SI	Alfanumerico
			Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
		SW	Denominazione Sistema	SI	Alfanumerico
Chiave descrittiva	Metadato funzionale volto a riassumere ilcontenuto del documento o comunque a chiarirne la natura.	Oggetto	Testo libero	SI	
		Parole chiave	Testo libero	NO	
Allegati	Indica il numero di allegati al documento.	Numero allegati	Inserire un numero intero compreso tra 0 e 9999	SI	Numerico
	Nell'eventualità che il numero degli allegati sia maggiore di zero,	Indice allegati	Da indicare per ogni allegato se Numero allegati > 0		
	devono essere compilati, in modalità ricorsiva i dati:	/ IdDoc	Identificativo del documento relativo all'allegato	SI se numero allegati > 0	Alfanumerico
	- Id Doc - Descrizione	/ Descrizione	Testo libero	SI se numero allegati > 0	Alfanumerico
Classificazion e	Classificazione del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato	Indice di classificazione	Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato	SI	Alfanumerico
		Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	SI	Alfanumerico
		Piano di classificazione	URI del piano di classificazione pubblicato	NO	
Riservato	Rappresenta il livello di sicurezza diaccesso al documento		Vero: se il documento è consideratoriservato Falso: se il documento non è consideratoriservato	SI	Boolean
Identificativo del formato	Indica il formato del documento e la versione del	Formato	Previsti dall'Allegato 2 delle Linee guida	SI	Alfanumerico
	software utilizzato per la creazione del documento stesso.	Prodottosoftware	Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativaversione	SI quando rilevabile	
		Nome prodotto		SI quando rilevabile	Alfanumerico
		Versione prodotto		SI quando rilevabile	Alfanumerico



		Produttore		SI quando rilevabile	Alfanumerico
Verifica	Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie	Firmato Digitalmente	• Vero • Falso	SI	Boolean
	immagine nelle modalitàdi formazione del documento informatico previste nelle Linee	Sigillato Elettronicamente	• Vero • Falso	SI	Boolean
	Guida.	Marcatura Temporale	• Vero • Falso	SI	Boolean
		Conformità copie immagine su supporto informatico	• Vero • Falso	SI	Boolean
IdAgg (Aggregazio ne documental e)	Identificativo univoco dell'Aggregazione come definito nella tabella dedicata alle aggregazioni documentali. Metadato ricorsivo.		Identificativo del fascicolo o dellaserie.	SI	Alfanumerico
Id Documento Principale	Identificativo univoco e persistente deldocumento principale		IdDoc del documento principale	Si, nel caso in cui sia presente	
Nome del documento	Nome del Documento			SI	Alfanumerico
Versione del documento	Indicare la versione del documento (1,2,3)			SI	Alfanumerico
Tracciature modifiche del documento	Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui esse	Tipo modifica	Annullamento Rettifica Integrazione Annotazione	SI	Alfanumerico
	sono stateeffettuate. L'autore delle modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo	Soggetto autoredella modifica	Come da ruolo = Operatore definito nel metadato "Soggetti"	SI	Alfanumerico
	"Operatore".	Data modifica / Ora modifica		SI	Date/Time
		IdDoc versione precedente	Identificativo documento versioneprecedente	SI	
Definizione del metadato Tempo di Conservazi one	Tempo di conservazione del documento desunto dal Piano di conservazione formalmente integrato al Piano di classificazione o prescritto dalla normativa salvo contenzioso. In generale il tempo di conservazione a livello di singolo documento deve essere indicato solo qualora esso presenti un tempo di conservazione distinto da quello assegnato all'aggregazione documentale informatica a cui il documento stesso		Indicare il numero di anni da piano di classificazione; indicare 9999	NO	Numerico
Definizione del	appartiene. Espresso in numero di anni, il valore 9999 indica un tempo di conservazione "Permanente". Eventuali indicazioni aggiuntive utili ad indicare situazioni particolari		Testo libero	NO	Alfanumerico
metadato Note					



6.1.1 Metadati delle aggregazioni documentali informatiche

	Aggregazioni documentali Informatiche				
Metadato	Dettaglio	Campi/ Sottocampi	Valori Ammessi	Obbligato ri	Tipo dato
Identificativ o della Aggregazio ne	L' Identificativo dell'Aggregazione documentale è una sequenza di caratteri alfanumerici associata in modo univoco all'aggregazione documentale informatica in modo da consentirne l'identificazione,	TipoAggregazione	Indicare: • Fascicolo • Serie Documentale • Serie Di Fascicoli	SI	Alfanumerico
	indica se si tratta di un Fascicolo o di una Serie Documentale o di una Serie di Fascicoli.	IdAggregazione	Come da sistema di identificazione formalmente definito.	SI	Alfanumerico
Tipologia fascicolo	I fascicoli sono organizzati per: • affare: conserva i documenti relativi a unacompetenza non proceduralizzata • attività: comprende i documenti prodotti nello svolgimento di un'attività amministrativa semplice che implica risposte obbligate o meri adempimenti • persona fisica: comprende tutti i documenti, anche con classifiche diverse, che si riferiscono a una persona fisica. • persona giuridica: comprende tutti i documenti, anche con classifiche diverse, che si riferiscono a una persona giuridica. • procedimento amministrativo: conserva una pluralità di documenti che rappresentano azioni amministrative omogenee e destinate a concludersi con un provvedimento amministrativo.		Solo in caso di TipoAggregazione = 'Fascicolo' Tipologia del fascicolo: • affare • attività • persona fisica • persona giuridica • procedimento amministrativo	SI, solo in caso di TipoAggrega zione= 'Fascicolo'	Alfanumerico
Soggetti	Indica il metadato che consente di individuare le informazioni relative a tutti i Soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nella costituzione dell'aggregazione.	Ruolo	Amministrazione titolare Amministrazioni partecipanti Soggetto intestatario Persona Fisica Soggetto intestatario Persona Giuridica RUP (Solo in caso di TipoAggregazione = 'Fascicolo'	SI	Alfanumerico
		Tipo soggetto	Se Ruolo = Amministrazione titolare - PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane Se Ruolo = Amministrazioni partecipanti - PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane - PAE per le Amministrazioni Pubbliche estere Se Ruolo = Assegnatario - AS Se Ruolo = Soggetto intestatario persona giuridica • PG per Organizzazione	SI	Alfanumerico



		PAI per le Amministrazioni Pubbliche Italiane PAE per le Amministrazioni Pubbliche estere Se Ruolo = Soggetto intestatario persona fisica PF per Persona Fisica Se Ruolo = RUP RUP		
		Cognome	SI	Alfanumerico
	PF	Nome	SI	Alfanumerico
		Codice fiscale	NO	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione/ Codice IPA	Obbligatorio solo se si è indicato l'AOO o l'UOR	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione AOO / Codice IPA AOO	Obbligatorio solo se si è indicato l'Amministra zione o l'UOR	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	NO	Alfanumerico
	PG	Denominazione Organizzazione	SI	Alfanumeric o
		Codice Fiscale / Partita IVA	NO	Alfanumerico
		Denominazione Ufficio	NO	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	NO	Alfanumerico
	PAI	Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico
		Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	SI	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	NO	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
	PAE	Denominazione Amministrazione	SI	Alfanumerico
	TAL	Denominazione Ufficio	NO	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
		Cognome	NO	Alfanumerico
	AS	Nome	NO	Alfanumerico
		Codice Fiscale	NO	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico
		Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	SI	Alfanumerico
		Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	SI	Alfanumerico
		Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
	RUP	Cognome	SI	Alfanumerico
		Nome	SI	Alfanumerico

Pag. 47 | 60



			Codice Fiscale	NO	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione / Codice IPA	SI	Alfanumerico
			Denominazione Amministarzione AOO / Codice IPA AOO	SI	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione UOR / Codice IPA UOR	SI	Alfanumerico
			Indirizzi digitali di riferimento	SI	Alfanumerico
Assegnazio	Indica il metadato che consente di individuare le informazioni relative all'assegnazione per conoscenza o per	Tipo assegnazione	Per competenza Per conoscenza	SI, in caso di fascicolo	Alfanumerico
ne comp	competenza. I Soggetti indicati in questo metadato devono essere stati dichiarati nel metadato Soggetti.	Soggetto Assegnatario	Come da Ruolo = Assegnatario definito del metadato Soggetti.	SI, in caso di fascicolo	Alfanumerico
	nermetatate soggettii	Data inizio assegnazione IOra inizio assegnazione	Data	SI, in caso di fascicolo	Date/Time
		Data fine assegnazione / Ora fine assegnazione	Data	NO	Date/Time
Data Apertura	Data di apertura dell'aggregazione documentale		Data	SI	Date
Classificazi one	Classificazione dell'aggregazione	Indice di classificazione	Codifica secondo il Piano diclassificazione utilizzato	SI	Alfanumerico
		Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	SI	Alfanumerico
		Piano di classificazione	URL del Piano di classificazione pubblicato	NO	Alfanumerico
Progressiv o	Progressivo numerico calcolato nell'ambito della chiave della classificazione o in ordine cronologico nell'ambito dell'anno			SI	Numerico
Chiave descrittiv	Metadato funzionale volto a chiarire la natura del fascicolo o della serie.	Oggetto	Testo libero	SI	Alfanumerico
a		Parole chiave	Testo libero	NO	Alfanumerico
DataChius ura	Data di chiusura dell'aggregazione documentale		Data	SI, quando viene chiusa	Date
Procedim ento Amministr ativo	Metadato funzionale volto ad indicare il procedimento a cui il fascicolo afferisce, nonché lo stato di avanzamento e le relativefasi.	Materia\ Argomento\ Struttura	Indicare la materia o l'argomento o la struttura per laquale sono stati catalogati i procedimenti amministrativi	SI, se fasc. di procedim. Amm.	Alfanumerico
auvo		Procedimento	Denominazione del Procedimento	SI, se fasc. di procedim. Amm.	Alfanumerico
		Catalogo procedimenti	URI di pubblicazione del catalogo	SI, se fasc. di procedim. Amm.	Alfanumerico
		Fasi	A sua volta suddiviso, in una struttura ricorsiva:	SI, se fasc. di procedim. Amm.	Alfanumerico



		Tipo Fase	Preparatoria	SI, se fasc.	Alfanumerico
			Istruttoria Consultiva Decisoria o deliberativa Integrazione dell'efficacia	di procedim. Amm.	
		Data inizio fase	- Integrazione dell'emedela	SI, se fasc. di procedim.	Date
		Data fine fase		Amm. NO	Date
Indice documenti	Elenco degli identificativi dei documenti contenuti nell'aggregazione	Tipo documento	Documento amministrativo informatico Documento informatico	SI	Alfanumerico
		IdDoc	Se documento amministrativo informatico IdDoc come definito nel precedente paragrafo dei METADATI DEL DOCUMENTO AMMINISTRATIVO INFORMATICO Se documento informatico IdDoc come definito nel precedente paragrafo dei METADATI DEL DOCUMENTO INFORMATICO	SI	
Posizione fisica Aggregazi one Document ale	Posizione fisica dell'aggregazione. Nel caso di fascicoli ibridi indica la posizione della componente cartacea del fascicolo.		Testo libero	SI, solo nel caso di fascicoli cartacei digitalizzati o di fascicoli ibridi	Alfanumerico
Id dell'Aggre gazione principale	Identificativo univoco e persistente del livello superiore di fascicolazione nel caso in cui si stia definendo un sottofascicolo o una sottoserie		Come da sistema di identificazione formalmente definito	NO	Alfanumerico
Tempo di conservazi one	Tempo di conservazione dell'aggregazione desunto dal Piano di conservazione formalmente integrato al Piano di classificazione. Espresso in numero di anni, il valore 9999 indica un tempo di conservazione "Permanente". Il dato, inizialmente non obbligatorio, deve essere indicato a fronte dell'indicazione della data di chiusura dell'aggregazione.		Indicare il numero di anni come da Piano di classificazione; indicare 9999 per tempo di conservazione perenne	NO, obbligatorio se indicata la data di chiusura	Numerico
Note	Eventuali indicazioni aggiuntive utili ad indicare situazioni particolari		Testo libero	NO	Alfanumerico



6.3 Pacchetti informativi

6.3.1 Pacchetto di versamento

In questo paragrafo è fornita la struttura dati dei pacchetti di versamento. In particolare, un pacchetto di versamento (PdV) è composto da un contenitore-archivio compresso (.zip) contenente:

- Il/i documento/i da conservare;
- L'Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV), cioè un file .xml, che in conformità allo standard UNI SInCRO Supporto all'interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti Digitali descrive il versamento stesso e i documenti che ne fanno parte. Identifica ad esempio, il Produttore, l'applicativo che lo ha prodotto e la tipologia documentale a cui appartengono i documenti inclusi nel pacchetto.

L'indice del pacchetto di versamento si caratterizza per le seguenti sezioni:

- Area di identificazione del PDV: in cui è obbligatoria l'indicazione dell'identificativo univoco del PDV.
- Area di identificazione dei documenti costituenti il pacchetto: composta dai seguenti elementi:
 - o metadati obbligatori
 - o metadati extra-info

Metadati obbligatori. Per identificare ogni documento da versare, sono necessari almeno i seguenti dati:

- nome file
- algoritmo di hashing per la generazione dell'impronta
- impronta del documento
- MIME type del documento (perché il sistema di conservazione possa controllare la la tipologia di documento per valutarne l'aderenza alle condizioni espresse in fase di contratto)
 - identificativo univoco dei singoli documenti del pacchetto e la data di chiusura degli stessi

<u>Metadati extra-info:</u> eventuali dati aggiuntivi definiti in fase contrattuale col Conservatore e indicati nelle specificità di contratto.

6.3.2 Pacchetto di Archiviazione

Il Pacchetto di Archiviazione (PdA) è il pacchetto informativo conservato dal Sistema di Conservazione, è composto dalla trasformazione di uno o più PdV secondo le modalità tecniche standard del Conservatore. Deve possedere un insieme di metadati utili alla conservazione a lungo termine, per questo viene realizzato (come il PdV) secondo lo standard di riferimento UNI SInCRO. Infatti anche il PdA è un contenitore informativo composto da:



- Gli oggetti informativi (documenti o aggregazioni documentali);
- L'indice del PdA, cioé un'evidenza informatica in formato XML associata ad ogni PdA. L'IPdA elenca tutti gli oggetti del pacchetto e reca le informazioni sulla Conservazione.

Su ciascun IPdA viene apposta una marca temporale e la firma digitale del Responsabile del Servizio di Conservazione a garanzia che il processo di conservazione è stato eseguito correttamente nel rispetto della normativa vigente sulla conservazione digitale dei documenti infomatici.

Per la descrizione della struttura dati del pacchetto di archiviazione secondo lo standard UNI SInCRO, si rimanda al Manuale di conservazione del Conservatore.

6.3.3 Pacchetto di distribuzione

Il Pacchetto di Distribuzione (PdD) contiene gli elementi ricercati e selezionati dall'utente. La ricerca può riguardare un singolo documento o più documenti appartenenti a più PdA. Il PdD viene rilasciato sotto forma di un archivio .zip che, per ogni elemento, contiene:

- una cartella contenente il / i documenti richiesti dall'utente
- una cartella contenente l'indice (SinCRO) relativo all'elemento individuato, marcato temporalmente e firmato elettronicamente dal Responsabile del Sistema di Conservazione.

Per la descrizione delle tipologie di pacchetto di distribuzione gestite e relativa struttura dati, si rimanda al Manuale di conservazione del Conservatore.

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it



7. Processo di conservazione

Il processo di conservazione consta di più fasi suddivise per operatività come nella seguente tabella:

Funzioni/Responsabilità del processo	ASST	Conservatore
di Conservazione		
Creazione del Pacchetto di Versamento		Х
(PdV)		
Trasferimento del PdV al sistema di		X
conservazione		
Acquisizione e presa in carico del PdV		X
Verifiche sul PdV		Х
Accettazione del PdV e generazione del		Х
Rapporto di Versamento (RdV) di presa in		
carico		
Sottoscrizione del RdV con FD, FEQ o FEA		Х
Rifiuto del PdV e comunicazione delle		Х
anomalie		
Presa visione del RdV		Х
Presa visione delle anomalie a seguito del		Х
rifiuto del PdV		
Preparazione, gestione e		Х
Sottoscrizionecon FD, FEQ o FEA del		
Pacchetto di Archiviazione		
Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai	Х	
fini dell'esibizione		
Preparazione, gestione e		X
sottoscrizionecon FD, FEQ o FEA del		
Pacchetto di Distribuzione ai fini		
dell'esibizione		
Produzione di duplicati e copie		X
informatiche ed eventuale intervento		
delpubblico ufficiale nei casi previsti		
Predisposizione elenco pacchetti di		X
archiviazione da scartare	.	
Richiesta alla soprintendenza di	X	
autorizzazione allo scarto		V
Scarto dei pacchetti di archiviazione	+ ,,	X
Richiesta di scarto immediato	Х	
Predisposizione di misure a garanzia		X
dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri		
conservatori		
Audit Log		X

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it



Per la descrizione delle fasi del processo di conservazione in carico al Conservatore si rimandaal Manuale di conservazione del Conservatore.

Nei paragrafi successivi sono descritte le fasi inerenti il processo di conservazione in carico alla ASST.

7.1 Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione

In ASST Rhodense il PdV è creato in modo automatico e predefinito dal Sistema di conservazione e l'invio in conservazione avviene in tempi stabiliti, variabili a seconda della tipologia documentaria. Il processo avviene tramite web services e connettore dedicato.

- Web Services: la creazione del pacchetto è effettuata dal sistema alimentante tramite appositi Web Services che mettono a disposizione il/i documento/i corredato/i dei relativi metadati formato csv/json. Nel caso di invio di più documenti questi sono inseriti all'interno di un archivio zip.
- Utilizzo Flyadapter: il FlyAdapter fornisce un frontend locale che permette di rendere il collegamento tra sistema alimentante e componente centrale del sistema di conservazione (CSC) più efficace e performante svolgendo un ruolo "home-based services" direttamente nelle architetture dell'ASST. In particolare tale modalità prevede il versamento tramite rete locale dell'ASST direttamente sul Flyadapter che poi successivamente provvede in modo asincrono a versare sul CSC. Il vantaggio significativo è rappresentato dalla possibilità di avere un servizio Always-on che non dipenda da elementi terzi quali connettività ed accesso internet che potrebbero rendere l'accesso intermittente da parte della ASST con conseguente ritardo nello svolgimento delle funzioni da parte del personale.

Il trasferimento del PdV dal sistema alimentante al Sistema di conservazione avviene in modalità passiva, cioè il sistema alimentante invia il PdV al sistema di conservazione.

Il Sistema di conservazione prende in carico un PdV solo dopo che tutte le sue parti (IPdV e relativi documenti) sono correttamente ricevute e superano con esito positivo i relativi controlli. Per la descrizione in dettaglio dei controlli previsti si rimanda al Manuale di conservazione del Conservatore.

L'operazione è sancita dalla generazione di un Rapporto di Versamento (RdV) relativo a ciascun pacchetto di versamento effettuato, cioè un documento informatico in formato .xml, marcato temporalmente e firmato dal Responsabile del Servizio di Conservazione. Per il dettaglio delle informazioni contenute nel RdV si rimanda al Manuale di conservazione del Conservatore.

In caso di riscontro di eventuali anomalie, il pacchetto di versamento viene rifiutato. Per la casistica di errore si fa riferimento al Manuale di conservazione del Conservatore.

La produzione del Rapporto di Versamento (RdV) rappresenta formalmente la presa in carico del Pacchetto di Versamento (PdV) da parte del Sistema di conservazione e la trasformazione di quest'ultimo in Pacchetto di Archiviazione, cioè un documento informatico che attesta il

Pag. 53 | 60



caricamento dei documenti in un determinato momento e la loro corretta conservazione.

La tabella successiva indica le modalità di creazione del PdV e trasferimento al Sistema di conservazione per ciascuna classe documentale.

Classi documentali	Sistema alimentante	Modalità di creazione del PDV (Automatica / Manuale)	Modalità di trasferimen to (Attiva/ Passiva)	Uitlizzo del FlyAdapter (Si/No)	Modalità di acquisizione del pacchetto di versamento
Fatture PA Attive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Fatture PA Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Notifiche SdI Fatture PA Attive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Notifiche SdI Fatture PA Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP interfacce RESTful
Registro Unico Fatture	Hub Regionale	Manuale	Passiva	Si	FTP
Gare Telematiche	SINTEL	Automatica	Passiva	Si	Web, FTP, Service Portal
PEC ASST Rhodense	Archiflow	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Delibere	Archiflow	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Determine	Archiflow	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Documenti Protocollati	Archiflow	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Repertori	Archiflow	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Cartellini	Piattaforma SIGMA	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Cedolini	Piattaforma SIGMA	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
CU	Piattaforma SIGMA	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful

P.E.C.: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it



	1	1	1	1	1
LOG Cedolini	Piattaforma SIGMA	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
LOG CU	Piattaforma SIGMA	Automatico	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
DICOM	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Lettere di Dimissioni	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Verbali operatori	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Referti Ambulatoriali	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Referti Anatomia Patologica	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Referti di Laboratorio	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Referti di Radiologia	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Verbali di Pronto Soccorso	Galileo	Automatica	Passiva	Si	Connettori SISS
Ricette Dematerializzat e Erogate	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Ricette Dematerializzat e Erogate Annullate	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Ricette Dematerializzat e Prescritte	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful
Ricette Dematerializzat e Prescritte Annullate	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP Interfacce RESTful

7.2 Presa visione delle anomalie del Pacchetto di Versamento

Il Sistema di Conservazione invia per mail, quotidianamente, una reportistica in cui viene indicato, Pag. 55 | 60

P.E.C.: <u>protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it</u>



per ognuna delle classi documentali dell'archivio, il numero di PdV ricevuti, quanti hanno dato esito positivo e quanti negativo.

L'esito dell'invio in conservazione del PdV è inoltre monitorabile accedendo nella sezione dedicata del sistema di conservazione *Larchive*.

Sono previsti controlli sia nella prima fase di ricezione dell'indice del PdV che sulla successiva fase di accettazione dei singoli documenti inviati. Per la tabella delle tipologie dei controlli si rimanda al Manuale di conservazione del Conservatore.

Nel caso si verifichino errori o anomalie il sistema di Conservazione mette in evidenza il problema ed il tipo di errore. Il documento viene messo in uno stato di "scarto"/ "errore di validazione". La presenza di errori di validazione impedisce la chiusura del pacchetto di versamento e, pertanto, i documenti verranno scartati e riversati nuovamente sul Sistema solo una volta risolta l'anomalia.

7.3 Presa visione del Rapporto di Versamento (RdV)

Il rapporto di versamento è un documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del Sistema di conservazione di uno o più pacchetti di versamento inviati dal produttore.

Anche il rapporto di versamento è strutturato secondo lo standard UNI-SInCRO e contiene i seguenti dati:

- id del Pacchetto di Versamento
- id del Rapporto di Versamento
- riferimento temporale (UTC) di generazione del Rapporto di Versamento
- lista dei documenti afferenti al pacchetto. Per ognuno di essi sono distinguibili:
- id come indicato nell'Indice del PdV
- id assegnato dal sistema
- impronta del documento
- nome del documento
- data di ricezione del file
- esito controllo firma digitale (ove previsto)
- esito controllo marca temporale (ove previsto)

Il Sistema di Conservazione provvede ad apporre automaticamente una firma digitale sul rapporto di versamento autenticandone la provenienza e l'integrità.

7.4 Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione

Il Pacchetto di Archiviazione è la trasformazione del PdV nell'oggetto conservato dal Sistema di Conservazione. E' realizzato secondo lo standard UNI SInCRO e possiede un insieme completo di metadati obbligatori e eventuali metadati extra-info utili alla sua identificazione, ricerca e conservazione. Per le eventuali operazioni possibili sul PdA (chiusura anticipata, rettifica) si rimanda al Manuale del Conservatore.



7.5 Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione

Un utente autorizzato dal Produttore può interrogare il Sistema di Conservazione per ricevere in uscita uno specifico Pacchetto di Distribuzione (PdD). L'utente utilizzerà le funzionalità di **richiesta di esibizione** di un documento odi un insieme di documenti, per ottenerne una replica esatta (medesima sequenza binaria).

Il Pacchetto di Distribuzione risultante dalla richiesta di esibizione conterrà:

- i documenti da esibire, così come sono stati archiviati dal Sistema al momento della conservazione
- gli indici dei PdA, marcati temporalmente e firmati elettronicamente a garanzia che i documenti non hanno subito alterazioni o modifiche

La ricerca dei documenti avviene tramite la selezione di filtri sui metadati.

7.6 Produzione di duplicati

In caso di richiesta di un documento passato in conservazione, la ricerca avviene tramite la piattaforma dedicata del Sistema di Conservazione, a garanzia di autenticità. Con il download si avrà a disposizione un duplicato del documento originale e l'indice del PdA, marcato temporalmente e firmato elettronicamente ad attestare che il documento non ha subito alterazioni o modifiche.

7.7 Produzione di copie

Si effettua una produzione di copie solo a seguito dell'obsolescenza tecnologica di un formato accettato in conservazione, allo scopo di procedere ad un riversamento sostitutivo. Su tale argomento si rimanda al Manuale del Conservatore.

7.8 Intervento del Pubblico Ufficiale

Qualora la normativa ne richieda obbligatoriamente la presenza, il Conservatore è autorizzato a convocare un pubblico ufficiale. Per le modalità si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

7.9 Selezione e scarto dei documenti informatici

I documenti informatici e le aggregazioni documentali informatiche possono essere oggetto di **selezione e scarto** nel sistema di conservazione, nel rispetto della normativa sui beni culturali (Art. 21 d, D.Lgs. 10 gennaio 2004, n. 42).

I tempi di selezione e scarto dei pacchetti di archiviazione e delle relative tipologie documentarie sono stabiliti in base al piano di conservazione cui l'ASST fa riferimento.

1) Il <u>Responsabile della Conservazione</u> genera l'elenco dei <u>pacchetti di archiviazione</u> contenenti i documenti destinati allo scarto e, dopo aver verificato il rispetto dei termini

Pag. 57 | 60



temporali stabiliti dal piano di conservazione, richiede il Nulla Osta alla distruzione alla competente Soprintendenza Archivistica.

In caso di affidamento esterno del Servizio di Conservazione, il <u>Responsabile del Servizio di Conservazione</u> genera l'elenco dei <u>pacchetti di archiviazione</u> contenenti i documenti destinati allo scarto e lo trasmette al <u>Responsabile della Conservazione</u> che verificherà il rispetto dei termini temporali stabiliti dal piano di conservazione e richiederà il Nulla Osta alla distruzione alla competente Soprintendenza Archivistica.

Trattandosi di archivi pubblici è sempre necessaria l'**autorizzazione** rilasciata ai sensi della normativa vigente in materia di beni culturali. Il Nulla Osta della Soprintendenza Archivistica è un provvedimento espresso. In questi casi non è mai applicabile il regime del silenzio – assenso (art. 20, co. 4, L. 241/1990).

- 2) L'ASST <u>Titolare dell'oggetto di conservazione</u>, una volta ricevuto il Nulla Osta, che può essere concesso anche solo su una parte dell'elenco proposto, delibera formalmente il provvedimento di scarto.
- 3) Il Responsabile della Conservazione può procedere alla **distruzione** dei pacchetti di archiviazione, oppure trasmettere l'elenco di scarto al Servizio di Conservazione perché effettui la distruzione.

L'operazione di scarto viene tracciata sul sistema mediante la produzione delle informazioni essenziali sullo scarto, inclusi gli <u>estremi della richiesta di Nulla Osta</u> e il conseguente <u>provvedimento di autorizzazione (Delibera).</u>

4) Al termine delle operazioni di distruzione dei pacchetti di archiviazione sul sistema di conservazione, il Responsabile della Conservazione **notifica** l'esito della procedura di scarto alla Soprintendenza Archivistica.

Tale operazione avrà completa efficacia solo al momento del completo aggiornamento delle copie di sicurezza del sistema.

Resta inteso che i documenti e le aggregazioni documentali informatiche sottoposti a scarto nel Sstema di conservazione devono essere distrutti anche in <u>tutti i sistemi</u> gestiti dall'ASST Titolare dell'oggetto di conservazione. A tale ulteriore distruzione provvederà il Responsabile della

Pag. 58 | 60

⁶ Decreto legislativo del 22/01/2004 42 Art. 10 - Beni culturali

^{1.} Sono beni culturali le cose immobili e mobili appartenenti allo Stato, alle regioni, agli altri enti pubblici territoriali, nonché ad ogni altro ente ed istituto pubblico e a persone giuridiche private senza fine di lucro, ivi compresi gli enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, che presentano interesse artistico, storico, archeologico o etnoantropologico.

^{2.} Sono inoltre beni culturali: ... b) gli archivi e i singoli documenti dello Stato, delle regioni, degli altri enti pubblici territoriali, nonché di ogni altro ente ed istituto pubblico; ...

^{3.} Sono altresì beni culturali, quando sia intervenuta la dichiarazione prevista dall'articolo 13: ... b) gli archivi e i singoli documenti, appartenenti a privati, che rivestono interesse storico particolarmente importante; ...



Struttura / Unità Operativa / Servizio / Ufficio interessato con le cautele previste in materia di privacy.

7.10 Documenti informatici non soggetti a scarto

I fascicoli e i documenti non soggetti a operazioni di scarto sono conservati nell'Archivio di deposito secondo i termini di legge e, quindi, trasferiti nell'Archivio Storico per la conservazione permanente secondo quanto previsto nel Piano di Conservazione.

7.11 Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori La produzione dei PdA viene realizzata in conformità con lo standard UNI SInCRO al fine di raggiungere un soddisfacente grado di interoperabilità nei processi di migrazione. La consegna dei documenti in PdD coincidenti con i PdA e il rispetto dello standard OAIS garantirà la corretta trasferibilità dei dati ad altro conservatore. Per maggiori dettagli si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore. Altre specifiche importanti riguardanti il trasferimento dati sono descritte nell'Offerta tecnica allegata al contratto esecutivo relativo alla gara 6/2017/LI.

8 Sistema di conservazione

Il sistema di conservazione adottato è quello del Conservatore. Per la sua descrizione si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

8.1 Componenti Logiche

Si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

8.2 Componenti Tecnologiche

Si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

8.3 Componenti Fisiche

Si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

8.4 Procedure di gestione e di evoluzione

Si rimanda al Manuale di Conservazione del Conservatore.

9 Monitoraggio e Controlli

I monitoraggi e i controlli sul sistema di conservazione sono operati dal conservatore e descritti nel Manuale di Conservazione del Conservatore.

9.1 Verifiche sugli archivi

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

9.2 Soluzioni adottate in caso di anomalie



Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

10 Misure di sicurezza

Essendo vigente un affidamento esterno del servizio di conservazione, le misure di sicurezza sono concordate con il Conservatore esterno, di concerto con il Responsabile della Sicurezza e con il Responsabile dell'UOC Sistemi Informativi e Informatici. Per la descrizione delle misure di sicurezza adottate dal Conservatore esterno si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

In conformità all'art. 28 del Regolamento UE 679/2016, i soggetti esterni a cui è delegata la tenuta del sistema di conservazione sono individuati come Responsabili del trattamento dei dati e devono presentare garanzie sufficienti per mettere in atto misure tecniche e organizzative adeguate in modo tale che il trattamento soddisfi i requisiti del Regolamento e garantisca la tutela dei diritti dell'interessato.

11 Modifiche, approvazione ed entrata in vigore del manuale

11.1 Aggiornamento del manuale

Il presente manuale viene aggiornato a seguito di:

- Modifica della normativa di riferimento
- Individuazione di nuove procedure finalizzate al miglioramento dell'attività
- Eventuali sopravvenute necessità di integrazione

11.2 Approvazione ed entrata in vigore

I presente manuale entra in vigore dal giorno successivo all'approvazione in seguito a Delibera del Direttore Generale.

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 232/2024/DG

Il giorno 13/03/2024

Il Direttore Generale

Marco Bosio

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

AGGIORNAMENTO DEL REGOLAMENTO SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO, SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO E SUL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI ED AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI DELL'AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE.

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale nº 2024 - 1.7.1/4

SC Affari Generali e Legali

Il Responsabile del Procedimento: Patrizia Giani

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502, a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23.10.1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 11.08.2015 - n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30.12.2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

RICHIAMATA la D.G.R. X/4477 del 10.12.2015 con la quale, in attuazione della L.R. 23/2015, viene costituita l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense e definito l'assetto organizzativo della stessa;

ATTESO che l'ASST Rhodense con decorrenza 01.01.2016 è subentrata nella gestione dei rapporti giuridici attivi e passivi della disciolta Azienda Ospedaliera G. Salvini;

DATO ATTO che con Deliberazione ASST Rhodense n.23 del 19 gennaio 2024 avente a oggetto: "Piano di organizzazione aziendale strategico: affidamento delle funzioni di Responsabile della Struttura complessa Affari Generali e Legali al Direttore del Dipartimento Amministrativo Patrizia Giani" è stata conferita la conduzione della S.C. Affari Generali e Legali alla Dott.ssa Patrizia Giani, a decorrere dal 19 gennaio 2024 e fino a diverse determinazioni dell'Ente;

RICHIAMATA la normativa in materia di diritto di accesso, ed in particolare:

- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. a oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- il Decreto del Presidente della Repubblica 12 aprile 2006, n. 184 a oggetto "Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi";
- la Legge Regionale 1 febbraio 2012, n. 1 e s.m.i. a oggetto "Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria";
- il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. adoggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 a oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

- il Decreto Legislativo 31 marzo 2023, n. 36 ad oggetto: "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";
- la Delibera A.N.A.C. 28 dicembre 2016 a oggetto "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013", sulla quale è stata acquisita l'intesa del Garante per la protezione dei dati personali (provvedimento n. 521 del 15 dicembre 2016);

RICHIAMATA la Deliberazione ASST Rhodense n. 781 del 30.11.2017, con la quale è stato approvato il "Regolamento sul diritto di accesso civico, sul diritto di accesso civico generalizzato e sul diritto di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi" dell'ASST Rhodense, che al Titolo IV - Capo II disciplina l'accesso alla documentazione sanitaria e ad ogni documentazione contenente dati inerenti la salute, nei limiti e nelle modalità stabilite dal decreto legislativo n.196/2003 e s.m.i., dal Regolamento Regionale 24 dicembre 2012 n. 3, nonché dalla legge n. 24/2017;

RICHIAMATA la Deliberazione ASST Rhodense n.523 del 14.06.2018, con la quale è stato aggiornato il modulo per l'accesso alla documentazione sanitaria, già allegato al Regolamento sopra richiamato;

RICHIAMATA, altresì, la Deliberazione ASST Rhodense n.1071 del 25.11.2021, con la quale sono stati aggiornati il "Regolamento sul diritto di accesso civico, sul diritto di accesso civico generalizzato e sul diritto di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi" dell'ASST Rhodense e il modulo per l'accesso alla documentazione sanitaria;

ATTESO che la Direzione dell'Ente ritiene necessario apporre modifiche al Regolamento in argomento, definendo le tariffe e le modalità di pagamento per il rilascio di copia della documentazione sanitaria, con conseguente modifica anche del modulo per l'accesso alla documentazione sanitaria allegato al Regolamento medesimo;

PRESO ATTO che il Regolamento, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento è stato aggiornato con le integrazioni proposte dalla S.C. Direzione Medica del Presidio di Rho, acquisito il nulla osta della Direzione Sanitaria dell'Ente per la parte afferente la modifica relativa all'importo e alle modalità di pagamento per il rilascio di copia della documentazione sanitaria, e parimenti è stato aggiornato il modulo di richiesta di accesso alla documentazione sanitaria;

PRESO ATTO che il Responsabile della SC Affari Generali e Legali, in qualità di Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità, la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. il parere del Direttore Sanitario e, vista la L. R. n. 23/2015, del Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare l'aggiornamento del "Regolamento sul diritto di accesso civico, sul diritto di accesso civico generalizzato e sul diritto di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi" dell'ASST Rhodense, e relativi allegati parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che sostituisce il precedente Regolamento già vigente e adottato con Deliberazione ASST Rhodense n.1071 del 25.11.2021;
- **2. di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'Azienda;
- **3. di pubblicare** il presente provvedimento sul sito istituzionale nell'Area "Amministrazione Trasparente" sezione "Disposizioni generali Atti generali Codici e regolamenti";
- **4. di dare atto** che l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento, il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze, così come individuate nel P.O.A.S. aziendale.

IL DII	IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO(* (Paola Bianco)				
IL DII	RETTORE SANITARIO(*) (Giorgia Saporetti)				
IL DIR	RETTORE SOCIOSANITARIO (*) (Emiliano Gaffuri)				

IL DIRETTORE GENERALE(*)

(Marco Bosio)

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e del D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

REGOLAMENTO SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO, SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO E SUL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI ED AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI.

INDICE

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI	4
Art. 1 - FONTI NORMATIVE	4
Art. 2 - OGGETTO E FINALITÀ'	4
Art. 3 - RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	5
TITOLO II - ACCESSO CIVICO	5
Art. 4 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA	6
Art. 5 - MODALITÀ DI ESERCIZIO	6
Art. 6 - ISTRUTTORIA	6
Art. 7 - TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	7
TITOLO III - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	7
Art. 8 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA	7
Art. 9 - SOGGETTI A CUI VA PRESENTATA L'ISTANZA	7
Art. 10 - MODALITÀ DI ESERCIZIO	7
Art. 11 - ISTRUTTORIA	8
Art. 12 - CONTROINTERESSATI	9
Art. 13 - CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	9
Art. 14 -TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	10
Art. 15 - ESCLUSIONI	10
Art. 16 - DIFFERIMENTO E LIMITAZIONI	11
Art. 17 - RICHIESTA DI RIESAME ED IMPUGNAZIONI	12
TITOLO IV - DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI	12
CAPO I - DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA	12
Art. 18 - DEFINIZIONE ED OGGETTO	12
Art. 19 - PUBBLICITÀ' DEI PROVVEDIMENTI	13
Art. 20 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA	
Art. 21- MODALITÀ DI ACCESSO	14
Art. 22 - AVVIO DEL PROCEDIMENTO	
Art. 23 - TERMINI DEL PROCEDIMENTO	
Art. 24 - ISTRUTTORIA	
Art. 25 - CONTROINTERESSATI	
Art. 26 - CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	16

Art. 27- ATTI SOTTRATTI ALL'ACCESSO	18
Art. 28 - DIFFERIMENTO DEL DIRITTO DI ACCESSO	21
Art. 29 - IMPUGNAZIONI	22
Art. 30 - ACCESSO INFORMALE	22
CAPO II - DOCUMENTAZIONE SANITARIA	22
Art. 31 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA	22
Art. 32-AVVIO DEL PROCEDIMENTO	23
Art. 33 - ISTRUTTORIA	24
Art. 34- TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	24
TITOLO V - DISPOSIZIONI FINALI	24
Art. 35 - DIRITTO DI ACCESSO E TUTELA DEL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA	24
Art. 36 - ENTRATA IN VIGORE	25
Art. 37 - MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL REGOLAMENTO	25
Art. 38 - NORMA FINALE E DI RINVIO	25
FLENCO ALLEGATI	26

REGOLAMENTO SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO, SUL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO E SUL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI ED AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI.

TITOLO I - DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 - FONTI NORMATIVE

Il presente Regolamento è adottato ai sensi delle disposizioni normative di seguito richiamate:

- a) Legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. ad oggetto "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- b) Decreto del Presidente della Repubblica 12 aprile 2006, n.184 ad oggetto "Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi";
- c) Legge Regionale 1 febbraio 2012, n.1 e s.m.i. ad oggetto "Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria";
- d) Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i. ad oggetto "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- e) Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 ad oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- f) Decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 ad oggetto: "Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici";
- g) Delibera A.N.A.C. 28 dicembre 2016 ad oggetto "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013", sulla quale è stata acquisita l'intesa del Garante per la protezione dei dati personali (provvedimento n. 521 del 15 dicembre 2016;
- h) Legge 8 marzo 2017, n. 24 ad oggetto "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- i) Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- j) Parere 9 luglio 2003 del Garante per la protezione dei dati personali, ad oggetto "Dati sanitari. Provvedimento generale sui diritti di "pari rango2;

Art. 2 - OGGETTO E FINALITÀ'

Il presente Regolamento ha lo scopo di fornire indicazioni per la corretta gestione delle richieste di accesso agli atti, anche al fine di evitare comportamenti disomogenei all'interno dell'ASST Rhodense alla luce delle disposizioni normative In particolare, il regolamento disciplina le modalità di esercizio ed i casi di esclusione, limitazione e differimento del diritto di accesso civico, di accesso civico generalizzato e di accesso agli atti ed ai documenti amministrativi.

Nel fornire le necessarie indicazioni per ciascuna tipologia di accesso garantita dalla normativa vigente, particolare attenzione è riservata al c.d. "accesso civico generalizzato" introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016, in aggiunta all'accesso civico già disciplinato dal decreto legislativo n. 33/2013, con il quale viene riconosciuto il diritto di chiunque ad accedere ai dati ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti. Il diritto di accesso civico generalizzato si configura come "diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato da chiunque e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente." Pertanto, l'istanza non richiede motivazione. L'accesso civico generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" e, allo stesso modo, deve essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge n.241/1990.

Come precisato nelle linee guida A.N.AC. del 28 dicembre 2016, "la conoscibilità generalizzata degli atti diviene la regola, temperata solo dalla previsione di eccezioni poste a tutela degli interessi (pubblici e privati) che possono essere lesi/pregiudicati dalla rilevazione di certe informazioni." Dunque, solo in ipotesi residuali sarà possibile per i titolari di una situazione giuridica qualificata accedere ad atti e documenti per i quali è invece negato l'accesso generalizzato.

Art. 3 - RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento di accesso (denominato anche Responsabile Unico del Procedimento/R.U.P.), ai sensi dell'art. 6 comma 6 del D.P.R. 26 aprile 2006 n. 184, è il Dirigente o il funzionario preposto alla Struttura competente a formare l'atto o a detenerlo stabilmente, anche nel caso di atti infraprocedimentali o non relativi ad uno specifico procedimento.

Al Responsabile del procedimento di accesso spetta la competenza a decidere sull'istanza di accesso. Il Responsabile del procedimento di accesso è, pertanto, responsabile dell'avvio del procedimento, dell'istruttoria e della conclusione del procedimento nel rispetto della vigente normativa e del presente regolamento. Egli deve valutare, in relazione alla tipologia di richiesta di accesso agli atti, le eccezioni assolute ed i limiti applicabili.

Per le richieste di accesso civico il Responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 5, comma 3, lett. d) d.lgs. n. 33/2013, è il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

TITOLO II - ACCESSO CIVICO

Attraverso il sito istituzionale, l'ASST garantisce la trasparenza delle informazioni e il controllo diffuso sulle attività istituzionali da parte degli utenti.

Nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'ASST Rhodense vengono pubblicati e periodicamente aggiornati dati, informazioni e documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione.

Il diritto di "accesso civico" (art. 5, comma 1 del D.lgs 33/2013), già disciplinato del D.lgs 33/2013 prima delle modifiche ad opera del decreto trasparenza (D.lgs 97/2016) si qualifica quale diritto di "chiunque" di accedere agli atti, documenti e informazioni per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione in capo alle Pubbliche Amministrazioni, in caso di omessa pubblicazione.

Art. 4 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

Ai sensi dell'art. 5 comma 1 del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., chiunque ha il diritto di chiedere i medesimi nei casi in cui sia omessa la loro pubblicazione: l'accesso civico costituisce, pertanto, un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla normativa vigente.

Ne consegue che l'esercizio del diritto di accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione soggettiva, l'istanza non richiede motivazione ed è gratuito.

Art. 5 - MODALITÀ DI ESERCIZIO

Il procedimento si avvia a seguito del ricevimento di istanza di accesso civico.

L'istanza (si veda l'allegato n. 1) indirizzata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, Viale Forlanini, n. 95, 20024 Garbagnate Milanese (MI), può essere inviata:

- per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo n. 82/2005, come modificato dal D.lgs 179/2016 e s.m.i. all'indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it;
- personalmente a mano o a mezzo raccomandata all'Ufficio Protocollo dell'ASST Rhodense (Garbagnate Milanese, Viale Forlanini, n. 95).

L'istanza, sottoscritta dal richiedente e corredata da copia del documento di riconoscimento, deve contenere i seguenti contenuti minimi:

- generalità del richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico, indirizzo e-mail ed indirizzo email pec);
- identificazione di documenti, dati o informazioni richiesti.

Art. 6 - ISTRUTTORIA

Nel caso in cui il documento, l'informazione o il dato richiesti risultino già pubblicati, l'Amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Nell'ipotesi di accertata mancata pubblicazione dell'atto, documento o altra informazione prevista dalla normativa vigente, l'ASST procede, entro 30 giorni, alla pubblicazione sul sito istituzionale del dato richiesto e, contestualmente, provvede a trasmetterlo al richiedente o, in alternativa, comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al soggetto titolare del potere sostitutivo (art. 2 comma 9-bis della Legge n. 241/1990 e s.m.i.), i cui riferimenti sono pubblicati sul sito istituzionale. Il ricorso al titolare del potere

sostitutivo, sebbene non risulti più menzionato nella nuova formulazione dell'art. 5 della Legge n. 33/2013 così come modificato dall'art. 6 comma 1 del D.Lgs. n. 97/2016 è stato ritenuto ammissibile dall'A.N.A.C. con determinazione n. 1310 del 28.12.2016, da una lettura sistematica delle norme.

Il richiedente può, inoltre, ricorrere al TAR secondo le disposizioni di cui al Decreto legislativo n. 104/2010.

Art. 7 - TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento di accesso civico deve concludersi nel termine di 30 giorni dalla ricezione dell'istanza.

TITOLO III - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Il diritto all'accesso civico generalizzato è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

Art. 8 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

A norma dell'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013, come novellato dall'art. 6 comma1 del D.lgs. n. 97/2016, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi di legge, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5bis del predetto decreto legislativo. Così come per l'accesso civico, anche l'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato non soggiace ad alcuna limitazione soggettiva, né la relativa istanza richiede motivazione.

Art. 9 - SOGGETTI A CUI VA PRESENTATA L'ISTANZA

Ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.lgs. n. 33/2013, come novellato dall'art. 6 comma 1 del D.lgs. n. 97/2016, l'istanza deve essere presentata alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti (Responsabile del procedimento di accesso o Responsabile Unico del Procedimento-R.U.P.);
- b) all'Ufficio Relazioni con il Pubblico U.R.P.;
- c) ad altro ufficio indicato dall'Amministrazione nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Art. 10 - MODALITÀ DI ESERCIZIO

Il procedimento si avvia a seguito del ricevimento di istanza di accesso civico generalizzato. L'istanza (si veda l'allegato n. 2), indirizzata ad uno dei soggetti di cui all'articolo precedente del presente Regolamento può essere presentata:

- per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo n. 82/2005 e s.m.i. all'indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it;
- personalmente a mano o via raccomandata all'Ufficio Protocollo dell'ASST Rhodense (Garbagnate Milanese (MI), Viale Forlanini n. 95, cap. 20024).

La predetta istanza, sottoscritta dal richiedente e corredata da copia del documento di riconoscimento, deve contenere i seguenti contenuti minimi:

- generalità del richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico, indirizzo e-mail ed indirizzo email pec);
- identificazione di documenti, dati o informazioni richiesti. Devono essere ritenute inammissibili le richieste formulate in maniera vaga, tali da non permettere all'ASST di identificare i documenti o le informazioni richieste.

Art. 11 - ISTRUTTORIA

Il Responsabile del procedimento avvia l'istruttoria ed, a tal fine, preliminarmente verifica:

- la completezza della richiesta in merito ai requisiti minimi sopra specificati;
- l'insussistenza di eccezioni assolute e/o relative;
- la presenza di eventuali controinteressati.

Nella valutazione dell'istanza di accesso, il R.U.P. deve verificare che la richiesta non riguardi atti, documenti o informazioni sottratte alla possibilità di ostensione o di accesso "condizionato" in quanto ricadenti in una delle fattispecie indicate nel successivo articolo 15.

Devono essere ritenute inammissibili le richieste formulate in modo vago, tanto da non permettere al Responsabile di identificare i documenti o le informazioni richieste.

Con la richiesta di accesso civico generalizzato possono essere richiesti documenti, dati e informazioni in possesso dell'ASST.

In merito si precisa quanto segue:

- a) l'ASST non è tenuta a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso civico generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni già in suo possesso;
- b) l'ASST non è tenuta a rielaborare informazioni in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso civico generalizzato: deve consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, gestiti e fruiti;
- c) non è ammissibile una richiesta meramente esplorativa, volta semplicemente a "scoprire" di quali informazioni l'ASST disponga;
- d) le richieste non devono essere formulate in maniera generica, ma devono essere tali da consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione, con riferimento almeno alla loro natura e al loro oggetto;
- e) sono ammissibili le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali e/o sensibili presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso;
- f) l'Amministrazione si riserva l'ammissibilità di domande di accesso civico generalizzato relative ad un numero manifestamente irragionevole di

documenti e di informazioni, imponendo così un carico di lavoro in grado di interferire con il buon funzionamento dell'attività pubblica.

Art. 12 - CONTROINTERESSATI

Laddove la richiesta di accesso civico generalizzato possa incidere su interessi privati connessi alla protezione dei dati personali o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), il R.U.P. deve darne comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi mediante raccomandata A/R, a mezzo PEC (ove possibile) o mediante altro mezzo idoneo a comprovarne l'avvenuta ricezione. Il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso civico generalizzato, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso civico generalizzato. Decorso tale termine ed accertata la ricezione della comunicazione da parte dell'interessato, il R.U.P. provvede alla richiesta di accesso civico generalizzato.

Art. 13 - CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento in oggetto si conclude con un provvedimento espresso e motivato, nella forma di comunicazione sottoscritta dal R.U.P. da trasmettersi al richiedente ed agli eventuali controinteressati.

La motivazione è sempre necessaria, anche nel caso di accoglimento dell'istanza, specie quando è adottato nonostante l'opposizione dell'eventuale controinteressato.

La motivazione deve essere congrua e completa. A tal fine non può essere considerata sufficiente la motivazione consistente nel generico riferimento alla normativa vigente (ad esempio al Regolamento UE 2016/679). In particolare, in caso di diniego all'accesso, il R.U.P. dovrà verificare la sussistenza delle eccezioni assolute e relative, elencate negli articoli seguenti. Il R.U.P. dovrà, inoltre, dare evidenza dell'avvenuto contemperamento degli interessi coinvolti nel procedimento. A supporto delle proprie valutazioni, il R.U.P. utilizzerà le linee guida A.N.A.C. del 28 dicembre 2016, ai sensi delle quali: qualora il

R.U.P. "con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ex legge n. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato prevalente e, quindi, nonostante l'esistenza di una posizione soggettiva legittimante ai sensi della legge n. 241/1990, per ragioni di coerenza sistematica e a garanzia di posizioni individuali specificamente riconosciute dall'ordinamento, si deve ritenere che le stesse esigenze di tutela dell'interesse pubblico o privato sussistano anche in presenza di una richiesta di accesso generalizzato, anche presentata da altri soggetti. Tali esigenze dovranno essere comunque motivate in termini di pregiudizio concreto all'interesse in gioco. Per ragioni di coerenza sistematica, quando è stato concesso un accesso generalizzato non può essere negato, per i medesimi documenti e dati, un accesso documentale".

In caso di accoglimento il R.U.P. provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Il R.U.P. può decidere di consentire l'accesso nonostante l'opposizione del controinteressato. In tale circostanza e, fatti salvi i casi di comprovata indifferibilità, il R.U.P. ne dà notizia al controinteressato e provvede a trasmettere i dati o i documenti richiesti non prima che siano trascorsi quindici giorni

dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, al fine di permettere a quest'ultimo di richiedere il riesame, come meglio specificato all'art. 17. Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali. Resta intesa la totale gratuità nei seguenti casi:

- documenti trasmessi tramite posta elettronica, anche certificata;
- documenti pubblicati sul sito internet aziendale <u>www.asst-rhodense.it</u> e comunicati indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Al di fuori dei casi suindicati, il rilascio di copia cartacea è subordinato al pagamento del costo di riproduzione, nonché dei diritti di ricerca e di visura, come indicati all'art. 26 del presente Regolamento.

Il provvedimento di rifiuto, adottato in applicazione dei limiti di cui all'art. 5bis del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i e meglio specificati nei paragrafi seguenti, contiene una adeguata motivazione che dà conto della sussistenza di uno o più elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici o privati analiticamente indicati nella sopra richiamata norma.

Art. 14 - TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento amministrativo di accesso civico generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla ricezione dell'istanza, con la comunicazione dell'esito al richiedente ed agli eventuali controinteressati. Tali termini sono sospesi (fino ad un massimo di dieci giorni) nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato o nel caso di differimento.

Art. 15 - ESCLUSIONI

L'accesso civico generalizzato è tassativamente escluso, a norma dell'art. 5bis comma 3 del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., nei casi di segreto di Stato e negli altri casi in cui una norma di legge, a tutela di interessi prioritari e fondamentali, disponga di non divulgare i dati, i documenti e le informazioni, ivi compresi i casi in cui l'accesso sia subordinato a specifiche condizioni, modalità e/o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, comma 1, della legge n.241/1990.

In particolare il diritto di accesso civico generalizzato è escluso:

- a) nei confronti degli atti appartenenti alle categorie di documenti formati e/o detenuti dall'ASST Rhodense e da questa sottratti all'accesso. Tali atti sono specificati nell'art. 27 del presente regolamento;
- b) nei procedimenti tributari, per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano;
- c) nei confronti dell'attività della pubblica amministrazione diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione;
- d) nei procedimenti selettivi, nei confronti dei documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi.

Laddove l'ASST, con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ai sensi della legge n. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato e, quindi, nonostante l'esistenza di

una posizione soggettiva legittimante ai sensi della predetta legge, per ragioni di coerenza e a garanzia di posizioni individuali specificatamente riconosciute dall'ordinamento, provvede a negare, per le stesse esigenze di tutela dell'interesse pubblico o privato, con provvedimento motivato, analoga richiesta di accesso civico generalizzato, eventualmente presentata da altri soggetti.

Analogamente, di norma, per ragioni di coerenza sistematica, quando è stato concesso un accesso civico generalizzato non può essere negato, per i medesimi documenti e dati, un accesso documentale.

Con particolare riferimento alle cause di diniego sopramenzionate, si rinvia alle linee guida A.N.A.C. del 28 dicembre 2016 che si intendono integralmente richiamate.

L'accesso civico generalizzato è, altresì, rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla <u>tutela di uno dei seguenti interessi pubblici</u> (art. 5*bis* comma 1) inerenti:

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive;

ovvero se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela <u>di uno</u> dei seguenti interessi privati (art. 5*bis* comma 2):

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
- c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Il R.U.P. deve quindi verificare, una volta accertata l'assenza di eccezioni assolute (di cui ai punti da a) - d) del presente articolo), se la divulgazione dei dati, documenti e informazioni oggetto della richiesta, possa determinare un pregiudizio concreto e probabile agli interessi tutelati dai commi 1 e 2 dell'art. 5*bis* del decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., sopra riportati. Per rifiutare l'accesso, il pregiudizio deve essere concreto e quindi deve sussistere un nesso di causalità tra l'accesso e il pregiudizio.

Art. 16 - DIFFERIMENTO E LIMITAZIONI

I limiti di cui al paragrafo 15 del presente regolamento (art. 5*bis* commi 1 e 2 del D.Lgs. n. 33/2013) si applicano unicamente per il periodo nel quale la protezione è giustificata dalla natura del dato.

Ai sensi dell'art. 5bis comma 5, "l'accesso civico non può essere negato ove, per la tutela dei predetti interessi, sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento". Il R.U.P. deve quindi valutare il pregiudizio concreto con riferimento al momento ed al contesto in cui l'informazione viene resa accessibile e non in termini assoluti. Se il pregiudizio è legato ad un determinato arco temporale, il R.U.P. può disporre il differimento con provvedimento motivato da trasmettere con raccomandata A/R, a mezzo PEC (ove possibile) o mediante altro mezzo idoneo a comprovarne l'avvenuta ricezione, al richiedente ed agli eventuali controinteressati, con indicazione della durata del differimento.

Nel caso in cui il pregiudizio sia invece legato solo ad alcune parti del documento, dato o informazione richiesto, il R.U.P. deve consentire l'accesso parziale relativo alle parti restanti, utilizzando, se del caso, la tecnica dell'oscuramento di alcuni dati.

Art. 17 - RICHIESTA DI RIESAME ED IMPUGNAZIONI

Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta nei termini sopra indicati, il richiedente, ovvero il controinteressato nel caso di accoglimento della richiesta di accesso, può presentare istanza di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASST Rhodense, che decide con provvedimento motivato entro il termine di venti giorni. Nel caso in cui il R.U.P. coincida con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'istanza deve essere rivolta al Direttore Amministrativo.

Se l'accesso è stato negato o differito a tutela della protezione dei dati personali in conformità con la disciplina legislativa in materia, il suddetto Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza provvede, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta.

A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è sospeso fino alla ricezione del parere del Garante e, comunque, per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni.

Avverso la decisione del R.U.P. o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo n. 104/2010.

TITOLO IV - DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

CAPO I - DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA

Art. 18 - DEFINIZIONE ED OGGETTO

Per documento amministrativo si intende qualsiasi rappresentazione grafica, fotocinematografia, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di documenti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, a prescindere dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale. La pubblica amministrazione non è tenuta ad elaborare dati in suo possesso al fine di soddisfare le richieste di accesso.

Sono "provvedimenti adottati" tutti quelli conclusivi di un procedimento, ossia le deliberazioni e le determinazioni dirigenziali, i contratti/convenzioni ed in genere tutti i documenti amministrativi e provvedimenti finali di un procedimento amministrativo che siano produttivi di effetti giuridici.

Non sono "provvedimenti adottati" le relazioni, le segnalazioni, i pareri, le denunce, i progetti di opere non ancora deliberati e tutti i provvedimenti interni o, comunque,

propedeutici o di base per l'emanazione o l'adozione di un provvedimento conclusivo. Tali documenti sono soggetti al differimento fino al termine del procedimento.

Per diritto di accesso ai documenti amministrativi, ai sensi di quanto previsto dalla Legge 07/08/1990 n. 241 e s.m.i. si intende la facoltà, giuridicamente tutelata, di prendere visione dei documenti amministrativi detenuti dalla ASST Rhodense, nonché di estrarne copia, nei modi e con i limiti di cui al presente regolamento.

L'accesso alla documentazione contenuta in archivi informatici è accolto con le medesime formalità per gli accessi agli archivi cartacei ed alla documentazione amministrativa purché le informazioni d'archivio che potrebbero compromettere interessi di terzi siano stralciabili dal documento stesso. In ogni caso, per quanto non disciplinato con il presente regolamento, si fa riferimento, in materia di esibizione dei documenti amministrativi con ausilio di strumenti informatici e/o telematici e dei supporti ottici, alle disposizioni di legge in materia, nonché alle regole tecniche ed ai criteri attuativi dettati dal Centro Nazionale per l'Informatica nella Pubblica Amministrazione (CNPA)".

Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando l'Azienda ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede l'accesso, in base alle normative vigenti sul titolario e lo scarto d'archivio.

Art. 19 - PUBBLICITÀ' DEI PROVVEDIMENTI

- Il diritto di accesso si intende realizzato, in via ordinaria, mediante la pubblicazione dei provvedimenti deliberativi all'Albo dell'Ente, nonché con ogni altra forma di pubblicità prevista dalla legge. Le determinazioni dirigenziali vengono pubblicate dalle medesime strutture che le assumono.
- 2. L'accesso ai documenti amministrativi di cui al I comma del presente articolo si realizza altresì mediante le modalità procedimentali definite nei successivi articoli.
- 3. Le direttive, i programmi, le istruzioni, le circolari e ogni altro atto che dispone in generale sull'organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi e sui procedimenti dell'Azienda ovvero mediante il quale si determina l'interpretazione di norme giuridiche o si dettano disposizioni per l'applicazione di esse, sono pubblicati sul sito internet dell'Azienda. Con la pubblicazione di cui al comma 1, sempre che essa sia integrale, la libertà di accesso ai documenti indicati nel predetto comma 1 s'intende realizzata. La libertà di accesso s'intende altresì realizzata con la pubblicazione delle deliberazioni del Direttore Generale e degli altri atti e provvedimenti all'albo dell'Azienda, nonché con la loro pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana o sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia o sul sito internet dell'Azienda.

Il diritto all'informazione ambientale è garantito in conformità delle disposizioni di cui al decreto legislativo n. 195 del 19 agosto 2005 "Attuazione della direttiva 2003/4/CE sull'accesso del pubblico all'informazione ambientale".

Art. 20 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

E' riconosciuta la titolarità del diritto di accesso ai seguenti soggetti:

a) tutti i soggetti, persone fisiche o giuridiche pubbliche o private, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso;

- b) coloro rispetto ai quali il provvedimento è destinato a produrre effetti giuridici;
- c) coloro i quali, per disposizione di legge o regolamento, debbano intervenire nel procedimento amministrativo del quale il documento provvedimento è espressione;
- d) ai controinteressati, ovvero ai soggetti, individuati o facilmente individuabili in base alla natura del documento richiesto, che dall'esercizio dell'accesso vedrebbero compromesso il loro diritto alla riservatezza.

Art. 21- MODALITÀ DI ACCESSO

L'Ufficio per l'accesso all'informazione, così come disciplinato dal D.P.R. 445/2000 è individuato nell'Unità che detiene l'originale dell'atto richiesto e/o copia autentica dello stesso.

Ciascun Ufficio ha compiti di istruttoria e predisposizione del riscontro alle richieste di accesso ai documenti amministrativi in possesso dell'Ente.

Il diritto di accesso si esercita mediante:

- a) richiesta di visione dei documenti amministrativi di cui si richiede di accedere;
- b) richiesta di rilascio di copia di documenti, mediante riproduzione degli stessi con rimborso delle spese.

Art. 22 - AVVIO DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento si avvia a seguito del ricevimento di istanza di diritto di accesso ai documenti amministrativi.

L'istanza (si veda l'allegato n. 3) indirizzata al Direttore Generale, Viale Forlanini n. 95, 20024 Garbagnate Milanese (MI), può essere inviata:

- per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo n. 82/2005 e s.m.i. all'indirizzo PEC: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it;
- personalmente a mano o via raccomandata all'Ufficio Protocollo dell'ASST Rhodense di Garbagnate Milanese (MI), Viale Forlanini n. 95).

L'istanza, motivata e sottoscritta dal richiedente e corredata da copia del documento di riconoscimento, deve contenere i seguenti contenuti minimi:

- generalità del richiedente (nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico, indirizzo e-mail, indirizzo e-mail PEC). In caso di delega, devono essere indicate, mediante compilazione dell'apposito campo del modulo Allegato n. 3, le generalità del delegante e del soggetto delegato. In caso di Legale Rappresentante/Procuratore di Società è necessario che vengano esplicitati i propri poteri rappresentativi. La procura alle liti non abilita il difensore a chiedere per conto dell'assistito l'accesso ai documenti di carattere amministrativo. In tali casi il difensore dovrà produrre la dichiarazione di nomina o specifica delega e, in alternativa, far sottoscrivere l'istanza anche all'interessato;
- interesse di cui trattasi: l'interessato deve specificare l'interesse diretto, concreto e attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata collegata al documento al quale si richiede l'accesso;
- motivazione: l'interessato deve giustificare che la conoscenza dei documenti richiesti è necessaria per curare e difendere i propri interessi, indicando l'interesse specifico, concreto e attuale che lega il documento alla situazione giuridicamente rilevante;

 gli estremi del documento richiesto e gli elementi che ne consentano l'individuazione.

La richiesta deve inoltre specificare il tipo di accesso richiesto:

- a) visione dei documenti amministrativi a cui si intende accedere e/o
- b) rilascio di copia di documenti (in carta semplice o in copia autentica).

La suddetta richiesta viene protocollata ed assegnata al Responsabile Unico del Procedimento (R.U.P.) coincidente con il Dirigente preposto all'Unità Organizzativa competente a formare il documento o a detenerlo stabilmente.

Art. 23 - TERMINI DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento di accesso agli atti inizia con la presentazione della richiesta di accesso e si conclude con un provvedimento espresso del R.U.P. nel termine di 30 giorni dalla data di ricezione dell'istanza. Tali termini sono sospesi nel caso di differimento, fino ad un massimo di dieci giorni nel caso di comunicazione della richiesta al controinteressato ed interrotti nel caso di richieste incomplete o non corrette.

Ove la richiesta sia irregolare o incompleta l'Ufficio incaricato, entro 10 giorni dalla presentazione della domanda, è tenuta a darne comunicazione al richiedente con raccomandata A.R. o altro mezzo idoneo ad accertare la ricezione; in tal caso il termine del procedimento ricomincia a decorrere dalla presentazione della richiesta idoneamente presentata.

La ASST Rhodense assicura, di norma, che entro 30 giorni dalla presentazione della domanda venga garantito l'accesso al documento amministrativo richiesto.

Qualora risulti necessario produrre documenti amministrativi che comportino particolari ricerche d'archivio o di rilevante entità e che comunque necessitano di specifica istruttoria, il termine di 30 giorni sopra menzionato è elevato per il tempo strettamente necessario al reperimento del documento amministrativo dandone preventiva comunicazione all'interessato.

Art. 24 - ISTRUTTORIA

Spetta al R.U.P., come sopra definito, valutare i presupposti per l'accesso agli atti, con specifico riferimento a:

- legittimazione del soggetto richiedente
- titolarità di un interesse concreto e attuale;
- motivazione;
- sussistenza di controinteressati;
- oggetto dell'accesso (a norma dell'art. 22 della legge n.241/1990, l'accesso è ammesso solo se l'istanza ha ad oggetto informazioni che abbiano forma di documento amministrativo);
- verifica dei casi di esclusione di cui all'art. 27 del presente Regolamento.

Il diritto di accesso si esercita nei confronti dei documenti materialmente esistenti al momento della richiesta, formati dalla ASST ovvero detenuti stabilmente dalla medesima. Pertanto, l'ASST non è tenuta all'elaborazione di dati al fine di soddisfare le richieste di accesso. Il diritto di accesso è esercitabile sino a quando l'ASST ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere, in conformità alla normativa vigente in materia di scarto della documentazione amministrativa.

Verificata la sussistenza dei presupposti previsti, il Responsabile del procedimento accoglie, con nota formale, la richiesta di accesso, nel rispetto delle modalità indicate al successivo articolo 25 del presente regolamento.

Art. 25 - CONTROINTERESSATI

Della richiesta di accesso devono essere tempestivamente informati gli eventuali controinteressati. Tale comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata A/R, a mezzo PEC (ove possibile) o mediante altro mezzo idoneo a comprovarne l'avvenuta ricezione. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione di cui sopra, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione alla richiesta di accesso, sul cui accoglimento decide il R.U.P.

Decorso tale termine, l'ASST provvede sulla richiesta.

Art. 26 - CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

Il R.U.P. può rispondere in modo **positivo** permettendo così l'accesso agli atti ovvero in modo **negativo**, rigettando la richiesta o facendo decorrere inutilmente i trenta giorni che determinano la formazione del silenzio rigetto. Il R.U.P., inoltre, può **differire** l'accesso ove sia sufficiente per assicurare una temporanea tutela degli interessi coinvolti o per salvaguardare specifiche esigenze dell'ASST, specie in fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione ai documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

In caso di accoglimento: il R.U.P. comunica l'assenso all'accesso con nota che contiene tutti gli elementi utili per consentire l'esercizio del relativo diritto, nonché il termine, di norma non inferiore a 15 giorni, entro cui è consentito l'accesso. Trascorso tale periodo senza che il richiedente abbia preso visione o abbia provveduto al ritiro del documento, la pratica è archiviata e l'interessato deve presentare una nuova richiesta di accesso.

L'accoglimento della richiesta di accesso a un documento comporta, se espressamente menzionata dal richiedente, anche la facoltà di accedere agli altri documenti nella stessa richiamati qualora gli stessi risultino in possesso della ASST Rhodense, fatte salve le eccezioni di legge o quelle previste dal presente Regolamento.

L'esame dei documenti avviene presso l'Ufficio indicato nell'atto di accoglimento della richiesta nelle ore d'ufficio, alla presenza del personale addetto; è comunque vietato asportare i documenti dal luogo presso cui sono stati dati in visione o tracciare su di essi segni o alterarli in qualsiasi modo.

L'esame dei documenti amministrativi è gratuito.

Il rilascio di copia in formato elettronico e cartaceo è gratuito nei seguenti casi:

- documenti trasmessi tramite posta elettronica, anche certificata;
- documenti pubblicati sul sito internet aziendale www.asst-rhodense.it.

Al di fuori dei casi suindicati, il rilascio di copia è subordinato al pagamento del costo di riproduzione, nonché dei diritti di ricerca e di visura, di seguito determinati.

Il rilascio di copia è subordinata al rimborso dei costi di riproduzione pari ad € 0,25 per foglio. Per quanto attiene invece i diritti di ricerca il loro ammontare viene determinato in Euro 8,00 preventivamente comunicato ai richiedenti. Il costo di riproduzione del documento in copia autentica è determinato in Euro 0,50 per foglio.

Qualora il richiedente necessiti di copie autenticate in bollo, dovrà produrre ai competenti ufficio della ASST Rhodense le marche necessarie. Non deve essere corrisposto il costo di riproduzione e di ricerca per i documenti amministrativi richiesti da altre Amministrazioni Pubbliche, dalle OO.SS. della ASST Rhodense nell'ambito delle materie concordate in sede di accordi decentrati, da Associazioni di tutela e comunque in tutti quei casi in cui sussistano, previa valutazione del Dirigente dell'ASST Rhodense motivazioni idonee ad escludere la richiesta del costo.

Il costo per il rilascio della documentazione sanitaria in copia autentica e/o su supporto informatico è così determinato:

- Copia conforme digitale via WEB Euro 20,00
- Copia autenticata cartacea cartella clinica/fascicolo ambulatoriale con sola modalità di invio per raccomandata a/r all'indirizzo indicato nella richiesta Euro 50,00 più Euro 10,00 per le spese di spedizione
- Copia conforme certificati di pronto soccorso, referti ambulatoriali e riscontri a utoptici con sola modalità di invio per raccomandata a/r all'indirizzo comunicato nella richiesta
 - Euro 10,00 più Euro 10,00 per le spese di spedizione
- Copia esami radiografici con ritiro in sede Euro 10,00

In ogni caso, la consegna di copia del documento al richiedente deve essere attestata da dichiarazione per ricevuta sottoscritta da quest'ultimo. Per la modalità di invio tramite servizio postale le fotocopie dei documenti richiesti, queste sono trasmesse, con onere a carico del destinatario, all'indirizzo indicato nella richiesta, previo versamento dell'importo dovuto per la riproduzione degli atti.

Il pagamento deve essere effettuato a mezzo pagoPa, indicando la causale del versamento ed inviato contestualmente alla richiesta.

Qualora la copia del documento sia richiesta per corrispondenza, il pagamento di € 10 dovrà essere effettuato con pagoPA.

In caso di rifiuto: il R.U.P. comunica al richiedente il diniego all'accesso richiesto in via formale, motivandolo con riferimento specifico alla normativa vigente, alla individuazione delle categorie sottratte all'accesso di cui all'art. 24 della legge n.241/1990, come indicate nel successivo art. 27 del presente regolamento ed alle circostanze di fatto per cui la richiesta non può essere accolta così come proposta (diniego espresso).

Non è ugualmente consentita la rivelazione di notizia delle quali l'Autorità competente abbia vietato la divulgazione.

Non possono essere fornite informazioni o consentito l'accesso, se non ai diretti interessali o a persone degli stessi espressamente delegate, agli aventi diritto a notizie e/o documenti protetti da segreto epistolare, da segreto professionale, da segreto scientifico o da segreto industriale o commerciale.

Decorsi inutilmente trenta giorni dalla richiesta, questa si intende respinta (silenzio rigetto).

In caso di differimento: il R.U.P. dispone, con atto comunicato al richiedente, la posticipazione dell'accesso richiesto in via formale, motivandola con riferimento

specifico alla normativa vigente, all'individuazione delle categorie indicate nel successivo art. 27 del presente regolamento, alle circostanze di fatto per cui la richiesta non può essere accolta.

Il differimento dell'accesso è disposto, ove sia necessario assicurare una temporanea tutela agli interessi o per salvaguardare esigenze di riservatezza dell'ASST specie nella fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

L'atto che dispone il differimento dell'accesso ne indica la motivazione e la durata. Nelle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, il diritto di

accesso è differito nei casi previsti dall'art. 35 del D. Lgs 36/2023.

Art. 27- ATTI SOTTRATTI ALL'ACCESSO

Il rifiuto, la limitazione ed il differimento dell'accesso devono essere motivati dal responsabile del procedimento e comunicati al richiedente.

In particolare con riguardo ai casi più ricorrenti nell'ambito dell'attività di questa Amministrazione è fatto divieto di consentire la visione o di estrarre copie o di fornire informazioni su documenti coperti da segreto per espressa disposizione di legge, nonché nei casi previsti dall'art. 24 della L. n.241/90 e dall'art. 8 comma V del D.P.R. n. 352/92 e, tenuto conto della disciplina prevista dal Reg. UE 679/2016 in materia di tutela dei dati personali.

E' precluso l'accesso ai documenti amministrativi espressamente considerati riservati per legge o per altra disposizione normativa vigente.

In particolare, tenuto conto della disciplina prevista dal Regolamento UE 679/2016, in materia di tutela dei dati personali, il diritto di accesso è escluso per i seguenti documenti:

- a) cartella clinica ed altri documenti riportanti dati sanitari, fatta eccezione per il diretto interessato e salvo quanto previsto dal successivo art. 31;
- b) verbali del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), in quanto atti connessi a liti instaurande o già insorte e ciò al fine di salvaguardare il diritto costituzionalmente garantito dell'ASST a difendere i propri diritti ed interessi;
- c) documenti e/o atti connessi ad eventuali liti instaurande o già insorte ed in particolare i pareri, le consulenze legali e medicolegali, le perizie medico-legali, gli scritti difensivi degli avvocati, le consulenze e le relazioni tecniche interne o esterne nonché la corrispondenza inerente la fase precontenziosa o contenziosa del giudizio e ciò a tutela del diritto costituzionalmente garantito alla difesa dell'Amministrazione ed in ossequio a quanto previsto dall'articolo 622 del codice penale e 200 del codice di procedura penale;
- d) documenti preparatori degli atti amministrativi generali di pianificazione e di programmazione, documenti preparatori, istruttori e atti interni inerenti la procedura per l'espletamento di concorsi, compresi gli elaborati relativi alle prove concorsuali e ciò fino alla conclusione degli stessi;
- e) documenti contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale nei procedimenti selettivi fatta eccezione per il diretto interessato;
- f) fascicoli personali dei dipendenti fatta eccezione per l'interessato;

- g) documenti recanti o attestanti l'attribuzione ai dipendenti di compensi economici comunque denominati o relativi a pignoramenti sulle retribuzioni dei dipendenti, fermo restando gli obblighi di pubblicità previsti dalle disposizioni di legge;
- h) documenti attinenti a procedimenti penali, disciplinari o di responsabilità amministrativa e contabile riguardanti il personale, fatta eccezione per il diretto interessato nei limiti di cui al precedente punto c) del presente articolo;
- i) atti concernenti l'attività in corso di contrattazione integrativa aziendale;
- j) rapporti alla Procura Generale e alle Procure Regionali della Corte dei Conti e richieste o relazioni di dette Procure ove siano nominativamente individuati soggetti per i quali si presume la sussistenza di responsabilità amministrativa, contabile o penale;
- k) atti e documenti che contengono gli estremi di identificazione dei soggetti che segnalino la violazione di norme giuridiche e tecniche, fatto salvo quanto previsto dall'art. 54 bis del decreto legislativo n.165/2001: "Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità' [del segnalante] può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato". E' comunque sottratto l'accesso al contenuto della segnalazione.

Il diritto di accesso e' altresì escluso in relazione all'esigenza di salvaguardare la vita privata o la riservatezza di persone fisiche, persone giuridiche, imprese e associazioni, con particolare riferimento agli interessi epistolare, sanitario, professionale, finanziario, industriale e commerciale di cui siano in concreto titolari, ancorché i relativi dati siano stati forniti dagli stessi soggetti cui si riferiscono.

Ai titolari delle predette situazioni soggettive e' comunque consentito l'accesso ai documenti amministrativi la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere tali situazioni.

Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso e' consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e, in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, solo se la situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare con la richiesta di accesso sia di rango almeno pari ai diritti dell'interessato, ovvero consista in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

Non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'operato dell'ASST.

La mancata risposta, entro 30 giorni, equivale a diniego dell'accesso.

L'accesso non può mai essere limitato o escluso per l'Autorità Giudiziaria in caso di indagini. L'accesso è, altresì, consentito alle Pubbliche Amministrazioni che lo richiedono a fini di istruttoria di pratiche di competenza, fatto salvo quanto indicato al precedente punto c) del presente articolo.

All'art. 35 del D Lgs n. 36/2023, al comma 4 e 5 vengono individuati i casi di esclusione dell'accesso agli atti e le relative eccezioni, a tutela del principio di riservatezza, stabilendo - salva la diversa disciplina per i contratti secretati e per quelli la cui esecuzione richiede speciali misure di sicurezza - che il diritto di accesso e ogni forma di divulgazione:

- possono essere esclusi in relazione alle informazioni fornite nell'ambito dell'offerta o a giustificazione della medesima che costituiscano, secondo motivata e comprovata dichiarazione dell'offerente, segreti tecnici o commerciali" (comma 4, lettera a);
- sono esclusi in relazione: 1) ai pareri legali acquisiti dai soggetti tenuti all'applicazione del codice, per la soluzione di liti, potenziali o in atto,

relative ai contratti pubblici; 2) alle relazioni riservate del direttore dei lavori, del direttore dell'esecuzione e dell'organo di collaudo sulle domande e sulle riserve del soggetto esecutore del contratto; 3) alle piattaforme digitali e alle infrastrutture informatiche utilizzate dalla stazione appaltante o dall'ente concedente, ove coperte da diritti di privativa intellettuale" (comma 4, lettera b);

- possono comunque consentirsi, limitatamente alle ipotesi di cui al comma 4 lettera a) (segreti tecnici o commerciali) e al comma 4 lettera b) numero 3) (piattaforme e infrastrutture informatiche), ma solo "al concorrente", e sempre che la richiesta ostensiva sia "indispensabile ai fini della difesa in giudizio dei propri interessi giuridici rappresentati in relazione alla procedura di gara" (comma 5).

Art. 28 - DIFFERIMENTO DEL DIRITTO DI ACCESSO

L'accesso ai documenti amministrativi non può essere negato ove sia sufficiente far ricorso al potere di differimento.

Al fine di garantire il diritto di accesso agli atti, esso può essere differito nei seguenti casi:

- a) documenti relativi a gare in conformità a quanto previsto dall'art.35, comma 2 D.Lgs. n.36/2023, il diritto di accesso è differito:
 - nelle procedure aperte, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle medesime;
 - nelle procedure ristrette e negoziate e nelle gare informali, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, e in relazione all'elenco dei soggetti che sono stati invitati a presentare offerte e all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle offerte medesime; ai soggetti la cui richiesta di invito sia stata respinta, è consentito l'accesso all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, dopo la comunicazione ufficiale, da parte delle stazioni appaltanti, dei nominativi dei candidati da invitare;
 - ➢ in relazione alle domande di partecipazione e agli atti, dati e informazioni relativi ai requisiti di partecipazione di cui agli articoli 94, 95 e 98 e ai verbali relativi alla fase di ammissione dei candidati e offerenti, fino all'aggiudicazione;
 - in relazione alle offerte e ai verbali relativi alla valutazione delle stesse e agli atti, dati e informazioni a questa presupposti, fino all'aggiudicazione;
 - > in relazione alla verifica della anomalia dell'offerta e ai verbali riferiti alla detta fase, fino all'aggiudicazione".
- b) Documenti relativi a procedure concorsuali che riguardano il concorrente, giudizi sintetici attribuiti ai candidati, ovvero documenti di cui sia prevista per legge la pubblicità. L'accesso è differito al momento dell'approvazione dei predetti documenti.
- c) Documenti riguardanti i rapporti informativi ed ispettivi o documentazione richiesti dagli organi ministeriali, regionali, comunali, giudiziari e dell'autorità di pubblica sicurezza che a questi siano stati trasmessi. Il diritto di accesso è differito alla conclusione del relativo procedimento.
- d) I documenti amministrativi non ancora resi esecutivi dalle competenti autorità di vigilanza e controllo. Il diritto di accesso è differito fino al momento in cui tali documenti sono esecutivi a seguito di approvazione o silenzio assenso.
- Il computo dei termini di differimento del diritto di accesso è effettuato con riferimento ai tempi massimi dei singoli procedimenti.

L'accesso ai documenti richiesti è differito sino a quando la conoscenza di essi possa impedire o gravemente ostacolare lo svolgimento dell'azione amministrativa. Il provvedimento di differimento dovrà essere motivato in ordine alle ragioni di impedimento o grave ostacolo all'azione amministrativa.

Fermo restando quanto sopra previsto, il diritto di accesso sarà garantito entro trenta giorni dalla conclusione del procedimento medesimo.

Art. 29 - IMPUGNAZIONI

Il rifiuto, il differimento o la limitazione del diritto di accesso sono assunti dal Dirigente dell'Ufficio e devono essere motivati. Avverso tali decisioni il richiedente può presentare ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Lombardia nei termini e secondo le modalità di cui all'art. 25 della L. n. 241/90 e s.i.m.

Art. 30 - ACCESSO INFORMALE

Chiunque abbia un interesse giuridicamente rilevante all'esibizione di un documento, può richiederlo verbalmente al responsabile del procedimento, previa identificazione personale ed indicazione degli estremi del documento richiesto.

La richiesta è esaminata immediatamente senza formalità e qualora, in base alla natura del documento richiesto, non risulti l'esistenza di controinteressati, è accolta mediante indicazione della pubblicazione contenente le notizie, l'esibizione del documento, l'estrazione di copie, ovvero altra idonea modalità. L'Amministrazione tiene comunque riscontro con relativo verbale delle richieste di accesso informale presentate, nonché dell'esito delle stesse.

Qualora invece, in base al contenuto del documento, l'Ufficio all'uopo incaricato riscontri l'esistenza di controinteressati, invita l'interessato a presentare richiesta formale di accesso.

Quando l'esibizione immediata del documento comporta aggravio nella speditezza del procedimento o non ricorrono le condizioni indicate nei precedenti commi, ovvero sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sull'identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse alla stregua delle informazioni e delle documentazioni fornite o sull'accessibilità del documento, il richiedente è invitato a presentare domanda formale.

CAPO II - DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Art. 31 - LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

L'accesso alla documentazione sanitaria e ad ogni documentazione contenente dati inerenti la salute, è ammesso nei limiti e nelle modalità stabilite dal Regolamento UE 679/2016 dal Regolamento Regionale 24 dicembre 2012 n. 3, nonché dalla Legge n. 24/2017 e s.m.i..

Si intendono soggetti interessati:

- a) Il titolare della cartella clinica o di altra documentazione sanitaria maggiorenne o minorenne emancipato, secondo la definizione di cui all'art.84 del codice civile:
- b) soggetti che esercitano la potestà di genitori nel caso in cui l'intestatario sia minorenne. Il genitore in caso di separazione o divorzio deve specificare all'atto della richiesta di essere o di non essere genitore affidatario del minore, al fine di qualificare la propria posizione giuridica. Nel caso di revoca della potestà ad

- entrambi i genitori, il diritto di accesso deve essere esercitato esclusivamente dal tutore nominato, unico soggetto responsabile della tutela agli interessi del minore;
- c) tutore nel caso di paziente interdetto giudizialmente (art. 414 c.c.) o nel caso menzionato al punto precedente. Per le persone inabilitate (art. 415 c.c.) la volontà del richiedente deve essere integrata da quella del curatore che deve parimenti sottoscrivere la richiesta;
- d) amministratori di sostegno abilitato dal decreto di nomina o da decreto successivo;
- e) terze persone purché munite di delega scritta da parte del paziente o da chi esercita la potestà o la tutela. In tali casi, quando la sottoscrizione dell'atto di delega non avviene innanzi al Direttore Sanitario o suo delegato, dovrà essere prodotta copia del documento di identità del delegante che ha sottoscritto l'atto e del delegato, identificato al momento del ritiro;
- f) eredi legittimi o testamentari del paziente deceduto. In tali casi dovrà essere provata la qualità di erede che mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- g) autorità giudiziaria;
- h) polizia giudiziaria;
- i) INAIL in caso di infortunio sul lavoro o di malattie professionali;
- j) Enti esteri o sovranazionali legittimati all'accesso sulla base di convenzioni internazionali:
- k) Ispettori del lavoro per conto dell'Ispettorato del lavoro e/o enti con funzioni analoghe;
- Direttore Sanitario o legale rappresentante di altri istituti sanitari a seguito di trasferimento di pazienti in tali strutture, previa richiesta motivata della necessità di disporre tali dati utili al trattamento morboso in atto;
- m) Medico curante dell'intestatario, se il documento è necessario al fine della cura o nell'interesse dell'intestatario medesimo;
- n) Enti di ricerca e studio, le cui richieste motivate dovranno essere valutate caso per caso e soddisfatte compatibilmente con l'esigenza di anonimato dei pazienti cui i dati si riferiscono;
- o) Nuclei operativi di controllo dell'ATS, in caso di apertura della procedura di contestazione a seguito di una verifica ispettiva.

Art. 32-AVVIO DEL PROCEDIMENTO

La richiesta di copia di documentazione sanitaria deve essere indirizzata dai soggetti di cui al precedente art. 31 alla competente Direzione Medica di Presidio, utilizzando il modulo di cui all'allegato n. 4, scaricabile anche direttamente dal sito istituzionale dell'Ente.

L'istanza sarà presa in carico dal Dirigente Responsabile della Direzione Medica di Presidio competente.

Nella richiesta dovranno essere specificate le qualità del richiedente e le motivazioni della richiesta.

I soggetti diversi dal diretto interessato e sopra indicati dovranno compilare il modulo di cui all'allegato n. 4, allegando allo stesso la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (si veda l'allegato n. 5), che dia prova della propria legittimazione ad ottenere il rilascio dei documenti sanitari o delle cartelle cliniche richieste.

Art. 33 - ISTRUTTORIA

La Direzione Medica di Presidio, verificata la legittimazione soggettiva del richiedente, nel rispetto delle indicazioni di cui agli artt. 31 e 32 del presente Regolamento, provvede a recuperare la documentazione richiesta.

La documentazione potrà essere inviata in modalità web o spedita per posta, a seguito del pagamento del dovuto in base alle tariffe di cui all'art. 26 del presente Regolamento.

E' prevista la spedizione a domicilio con spese a carico del destinatario e pagamento di € 10 con pagoPA.

Art. 34- TERMINI DI CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

La Direzione Medica di Presidio, ai sensi della L. 24/2017 art. 4 co. 2, entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

TITOLO V - DISPOSIZIONI FINALI

Art. 35 - DIRITTO DI ACCESSO E TUTELA DEL DIRITTO ALLA RISERVATEZZA

L'esercizio del diritto di accesso così come disciplinato dalle fonti normative richiamate nel presente regolamento, in via generale, deve considerarsi prevalente rispetto al diritto del terzo alla riservatezza, nelle ipotesi in cui la richiesta di accesso sia strumentale alla difesa giurisdizionale dei relativi interessi giuridici, conformemente a quanto previsto dal'art.24 comma 6 lettera d) della L. n.241/90 e Regolamento UE 679/2016.

Qualora sorgano problemi interpretativi in ordine alla sussistenza della reale necessità di conoscenza di dati da parte di terzi, per le ipotesi di cui al precedente comma 1, la relativa tutela può essere fatta valere dinanzi all'autorità giudiziaria o con ricorso al Garante ai sensi del Regolamento UE 679/2016

Il trattamento di dati personali da parte della ASST Rhodense è consentito solo per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalle leggi e dai regolamenti attualmente in vigore, ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

In particolare è consentito alla ASST Rhodense il trattamento di dati necessari per far valere il proprio diritto di difesa in sede amministrativa o giudiziaria, anche da parte di un terzo o per ciò che attiene alla riparazione di un errore giudiziario.

Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso è consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e nei termini previsti dal Regolamento UE 679/2016 in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. La ASST Rhodense si riserva di consentire solo il trattamento dei dati personali e sensibili pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità di tutela che presiedono l'esercizio diritto di accesso, eliminando dal documento ogni altro dato riferito a terzi che non sia strettamente necessario.

Art. 36 - ENTRATA IN VIGORE

Il presente regolamento entra in vigore dalla data di pubblicazione del relativo provvedimento deliberativo di approvazione. Contestualmente verrà abrogato il precedente "Regolamento aziendale per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi" approvato con Deliberazione ASST Rhodense n 1071 del 25.11.2021.

Art. 37 - MODALITÀ DI DIFFUSIONE DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento è diffuso mediante pubblicazione in area intranet, nella sezione "regolamenti" e sul sito internet, in area Amministrazione trasparente.

Art. 38 - NORMA FINALE E DI RINVIO

Per quanto non disciplinato nel presente regolamento si fa rinvio alla normativa nazionale, in particolare alla legge n. 241/1990 e s.m.i. ed al decreto legislativo n. 33/2013 e s.m.i., nonché alle linee guida A.N.AC. del 28 dicembre 2016 e successivi aggiornamenti. Si fa espresso rinvio alla disciplina di settore prevista dal vigente codice degli appalti (artt. 35 e seguenti del decreto legislativo n. 36/2023), dalla Legge n. 24/2017 inerente la responsabilità professionale del personale sanitario ed il rilascio di documentazione sanitaria.

ELENCO ALLEGATI:

Allegato n. 1: Modulo richiesta di accesso civico;

Allegato n. 2: Modulo richiesta di accesso civico generalizzato;

Allegato n. 3: Modulo richiesta di accesso ai documenti amministrativi;

Allegato n. 4: Modulo richiesta di accesso alla documentazione sanitaria con acclusi informativa per il trattamento dei dati personali e modulo di acquisizione del consenso al trattamento dei dati personali;

Allegato n. 5: Modulo dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;

Allegato n. 6: Modulo Delega



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO

(Art.5, comma 1 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", come modificato dal D.Lgs n. 97/2016)

> AL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE **DELLACORRUZIONE E DELLATRASPARENZA** ASST Rhodense protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it

Tel: 02.994301

Il/la sottoscritto/a		
Cognome*	Nome*	
Nato/a a*		
Residente in*	Via	, N°
E-mail*	Cell	
Tel	PEC	
* Campi obbligatori		
	CHIEDE	
informazioni, oggetto di pubblicazion	e il diritto di accesso civico rispett e obbligatoria:	
A tal fine indica il seguente indirizz	zo e-mail ai fini della trasmissione d hiesti e del relativo collegamento ipert	della comunicazione di avvenuta

Si allega copia cartacea o scansione digitale del proprio documento d'identità.

Luogo e data		
		Firma del richiedente

I dati personali forniti con la presente richiesta saranno trattati da ASST Rhodense, Titolare del trattamento, secondo quanto disciplinato dal Regolamento UE 2016/679. A tal fine si rimanda all' Atto di informazione ex artt. 13 e 14 del regolamento ue n. 2016/679 - prestazione sanitaria/sociosanitaria/assistenziale/socioassistenziale/sociale, ivi incluse le connesse ed incidentali ulteriori finalità di trattamento – pubblicata al seguente link http://www.asst-rhodense.it/nuovo-sito/home/PRIVACY/privacy.html



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

RICHIESTA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

(Art.5, comma 2 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni", come modificato dal D.Lgs n. 97/2016)

AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO (Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti) ASST Rhodense protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it Tel: 02.994301 Alternativamente AL RESPONSABILE DELL'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO ASST Rhodense protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it Tel: 02.994301 Il/la sottoscritto/a Cognome*_____ Nome*____ Nato/a a* Residente in* _____ Via , N° E-mail* ____ Cell. Tel. PEC * Campi obbligatori **CHIEDE** in adempimento alle disposizioni previste dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come novellato dal D.Lgs n. 97/2016, di esercitare il diritto di accesso civico generalizzato rispetto ai seguenti dati, documenti e informazioni, da trasmettere all'indirizzo e-mail suindicato:

A tal fine dichiara di essere a conoscenza che:

- come stabilito dall'art. 5, comma 5 del D.Lgs. 33/2013, modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, qualora l'amministrazione alla quale è indirizzata la presente richiesta dovesse individuare dei controinteressati ex art. 5-bis, comma 2 del medesimo D.Lgs., è tenuta a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della presente istanza;
- qualora venga effettuata la sopra citata comunicazione, il termine di conclusione del presente procedimento di accesso è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, e comunque non oltre 10 giorni;
- a norma dell'art. 5, comma 4 del D.Lgs. n. 33/2013, il rilascio di dati in formato elettronico è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Si allega copia cartacea o scansione digitale del proprio documento	o d'identità.
Luggo o data	
Luogo e data	
	Firma del richiedente

I dati personali forniti con la presente richiesta saranno trattati da ASST Rhodense, Titolare del trattamento, secondo quanto disciplinato dal Regolamento UE 2016/679. A tal fine si rimanda all' Atto di informazione ex artt. 13 e 14 del regolamento ue n. 2016/679 - prestazione sanitaria/sociosanitaria/assistenziale/socioassistenziale/sociale, ivi incluse le connesse ed incidentali ulteriori finalità di trattamento – pubblicata al seguente link http://www.asst-rhodense.it/nuovo-sito/home/PRIVACY/privacy.html



AL DIRETTORE GENERALE ASST RHODENSE

VIALE FORLANINI, 95 20024 – GARBAGNATE MILANESE (MI) protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it Tel: 02.994301

RICHIESTA DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

(Legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni; d.P.R. 12 aprile 2006, n. 184)

Il/la sottoscritto/a	
Nato a	il/
e residente in	CAP
in via	
TelefonoFAX	
E-mail	
in qualità di <i>(indicare: diretto interes</i>	sato, legale rappresentante, delegato, altro)
	_
	_
	 -
consapevole delle sanzioni penali pre dichiarazioni, falsità negli atti, uso o e	eviste dall'art. 76 del d.P.R. 445/00, nel caso di mendaci sibizione di atti falsi
	CHIEDE
(barrare la casella di interesse):	
□ DI PRENDERE VISIONE	_
□ DI RICEVERE COPIA SEMPLIC	_
□ DI RICEVERE COPIA AUTENTI	CATA
dei seguenti documenti amministrativ (indicare gli estremi dei document consentono l'individuazione)	ri: Fi oggetto della richiesta ovvero gli elementi che ne
	_
	_
	_
	_

	ntende esercitare il diritto d'accesso)
imp	pegnandosi a rimborsare il costo di riproduzione stabilito da codesta Amministrazione
	е
	dichiara che prenderà visione o ritirerà le copie personalmente
	delega per l'esame o il ritiro:
	Nome Cognome Nato a il/
	Residente in
	Via
	chiede che le copie siano inviate al seguente indirizzo (se diverso da quello di residenza):
	mediante raccomandata con avviso di ricevimento con spesa a proprio carico.
	mediante raccomanada con avviso ar necvimento con spesa a proprio canco.
	chiede che le copie siano inviate a mezzo fax al seguente n.
	chiede che le copie siano inviate a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo:
	L'Azienda non si assume responsabilità per ritardi o mancati recapiti dei documenti di cui stato richiesto l'invio per posta o, nel caso di invio via e-mail, qualora il richiedente non pia la casella certificata (DPR 445/2000).
DA	TA
	FIRMA:
pre	sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000, se la dichiarazione non è sottoscritta dall'interessato in senza del dipendente addetto deve essere allegata la fotocopia, non autenticata, del cumento di identità del dichiarante.

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

_a dichiarazione è stata	apposta in mia	presenza d	al dichiarante	previamente	identificato	а
mezzo						
ib						
		IL FUN	ZIONARIO:			
		_				

I dati personali forniti con la presente richiesta saranno trattati da ASST Rhodense, Titolare del trattamento, secondo quanto disciplinato dal Regolamento UE 2016/679. A tal fine si rimanda all' Atto di informazione ex artt. 13 e 14 del regolamento ue n. 2016/679 - prestazione sanitaria/sociosanitaria/assistenziale/socioassistenziale/sociale, ivi incluse le connesse ed incidentali ulteriori finalità di trattamento – pubblicata al seguente link http://www.asst-rhodense.it/nuovo-sito/home/PRIVACY/privacy.html



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE Sede Legale: viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese – Tel.02.994.301 – Cod. Fisc. e Part. IVA: 093235309

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL P.O. DI	[: □ Garbag	gnate □ Rho/ Passirana □ Bollate
Data/		Richiesta N°
RICHIESTA COPIA D	OCUMENTA	ZIONE SANITARIA
l/La sottoscritto/a		, nato/a a
Il/, telefono	Ema	il
residente in	via/p.zza	_n°CAP
CONSAPEVOLE delle sanzioni penali ed amministrative prev uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al		OPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false o
CHIEDE IL RILASCIO DI	vero,	Indi Riserva
☐ CARTELLA VIA WEB (Compilare Informativa Pri	vacy allegata)	J X
□ ESAMI RADIOLOGICI	vuey uneguu)	J N:
_		
REFERTO DI		
□ ALTRO		
□ Relativa a sé stesso/a		□ Relativa al/alla Sig./Sig.ra
CognomeNome		nato/a a
Il/, residente in		
	N QUALITA' DI:	
(compilare solo se la documentazio	-	persona diversa dal richiedente)
☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitori	iale (Allegare dich	hiarazione sostitutiva atto di notorietà)
☐ Tutore (Allegare provvedimento di nomina)		,
☐ Amministratore di sostegno (Allegare provved)
□ Erede (Allegare dichiarazione sostitutiva atto di	notorietà)	
☐ Coniuge temporaneamente impedito alla sottosci di salute e dichiara che l'intestatario non dissente documentazione attestante)	rizione della prese e / non dissentireb	ente richiesta per ragioni connesse allo stato bbe dalla presente richiesta. (<u>Allegare</u>
☐ Figlio/a temporaneamente impedito alla sottoscr di salute e dichiara che l'intestatario non dissente documentazione attestante)	rizione della prese e / non dissentireb	nte richiesta per ragioni connesse allo stato be dalla presente richiesta. (Allegare
Altro parente in linea retta o collaterale fino al dell'intestatario) temporaneamente impedito alla stato di salute e dichiara che l'intestatario non di	terzo grado (solo : sottoscrizione de ssente / non disser	in assenza del coniuge e del figlio illa presente richiesta per ragioni connesse allo ntirebbe dalla presente richiesta. (<u>Allegare</u>
documentazione attestante)		
documentazione attestante) Delegato del titolare (allegare delega, copia doc	cumento identità d	lel titolare e del delegato)
documentazione attestante)	cumento identità d	lel titolare e del delegato)

Si richiede la SPEDIZIONE (pagamento anticipato di € 10 con pago PA) all'indirizzo:

Riservato all'ufficio competente		
PAGAMENTO EFFETTUATO IL//	BOLLA N°€_	
SALDO EFFETTUATO IL//	BOLLA N°€	
RITIRO AVVENUTO IL/	IL RITIRANTE	
La copia della documentazione clinica sarà conserv	ata, in caso di mancato ritiro, per un a	nno dalla
data della richiesta.		

INFO COSTI per il rilascio di copia della documentazione clinica

- 1) Copia di cartella clinica conforme all'originale, in formato digitale, via WEB: € 20,00;
- 2) Copia di referti di Pronto Soccorso, referti ambulatoriali e riscontri autoptici: € 10,00 più € 10 per la spedizione;
- 3) Copia di esami radiografici: € 10,00;
- 4) Copia cartacea di cartella clinica / fascicolo ambulatoriale: € 50,00 più € 10 per la spedizione; Per tutte le richieste il pagamento deve essere effettuato con pagoPa compilando i campi richiesti compresa la <u>causale</u> (Esempio: copia cartella clinica, copia referti, copia rx); al link: https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ASSTR con ricevuta del pagamento da inviare contestualmente alla richiesta
- 5) Eventuali spese di spedizione: € 10 tramite pagoPA al link:

 https://pagamentinlombardia.servizirl.it/mypay4/cittadino/spontaneo?enteToChange=ASSTR

 con ricevuta del pagamento da inviare contestualmente alla richiesta.



ATTO DI INFORMAZIONE EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 - RICHIESTA DI RITIRO DOCUMENTAZIONE SANITARIA, POST DIMISSIONE OSPEDALIERA -

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE, (P. IVA: 09323530965) (infra "ASST RHODENSE"), in persona del suo legale rappresentante pro tempore, con sede legale in Garbagnate Milanese (MI), viale Forlanini, 95, in qualità di Titolare del trattamento ex artt. 4 n. 7) e 24 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), informa, ai sensi dell'art. 13 del GDPR e dell'art. 80 del novellato D.lgs. n. 196/2003 (Codice Privacy), che le informazioni, descritte all'art. 1, saranno trattate per l'esecuzione della finalità di trattamento descritta all'art. 2.

1. Categorie dei dati oggetto di trattamento.

1.1. ASST RHODENSE raccoglie e tratta, al fine di perseguire la finalità di trattamento descritta all'art. 2, le seguenti informazioni, riguardanti il soggetto a cui si riferisce la documentazione sanitaria (referto/reperto) di cui si richiede all'ASST RHODENSE una copia (infra "paziente") mediante le differenti modalità da quest'ultima messe a disposizione: (i) dati personali ex art. 4 n. 1) del GDPR cd. identificativi/comuni/di contatto riguardanti il paziente (es. nome; cognome; data/luogo di nascita; codice fiscale; numero di telefono; indirizzo e-mail; indirizzo di residenza/domicilio/dimora; numero della tessera sanitaria) (infra "dati personali"); (ii) dati personali cd. particolari ex art. 9 paragrafo 1) del GDPR indicati all'interno della documentazione sanitaria oggetto di richiesta (infra "dati personali cd. particolari").

A tal riguardo, ASST RHODENSE precisa, altresì, che, al fine di perseguire la finalità di trattamento descritta all'art. 2, può, anche raccogliere e trattare, ove necessario, i dati personali del soggetto delegato (direttamente/indirettamente), a vario titolo, dal paziente a ricevere la documentazione sanitaria oggetto di richiesta (es. rappresentante legale/genitoriale; erede; coniuge/convivente; parente) (infra "soggetto delegato dal paziente").

Infine, ASST RHODENSE precisa che il paziente e il soggetto delegato dal paziente rivestono, in modo tra loro singolare (ma, comunque, interconnesso/conseguente), la qualifica di soggetto interessato ex art. 4 n. 1) del GDPR.

2. Finalità di trattamento e relativa base giuridica.

- **2.1.** I dati personali e i dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, i dati personali del soggetto delegato dal paziente sono trattati, da parte dell'ASST RHODENSE, per l'esecuzione della seguente finalità di trattamento:
 - a. Esecuzione della richiesta, da parte del paziente ovvero da parte del soggetto delegato dal paziente, di ritirare la documentazione sanitaria (referto/reperto) oggetto di richiesta, a seguito della dimissione ospedaliera del paziente medesimo da una struttura sanitaria/sociosanitaria/assistenziale gestita dall'ASST RHODENSE.

Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 2) lettera e) del GDPR, ASST RHODENSE precisa che l'eventuale mancata comunicazione dei dati personali del paziente e, ove necessario, dei dati personali del soggetto delegato dal paziente può eventualmente determinare l'impossibilità, in capo all'ASST RHODENSE medesima, di eseguire, in modo compiuto, la finalità di trattamento descritta all'art. 2.1. lettera a).

A tal riguardo, ASST RHODENSE precisa che la base giuridica della finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a) si rinviene nelle seguenti disposizioni normative: artt. 6 paragrafo 1) lettere b), c) ed e) del GDPR (da leggersi, assieme, all'art. 6 paragrafo 3) del GDPR e all'art. 2 ter del Codice Privacy), per i dati personali del paziente e/o del soggetto delegato dal paziente; art. 9 paragrafo 2) lettere c), g) e h) del GDPR (da leggersi, assieme, all'art. 9 paragrafo 3) del GDPR, e all'art. 2 sexies comma 2) lettere t), u), v) del Codice Privacy, e agli artt. 2 septies e 75 del Codice Privacy), per i dati personali cd. particolari del paziente racchiusi all'interno della documentazione sanitaria oggetto di richiesta.

3. Periodo di conservazione.

3.1. In ossequio all'art. 13 paragrafo 2) lettera a) del GDPR, ASST RHODENSE comunica i seguenti periodi/criteri temporali di conservazione, al termine dei quali i dati personali e i dati personali cd. particolari del paziente e/o i dati personali del soggetto delegato dal paziente saranno eventualmente soggetti a cancellazione, distruzione ovvero anonimizzazione: (i) per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a): a seconda dello specifico documento prodotto (e poi consegnato), nel rispetto di quanto prescritto all'interno del documento "Titolario e Massimario del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia" e s.m.i. (da intendersi, qui, richiamato integralmente), ivi inclusa l'eventuale normativa, anche di secondo livello, di settore applicabile in materia.

4. Destinatari.

4.1. Nel rispetto dell'art. 13 paragrafo 1) lettera e) del GDPR, ASST RHODENSE precisa che i dati personali e i dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, i dati personali del soggetto delegato dal paziente possono essere oggetto di comunicazione, ove opportuno e necessario, ad uno o più destinatari ex art. 4 n. 9) del GDPR, così individuati, in via generale, per categoria: (i) per l'esecuzione della finalità di trattamento di cui all'art. 2.1. lettera a): soggetti cd. autorizzati ex artt. 4 n. 10), 29 e 32 paragrafo 4) del GDPR al trattamento da ASST RHODENSE (es. personale amministrativo; sanitario; sociosanitario); destinatario della documentazione sanitaria richiesta.

5. Trasferimento.

5.1. I dati personali e i dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, i dati personali del soggetto delegato dal paziente sono conservati all'interno di archivi automatizzati, parzialmente automatizzati e/o non automatizzati appartenenti o comunque riconducibili, anche in via indiretta, all'ASST RHODENSE, e ubicati all'interno dello Spazio Economico Europeo (SEE).

6. Diritti del soggetto interessato.

- 6.1. In relazione ai dati personali e ai dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, ai dati personali del soggetto delegato dal paziente, ASST RHODENSE informa della facoltà di esercitare i seguenti diritti eventualmente soggetti alle limitazioni previste dagli artt. 2 undecies e 2 duodecies del Codice Privacy, oltre che eventualmente a quelle prescritte, per natura, nei singoli articoli del GDPR (ovvero dal Garante Privacy italiano: cfr. Provvedimento n. 8 del 13.1.2022, con riguardo al diritto alla portabilità) sotto illustrati: diritto di accesso ex art. 15 del GDPR: diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali, oltre che le informazioni di cui all'art. 15 del GDPR (es. finalità di trattamento, periodo di conservazione); diritto di rettifica ex art. 16 del GDPR: diritto di correggere, aggiornare o integrare i dati personali; diritto alla cancellazione ex art. 17 del GDPR: diritto di ottenere la cancellazione o distruzione o anonimizzazione dei dati personali, laddove tuttavia ricorrano i presupposti elencati nel medesimo articolo; diritto di limitazione del trattamento ex art. 18 del GDPR: diritto con connotazione marcatamente cautelare, teso ad ottenere la limitazione del trattamento laddove sussistano le ipotesi disciplinate dallo stesso art. 18; diritto alla portabilità dei dati ex art. 20 del GDPR: diritto di ottenere i dati personali, forniti a ASST RHODENSE, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un sistema automatico (e, ove richiesto, di trasmetterli, in modo diretto, ad un altro Titolare del trattamento), laddove sussistano le specifiche condizioni indicate dal medesimo articolo (es. base giuridica del consenso e/o esecuzione di un contratto; dati personali forniti dall'interessato); diritto di opposizione ex art. 21 del GDPR: diritto di ottenere la cessazione, in via permanente, di un determinato trattamento di dati personali; diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (ossia, Garante Privacy italiano) ex art. 77 del GDPR: diritto di proporre reclamo laddove si ritiene che il trattamento oggetto d'analisi violi la normativa nazionale e comunitaria sulla protezione dei dati personali.
- **6.2.** In aggiunta ai diritti descritti al precedente art. 6.1., ASST RHODENSE precisa che in relazione ai dati personali e ai dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, ai dati personali del soggetto delegato dal paziente sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare, da un lato, il (sotto) diritto previsto dall'art. 19 del GDPR ("Il titolare del trattamento comunica a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali le eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate a norma dell'articolo 16, dell'articolo 17, paragrafo 1, e dell'articolo 18, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato. Il titolare del trattamento comunica all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda"), da considerarsi connesso e collegato all'esercizio di uno o più diritti regolamentati agli artt. 16, 17 e 18 del GDPR; dall'altro lato, ASST RHODENSE precisa che in relazione ai dati personali e ai dati personali cd. particolari del paziente e, ove necessario, ai dati personali del soggetto delegato dal paziente sussiste, ove possibile e conferente, la facoltà di esercitare il diritto previsto dall'art. 22 paragrafo 1) del GDPR ("L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona"), fatte salve le eccezioni previste dal successivo paragrafo 2).
- **6.3.** In ossequio all'art. 12 paragrafo 1) del GDPR, ASST RHODENSE si impegna a fornire le comunicazioni di cui agli artt. da 15 a 22 e 34 del GDPR in forma concisa, trasparente, intellegibile, facilmente accessibile e con un linguaggio semplice e chiaro: tali informazioni saranno fornite per iscritto o con altri mezzi eventualmente elettronici ovvero, su richiesta del soggetto interessato, saranno fornite oralmente purché sia comprovata, con altri mezzi, l'identità di quest'ultimo.
- 6.4. In ossequio all'art. 12 paragrafo 3) del GDPR, ASST RHODENSE informa che si impegna a fornire le informazioni relative all'azione intrapresa riguardo ad una richiesta ai sensi degli artt. da 15 a 22 del GDPR senza ingiustificato ritardo e, comunque, entro il termine di cui all'art. 4 comma 2) della Legge n. 24 del 8.3.2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) ovvero, in subordine, entro un mese dal ricevimento della richiesta stessa (quest'ultimo termine può essere prorogato di n. 2 mesi se necessario, tenuto conto della complessità e del numero delle richieste: in tal caso, ASST RHODENSE si impegna ad informare di tale proroga e dei motivi del ritardo, entro un mese dal ricevimento della richiesta).
 6.5. ASST RHODENSE precisa che, stante il fatto che la cartella clinica (oltre a costituire un atto pubblico) raccoglie e tratta documentazione sanitaria/medica, il riscontro ad eventuali istanze di integrazione, aggiornamento e rettificazione dei dati personali e dei dati personali cd. particolari ivi racchiusi può essere fornito annotando le modifiche richieste senza alterare necessariamente la documentazione di riferimento.
- **6.6.** I sopra descritti diritti (fatta eccezione per il diritto ex art. 77 del GDPR) possono essere esercitati mediante i dati di contatto illustrati al successivo art. 7.

7. Dati di contatto.

- 7.1. ASST RHODENSE può essere contattata al seguente recapito: privacy@asst-rhodense.it
- **7.2.** Il Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO) ex art. 37 del GDPR, nominato da ASST RHODENSE, è l'avv. Gabriele Borghi, il quale può essere contattato al seguente recapito: responsabileprotezionedati@asst-rhodense.it

Garbagnate Milanese (MI), lì 17.11.2022 (data di ultimo aggiornamento).

AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE RHODENSE

(in persona del suo legale rappresentante pro tempore)



MODULO DI RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER INVIO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRAMITE UN CANALE WEB (ivi inclusa, la cartella clinica)

lo sottoscritto/a		
Nato/a a	in data	
Residente a		
Codice fiscale		
□ PER PROPRIO CO	NTO	
□ ESERCITANDO LA	RAPPRESENTANZA LEGALE O RESPONSABILITÀ GENITORIALE VERSO: Nominativo:	
 Nato/a a	in data	
Residente a		
Codice fiscale		
	nativa ex art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 dell'ASST RHODENSE le all'interno del sito internet http://www.asst-rhodense.it/inew/nuovo-ivacy.html)	
	invio della documentazione sanitaria (ivi inclusa, la cartella clinica) richiesta, trami tal fine, comunico all'ASST RHODENSE le seguenti informazioni:	te un
eMail		
Telefono		
Data//	Firma leggibile	

Allegare fotocopia del documento di identità in corso di validità (Carta d'identità o Passaporto)

Sede Legale: viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese – Tel.02.994.301 – Cod. Fisc. e Part. IVA: 09323530965 Posta elettronica certificata: protocollo.generale@pec.asst-rhodense.it – Sito web: www.asst-rhodense.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

ll/La sottoscritto/a			
nato/a a		il/	/
residente a	via/p.zza _		n°
consapevole delle sanzioni penali, nel richiamate dall'art. 76 del D.P.R 445 del 2		non veritiere e falsità	negli atti,
	☐ DICHIARA		
di poter attuare l'esercizio separato dell	a potestà genitoriale (li mia/o	
figlia/o			
nata/o a		il/_	
	□ DICHIARA		
che in data/ moriva	. a		
		(Comune)	
II/la Sig./ra	nato/a a	il/	
lasciando eredi per legge: - Cognome nome -		- grado di parentela –	
(luogo, data)		Il dichiarante	

Ai sensi dell'art.3, del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente incaricato addetto ovvero sottoscritta e **inviata insieme alla fotocopia**, non autentica, di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, via mail, tramite incaricato, oppure a mezzo posta.

Regione Lombardia

ASST Rhodense

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

MODULO DELEGA

ALLA DIREZIONE MEDICA DEL	8	
l/La sottoscritto/a	, nato/a a Email	
residente in		
<u>DELEGA</u>		
Il/la sig./ra	, nato/a a	
Il/, Telefono	residente in	
Via/p.zza	n°CAP	
<u>A RICHIEDERE/RITIRARE</u> p		
	Allega	re copia di un documento d'identità
//		

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) RHODENSE

Viale Forlanini, 95 – 20024 Garbagnate Milanese (MI)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 554/2025/DG

Il giorno 30/05/2025

Il Direttore Generale

Marco Bosio

ha adottato la seguente Deliberazione:

OGGETTO:

PIANO DI MIGLIORAMENTO DELLA SICUREZZA INFORMATICA DELL'ASST RHODENSE – AGGIORNAMENTO PER L'ANNO 2025.

Nessun onere previsto

Fascicolo Generale nº: 1.7.5/28

SC Sistemi Informativi Aziendali

Il Responsabile del Procedimento: Matteo Ferranti

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO il D.Lgs. 30.12.1992 n. 502, a oggetto "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 11.08.2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

VISTA, altresì, la Legge Regionale 14.12.2021 n. 22 "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

RICHIAMATA la D.G.R. X/4477 del 10.12.2015 con la quale, in attuazione della L.R. 23/2015, viene costituita l'Azienda Socio – Sanitaria Territoriale (ASST) Rhodense e definito l'assetto organizzativo della stessa;

ATTESO che la ASST Rhodense con decorrenza 01.01.2016 è subentrata nella gestione dei rapporti giuridici attivi e passivi della disciolta Azienda Ospedaliera G. Salvini;

RICHIAMATI:

- il D. Lgs. del 7 marzo 2005 n. 82 e s. m. i. Codice dell'amministrazione digitale (CAD);
- il *Piano Triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione edizione 2024-2026 aggiornamento 2025*, approvato con DPCM del 3.12.2024, che promuove la trasformazione digitale del Paese e la realizzazione degli obiettivi dell'Agenda digitale italiana in coerenza con l'Agenda digitale europea, assicurando, altresì, lo svolgimento dei compiti necessari per l'adempimento degli obblighi internazionali assunti in materia di innovazione tecnologica e digitale;
- il *Programma Strategico per la Semplificazione e la Trasformazione Digitale aggiornamento 2024* di Regione Lombardia, approvato con D.G.R. n. XII/3325 del 31.10.2024, che stabilisce gli interventi necessari ad ammodernare la Pubblica Amministrazione in raccordo alle politiche europee e nazionali, come la migrazione al cloud, la digitalizzazione dei servizi e, in particolare, di quelli sanitari, lo sviluppo di infrastrutture digitali avanzate e la sperimentazione di tecnologie come Blockchain, RPA (Robotic Process Automation), IA (Intelligenza artificiale) e Digital Twin;
- la D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024 avente ad oggetto: "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025", con particolare riferimento all'allegato 11 Digitalizzazione, che declina gli obiettivi strategici di breve, medio e lungo termine e pianifica gli specifici interventi innovativi necessari a rendere disponibili strumenti digitali e tecnologie innovative, promuovere la trasformazione digitale regionale in modo organizzato ed efficiente e progettare una nuova architettura dei sistemi informativi regionali;

PREMESSO che il Responsabile del procedimento riferisce quanto segue:

- l'Allegato 11 Digitalizzazione, della sopra richiamata D.G.R. n. XII/3720 del 30.12.2024, prevede, al punto 11.2.6. "Sicurezza informatica", l'aggiornamento da parte degli Enti Sanitari regionali, con il coordinamento di Aria S.p.A., del Piano di Miglioramento della Sicurezza Informatica;
- il vigente Piano di Miglioramento della Sicurezza Informatica di ASST Rhodense era stato trasmesso, con nota in atti Prot. n. 0029482/23, alla DG Welfare di Regione Lombardia in data 14/04/2023;
- con nota acquisita al protocollo generale n. 38536 del 16.05.2025, la DG Welfare di Regione Lombardia ha indicato la scadenza del 31 maggio 2025 per acquisire l'aggiornamento dei piani di sicurezza 2025 da parte delle ATS, ASST e IRCCS regionali;
- con nota del 29.05.2025, conservata in atti di ufficio, è stata condivisa con la Direzione Strategica la proposta di aggiornamento del Piano di Miglioramento della Sicurezza Informatica dell'ASST Rhodense per l'anno 2025;

RITENUTO, pertanto, di approvare il "Piano di Miglioramento della Sicurezza Informatica dell'ASST Rhodense – aggiornamento per l'anno 2025", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ancorché non ostensibile in conformità a quanto previsto dal D.M. 16 marzo 2022, trattandosi di documento concernente "la sicurezza delle infrastrutture, dei sistemi informatici";

PRESO ATTO che il Direttore della SC Sistemi Informativi Aziendali, in qualità di Responsabile del procedimento, con la sottoscrizione della proposta di deliberazione di che trattasi ne attesta la legittimità, la regolarità tecnica, formale e sostanziale;

RITENUTO di far proprie le proposte del Responsabile del procedimento in relazione a quanto sopra riferito;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e, per quanto di propria competenza, ai sensi dell'art. 3 comma 1 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. il parere del Direttore Sanitario e, vista la L. R. n. 23/2015, del Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente riportate:

- 1. di adottare il "Piano di Miglioramento della Sicurezza Informatica dell'ASST Rhodense – aggiornamento per l'anno 2025", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento ancorché non ostensibile in conformità a quanto previsto dal D.M. 16 marzo 2022, trattandosi di documento concernente "la sicurezza delle infrastrutture, dei sistemi informatici";
- **2. di dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico dell'azienda;
- **3. di dare atto** che l'esecuzione del presente provvedimento è affidata al Responsabile del procedimento, il quale ne comunicherà l'avvenuta approvazione alla DG Welfare di Regione Lombardia e alle Strutture interessate per l'adempimento delle rispettive competenze, così come individuate nel P.O.A.S. aziendale.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (*) (Paola Bianco) IL DIRETTORE SANITARIO (*) (Giorgia Saporetti) IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO (*) (Emiliano Gaffuri)

IL DIRETTORE GENERALE (*)

(Marco Bosio)

*Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del Testo Unico D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e del D.Lgs. 7 MARZO 2005 n. 82 e norme collegate, il quale sostituisce il testo cartaceo e la firma autografa