



ASST Melegnano e Martesana

Manuale di Gestione Documentale

Emissione del documento

Azione	Data	Nominativo	Funzione
Redazione	18/05/2025	Luca Cerati	S.C. Affari Generali e Legali
Verifica	18/05/2025	Matteo Savoldi	Archivista consulente
Approvazione	29/05/2025	Alessandra Getti	Direttore S.C. Affari Generali e Legali Responsabile Gestione Documentale

Registro delle versioni

N°Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
Prima Versione	29/05/2025	Creazione Manuale	



Sommario

1	PRINCIPI GENERALI	5
1.1	Premessa.....	5
1.2	Ambito di applicazione del manuale	7
2	ASPETTI ORGANIZZATIVI	7
2.1	Area Organizzativa Omogenea	7
2.2	Accreditamento dell'AOO all'IPA	8
2.3	Ruoli e responsabilità	8
2.4	Unità Organizzative coinvolte nei processi di formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici...	10
2.5	Strutture aziendali responsabili delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO	12
2.5.1	Orari osservati dall' Ufficio Protocollo.....	14
3	MODALITÀ DI UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI PER LA FORMAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI E PER LO SCAMBIO DEGLI STESSI ALL'INTERNO ED ALL'ESTERNO DELL'AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA (AOO)	14
3.1	Documento Amministrativo.....	14
3.1.1	Flusso di gestione	14
3.2	Documento clinico.....	15
3.3	Requisiti degli strumenti informatici di scambio dei documenti con l'esterno	16
3.4	Protocollo informatico	16
3.5	Firma digitale	16
3.5.1	Verifica delle firme digitali per i documenti inviati e ricevuti	17
3.6	Posta Elettronica.....	17
4	FLUSSI DI LAVORAZIONE DEI DOCUMENTI PROTOCOLLATI	17
4.1	Flusso dei documenti ricevuti dalla AOO	17
4.1.1	Provenienza esterna dei documenti.....	17
4.1.2	Provenienza di documenti interni formali	17
4.1.3	Ricezione di documenti informatici sulla casella di posta istituzionale (PEC)	18
4.1.4	Ricezione di documenti informatici sulla casella di posta elettronica non istituzionale (PEO).....	18
4.1.5	Errata ricezione di documenti digitali	19
4.1.6	Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici.....	19

**ASST Melegnano e Martesana**

4.1.7	Ricezione di documenti cartacei a mezzo posta convenzionale	19
4.1.8	Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti cartacei.....	19
4.1.9	Ricezione e trasmissione di documenti cartacei a mezzo telefax.....	19
4.1.10	Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'ASST.....	20
4.1.11	Documenti anonimi o non firmati	20
4.2	Flusso dei documenti inviati dalla AOO.....	20
4.2.1	Trasmissione dei documenti informatici	20
4.2.2	Trasmissione di documenti analogici	21
4.3	Formazione dei documenti - Aspetti operativi	21
4.4	Registrazione e segnatura di protocollo dei documenti ricevuti	22
4.5	Scansione dei documenti cartacei	23
4.6	Registro giornaliero di protocollo.....	23
4.7	Documenti soggetti a protocollo riservato	23
5	FLUSSI DI LAVORAZIONE DEI DOCUMENTI NON PROTOCOLLATI	24
5.1	Fatture.....	26
5.2	Documenti Amministrativi Elettronici (DAE).....	27
5.3	Ricette Dematerializzate	27
5.4	Documenti clinici	28
5.5	DICOM.....	30
5.6	Protocollo Documentale con Intelligenza Artificiale	31
5.6.1	Obiettivi del Progetto AI.....	31
5.6.2	Fasi e Impatto	31
6	REGOLE DI ASSEGNAZIONE DEI DOCUMENTI RICEVUTI	32
6.1	Attività di assegnazione	32
6.1.1	Regole Generali.....	32
6.1.2	Assegnazione di documenti ricevuti in formato digitale	32
6.1.3	Assegnazione di documenti ricevuti in formato cartaceo	32
6.1.4	Modifica delle assegnazioni	33
6.2	Criteri di inoltro dei documenti ricevuti verso altri enti terzi.....	33
7	PROTOCOLLO INFORMATICO E REGISTRAZIONI PARTICOLARI.....	33
7.1	Annullamento delle registrazioni di protocollo.....	33



7.2	Descrizione completa e puntuale delle modalità di utilizzo della componente «sistema di protocollo informatico» del sistema di gestione informatica dei documenti	33
7.3	Registro di emergenza	34
7.4	Metadati associati ai documenti soggetti a registrazione particolare	34
7.5	Registri particolari per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari.....	34
8	CRITERI E MODALITÀ PER IL RILASCIO DELLE ABILITAZIONI DI ACCESSO, INTERNO ED ESTERNO ALL'AMMINISTRAZIONE, AL SISTEMA DI GESTIONE INFORMATICA DEI DOCUMENTI.....	35
8.1	Criteri generali.....	35
8.2	Abilitazione per l'accesso all'uso del sistema Archiflow	35
8.3	Abilitazione alle funzioni di visualizzazione.....	36
9	FORMATI DEI DOCUMENTI.....	36
9.1	Formati utilizzati per la formazione del documento informatico.....	36
9.2	Procedure per la valutazione periodica di interoperabilità.....	37
9.3	Procedure di riversamento previste	37



1 Principi Generali

1.1 Premessa

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. In coerenza con quanto indicato da AgID nelle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici “nel manuale di gestione documentale sono riportati, in particolare:

1. relativamente agli aspetti organizzativi:
 - a. le modalità di utilizzo degli strumenti informatici per la formazione dei documenti informatici e per lo scambio degli stessi all'interno ed all'esterno dell'Area Organizzativa Omogenea (AOO), applicando le modalità di trasmissione indicate nell'allegato 6 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici “Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati”;
 - b. l'indicazione delle strutture responsabili delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO;
 - c. l'indicazione delle regole di assegnazione dei documenti ricevuti con la specifica dei criteri per l'ulteriore eventuale inoltro dei documenti verso AOO della stessa amministrazione o verso altre amministrazioni;
 - d. i criteri e le modalità per il rilascio delle abilitazioni di accesso, interno ed esterno all'Amministrazione, al sistema di gestione informatica dei documenti;
2. relativamente ai formati dei documenti:
 - a. l'individuazione dei formati utilizzati per la formazione del documento informatico, tra quelli indicati nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici “Formati di file e riversamento”;
 - b. la descrizione di eventuali ulteriori formati utilizzati per la formazione di documenti in relazione a specifici contesti operativi che non sono individuati nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici “Formati di file e riversamento”;
 - c. le procedure per la valutazione periodica di interoperabilità dei formati e per le procedure di riversamento previste nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici “Formati di file e riversamento”;
3. relativamente al protocollo informatico e alle registrazioni particolari:
 - a. le modalità di registrazione delle informazioni annullate o modificate nell'ambito delle attività di registrazione;
 - b. la descrizione completa e puntuale delle modalità di utilizzo della componente «sistema di protocollo informatico» del sistema di gestione informatica dei documenti;
 - c. le modalità di utilizzo del registro di emergenza ai sensi dell'art. 63 del TUDA, inclusa la funzione di recupero dei dati protocollati manualmente;



- d. l'elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo, per cui è prevista registrazione particolare ai sensi dell'art. 53, comma 5, del TUDA;
 - e. determinazione dei metadati da associare ai documenti soggetti a registrazione particolare individuati, assicurando almeno quelli obbligatori previsti per il documento informatico dall'Allegato 5 alle Linee Guida;
 - f. i registri particolari individuati per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari informatiche anche associati ad aree organizzative omogenee definite dall'amministrazione sull'intera struttura organizzativa e gli albi, gli elenchi e ogni raccolta di dati concernente stati, qualità personali e fatti, riconosciuti da una norma;
4. relativamente alle azioni di classificazione e selezione:
 - a. il piano di classificazione adottato dall'Amministrazione, con l'indicazione delle modalità di aggiornamento, integrato con le informazioni relative ai tempi, ai criteri e alle regole di selezione e conservazione, con riferimento alle procedure di scarto;
 5. relativamente alla formazione delle aggregazioni documentali
 - a. le modalità di formazione, gestione e archiviazione dei fascicoli informatici e delle aggregazioni documentali informatiche con l'insieme minimo dei metadati ad essi associati;
 6. relativamente ai flussi di lavorazione dei documenti in uso:
 - a. la descrizione dei flussi di lavorazione interni all'Amministrazione, anche mediante la rappresentazione formale dei processi attraverso l'uso dei linguaggi indicati da AgID, applicati per la gestione dei documenti ricevuti, inviati o ad uso interno;
 7. relativamente alla organizzazione dei documenti informatici, dei fascicoli informatici e delle serie informatiche:
 - a. la definizione della struttura dell'archivio all'interno del sistema di gestione informatica dei documenti. L'archivio informatico - formato ai sensi del capo IV "Sistema di gestione informatica dei documenti" del DPR 445/2000 - deve essere progettato in modo da assicurare certezza e trasparenza all'attività giuridico amministrativa;
 8. relativamente alle misure di sicurezza e protezione dei dati personali adottate:
 - a. le opportune misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio anche in materia di protezione dei dati personali;
 9. relativamente alla conservazione:
 - a. per le Pubbliche Amministrazioni il piano di conservazione è allegato al manuale di gestione documentale, con l'indicazione dei tempi entro i quali le diverse tipologie di oggetti digitali devono essere trasferite in conservazione ed eventualmente scartate; "

Ad integrazione delle informazioni contenute nel presente Manuale, sono allegati i seguenti documenti:



- Riferimenti Normativi (Allegato 1)
- Glossario Termini (Allegato 2)
- Archivio (Allegato 3)
- Elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo (Allegato 4)
- Formati accettati (Allegato 5)
- Delibera di Approvazione del Manuale di Gestione Documentale (Allegato 6)
- Determinazione affidamento Ecosafety-DPO (Allegato 7)
- Nomine (Allegato 8)
- Regolamento per accesso agli atti (Allegato 9)
- Piano di Classificazione/Massimario di Scarto Regione Lombardia (Allegato 10)
- Piano di Fascicolazione (Allegato 11)
- Manuale di Conservazione (Allegato 12)
- Estratto del Piano per la Sicurezza Informatica (Allegato 13)
- Attestati incontro informativo sul Manuale di gestione (allegato 14)

La Pubblica Amministrazione è tenuta a redigere, adottare con provvedimento formale e pubblicare sul proprio sito istituzionale il Manuale di gestione documentale. La pubblicazione è realizzata in una parte chiaramente identificabile dell'area "Amministrazione trasparente" prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013.

1.2 Ambito di applicazione del manuale

Il presente Manuale di Gestione Documentale è adottato secondo le Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

Esso descrive:

- la formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione ed archiviazione dei documenti amministrativi, oltre alla gestione dei flussi documentali ed archivistici in relazione ai procedimenti amministrativi della AOO.
- la formazione e gestione dei documenti clinici generati dalla ASST.

2 Aspetti Organizzativi

2.1 Area Organizzativa Omogenea

Il Testo Unico delle disposizioni in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. n.445/2000 e s.m.i.) prescrive, all'art. 50 comma 4 che ciascuna pubblica amministrazione individui, nell'ambito del proprio ordinamento, gli uffici da considerare ai fini della gestione unica e coordinata dei documenti per grandi aree organizzative omogenee, assicurando criteri uniformi di classificazione e archiviazione.



In tale contesto la ASST Melegnano e Martesana (nel seguito, “ASST”) ha individuato un’unica Area Organizzativa Omogenea per la gestione coordinata dei documenti, utilizzando un unico sistema di protocollazione e un unico titolare di classificazione e producendo quindi un unico archivio.

2.2 Accreditamento dell'AOO all'IPA

Per la gestione dei documenti, la ASST, ai sensi della normativa vigente, individua un’unica Area Organizzativa Omogenea (AOO) denominata “Area Organizzativa Omogenea Unica ASST Melegnano e della Martesana”.

Il codice identificativo dell’AOO presso l’Indice delle Pubbliche Amministrazioni (Codice IPA) è “asstmm”.

La ASST ha effettuato l’iscrizione della propria casella di posta elettronica certificata istituzionale presso l’IPA: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it.

2.3 Ruoli e responsabilità

Per l’unica AOO della ASST sono individuati i seguenti ruoli con responsabilità sui processi in essere. Di seguito sono elencati i compiti dei **responsabili della gestione documentale** (che assumono anche il ruolo di **soggetto produttore del pdv**):

- attribuisce il livello di autorizzazione per l'accesso alle funzioni della procedura di protocollazione, distinguendo tra abilitazioni alla consultazione e abilitazioni all'inserimento e alla modifica delle informazioni;
- garantisce che le operazioni di registrazione e di segnatura di protocollo si svolgano nel rispetto delle disposizioni del testo unico delle amministrazioni;
- garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro giornaliero di protocollo;
- cura che le funzionalità del sistema in caso di guasti o anomalie siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;
- conserva le copie, in luoghi sicuri differenti;
- assicura la trasmissione del pacchetto di versamento al sistema di conservazione, secondo le modalità operative definite nel manuale di conservazione;
- 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;
- garantisce il buon funzionamento degli strumenti e dell'organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali, incluse le funzionalità di accesso e le attività di gestione degli archivi;
- autorizza le operazioni di annullamento;
- vigila sull'osservanza delle disposizioni del testo unico delle amministrazioni (TUDA) da parte del personale autorizzato e degli incaricati.
- d’intesa con il responsabile della conservazione, il responsabile per la transizione digitale e acquisito il parere del responsabile della protezione dei dati personali, predispone il manuale di gestione documentale relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, 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

- In accordo con il responsabile della conservazione, con il responsabile per la transizione digitale e acquisito il parere del responsabile della protezione dei dati personali, predispone il piano della sicurezza del sistema di gestione informatica dei documenti, prevedendo opportune misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio in materia di protezione dei dati personali
- Verifica periodicamente la rispondenza del piano di classificazione dei documenti informatici ai procedimenti amministrativi e agli affari in essere e procede al suo aggiornamento
- Assicura l'adozione di criteri uniformi per la gestione informatica dei documenti
- Verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA.

Di seguito sono elencati i compiti del **responsabile della transizione digitale**

- coordina lo sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizza e coordina lo sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;
- indirizza, pianifica, coordina e monitora la sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività
- garantisce l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promuove l'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analizza periodicamente la coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- coopera alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione ai fini del punto precedente;
- indirizza, coordina e monitora la pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione e fonia;
- progetta e coordina le iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- promuove le iniziative attinenti all'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie;
- pianifica e coordina il processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra i sistemi e servizi dell'amministrazione



- pianifica e coordina gli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b) del CAD

I compiti del **responsabile della conservazione** sono descritti nel Manuale di Conservazione.

Di seguito sono elencati i compiti del **Responsabile dei sistemi informativi**:

- Opera d'intesa con il responsabile della conservazione e può affidare, ai sensi dell'articolo 34, comma 1-bis, lettera b) del CAD, la conservazione dei documenti informatici ad altri soggetti, pubblici o privati, che offrono idonee garanzie organizzative, e tecnologiche e di protezione dei dati personali
- Gestisce l'esercizio delle componenti hardware e software;
- monitora il mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con il fornitore e segnala eventuali difformità degli SLA e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive;
- pianifica lo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche;
- controlla e verifica i livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali difformità.

Per le figure individuate per ciascun ruolo, fare riferimento alle delibere allegate.

2.4 Unità Organizzative coinvolte nei processi di formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici

Strutture Complesse

Sono definite Strutture Complesse (SC) le articolazioni aziendali che posseggono i requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza e che necessitano di competenze multiprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

Le SC sono individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi

gestiti e delle competenze specialistiche richieste.

La complessità della Struttura viene valutata secondo i seguenti parametri:

- consistenza delle risorse gestite;
- complessità dell'articolazione organizzativa;
- strategicità dell'attività svolta, anche in considerazione delle relazioni con Istituzioni e Territorio.

Strutture Semplici Dipartimentali e Strutture Semplici Distrettuali

Nell'ottica dell'individuazione di modelli organizzativi finalizzati al miglioramento dell'efficacia organizzativa, sono state individuate Strutture Semplici Dipartimentali (SSD) e Strutture Semplici Distrettuali (SD) che posseggono autonomia gestionale e organizzativa, afferendo gerarchicamente in modo diretto al Dipartimento Gestionale nel caso delle SSD e al Distretto nel caso delle SD.



Queste strutture hanno carattere trasversale e strumentale rispetto alle attività delle altre strutture o funzioni afferenti al medesimo Dipartimento/Distretto.

L'ASST ha seguito i seguenti criteri per l'individuazione e la creazione delle SSD e SD:

- elevato impatto in aree strategiche per l'Azienda;
- complessità o diversa specificità delle attività svolte;
- distribuzione territoriale delle attività e del personale;
- consistenza delle risorse umane/tecnologiche attribuite;
- specificità delle professionalità assegnate e/o della tecnologia attribuita.

Strutture Semplici

Sono definite Strutture Semplici (SS) le articolazioni organizzative afferenti ad una SC o ad una Direzione Aziendale che prevedono la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e/o economiche. Alle SS sono delegate con atto scritto funzioni e responsabilità specifiche da parte dei livelli sovraordinati con attribuzione di specifici ambiti di autonomia gestionale in un quadro di relazione gerarchica comunque definita.

Nella definizione dell'assetto delle SS si è tenuto conto dei seguenti criteri:

- volumi di produzione e risorse economiche gestite;
- contingente di personale assegnato;
- rilevanza delle tecnologie attribuite;
- valenza strategica.

Di seguito sono riportate le Strutture Semplici e Complesse della ASST coinvolte nei processi di formazione, gestione e conservazione dei documenti prodotti:

Uff_eFatturaPA	DIPARTIMENTO GESTIONALE ANESTESIA RIANIMAZIONE CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	S.C. GASTROENTEROLOGIA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE CERNUSCO	SC MEDICINA GENERALE CERNUSCO
S.C. BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE MELZO	SC MEDICINA GENERALE MELZO
SC GESTIONE ACQUISTI	SC ANESTESIA E RIANIMAZIONE VIZZOLO	SC MEDICINA GENERALE VIZZOLO
SC GESTIONE RISORSE UMANE	SSD CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE	SC NEFROLOGIA CERNUSCO
SC GESTIONE AMMINISTRATIVA DI PRESIDIO E TERRITORIALE	DIPARTIMENTO GESTIONALE CHIRURGIA	SC NEFROLOGIA VIZZOLO
SC TECNICO PATRIMONIALE	SC CHIRURGIA GENERALE CERNUSCO	SC NEUROLOGIA VIZZOLO
SS CONTROLLO DI GESTIONE	SC CHIRURGIA GENERALE MELZO	SC ONCOLOGIA CERNUSCO
DIREZIONE GENERALE	SC CHIRURGIA GENERALE VIZZOLO	SC ONCOLOGIA VIZZOLO
INTERNAL AUDITING	SC OCULISTICA VIZZOLO	SC RIABILITAZIONE SPECIALISTICA
RISK MANAGEMENT	SC ORTOPEDIA MELZO	SSD SERVIZIO DIETETICO - DIETOLOGIA E NUTRIZIONE CLINICA
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	SC ORTOPEDIA VIZZOLO	DIREZIONE SOCIO SANITARIA
UFFICIO TRASPARENZA ED	SC OTORINOLARINGOIATRIA MELZO	SS DAPSS TERRITORIALE

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana
Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051
www.asst-melegnano-martesana.it



ANTICORRUZIONE		
SS AFFARI GENERALI E CONVENZIONI	SC OTORINOLARINGOIATRIA VIZZOLO	DIPARTIMENTO GESTIONALE DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE
SS GESTIONE OPERATIVA E SISTEMI INFORMATIVI	SC UROLOGIA VIZZOLO	SC PSICHIATRIA MELZO
SS INGEGNERIA CLINICA	DIPARTIMENTO GESTIONALE DEI SERVIZI	SC PSICHIATRIA VIZZOLO
SS UFFICIO LEGALE E AVVOCATURA	SC ANATOMIA PATOLOGICA VIZZOLO	SC SERVIZIO TERRITORIALE DELLE DIPENDENZE
DIREZIONE SANITARIA	SC LABORATORIO ANALISI	SC SERVIZIO TERRITORIALE DI ALCOLOGIA E COMP. DI ADICTION
SC DAPSS	SC RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI CERNUSCO	SSD GESTIONE E COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO
SC DIREZIONE MEDICA CERNUSCO E POT VAPRIO	SC RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI VIZZOLO	SSD NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA
SC DIREZIONE MEDICA MELZO E PRESST GORGONZOLA	SSD SIMT E SMEL DI MELZO	SSD PSICOLOGIA CLINICA
SC DIREZIONE MEDICA VIZZOLO CASSANO	DIPARTIMENTO GESTIONALE MATERNO INFANTILE	SSD RESIDENZIALITA'
SC FARMACIA	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA MELZO	SSD SICUREZZA SS INTEGRAZIONE E RICERCA
SC MEDICINA LEGALE	SC OSTETRICIA E GINECOLOGIA VIZZOLO	DIPARTIMENTO GESTIONALE R.I.C.C.A.
SS QUALITA' E ACCREDITAMENTO	SC PEDIATRIA MELZO	SC COORDINAMENTO DIREZIONE RETE
SS SORVEGLIANZA SANITARIA	SC PEDIATRIA VIZZOLO	SC GESTIONE UNITA' D'OFFERTA AREA CENTRO
SS VACCINAZIONI	SSD CONSULTORIO FAMILIARI E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	SC GESTIONE UNITA' D'OFFERTA AREA NORD
DIPARTIMENTO GESTIONALE MEDICINA	SC GESTIONE UNITA' D'OFFERTA AREA SUD	
SC CARDIOLOGIA CERNUSCO	SC PROTESICA	
SC CARDIOLOGIA VIZZOLO	SSD FRAGILITA' CRONICITA'	

2.5 Strutture aziendali responsabili delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO

Il sistema di protocollazione dell'ASST è centralizzato per la corrispondenza in entrata, mentre è decentralizzato per la corrispondenza in uscita.

Nello specifico, l'Ufficio Protocollo svolge i compiti di gestione della corrispondenza in entrata, invece la corrispondenza in uscita viene protocollata e classificata dalle singole Strutture competenti per materia del documento.

La scelta di un modello decentrato - riguardo alla protocollazione in uscita - risiede nell'esigenza di attribuire autonomia agli Uffici, anche in ragione della numerosità degli atti prodotti dal personale dell'ASST nell'ambito delle proprie competenze, e trasmessi a soggetti esterni.



La casella di Posta Elettronica Certificata Istituzionale (protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it), pubblicata sull'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA), è accessibile:

- per la ricezione di documenti - solo all'Ufficio Protocollo;
- per la spedizione di documenti agli uffici decentrati per la protocollazione in uscita.

L'ASST si avvale inoltre dell'indirizzo di posta elettronica ordinario non certificato ufficio.protocollo@asst-melegnano-martesana.it direttamente collegato all'Ufficio Protocollo.

La matrice seguente evidenzia le Strutture organizzative dell'ASST che a diverso titolo partecipano al processo. In particolare, per ciascuna Fase del Processo, sono indicate le Strutture Aziendali coinvolte ed il relativo ruolo (Matrice RACI).

Strutture Organizzative Coinvolte	Ufficio Protocollo	Struttura di riferimento	Responsabile del procedimento
Fase gestione corrispondenza in ingresso			
Fase 1: ricezione/accettazione	R		
Fase 2: registrazione/classificazione	R		
Fase 3: assegnazione	R	C	
Fase 4: presa in carico		R	
Fase 3: sub-assegnazione		R	
Fase 5: apertura/inserimento fascicolo		R	R

Strutture Organizzative Coinvolte	Ufficio Protocollo	Struttura di riferimento	Responsabile del procedimento
Fase gestione corrispondenza in uscita			
Fase 1: redazione e trasmissione documento in uscita			R
Fase 2: presa in carico		R	
Fase 3: classificazione		R	C
Fase 4: registrazione		R	
Fase 5: fascicolazione e archiviazione		R	
Fase 6: invio		R	

Legenda: R = RESPONSABILE

A = APPROVATORE

C = CONSULTATO

I = INFORMATO



2.5.1 Orari osservati dall' Ufficio Protocollo

Lo sportello al pubblico dell'Ufficio Protocollo è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:30.

3 Modalità di utilizzo degli strumenti informatici per la formazione dei documenti informatici e per lo scambio degli stessi all'interno ed all'esterno dell'Area Organizzativa Omogenea (AOO)

Secondo quanto previsto dall'art. 40, comma 1 del CAD, le pubbliche amministrazioni formano gli originali dei propri documenti con mezzi informatici.

3.1 Documento Amministrativo

Ai sensi dell'articolo 22, comma 1, lettera d), della legge n. 241/1990, per documento amministrativo si intende "ogni rappresentazione grafica, foto cinematografica, elettromagnetica, informatica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e contenenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale".

Documento informatico

Il documento amministrativo informatico è la rappresentazione, mediante dati binari associati a un formato, del contenuto di atti, fatti, o dati giuridicamente rilevanti espressi mediante un testo, un'immagine, un filmato, una riproduzione sonora. Il documento informatico è memorizzato su un supporto fisico che può essere di vari tipi ed è leggibile solo mediante l'ausilio di strumenti tecnologici.

Documento Analogico

Il documento amministrativo analogico è la rappresentazione, mediante dati continui memorizzati su un supporto analogico, del contenuto di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti espressi mediante un testo, un'immagine, un filmato, una riproduzione sonora.

Il documento analogico è prodotto con strumenti analogici (es. a mano, macchina da scrivere, ecc.) o con strumenti informatici (es. lettera scritta con Word, ecc.). L'originale è cartaceo e dotato di firma autografa.

3.1.1 Flusso di gestione

3.1.1.1 Documento in arrivo

I documenti in arrivo sono tutti gli atti aventi rilevanza giuridico probatoria prodotti da soggetti esterni ed acquisiti dall'ASST nell'esercizio delle sue funzioni.

I documenti informatici possono essere recapitati:



- a mezzo posta elettronica ordinaria o certificata,

I documenti analogici trasmessi da soggetti esterni all'amministrazione possono essere recapitati:

- a mezzo posta convenzionale o corriere
- a mezzo posta raccomandata
- con consegna diretta da parte dell'interessato o tramite una persona dallo stesso delegata all'Ufficio Protocollo.

3.1.1.2 Documento in partenza

I documenti in partenza sono tutti gli atti aventi rilevanza giuridico probatoria prodotti dal personale dell'ASST nell'esercizio delle proprie funzioni e trasmessi a soggetti esterni.

I documenti informatici sono trasmessi ai destinatari normalmente per mezzo della posta certificata o mediante posta elettronica ordinaria.

I documenti su supporto cartaceo sono inviati:

- a mezzo posta convenzionale, posta raccomandata o corriere;
- a mezzo consegna diretta al destinatario.

3.1.1.3 Documento interno formale

I documenti interni formali sono documenti di rilevanza amministrativa giuridico-probatoria, redatti al fine di documentare fatti, stati o qualità inerenti alle attività svolte e alle azioni amministrative intraprese, ovvero qualsiasi documento dal quale possano nascere diritti, doveri o legittime aspettative di terzi. Sono formati con tecnologie informatiche, sottoscritti digitalmente e soggetti a protocollazione.

Non possono essere trattati come documenti interni quelli redatti da personale in servizio presso l'ASST, ma non relativi al servizio svolto, ed indirizzati agli Organi e/o agli Uffici della stessa ASST (richieste, comunicazioni, note sindacali), infatti tali documenti devono essere protocollati come provenienti dall'esterno e non devono riportare il logo aziendale.

3.1.1.4 Documento interno informale

I documenti interni informali sono documenti di rilevanza esclusivamente interna a ciascuna Struttura della AOO e, di norma, scambiati attraverso lo strumento della posta elettronica. Le modalità di formazione e gestione sono demandate, nei limiti della propria autonomia organizzativa, a ciascuna Struttura. Per tali documenti non vige l'obbligatorietà di sottoscrizione e protocollazione.

3.2 Documento clinico

I documenti clinici sono i documenti prodotti dalla ASST nell'esercizio delle attività mediche e possono contenere informazioni su osservazioni cliniche dirette, quali rivelazioni di anamnesi, segni vitali o sintomi, o su 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.

Tali documenti sono gestiti da sistemi dipartimentali che hanno tra i vari obiettivi di gestire una corretta archiviazione documentale, in termini di tracciatura e versionamento da sistema dipartimentale e sistema della cartella clinica elettronica

I documenti clinici non sono soggetti a protocollazione.

3.3 Requisiti degli strumenti informatici di scambio dei documenti con l'esterno

Scopo degli strumenti informatici di scambio e degli standard di composizione dei messaggi è garantire sia l'interoperabilità sia i requisiti minimi di sicurezza di seguito richiamati:

- Integrità del messaggio
- Riservatezza del messaggio
- Non ripudio del messaggio
- Automazione dei processi di protocollazione e smistamento dei messaggi all'interno della AOO
- Certificazione dell'avvenuto inoltro e ricezione
- Interoperabilità dei sistemi informativi pubblici.

3.4 Protocollo informatico

Il "Sistema di Gestione Informatica dei Documenti" è utilizzato dalle Pubbliche Amministrazioni per gestire il ciclo di vita dei documenti, a partire dalla loro formazione/ricezione fino alla loro archiviazione e/o trasmissione, nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

Il "Protocollo Informatico" è la componente software del sistema di "Sistema di Gestione Informatica dei Documenti" che assicura la gestione contemporanea della registrazione di protocollo e segnatura di protocollo:

- registrazione di protocollo: attività di memorizzazione dei dati necessari a conservare le informazioni per ogni documento ricevuto o spedito o interno.
- segnatura di protocollo: apposizione o associazione all'originale del documento, in forma permanente non modificabile, dei metadati riguardanti il documento stesso funzionali alla ricezione o spedizione.

3.5 Firma digitale

La sottoscrizione dei documenti informatici, con valenza giuridico-probatoria, è ottenuta con un processo di firma digitale conforme alle disposizioni di legge dettate dalla normativa vigente.

I documenti informatici prodotti dall'AOO, indipendentemente dal software utilizzato per la loro redazione, prima della sottoscrizione con firma digitale, vengono convertiti in formato pdf o pdf/A.



3.5.1 Verifica delle firme digitali per i documenti inviati e ricevuti

Per la verifica delle firme digitali apposte sui documenti informatici è possibile utilizzare lo stesso DigitalSign o uno dei software di verifica messi a disposizione dai prestatori di servizi fiduciari accreditati da AgID.

È compito del Responsabile del procedimento verificare la validità dei certificati di firma associati ai documenti informatici ricevuti.

3.6 Posta Elettronica

Ai sensi dell'art.47, comma 3 del CAD, le comunicazioni tra l'ASST e i dipendenti, nonché tra le varie strutture aziendali, avvengono di norma mediante l'utilizzo della casella di posta elettronica con dominio dell'ASST.

L'utilizzo della casella di posta con dominio dell'ASST avviene anche per comunicazioni verso altre Amministrazioni o aziende.

Per la trasmissione ad altre Pubbliche Amministrazioni dei documenti amministrativi protocollati, di comunicazioni che necessitano di una ricevuta di invio e/o di una ricevuta di consegna e in generale di documenti il cui contenuto impegna l'ASST verso terzi, l'ASST utilizza la posta elettronica certificata.

4 Flussi di lavorazione dei documenti protocollati

4.1 Flusso dei documenti ricevuti dalla AOO

4.1.1 Provenienza esterna dei documenti

I documenti pervengono alla ASST secondo cinque modalità:

1. corrispondenza su supporto cartaceo pervenuta per il tramite di Poste italiane e di altri vettori;
2. corrispondenza su supporto cartaceo consegnata personalmente allo sportello;
3. corrispondenza pervenuta alla casella PEC istituzionale protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it o via email ordinaria all'indirizzo ufficio.protocollo@asst-melegnano-martesana.it;
4. corrispondenza su supporto cartaceo pervenuta direttamente alle strutture della ASST, e da queste inoltrata al Servizio Protocollo per la registrazione;
5. corrispondenza pervenuta via PEC o via e-mail ordinaria alle singole strutture della ASST, e da queste inoltrata al Servizio Protocollo per la registrazione.

Si osservi che chiunque riceva direttamente documenti concernenti affari o procedimenti amministrativi della ASST è tenuto a farli pervenire tempestivamente al UP per la registrazione.

4.1.2 Provenienza di documenti interni formali

Come specificato all'art. 53, comma 3 del DPR 445/2000, gli atti preparatori interni non sono soggetti a registrazione obbligatoria, intendendo per "atto preparatorio interno" un documento che



faccia parte di un procedimento ancora in divenire. Si ritiene tuttavia opportuno distinguere due fattispecie:

- i documenti interni di preminente carattere informativo;
- i documenti interni di preminente carattere giuridico-probatorio.

I documenti interni di preminente carattere informativo sono memorie informali, appunti, brevi comunicazioni di rilevanza meramente informativa scambiate tra Uffici: questi documenti non vanno protocollati.

I documenti interni di preminente carattere giuridico-probatorio sono, invece, quelli redatti dal personale nell'esercizio delle proprie funzioni al fine di documentare lo svolgimento e la regolarità delle azioni amministrative o qualsiasi altro documento dal quale possano nascere diritti, doveri o legittime aspettative di terzi: questi documenti vanno protocollati.

4.1.3 Ricezione di documenti informatici sulla casella di posta istituzionale (PEC)

Il sistema di protocollo informatico accede direttamente alla casella e-mail PEC istituzionale protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it e scarica i messaggi ad essa pervenuti.

Le email ricevute direttamente dalle strutture della ASST nelle proprie caselle PEC, alle quali sia necessario attribuire efficacia probatoria, vanno inoltrate (esclusivamente via PEC) al UP, che provvederà alla loro registrazione.

Il personale dell'UP controlla quotidianamente i messaggi pervenuti nella casella di posta istituzionale e, previa verifica della bontà e dell'integrità del messaggio, procede alla registrazione di protocollo.

Nel caso in cui il messaggio pervenuto sia illeggibile o incompleto, l'UP deve segnalare la circostanza al mittente, indicando che lo stesso non verrà sottoposto a protocollazione.

Il sistema consente di ricevere documenti pervenuti via PEC da un'altra Pubblica Amministrazione acquisendo i dati necessari alla protocollazione direttamente dalla segnatura XML allegata ai documenti stessi.

I messaggi vengono posti dal sistema nello stato "predisposto" e per ognuno di essi il sistema provvede a compilare una prima maschera di registrazione utilizzando i dati ricavabili dalle intestazioni del messaggio digitale e dalla segnatura di protocollo ad esso associata (se disponibile). L'operatore di protocollo provvede quindi a correggere/integrare i campi necessari alla registrazione e procede quindi con la protocollazione del documento.

4.1.4 Ricezione di documenti informatici sulla casella di posta elettronica non istituzionale (PEO)

La posta elettronica ordinaria (PEO), al contrario della email PEC, non permette di identificare con certezza il mittente di una comunicazione, né ha data certa.

La PEO, tuttavia, rappresenta un mezzo riconosciuto di trasmissione di documenti: l'art. 65 del CAD consente infatti al cittadino di presentare istanze e dichiarazioni per via telematica alle pubbliche amministrazioni qualora esse siano sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento d'identità.

Qualora il messaggio di posta elettronica non provenga da una casella **pec**, è trattato come di seguito:



- in caso di acquisizione di un documento fornito di firma digitale, l'atto viene acquisito e protocollato;
- in caso di acquisizione di un documento scansionato e dotato di firma autografa, fermo restando l'onere in capo al RPA della verifica della sicura provenienza del documento; in caso, poi, di mittente non verificabile, il RPA valuta discrezionalmente l'opportunità di utilizzare o meno il documento così pervenuto;
- in caso di acquisizione di una e-mail contenente un testo non sottoscritto, quest'ultima sarà considerata come missiva anonima.

4.1.5 Errata ricezione di documenti digitali

Nel caso in cui pervengano sulla casella di posta istituzionale dell'ASST o in una casella non istituzionale messaggi dal cui contenuto si rileva che sono stati erroneamente ricevuti, l'operatore di protocollo rispedisce il messaggio al mittente con la dicitura "Messaggio pervenuto per errore - non di competenza di questa Azienda".

4.1.6 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici

Nel caso di ricezione di documenti informatici mediante la casella di posta elettronica certificata, la notifica al mittente dell'avvenuto recapito del messaggio è assicurata dagli specifici standard del servizio di posta elettronica certificata dell'Azienda.

4.1.7 Ricezione di documenti cartacei a mezzo posta convenzionale

Il personale addetto al protocollo non può rilasciare ricevute per i documenti che non sono soggetti a protocollazione. L'apposizione del timbro ASST con la data e l'ora d'arrivo e la sigla dell'operatore sulla copia non ha alcun valore giuridico.

Quando il documento cartaceo non soggetto a protocollazione è consegnato direttamente ad una struttura ed è richiesto il rilascio di una ricevuta attestante l'avvenuta consegna, la struttura che lo riceve è autorizzata a fotocopiare gratuitamente la prima pagina del documento e apporvi il timbro dell'ASST con la data e l'ora d'arrivo e la sigla dell'operatore incaricato.

Nel caso, invece, si tratti di documenti soggetti a protocollazione, quando il documento cartaceo è consegnato direttamente ad una struttura ed è richiesto il rilascio di una ricevuta attestante l'avvenuta consegna, la struttura che lo riceve deve rilasciare la ricevuta in questione o può fotocopiare gratuitamente la pagina del documento su cui è stata apposta la segnatura di protocollo.

4.1.8 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti cartacei

Qualora un documento su supporto cartaceo venga consegnato allo sportello personalmente dal mittente o da altra persona incaricata, l'operatore del UP procede immediatamente alla registrazione del documento e provvede a consegnare al vettore la ricevuta di protocollo.

4.1.9 Ricezione e trasmissione di documenti cartacei a mezzo telefax

Al documento ricevuto o trasmesso mediante telefax di norma, non deve far seguito la trasmissione dell'originale in quanto rispetta il requisito della forma scritta.



Nel caso in cui, pervenga in un momento successivo l'originale su quest'ultimo viene apposta la seguente dicitura; "già pervenuto via fax il giorno..." e viene assegnato lo stesso numero di protocollo.

4.1.10 Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'ASST

La posta indirizzata nominalmente al personale dell'ASST è regolarmente aperta e registrata al protocollo, a meno che sulla busta non sia riportata la dicitura "personale" - "riservata personale" o espressione equivalente.

In questo caso la corrispondenza viene consegnata in busta chiusa al destinatario, che se reputa che i documenti acquisiti debbano essere, comunque, protocollati provvede a trasmetterli all'UP.

4.1.11 Documenti anonimi o non firmati

I documenti anonimi sono regolarmente sottoposti alle operazioni di registrazione di protocollo e di segnatura e nel campo «mittente» viene apposta la dicitura "anonimo".

Analogamente si registrano al protocollo i documenti privi della firma del mittente, per essi nel campo «mittente» viene apposta la dicitura "documento non sottoscritto". Tali documenti vanno assegnati alla struttura competente per materia.

4.2 Flusso dei documenti inviati dalla AOO

4.2.1 Trasmissione dei documenti informatici

La trasmissione dei documenti informatici soggetti alla registrazione di protocollo può essere effettuata dalla ASST mediante messaggi di posta elettronica certificata

Per documenti in uscita s'intendono quelli prodotti dagli uffici dell'ASST nell'esercizio delle proprie funzioni, aventi rilevanza giuridico-probatoria e destinati a essere trasmessi a soggetti terzi o ad altre amministrazioni.

Ai fini di una maggiore efficienza gestionale ASST utilizza le tecnologie quali PEC e firma elettronica e digitale.

Per la spedizione dei documenti informatici, l'ASST si avvale della casella di posta elettronica certificata istituzionale (protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it).

I documenti in partenza verso destinatari esterni ad ASST sono classificati secondo il titolario di classificazione, ed allegati in formato pdf ai dati di registrazione di protocollo e protocollati con il sistema Archiflow dal personale dell'ASST addetto alla protocollazione in partenza, che ha altresì la responsabilità:

- del loro inserimento nel fascicolo relativo al procedimento
- della loro archiviazione.



In particolare, al momento della protocollazione degli atti in uscita vanno inserite nel sistema tutte quelle informazioni ritenute necessarie per favorire una agevole ricerca degli atti, nonché un eventuale successivo monitoraggio delle pratiche stesse.

La trasmissione dalla casella di pec istituzionale ad una casella pec del destinatario costituisce evidenza giuridico-probatoria dell'invio e della consegna del messaggio (art.47 CAD).

4.2.2 Trasmissione di documenti analogici

Nei casi in cui il destinatario sia sprovvisto di un indirizzo di posta elettronica certificata, il documento può essere prodotto in formato analogico (sebbene debba essere sempre sottoposto a scansione in fase di protocollazione). I mezzi di recapito della corrispondenza, in quest'ultimo caso, sono:

1. il servizio di posta ordinaria o posta raccomandata;
2. ed il servizio telefax o telegramma;
3. consegna diretta al destinatario.

L'originale del documento trasmesso deve essere conservato dal soggetto che lo ha formato, e che deve provvedere ad inserirlo nel fascicolo relativo al procedimento o affare cui si riferisce e/o ad archivarlo.

4.3 Formazione dei documenti - Aspetti operativi

Il documento deve consentire l'identificazione dell'ASST attraverso le seguenti informazioni ai:

1. la denominazione e il logo
2. l'indirizzo completo
3. il codice fiscale
4. l'indicazione completa dell'ufficio che ha prodotto il documento corredata dai numeri di telefono ed indirizzo di posta elettronica.

Il documento, inoltre, deve recare almeno le seguenti informazioni:

1. il luogo di redazione del documento;
2. la data (giorno, mese, anno);
3. il numero di protocollo;
4. l'oggetto del documento;
5. il numero degli allegati (se presenti);
6. se trattasi di documento informatico, la firma elettronica qualificata da parte del RPA;
7. se trattasi di documento cartaceo, la sigla autografa da parte del RPA e/o del responsabile del provvedimento finale.



4.4 Registrazione e segnatura di protocollo dei documenti ricevuti

Su ogni documento ricevuto dall'ASST è effettuata una registrazione di protocollo con il sistema di gestione del protocollo informatico, consistente nella memorizzazione dei dati obbligatori. Tale registrazione è eseguita in un'unica operazione, senza possibilità per l'operatore di inserire le informazioni in più fasi successive.

Ciascuna registrazione di protocollo contiene ai sensi dell'art. 53 del Testo Unico, i seguenti dati obbligatori in forma non modificabile:

- a) il numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema e registrato in forma non modificabile;
- b) la data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema e registrata in forma non modificabile;
- c) il mittente per i documenti ricevuti o, in alternativa, il destinatario o i destinatari per i documenti spediti, registrati in forma non modificabile;
- d) l'oggetto del documento, registrato in forma non modificabile;
- e) la data e il numero di protocollo del documento ricevuto, se disponibili;
- f) l'impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, costituita dalla sequenza di simboli binari in grado di identificarne univocamente il contenuto, registrata in forma non modificabile.

L'operazione di segnatura dei documenti ricevuti in formato cartaceo viene effettuata dall'UP successivamente all'acquisizione del documento in formato immagine.

L'operazione è effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione di protocollo e avviene attraverso l'apposizione su di esso di un "segno" grafico (realizzato con una etichetta autoadesiva corredata di codice a barre) sul quale vengono riportate le seguenti informazioni relative alla registrazione di protocollo:

- codice identificativo o nome per esteso dell'ASST;
- data e numero di protocollo del documento.
- u.o.c. competente
- classificazione

La segnatura di protocollo deve essere effettuata sulla prima pagina del documento.

I documenti pervenuti alla casella di posta elettronica istituzionale, una volta registrati, sono sottoposti a segnatura automaticamente dal sistema di protocollo informatico.

L'UP provvede, contestualmente alla segnatura dei documenti ricevuti, a classificare il documento nelle modalità descritte.

Il campo "annotazioni" del sistema Archiflow va utilizzato per dettagliare meglio le motivazioni dell'assegnazione di un documento ad un particolare struttura, per inserire note valide ai fini di



un'istruttoria o per includere la motivazione in caso di rifiuto di un documento da parte di una struttura.

Le registrazioni di protocollo dei documenti ricevuti sono effettuate in giornata e comunque non oltre due giorni lavorativi dal ricevimento, nel caso di oggettive impossibilità.

[Torna al sommario](#)

4.5 Scansione dei documenti cartacei

Dopo la registrazione e la segnatura, le immagini dei documenti pervenuti su supporto cartaceo vengono acquisite tramite scanner e automaticamente associate alla registrazione di protocollo corrispondente attraverso il codice a barre apposto contestualmente alla segnatura.

4.6 Registro giornaliero di protocollo

Il registro di protocollo è un atto pubblico originario che fa fede della tempestività e dell'effettivo ricevimento e spedizione di un documento, indipendentemente dalla regolarità del documento stesso ed è idoneo a produrre effetti giuridici a favore o a danno delle parti.

Il registro di protocollo è inoltre soggetto alle forme di pubblicità e di tutela di situazioni giuridicamente rilevanti previste dalla normativa vigente.

Giornalmente il sistema di protocollo produce in automatico il Registro Giornaliero di Protocollo, contenente tutte le protocollazioni/registrazioni effettuate il giorno precedente.

4.7 Documenti soggetti a protocollo riservato

Per i procedimenti amministrativi o gli affari per i quali si renda necessaria la riservatezza delle informazioni è disponibile all'interno del sistema di protocollo informatico dell'ASST una specifica funzionalità che consente la gestione di un protocollo riservato, non disponibile alla consultazione dei soggetti non espressamente abilitati.

I documenti soggetti a questa particolare procedura sono i seguenti:

- atti dei procedimenti amministrativi in relazione ai quali sussistano particolari esigenze di protezione della riservatezza di terzi, persone, gruppi, imprese ed associazioni e dalla cui contestuale pubblicità possa derivare pregiudizio a terzi o al buon andamento dell'attività amministrativa;
- atti contenenti informazioni classificate, o coperte da segreto di Stato;
- documenti relativi a vicende di persone o a fatti privati o particolari;
- documenti di carattere politico e di indirizzo che, se resi di pubblico dominio, possono ostacolare il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- le tipologie di documenti individuati dall'art. 24 della legge 7 agosto 1990 n. 241;
- documento che contenga dati sensibili, giudiziari o personali, come definiti dal Codice in materia di protezione dei dati personali;
- documenti afferenti a segnalazioni di cui all'art. 54 bis d.lgs. 165/2001 (whistleblowers).



La selezione della casella “riservato” rende la protocollazione riservata e visibile ai soli utenti abilitati.

In particolare, su indicazione del Presidente e/o del Segretario Generale, il protocollatore autorizzato dal Dirigente dell’UP, all’atto della registrazione deve selezionare l’apposita casella “riservato” ed il nominativo dell’assegnatario. In tal modo il documento rimane visibile esclusivamente dal protocollatore e dal destinatario.

Va evidenziato che la procedura di cui sopra consente di eseguire sul documento c.d. riservato tutte le operazioni quali: la registrazione, la segnatura, la classificazione e la fascicolazione, adottate per gli altri documenti e procedimenti amministrativi. In caso di documento analogico va eseguita la scansione ai fini della conservazione dello stesso in formato pdf.

Nel caso di riservatezza temporanea delle informazioni è necessario indicare, contestualmente alla registrazione di protocollo, anche l’anno, il mese ed il giorno nel quale le informazioni temporaneamente riservate divengono soggette all’accesso ordinariamente previsto.

5 Flussi di lavorazione dei documenti non protocollati

In questo capitolo sono descritti i processi di formazione e gestione dei documenti della ASST non soggetti a protocollazione.

Per quanto attiene alla formazione dei documenti Sanitari e Socio Sanitari ed, in particolare, agli aspetti inerenti i requisiti funzionali e di contenuto, si fa rinvio al “Manuale per la gestione della documentazione Sanitaria e Sociosanitaria della Regione Lombardia” di cui alla D.G.R. n. IX/4659 del 09.01.2013 ed al documento “Immagini, suoni e biosegnali: Manuale nei percorsi di cura” di cui alla D.G.R. n.X/3001 del 09.01.2015.

La Tabella successiva riassume i flussi documentali gestiti, gli applicativi utilizzati e le strutture coinvolte. Mentre nei paragrafi successivi sono brevemente descritti i flussi documentali.

Flusso Documentale	Classe Documentale	Applicativi utilizzati (Fornitore)	Integrazioni	UO Coinvolte
Fatture	Fatture Attive e Notifiche	Oracle CS2 (Oracle)		S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità
		DigitalSign (NTT Date)		
		Hub Regionale (ARIA)		
	Fatture Passive e Notifiche	Oracle CS2 (Oracle)		S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, C.U.L.F., S.C Gestione Sviluppo e Formazione Risorse Umane, S.C. Affari Generali e Legali, S.C. Farmacia
		DigitalSign (NTT Date)		
		Hub Regionale (ARIA)		
DAE	PEC	PEC (Nimiral)		Tutte le Strutture



				abilitate ad invio PEC
	Documenti Protocollati	ArchiFlow (Siav)		Tutte le Strutture
	Registro Giornaliero di Protocollo	ArchiFlow (Siav)		Ufficio Protocollo
RD	Ricette Dematerializzate Erogate	SISS (ARIA)		Strutture Sanitarie
	Ricette Dematerializzate Erogate Annullate	SISS (ARIA)		Strutture Sanitarie
	Ricette Dematerializzate Prescritte	SISS (ARIA)		Strutture Sanitarie
DCE	Lettere di Dimissione	CCE (GPI)	Sissway7 (Santer Reply) LIS SISS RIS -Synapse (FujiFilm) NPRI (Santer Reply)	Reparti, Ufficio Ricovero, Gestione operativa e sistemi informativi
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
	Piano Assistenziale Individuale	PICT (Reply)	SISS Sissway7 (Santer Reply) NPRI (Santer Reply)	Reparti, S.C. Sistemi Informativi Aziendali
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
	Referti Ambulatoriali	SGP - modulo CUP e Ambul (Engineering)	CCR (Call Center Regionale) SISS Sissway7 (Santer Reply) NPRI (Santer Reply)	CUP, Diabetologia, Gastroenterologia, Ambulatori, S.C. Sistemi Informativi Aziendali
		Smart Digital Clinic (Meteda)		
		Endox (Tesi)		
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
	Referti Anatomia Patologica	Armonia (Dedalus)	SGP modulo CUP (Engineering) Sissway7 (Santer Reply) NPRI (Santer Reply)	CUP, Anatomia Patologica, S.C. Sistemi Informativi Aziendali
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
	Referti di Laboratorio	LIS - WinLab (Tesi)	SISS Sissway7 (Santer Reply) NPRI (Santer Reply)	Centro prelievi, Reparti, Laboratorio Analisi, S.C. Sistemi Informativi Aziendali
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
	Referti di Radiologia	RIS -Synapse (FujiFilm)	Trackcare - modulo PS (Intersystems) CCE – (GPI) SGP - applicativo CUP (Engineering) Sinapsys - applicativo	CUP, PS, Reparti, Screening Mammografico ATS, RIS, Radiologia, S.C. Sistemi Informativi Aziendali



		Repository Aziendale (Santer Reply)	ATS per screening mammografico (Synapsis) RIS NRE -Synapse (FujiFilm) Sissway7 (Santer Reply) SISS PACS - Synapse (FujiFilm) NPRI (Santer Reply)	
	Verbal di Pronto Soccorso	Trackcare(Intersystems)	RIS NRE -Synapse (FujiFilm) Sissway7 (Santer Reply) LIS SISS RIS -Synapse (FujiFilm) NPRI (Santer Reply Intersystems)	Pronto Soccorso, S.C. Sistemi Informativi Aziendali
		Repository Aziendale (Santer Reply)		
DICOM	DICOM	PACS - Synapse (FujiFilm) RIS -Synapse (FujiFilm)		S.C. Radiologia, S.C. Sistemi Informativi Aziendali

5.1 Fatture

I flussi documentali delle Fatture si riferiscono alla produzione dei seguenti documenti:

- Fatture Attive e Notifiche:** La S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità crea la fattura attiva tramite apposita funzionalità dell'applicativo Oracle CS2. Per alcuni flussi la fattura è generata in automatico a partire dall'ordine NSO. La SC firma digitalmente la fattura e la invia all'Hub Regionale tramite apposita funzionalità dell'applicativo. A fronte della fattura attiva è generato l'OPI e inviato all'Hub regionale tramite apposita integrazione. Il responsabile firma l'OPI e invia il documento alla tesoreria. Tramite apposita integrazione le notifiche sono ricevute su Oracle CS2 dall'HUB Regionale. Periodicamente l'ufficio verifica le notifiche ricevute e gestisce gli scarti.
- Fatture Passive e Notifiche:** Il documento è ricevuto dalla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità su Oracle CS2, giornalmente (o più volte al giorno). L'ufficio registra la testata della fattura sull'applicativo e la assegna ad un ufficio di competenza. A seconda dell'ufficio di competenza, l'C.U.L.F., S.C. Gestione Sviluppo e Formazione Risorse Umane, S.C. Affari Generali e Legali o S.C. Farmacia effettua a sistema l'aggancio della fattura ai relativi Ordini e DDT. L'ufficio di competenza (ordinante) verifica la fattura e approva o rifiuta la fattura. In caso di rifiuto l'ufficio comunica, entro 15 gg, alla S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità il motivo del rifiuto (tramite mail). In alcuni casi l'approvazione è automatica (es. se discrepanza tra ordine, fattura e ddt < 5% e < 20). In caso di rifiuto, la S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità, tramite apposita funzionalità e integrazione con l'Hub Regionale, rifiuta la fattura. In caso di approvazione, la S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità convalida la fattura e genera l'OPI per il pagamento. Il documento è inviato all'hub regionale tramite apposita integrazione. Il



responsabile firma il documento e lo invia alla tesoreria. Tramite apposita integrazione le notifiche sono ricevute dall'HUB Regionale su Oracle CS2. Periodicamente la S.C. Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità verifica le notifiche ricevute e gestisce gli scarti.

5.2 Documenti Amministrativi Elettronici (DAE)

I flussi documentali dei documenti amministrativi elettronici si riferiscono alla produzione dei seguenti documenti:

- **PEC:** Per le PEC in uscita, il responsabile della STRUTTURA redige la PEC e la invia al destinatario. Per le PEC in ingresso, le STRUTTURA ricevono la corrispondenza nel proprio indirizzo che dovranno essere inoltrate sulla PEC del protocollo generale. Tutte le PEC in ingresso e in uscita sono archiviate sul sistema Namirial e classificate in automatico secondo il titolare della Regione Lombardia.
- **Documenti Protocollati:** Per il dettaglio del flusso si fa riferimento al Capitolo 10.
- **Registro giornaliero di Protocollo:** Per il dettaglio del flusso si fa riferimento al Capitolo 10.

5.3 Ricette Dematerializzate

I flussi documentali delle ricette dematerializzate si riferiscono alla produzione dei seguenti documenti:

- **Ricette Dematerializzate Erogate:** L'erogazione delle ricette dematerializzate è un processo in carico all'ASST. In base ai messaggi che riceve dai vari dipartimentali, l'ASST invia le Ricette Dematerializzate erogate tramite servizi dedicati esposti dal SISS. Per quanto riguarda le RD erogate specialistiche, il modulo Erogaspec trasmette al MEF l'xml della ricetta erogata, gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Per quanto riguarda le RD erogate farmaceutiche, il modulo TSAR trasmette al MEF l'xml della ricetta erogata, gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Il modulo Erogafarm memorizza i dati relazionali sul SISS. I moduli Erogaspec e Erogafarm creano i messaggi jms e popolano una coda centralizzata. Il modulo Conservare gestisce la creazione del PdV e l'invio in conservazione. Il documento inviato in conservazione è un file .zip contenente i file xml di invio, risposta e, solo per la farmaceutica, le credenziali dell'operatore che ha creato la ricetta. Il modulo Conservare interroga il servizio del sistema di conservazione per l'avvenuta conservazione. In caso di errori e scarto del PdV, l'applicativo Conservare interroga il sistema di conservazione per richiedere il Rapporto di Versamento e lo memorizza sul SISS.
- **Ricette Dematerializzate Erogate Annullate:** L'annullamento dell'erogazione delle ricette dematerializzate è un processo in carico all'EP. In base ai messaggi che riceve dai vari dipartimentali, l'EP invia le Ricette Dematerializzate erogate annullate tramite servizi dedicati esposti dal SISS. Per quanto riguarda le RD erogate annullate specialistiche, il modulo Erogaspec trasmette al MEF l'xml della ricetta erogata annullata, gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Per quanto riguarda le RD erogate annullate farmaceutiche, il modulo TSAR trasmette al MEF l'xml della ricetta erogata annullata,



gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Il modulo Erogafarm memorizza i dati relazionali sul SISS. Il modulo Erogaspec e Erogafarm creano i messaggi jms e popolano una coda centralizzata. Il modulo Conservare gestisce la creazione del PdV e l'invio in conservazione. Il documento inviato in conservazione è un file .zip contenente i file xml di invio, risposta e, solo per la farmaceutica, le credenziali dell'operatore che ha creato la ricetta. Il modulo Conservare interroga il servizio del sistema di conservazione per l'avvenuta conservazione. In caso di errori e scarto del PdV, il modulo Conservare interroga il sistema di conservazione per richiedere il Rapporto di Versamento e lo memorizza sul SISS.

- **Ricette Dematerializzate Prescritte:** La prescrizione delle ricette dematerializzate viene effettuata dai medici al termine dell'evento di cura (visita ambulatoriale, ricovero, passaggio ps, ecc) eseguito presso l'ente. Tramite gli applicativi dedicati il medico seleziona le prestazioni/farmaci da prescrivere ed invia le Ricette Dematerializzate prescritte tramite servizi dedicati esposti dal SISS. Il modulo GSSC.PRSC trasmette al MEF l'xml della ricetta prescritta, gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Il modulo GSSC.PRSC crea i messaggi jms e popola una coda centralizzata. Il modulo Conservare gestisce la creazione del PdV e l'invio in conservazione. Il documento inviato in conservazione è un file .zip contenente i file xml di invio, risposta e, solo per la farmaceutica, le credenziali dell'operatore che ha creato la ricetta. Il modulo Conservare interroga il servizio del sistema di conservazione per l'avvenuta conservazione. In caso di errori e scarto del PdV, il modulo Conservare interroga il sistema di conservazione per richiedere il Rapporto di Versamento e lo memorizza sul SISS.
- **Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate:** L'annullamento delle ricette dematerializzate può essere effettuato in qualsiasi momento solo dal medico che le ha prescritte. Gli applicativi specifici degli ASST inviano le Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate tramite servizi dedicati esposti dal SISS. Il modulo GSSC.PRSC trasmette al MEF l'xml della ricetta Prescritta Annullata, gestisce la risposta di esito del MEF e memorizza i dati sul SISS. Il modulo GSSC.PRSC crea i messaggi jms e popola una coda centralizzata. Il modulo Conservare gestisce la creazione del PdV e l'invio in conservazione. Il documento inviato in conservazione è un file .zip contenente i file xml di invio, risposta e, solo per la farmaceutica, le credenziali dell'operatore che ha creato la ricetta. Il modulo Conservare interroga il servizio del sistema di conservazione per l'avvenuta conservazione. In caso di errori e scarto del PdV, il modulo Conservare interroga il sistema di conservazione per richiedere il Rapporto di Versamento e lo memorizza sul SISS.

5.4 Documenti clinici

I flussi documentali dei documenti clinici si riferiscono alla produzione dei seguenti documenti:

- **Referti Ambulatoriali:** Le worklist create sul sistema CUP, in base alle richieste pervenute dal CCR e tramite le accettazioni CUP, sono inviate agli applicativi di destinazione dedicati a seconda della tipologia di richiesta. I sistemi Smart Digital Clinic e SGP modulo Ambul recepiscono le worklist inviate dal CUP mentre per il sistema Endox le richieste sono inserite manualmente. Il medico, a seguito della prestazione ambulatoriale redige il referto. Il



referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcato temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).

- **Referti Anatomia Patologica:** Le worklist create sul sistema CUP sono inviate all'applicativo di destinazione. A seguito dell'esame acquisito dall'integrazione viene redatto il referto. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcata temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).
- **Referti di Laboratorio:** Il CUP di Laboratorio identifica il paziente, tramite validazione con SISS con tessera sanitaria e scarica l'eventuale ricetta prescritta. Tramite l'applicativo WinLab Web pervengono le richieste di esami da parte degli altri reparti. Al termine dell'esame, gli esiti sono caricati dagli strumenti di laboratorio sul sistema. Il medico redige il referto tramite apposita funzionalità. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcata temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).
- **Referti di Radiologia:** Nell'applicativo RIS sono create le worklist in base alle richieste provenienti dai diversi applicativi integrati o, ove possibile, inserite manualmente. Le richieste contengono tutte le informazioni necessarie del paziente, della prestazione da erogare, del reparto e del presidio di provenienza. Sono consentite inoltre richieste provenienti da altri presidi dell'ASST. Il medico radiologo redige il referto, tramite apposita funzionalità del RIS, che ha una struttura definita e validata. Il medico ha la possibilità di visualizzare le immagini tramite integrazione nativa del RIS con il PACS. Il RIS gestisce la prestazione aggiuntiva con modulo prescrittivo (NRE) interno e ritorna al CUP la prescrizione della prestazione aggiunta per la rendicontazione (solo per gli ambulatoriali esterni). Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcato temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale e nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).
- **Verbali di Pronto Soccorso:** Il personale infermieristico, in fase di accettazione del paziente, inserisce l'anagrafica del paziente e crea l'episodio. Una volta creato l'episodio, medici e infermieri abilitati possono accedere all'episodio e richiedere consulenze mediche oppure, tramite integrazione con gli applicativi dedicati, esami di laboratorio e prestazioni radiologiche. Durante la permanenza del paziente, sono inserite nella scheda dedicate le



richieste effettuate (consulenze, esami radiologici, esami di laboratorio) per il paziente. Tramite le integrazioni dedicate è possibile visualizzare le eventuali immagini radiologiche e il referto. Alla chiusura dell'episodio è generato un documento .pdf. Il verbale in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcato temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).

- **Lettere di Dimissione:** L'accettazione del paziente per il successivo ricovero può avvenire in due modalità: 1. accettazione in reparto (ricovero programmato o pre-ricovero da PS), 2. accettazione allo sportello dell'ufficio ricoveri. Se l'accettazione avviene in reparto, il personale infermieristico inserisce l'anagrafica del paziente altrimenti l'attività è in capo all'amministrativo dell'ufficio ricovero di competenza. In entrambi successivamente viene creata la cartella clinica. Una volta creata, medici e infermieri abilitati possono accedere e richiedere consulenze mediche oppure, tramite integrazione con gli applicativi dedicati o richiesta cartacea, esami di laboratorio e prestazioni radiologiche. Durante il ricovero del paziente, sono inserite nella scheda dedicate le richieste effettuate per il paziente. Tramite le integrazioni dedicate è possibile visualizzare le eventuali immagini radiologiche e il referto. Alla conclusione del ricovero è prodotta la lettera di dimissione. La lettera di dimissione in formato .pdf è firmata dal medico tramite carta SISS e marcata temporalmente. Una lettera di dimissione può essere redatta/modificata nuovamente, ad es. a seguito dell'esito di esami, e sostituisce la precedente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).
- **Piano Assistenziale Individuale:** Il paziente viene arruolato tramite applicativo PICT. Il documento è redatto dal medico tramite apposita funzionalità. Il documento in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS e marcato temporalmente. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository aziendale. Il referto firmato e marcato temporalmente è archiviato nel repository regionale, ovvero pubblicato nel Fascicolo Sanitario del Paziente, che potrà consultare il documento accedendo con le proprie credenziali. L'archiviazione avviene tramite procedure schedate dedicate. Sono inoltre gestiti manualmente eventuali errori (es. anagrafiche).

5.5 DICOM

Nel Sistema Informatico Radiologico - RIS sono create le worklist in base alle richieste provenienti dai diversi applicativi integrati o, ove possibile, inserite manualmente. Le richieste contengono tutte le informazioni necessarie del paziente, della prestazione da erogare, del reparto e del presidio di



provenienza. Sono consentite inoltre richieste provenienti da altri presidi dell'ASST. Le worklist create popolano le macchine radiologiche

A seguito della prestazione radiografica sono create le immagini. Le immagini create sono corredate dai dati recepiti dal RIS o inseriti manualmente dal TSRM. Le immagini create, corredate dai tag DICOM, sono inviate dalla macchina al PACS e archiviate secondo la tipologia di immagine, anagrafica, id studio, presidio di competenza. Ogni presidio ha un sistema PACS dedicato, mentre il sistema RIS è centralizzato per tutta l'Azienda. Le logiche dei dati che permettono l'archiviazione strutturata delle immagini provengono dal RIS.

5.6 Protocollo Documentale con Intelligenza Artificiale

In linea con gli obiettivi di modernizzazione dei processi amministrativi e di ottimizzazione delle risorse, la ASST Melegnano e della Martesana ha avviato un progetto pilota strategico per l'implementazione di un sistema di Protocollo Documentale assistito dall'Intelligenza Artificiale (IA).

Questo progetto mira a trasformare la gestione del flusso documentale in entrata e in uscita, migliorando significativamente l'efficienza e la qualità del servizio.

5.6.1 Obiettivi del Progetto AI

Il sistema di protocollo basato su AI è specificamente progettato per conseguire i seguenti obiettivi operativi:

- **Classificazione e Fascicolazione Automatica:** Utilizzo di algoritmi di *machine learning* per analizzare il contenuto dei documenti e suggerire o assegnare automaticamente le corrette voci di Titolare di Classificazione e il Fascicolo di riferimento.
- **Riduzione degli Errori:** Minimizzazione degli errori umani legati all'identificazione del destinatario e alla corretta classificazione archivistica.
- **Velocità di Smistamento:** Accelerazione dei tempi di registrazione e di inoltro dei documenti ai rispettivi uffici e destinatari, garantendo una gestione più rapida e tempestiva della corrispondenza.
- **Supporto all'Operatore:** L'AI agisce come strumento di supporto decisionale, fornendo suggerimenti all'operatore di Protocollo che mantiene comunque la supervisione e la validazione finale dell'atto.

5.6.2 Fasi e Impatto

Il progetto è attualmente nella sua fase di sperimentazione e affinamento, con l'obiettivo di integrarlo progressivamente nel *workflow* operativo standard. L'adozione di tale tecnologia rappresenta un passo fondamentale verso un modello di Sanità Digitale più reattivo, efficiente e conforme alle direttive di e-government.



6 Regole di assegnazione dei documenti ricevuti

6.1 Attività di assegnazione

6.1.1 Regole Generali

L'attività di assegnazione consiste nell'individuazione della struttura competente e destinataria del documento, e quindi al conferimento della responsabilità del relativo procedimento amministrativo.

L'assegnazione può essere effettuata per conoscenza o per competenza, e può essere estesa a tutti i soggetti ritenuti interessati, al fine di consentire la massima condivisione delle informazioni.

All'atto dell'assegnazione il Responsabile della struttura di competenza - che provvede alla presa in carico del documento e, in applicazione delle disposizioni organizzative in atto, all'eventuale sub-assegnazione al responsabile dell'istruttoria - verifica la corretta classificazione del documento (eventualmente correggendola), e provvede alla lavorazione o all'archiviazione del documento.

I termini per la definizione del procedimento amministrativo che prende avvio da un determinato documento (esposto, segnalazione, richiesta, parere, ecc.), decorrono comunque dalla data di protocollazione.

Il sistema di gestione informatica dei documenti (archiflow) memorizza tutti i passaggi ed eventuali modifiche, conservando, per ciascuno di essi, l'identificativo dell'utente che effettua l'operazione, la data e l'ora di esecuzione.

La traccia risultante definisce, ai fini normativi e regolamentari, i tempi del procedimento amministrativo ed i conseguenti riflessi sotto il profilo della responsabilità.

6.1.2 Assegnazione di documenti ricevuti in formato digitale

I documenti ricevuti dall'UP via pec, - al termine delle operazioni di registrazione - sono assegnati e smistati alla struttura competente per materia attraverso canali telematici interni.

Il personale assegnato alla struttura può visualizzare i documenti attraverso l'utilizzo del sistema Archiflow, in base alle abilitazioni in proprio possesso, e quindi prendere visione del contenuto del documento.

Il Dirigente ha la possibilità di archiviare e/o sub assegnare le pratiche al personale del proprio Ufficio.

6.1.3 Assegnazione di documenti ricevuti in formato cartaceo

Per l'assegnazione e lo smistamento dei documenti ricevuti in forma cartacea, la procedura è la seguente:

- a) tutti i documenti ricevuti in formato cartaceo, sono sottoposti a scansione dall'UP ad eccezione di quelli pervenuti in formati diversi dall'A4 e fatte salve disposizioni diverse formalizzate allo stesso UP dalle strutture competenti. Il formato da usare ai fini della conservazione è il pdf;



- b) l'originale cartaceo del documento sottoposto a scansione viene consegnato alla struttura di competenza individuata dall'UP;
- c) in caso di planimetrie o volumi non separabili si potrà comunque procedere a digitalizzare con lo scanner il frontespizio e porre l'annotazione con l'indicazione degli allegati.

6.1.4 Modifica delle assegnazioni

Nel caso di assegnazione errata, la struttura assegnataria notifica l'errore all'UP, che provvederà a riassegnare lo stesso documento individuando l'Ufficio competente.

6.2 Criteri di inoltro dei documenti ricevuti verso altri enti terzi

I documenti ricevuti tramite PEC, di competenza di terzi, vengono rifiutati comunicando al mittente l'errore di trasmissione.

La corrispondenza cartacea destinata a terzi viene respinta all'atto del ricevimento.

[Torna al sommario](#)

7 Protocollo informatico e registrazioni particolari

7.1 Annullamento delle registrazioni di protocollo

La norma prevede che i dati di una registrazione di protocollo non siano modificabili tranne che la segnatura e l'assegnazione. Nel caso di modifica di dati diversi dalla segnatura e assegnazione è necessario procedere con l'annullamento dell'intera registrazione di protocollo.

Ai sensi degli art. 54 e 61 del "Testo Unico", i dati annullati e/o modificati rimangono memorizzati nella procedura del protocollo informatico unitamente alle informazioni relative all'ora, alla data, al nominativo dell'operatore che effettua l'operazione.

7.2 Descrizione completa e puntuale delle modalità di utilizzo della componente «sistema di protocollo informatico» del sistema di gestione informatica dei documenti

La descrizione funzionale ed operativa del sistema informatico è contenuta nel manuale allegato al presente documento.



7.3 Registro di emergenza

Nel caso di interruzioni del funzionamento del sistema di protocollo per cause tecniche accidentali o programmate, ai sensi dell'art. 63 del Testo Unico, le registrazioni di protocollo vengono effettuate su un registro di emergenza.

In particolare, il dirigente dell'UP autorizza con proprio provvedimento la predisposizione del registro di emergenza in forma cartacea oppure in forma digitale, ed al ripristino della funzionalità del sistema di protocollo informatico tutte le registrazioni effettuate vengono recepite dal sistema, continuando la numerazione del protocollo generale raggiunta al momento dell'interruzione del servizio.

Sul registro di emergenza sono riportate la causa, la data e l'ora di inizio dell'interruzione del funzionamento del sistema informatico di protocollo.

Qualora l'interruzione del funzionamento del sistema di protocollo prolunghi per più di ventiquattro ore, il dirigente dell'UP, ai sensi della normativa vigente, autorizza l'uso del registro di emergenza per periodi successivi di non più di una settimana; in tali casi sul registro di emergenza, oltre alle informazioni di cui sopra, vengono riportati gli estremi del provvedimento di autorizzazione.

Quando viene ripristinata la piena funzionalità del sistema, l'UP provvede alla chiusura del registro di emergenza, annotando sullo stesso il numero delle registrazioni effettuate e la data e l'ora di ripristino della funzionalità del sistema.

Per il dettaglio delle modalità di utilizzo del registro di emergenza fare riferimento al manuale di utilizzo del sistema allegato al presente documento.

7.4 Metadati associati ai documenti soggetti a registrazione particolare

I metadati associati alle registrazioni di fatture attive e passive sono estratti direttamente dall'xml della fattura stessa e rispettano i requisiti richiesti per la ricerca di documenti fiscali (data, numero di fattura, intestatario, numero di partita iva).

Per delibere, determine e decreti, contratti di assunzione dei dipendenti, i metadati associati ai documenti sono i seguenti: identificativo, data di registrazione, oggetto, registro di appartenenza, ufficio proponente.

7.5 Registri particolari per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari

Per delibere, determine e decreti sono previsti tre diversi registri con range di numerazione diverse che parte da 1 ad inizio di ogni anno solare.

Per le informazioni di dettaglio sulle modalità di utilizzo dei registri fare riferimento al manuale di utilizzo del sistema di protocollo.

[Torna al sommario](#)



8 Criteri e modalità per il rilascio delle abilitazioni di accesso, interno ed esterno all'amministrazione, al sistema di gestione informatica dei documenti

8.1 Criteri generali

I procedimenti amministrativi unitamente al sistema Archiflow sono ispirati al rispetto delle norme in materia di diritto di accesso e di protezione dei dati personali di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali.

1. L'ASST disciplina il diritto di accesso e la consultazione per fini amministrativi da parte di terzi dei documenti amministrativi, e dei fascicoli formati o detenuti stabilmente dall'ASST, in conformità alla normativa vigente.

L'ASST ha provveduto all'approvazione di un Regolamento concernente l'accesso ai documenti formati o detenuti stabilmente dall'ASST, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni. Il Regolamento aggiornato è pubblicato sul sito web dell'ASST.

L'accesso si esercita mediante apposita istanza motivata, indirizzata all'Ufficio competente, utilizzando i moduli allegati al regolamento.

2. L'ASST - quale Amministrazione a cui sono riconducibili i dati di protocollo e quelli personali - contenuti nella documentazione amministrativa di propria competenza dà attuazione alle disposizioni previste dal Codice in materia di protezione dei dati personali con atti aventi rilevanza interna ed esterna.

Alla luce di quanto sopra, il personale preposto all'apertura e alla registrazione della corrispondenza deve essere regolarmente autorizzato al trattamento dei dati personali.

Invero, il personale tutto nell'esercizio delle proprie funzioni è tenuto all'osservanza del segreto d'ufficio, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dalla normativa di riferimento, a non trarre benefici personali o a nScere a terzi e all'immagine dell'ASST dalla conoscenza di particolari circostanze desumibili dai documenti.

Qualora la corrispondenza riservata personale venga recapitata per errore ad un diverso Ufficio, a tutela dei dati personali eventualmente contenuti, va restituita integra (non vanno aperte le buste o i contenitori) nella stessa giornata, all'UP.

8.2 Abilitazione per l'accesso all'uso del sistema Archiflow

L'accesso al sistema di gestione documentale è garantito da un sistema di autenticazione centralizzato attraverso l'uso del profilo utente e della password.

L'accesso al sistema avviene tramite LDAP. Nel caso in cui non si riesce ad accedere in LDAP è possibile accedere con username (lo stesso dell'LDAP: nome.cognome) e Password.

L'username viene attribuito a ciascun utente per accedere al sistema e per poter risalire alle operazioni compiute da ciascun utente.

Gli utenti interni accedono al sistema in base alle autorizzazioni stabilite dal Responsabile del Servizio che possono riguardare:



- tutti i protocolli, compresi i riservati
- tutti i protocolli, esclusi i riservati
- tutti i protocolli della struttura di riferimento
- tutti i protocolli del RPA
- solo i protocolli inseriti dall'utente medesimo

Il sistema informatico indica tutte le operazioni eseguite dagli utenti registrando data, ora e funzione eseguita.

8.3 Abilitazione alle funzioni di visualizzazione

Il sistema informatico garantisce la riservatezza delle informazioni, consentendo di limitare la visibilità dei documenti/registrazioni ai soli utenti che possiedono uno specifico livello di abilitazione. In particolare, gli utenti sono abilitati alla visione dei soli documenti/registrazioni da essi stessi caricati nel sistema, o di quelli che gli sono stati trasmessi da altri utenti.

Valgono inoltre le regole di trasmissione gerarchica delle abilitazioni, in base alle quali un utente A con livello gerarchicamente superiore ad un utente B, è abilitato automaticamente alla visione dei documenti caricati dall'utente B.

Una specifica funzionalità del sistema consente di ottenere in ogni momento l'elenco degli utenti che hanno visibilità su un determinato documento.

9 Formati dei documenti

9.1 Formati utilizzati per la formazione del documento informatico

Di seguito sono riportati i formati utilizzati dall'ASST per la formazione delle principali classi documentali.

Classe Documentale	Formato
Fatture Attive verso la PA	XML, P7M
Fatture Passive da PA e fornitori	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Attive verso la PA	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Passive da PA e fornitori	XML, P7M
Messaggi Posta Elettronica Certificata in ingresso e uscita pervenuti nelle caselle PEC di ASST Melegnano	eml



Documenti oggetto di protocollo	7z, docx, eml, jpeg, Jpg, odt, p7m, p7s, pdf, png, tif, xlsx, xml, zip (Non previsti dalle linee guida AgID): bmp, doc, dot, msg, rar, rtf, tmp, txt
Registri giornalieri di protocollo	PDF, PDF/A
Ricette elettroniche dematerializzate erogate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte e annullate	ZIP, XML
Lettere di dimissioni - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Piano Assistenziale Individuale - Documenti in formato p7m (firmato digitalmente)	.p7m
Referti Ambulatoriali - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti Anatomia Patologica - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti di Laboratorio - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti di Radiologia Documento Clinico Elettronico	.p7m
Verbal di Pronto Soccorso - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Studi diagnostici iconografici in formato DICOM	DICOM 3.0

9.2 Procedure per la valutazione periodica di interoperabilità

Come previsto dalla normativa vigente, la ASST è prevista l'esecuzione di attività di ricognizione delle procedure, allo scopo di individuare le tipologie di documenti informatici trattati, ed il censimento dei formati di file e delle tipologie di storage attualmente utilizzati.

In presenza di formati diversi da quelli previsti dalle Linee Guida è effettuata la valutazione di interoperabilità come previsto dall'allegato 2 delle linee guida AgID.

9.3 Procedure di riversamento previste

Allo stato attuale non sono previste procedure di riversamento dei documenti informatici prodotti.

[Torna al sommario](#)



Allegati:

- Riferimenti Normativi (Allegato 1)
- Glossario Termini (Allegato 2)
- Archivio (Allegato 3)
- Elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo (Allegato 4)
- Formati accettati (Allegato 5)
- Delibera di Approvazione del Manuale di Gestione Documentale (Allegato 6)
- Determinazione affidamento Ecosafety-DPO (Allegato 7)
- Nomine (Allegato 8)
- Regolamento per accesso agli atti (Allegato 9)
- Piano di Classificazione/Massimario di Scarto Regione Lombardia (Allegato 10)
- Piano di Fascicolazione (Allegato 11)
- Manuale di Conservazione (Allegato 12)
- Estratto del Piano per la Sicurezza Informatica (Allegato 13)
- Attestati incontro informativo sul Manuale di gestione (allegato 14)

Allegato 1 - Normativa di riferimento

Alla data odierna l'elenco dei principali riferimenti normativi italiani in materia è costituito da:

- **Legge del 7 agosto 1990, n. 241 e successivi aggiornamenti**- Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. (TUDA)** – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.
- **Decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196** - Codice in materia di protezione dei dati personali
- **Decreto legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42** - Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n.137
- **Decreto legislativo del 7 marzo 2005, n. 82** e successivi aggiornamenti - Codice dell'Amministrazione digitale
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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 del 21 marzo 2013** - Individuazione di particolari tipologie di documenti analogici originali unici per le quali, in ragione di esigenze di natura 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 ed 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
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 dicembre 2013** - Regole tecniche per il protocollo informatico: art. 2 comma 1, Oggetto e ambito di applicazione; art. 6, Funzionalità; art. 9, Formato della segnatura di protocollo; art. 18 commi 1 e 5, Modalità di registrazione dei documenti informatici; art. 20, Segnatura di protocollo dei documenti trasmessi; art. 21, Informazioni da includere nella segnatura
- **Reg. UE 910/2014**, 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
- **Reg. UE 679/2016 (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;

- **Circolare AgID del 18 aprile 2017, n. 2** - Recante le misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 2** - Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 3** - Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 giugno 2019, n. 76** - Regolamento di organizzazione del Ministero per i beni e le attività culturali, degli uffici di diretta collaborazione del Ministro e dell'Organismo indipendente di valutazione della performance.
- **Linee guida del 15 aprile 2019** dell'indice dei domicili digitali delle pubbliche amministrazioni e dei gestori di pubblici servizi;
- **Linee guida del 6 giugno 2019** contenenti le Regole Tecniche e Raccomandazioni afferenti la generazione di certificati elettronici qualificati, firme e sigilli elettronici qualificati e validazioni temporali elettroniche qualificate.
- **Linee guida del 9 gennaio 2020** sull'Accessibilità degli strumenti informatici.
- **Linee Guida AgID del 9 settembre 2020** sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici e relativi allegati
- **Circolare AgID n. 2/2021 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 PA» e alla circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018 «Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA».

Allegato 2 - Terminologia (Glossario dei termini e degli Acronimi)

Per quanto riguarda la definizione di termini propri relativi alla gestione e conservazione digitale si fa riferimento a quanto contenuto nell'allegato 1 alle Linee guida sulla produzione, gestione e conservazione di documenti informatici emesse da AgID.

Di seguito si riporta la tabella contenente gli acronimi utilizzati all'interno del presente documento.

Glossario degli Acronimi	
AGID	Agenzia per l'Italia digitale
AOO	Area Organizzativa Omogenea
CAD	Codice dell'Amministrazione Digitale - Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni.
eIDAS	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.
FEA	Vedi firma elettronica avanzata. NON PRESENTE
FEQ	Vedi firma elettronica qualifica. NON PRESENTE
GDPR	Regolamento (UE) N° 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 ("General Data Protection Regulation"), 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.
PdA (AiP)	Pacchetto di Archiviazione.
PdD (DiP)	Pacchetto di Distribuzione.
PdV (SiP)	Pacchetto di Versamento.

Allegato 3 - Standard di riferimento Archivio

Di seguito sono riportati i principali standard e specifiche tecniche di riferimento nell'ambito

della gestione documentale dei documenti informatici e documenti amministrativi informatici, l'affidabilità e la sicurezza informatica.

Dove non sono indicate una versione e/o una data specifica, si intende fare riferimento alla più recente versione disponibile del documento citato:

- **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.
- **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. MoReq2010 Modular requirements for records systems.

- **ISO 16363** - Space data and information transfer systems -- Audit and certification of trustworthy digital repositories
- **ISO 16919** - Space data and information transfer systems -- Requirements for bodies providing audit and certification of candidate trustworthy digital repositories
- **ISO 17068** - Information and documentation -- Trusted third party repository for digital records
- **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;
- **ETSI TS 101 533-1 V1.2.1** - 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 V1.2.1** - 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.

Allegato 4 - Elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo

Non sono soggette a protocollazione le seguenti tipologie documentali:

- le tipologie espressamente previste dall'art. 53, comma 5 del DPR 445/2000;
- i documenti soggetti a registrazione particolare;
- i documenti che costituiscono mera notizia di prevalente rilevanza informativa
- i documenti clinici.

L'art. 53, comma 5 del DPR 445/2000 prescrive l'esclusione dalla registrazione a protocollo delle seguenti tipologie:

- Bollettini ufficiali P.A.
- Gazzette ufficiali P.A.
- Notiziari P.A.
- Note di ricezione circolari
- Note di ricezione altre disposizioni
- Materiali statistici
- Atti preparatori interni
- Giornali
- Riviste
- Libri
- Materiali pubblicitari
- Inviti a manifestazioni che non attivino procedimenti amministrativi

I documenti soggetti a registrazione particolare - e che, quindi, non devono essere protocollati - sono i seguenti:

- Delibere
- Determine
- Decreti
- Denunce di infortunio (in uscita)
- Contratti di forniture e convenzioni
- Fatture in entrata e uscita

Il software di produzione di queste tipologie particolari di documenti deve consentire di eseguire su di essi tutte le operazioni previste per il protocollo informatico.

Gli altri documenti che non devono essere protocollati sono i seguenti:

- Documenti di trasporto
- Documenti di occasione (biglietti augurali, condoglianze, congratulazioni varie ecc.)
- Comunicazione, da parte di altri enti, di bandi di concorso
- Estratti conto bancari
- Lettere accompagnatorie di fatture
- Offerte/preventivi di terzi non richiesti o non inerenti a gare
- Ricevute di ritorno delle raccomandate

- Cedolini stipendiali
- Modelli CU
- Cartellini delle presenze/assenze

I documenti clinici, non protocollati sono:

- Ricette Dematerializzate Erogate
- Ricette Dematerializzate Erogate Annullate
- Ricette Dematerializzate Prescritte
- Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate
- Lettere di Dimissione
- Piano Assistenziale Individuale
- Referti Ambulatoriali
- Referti Anatomia Patologica
- Referti di Laboratorio
- Referti di Radiologia
- Verbali di Pronto Soccorso
- DICOM

Allegato 5 - Formati accettati

Classe Documentale	Formato
Fatture Attive verso la PA	XML, P7M
Fatture Passive da PA e fornitori	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Attive verso la PA	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Passive da PA e fornitori	XML, P7M
Messaggi Posta Elettronica Certificata in ingresso e uscita pervenuti nelle caselle PEC di ASST Melegnano	eml
Documenti oggetto di protocollo	7z, docx, eml, jpeg, Jpg, odt, p7m, p7s, pdf, png, tif, xlsx, xml, zip (Non previsti dalle linee guida AgID): bmp, doc, dot, msg, rar, rtf, tmp, txt
Registri giornalieri di protocollo	PDF, PDF/A
Ricette elettroniche dematerializzate erogate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte e annullate	ZIP, XML
Lettere di dimissioni - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Piano Assistenziale Individuale - Documenti in formato p7m (firmato digitalmente)	.p7m
Referti Ambulatoriali - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti Anatomia Patologica - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti di Laboratorio - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Referti di Radiologia Documento Clinico Elettronico	.p7m
Verbali di Pronto Soccorso - Documento Clinico Elettronico	.p7m
Studi diagnostici iconografici in formato DICOM	DICOM 3.0

DELIBERA DI APPROVAZIONE DEL MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE



DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N.204 DEL 19/02/2025

**OGGETTO: RINNOVO SEMESTRALE DELL’AFFIDAMENTO A ECOSAFETY SRL DI ROMA
DEL SERVIZIO DI DATA PROTECTION OFFICER (DPO) E DELLE ATTIVITÀ
CONNESSE ALLA NORMATIVA EUROPEA SULLA PROTEZIONE DEI DATI
PERSONALI - CIG: 8762365458**

**SU PROPOSTA DEL DIRETTORE f.f.
SC GESTIONE ACQUISTI**

accertata la competenza procedurale, attesta la legittimità e la regolarità tecnico amministrativa del presente provvedimento

Il Direttore
F.F.SC GESTIONE ACQUISTI
Anna De Berti

IL DIRETTORE SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA’

Ha verificato che le risorse derivanti dall'adozione del presente provvedimento, pari ad € 11.324,04 Iva 22% inclusa, sono rese disponibili sui competenti bilanci di esercizio, come di seguito riportato:

Bilancio SAN-SIA

Conto C170044000 € 11.324.04 anno 2025 aut. 2025007384

Il Direttore SC Bilancio, Programmazione
Finanziaria e Contabilità
Dott. Paolo Moneta



IL DIRETTORE f.f. SC GESTIONE ACQUISTI

RICHIAMATI:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., recante norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- la Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 avente ad oggetto: “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la DGR n. X/4479 del 10.12.2015 avente ad oggetto: “Attuazione L.R. 23/2015 - costituzione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Melegnano e della Martesana”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 955 del 20.10.2022 ad oggetto “Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 dell'ASST Melegnano e della Martesana. Assetto Organizzativo afferente alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa”;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 1 del 02.01.2024, con la quale è stato disposto l'insediamento del Direttore Generale dell'ASST Melegnano e della Martesana, Dott.ssa Roberta Labanca, nominata con D.G.R. n. XII/1633 del 21/12/2023, con decorrenza dal 01/01/2024;
- la Deliberazione del Direttore Generale n. 193 del 07/03/2024 ad oggetto: “Conferimento di deleghe da parte del Direttore Generale ai Direttori Strutture Complesse e ai dirigenti di Struttura Semplice in staff alla Direzione Generale, Amministrativa e Sanitaria inerenti determinazioni”;
- la Deliberazione n. 862 del 19.09.2024 con cui è stato conferito al dirigente amministrativo Dott.ssa Anna De Berti l'incarico di Direttore facente funzioni della Struttura Complessa Gestione Acquisti a decorrere dalla data di adozione della deliberazione medesima e sino al permanere delle esigenze organizzative aziendali;
- la Deliberazione n. 1105 del 28/11/2024 avente ad oggetto "Presenza d'atto della DGR n. XII/3412 recante: Aggiornamento del Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022/2024 dell'ASST Melegnano e della Martesana”;
- la DGR n. XII/3720 del 30/12/2024 avente ad oggetto “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2025 – (di concerto con il Vicepresidente Alparone e gli Assessori Lucchini e Fermi);

VISTI:

- la L.R. 28 dicembre 2007, n. 33, con cui la Regione Lombardia ha costituito, in attuazione del comma 455 dell'art. 1 della L. n. 296/2007, la Centrale Regionale Acquisti che opera quale centrale di committenza di cui all'art. 37 del Decreto Legislativo n. 18 aprile 2016, n. 50, e provvede, tra l'altro, sulla base della programmazione regionale degli acquisti e con riferimento alle esigenze degli enti di cui all'art.1 della L.R. n.30/2006, a stipulare Convenzioni di cui all'art. 26 della Legge 23.12.1999, n. 488, con le quali le imprese aggiudicatrici si obbligano ad accettare, sino alla concorrenza della quantità massima stabilita in ciascuna Convenzione ai prezzi e alle condizioni ivi previsti, Ordinativi di Fornitura (OdF) emessi dai soggetti dalle amministrazioni ed enti regionali, degli enti locali, degli enti del Servizio sanitario nazionale e delle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio;
- la Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (c.d. Legge di Stabilità 2016) con la quale viene rafforzato l'obbligo per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale di “approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario - come individuate dal D.P.C.M. di cui all' art. 9, comma 3, del Decreto Legge n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla legge n. 89/2014 - avvalendosi esclusivamente delle centrali regionali di riferimento, ovvero della Consip S.p.A.”;
- i D.P.C.M. 24 dicembre 2015 e 11 luglio 2018 che hanno individuato le categorie merceologiche, e relative soglie, per le quali sussiste l'obbligo richiamato al precedente capoverso;

RICHIAMATA la deliberazione n. 688 del 04/11/2021 con cui è stato aggiudicato alla società Ecosafety Srl di Roma, il contratto relativo al servizio di Data Protection Officer (DPO) e delle attività



finalizzate alla compliance alla normativa europea sulla protezione dei dati personali dell'ASST Melegnano e della Martesana, per il periodo di 36 mesi, dal 01/01/2022 e sino al 31/12/2024 per l'importo complessivo di € 55.692,00 oltre IVA, con previsione di opzione, alla scadenza contrattuale, di rinnovo del contratto in oggetto, alle medesime condizioni contrattuali già in vigore, per ulteriori mesi 6 ovvero dal 01/01/2025 sino al 30/06/2025 come in atti previsto;

VISTA la nota e-mail della S.C. Sistemi Informativi Aziendali, conservata agli atti del procedimento, con cui si richiede di rinnovare l'affidamento del servizio in oggetto, come da opzione prevista dagli atti di gara, per ulteriori mesi 6 mesi, dal 01/01/2025 al 30/06/2025;

DATO ATTO che ai sensi dell'art. 26, comma 3, della legge 23 dicembre 1999, n. 488 – così come sostituito dall'art. 1, comma 4, lett. c), del Decreto Legge 12 luglio 2004, n. 168 convertito in Legge 30 Luglio 2004, n. 191, alla data di formazione del presente atto non risultano attive convenzioni Consip o Aria S.p.A. utili a garantire l'approvvigionamento dei servizi oggetto del presente provvedimento;

VERIFICATO:

- che il prodotto in questione non rientra tra le categorie merceologiche contemplate dai DPCM 24/12/2005 e 11/07/2018;
- ai sensi dell'art. 26, comma 3, della legge 23 dicembre 1999, n. 488 – così come sostituito dall'art. 1, comma 4, lett. c), del Decreto Legge 12 luglio 2004, n. 168 convertito in Legge 30 Luglio 2004, n. 191, alla data di formazione del presente atto non risultano attive convenzioni Consip o Aria SpA a cui far ricorso per l'approvvigionamento in oggetto;

PRESO ATTO che, facendo seguito alla richiesta della scrivente ASST del 24/12/2024, la società Ecosafety Srl ha comunicato in data 07/01/2025 la propria accettazione al rinnovo del servizio in oggetto, per il periodo 01/01/2025 – 30/06/2025, mantenendo le medesime condizioni contrattuali in essere al 31/12/2024;

RITENUTO pertanto di rinnovare alla società Ecosafety Srl con sede legale in Roma, via di Tor Vergata n. 440/b, P.I./C.F. 11316101002, il servizio di Data Protection Officer (DPO) e delle attività finalizzate alla compliance alla normativa europea sulla protezione dei dati personali dell'ASST Melegnano e della Martesana, per il periodo di 6 mesi, dal 01/01/2025 al 30/06/2025 alle medesime condizioni normo economiche in essere alla scadenza originaria del 31/12/2024 e quindi per un importo di € 9.282,00 oltre IVA (€ 11.324,04) per il periodo di 6 mesi;

DATO ATTO che il Responsabile Unico del Progetto (RUP) è il Direttore f.f. SC Gestione Acquisti, D.ssa Anna De Berti;

RITENUTO di confermare quale Direttore di Esecuzione del Contratto (DEC), ai sensi della normativa vigente, il Direttore della Sc Affari Generali e Legali, Avv. Alessandra Getti;

PRECISATO che il presente provvedimento non comporta variazioni rispetto alla spesa storica 2024;

DATO ATTO che il Direttore S.C. Bilancio Programmazione finanziaria e Contabilità ha verificato che le risorse derivanti dall'adozione del presente provvedimento, pari ad € 11.324,04 IVA 22% inclusa, sono rese disponibili sui competenti bilanci di esercizio, come di seguito riportato:

Bilancio SAN

Conto C170044000 € 11.324.04 anno 2025 aut. 2025007384

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata è legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 241/1990 e s.m.i.;

ACQUISITO il visto contabile del Direttore S.C. Bilancio Programmazione finanziaria e Contabilità



per la copertura economica derivante dal presente provvedimento;

DETERMINA

Per i motivi di cui in premessa che qui s'intendono integralmente riportati e trascritti:

1. di rinnovare il servizio di Data Protection Officer (DPO) e delle attività finalizzate alla compliance alla normativa europea sulla protezione dei dati personali dell'ASST Melegnano e della Martesana affidato alla società Ecosafety Srl con sede legale in Roma, via di Tor Vergata n. 440/b, P.I./C.F. 11316101002, per il periodo di 6 mesi, dal 01/01/2025 al 30/06/2025 alle medesime condizioni normo economiche in essere alla scadenza originaria del 31/12/2024 e quindi per un importo di € 9.282,00 oltre IVA (€ 11.324,04) per 6 mesi;
2. di precisare che l'ASST si riserva comunque di risolvere anticipatamente il contratto nel caso di aggiudicazione di un medesimo servizio da parte di ARIA S.p.A./Consip, così come nel caso di mutate esigenze aziendali, anche discendenti da disposizioni normative, ad oggi non prevedibili, precisando che l'aggiudicatario non potrà pretendere indennizzi/risarcimenti di alcun genere salvo il corrispettivo per quanto fino a quel momento eseguito;
3. di dare atto che, ai fini della tracciabilità dei relativi flussi finanziari, alla fornitura oggetto del presente provvedimento è/sono stati attribuito/i i seguenti Codici Identificativi di Gara 8762365458;
4. di confermare che il Responsabile Unico del Progetto (RUP) è il Direttore f.f. SC Gestione Acquisti, D.ssa Anna De Berti;
5. di confermare altresì quale Direttore di Esecuzione del Contratto (DEC), ai sensi della normativa vigente, il Direttore della SC Affari Generali e Legali, Avv. Alessandra Getti;
6. di dare atto che il Direttore S.C. Bilancio Programmazione finanziaria e Contabilità ha verificato che le risorse derivanti dall'adozione del presente provvedimento, pari ad € 11.324,04 Iva 22% inclusa, sono rese disponibili sui competenti bilanci di esercizio, come di seguito riportato:
Bilancio SAN
Conto C170044000 € 11.324.04 anno 2025 aut. 2025007384
7. di dare atto che la presente determina non è soggetta a controllo preventivo e che la medesima è immediatamente esecutiva, disponendone la relativa pubblicazione all'albo pretorio della ASST – ai sensi dell'art. 32 della l. n. 69/2009 – per 15 giorni consecutivi.

**Il Direttore ff SC Gestione Acquisti
Anna De Berti**

SC GESTIONE ACQUISTI

Responsabile del procedimento amministrativo: ANNA DE BERTI

Pratica trattata da: PASINI ELIANA

Allegati n. 0



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 724 DEL 03/08/2023

OGGETTO: REVOCA DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N 579 DEL 29/06/2023 AD OGGETTO: “NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE, DEL RESPONSABILE PER LA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI, DEL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE E DEL RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE DELL'ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA”. PROVVEDIMENTI CONSEGUENTI.

DELIBERAZIONE ADOTTATA DAL DIRETTORE GENERALE DOTT. FRANCESCO LAURELLI

**SU PROPOSTA DEL DIRETTORE
SC AFFARI GENERALI E LEGALI**

accertata la competenza procedurale, sottopone in data sopraindicata l'allegata proposta di deliberazione sull'argomento all'oggetto specificato attestando la legittimità e la regolarità tecnico amministrativa della stessa.

Il Direttore SC AFFARI GENERALI E LEGALI
Avv. Alessandra Getti

IL DIRETTORE SC BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

attesta che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa a carico del bilancio aziendale

Il Direttore SC Bilancio, Programmazione
Finanziaria e Contabilità
Dott. Paolo Moneta

Vista la legittimità del presente atto.

Il Direttore SC Affari Generali e Legali
Avv. Alessandra Getti



IL DIRETTORE GENERALE

Richiamati:

- il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i., recante norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria;
- la Legge Regionale n. 33 del 30.12.2009 avente ad oggetto: “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità”;
- la DGR n. X/4479 del 10.12.2015 avente ad oggetto: “Attuazione L.R. 23/2015 - costituzione dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Melegnano e della Martesana;
- la DGR XI/4538 del 15/04/2021 ad oggetto: “Determinazioni in ordine alla direzione dell’ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/CTO e dell’ASST Melegnano e della Martesana – (di concerto con il Vicepresidente Moratti)”;
- la D.G.R. n. XI/7758 del 28/12/2022 ad oggetto: “Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione per l’anno 2023 – (di concerto con gli assessori Caparini e Lucchini)”;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 955 del 20.10.2022 ad oggetto “Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 dell’ASST Melegnano e della Martesana. Assetto Organizzativo afferente alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa”.

PREMESSO che il Direttore proponente attesta la legittimità e regolarità tecnico amministrativa del presente provvedimento e riferisce in merito ai presupposti a fondamento dell’adozione dello stesso, come specificatamente di seguito argomentato.

RICHIAMATA la Deliberazione del Direttore Generale no 579 del 29/06/2023 avente ad oggetto: “NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE, DEL RESPONSABILE PER LA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI, DEL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE E DEL RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE DELL’ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA”;

RICHIAMATI INOLTRE:

- il DPR n. 445 del 28/12/2000, - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa – che dispone che “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”, prevedendo che al servizio sia preposto un dirigente ovvero un funzionario (art. 61);
- il D.Lgs. n. 82 del 07/03/2005, - Codice dell’Amministrazione Digitale (CAD), come modificato ed integrato in precedenza dal D.Lgs n.179 del 22 /08/2016 e in ultimo D.Lgs n. 217 del 13/12/2017 che dispone che: “le pubbliche amministrazioni garantiscono l’attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell’amministrazione definite dal Governo in coerenza con le Linee guida. A tal fine, ciascuna pubblica amministrazione affida a un unico ufficio dirigenziale generale, fermo restando il numero complessivo di tali uffici, la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un’amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità, attraverso una maggiore efficienza ed economicità”, prevedendo che il responsabile dell’ufficio in questione sia dotato di adeguate competenze tecnologiche, di informatica giuridica e manageriali;
- il 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;
- il DPCM 3 dicembre 2013 - Regole tecniche in materia di sistema di conservazione ai sensi degli articoli 20, commi 3 e 5 -bis, 23-ter, comma 4, 43, commi 1 e 3, 44, 44-bis e 71, comma 1, del Codice dell’amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005 in cui si evince che



il responsabile della gestione documentale è il dirigente o il funzionario in possesso di requisiti professionali o di professionalità tecnico-archivistica, dedicato al servizio per la tenuta del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi. Egli produce il pacchetto di versamento e si occupa del versamento del pacchetto nel sistema di conservazione.

CONSIDERATO CHE:

- con circolare n. 3 del 01/10/2018 del Ministro per la Pubblica Amministrazione si ricordava l'obbligo delle P.A. soggette al CAD di nominare il Responsabile per la Transizione Digitale, chiedendo che lo stesso fosse nominato con urgenza;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 955 del 20/10/2022 ad oggetto “Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024 dell'ASST Melegnano e della Martesana. Assetto Organizzativo afferente alla Direzione Generale e alla Direzione Amministrativa”, dalla quale si evince che:
 - la U.O.S. Gestione Operativa e Sistemi Informativi è stata trasformata nella Struttura Complessa Sistemi Informativi Aziendali;
 - la U.O.S. Ufficio Legale e Avvocatura è stata trasformata nella Struttura Complessa Affari Generali e Legali;
- con deliberazione del Direttore Generale n.265 del 30/03/2023 veniva affidato all'Ing. Gianni Origgi l'incarico di direzione pro – tempore della SC Sistemi Informativi Aziendali a decorrere dal 01/04/2023;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 201 del 17/03/2023 veniva affidato all'Avv. Alessandra Getti l'incarico di Direttore della SC Affari Generali e Legali e pertanto la gestione e il coordinamento delle attività dell'Ufficio Protocollo Aziendale;

RITENUTO OPPORTUNO, a seguito di ulteriori valutazioni e approfondimenti della Direzione Strategica, in ordine alle competenze e professionalità dei soggetti aziendali individuati nella deliberazione n. 579 del del 29/06/2023, di revocare tale deliberazione con il presente provvedimento;

ATTESO pertanto di nominare quale:

- Responsabile per la Transizione Digitale e Responsabile della Conservazione a norma, l'Ing. Gianni Origgi Direttore pro-tempore della SC Sistemi Informativi Aziendali, in considerazione del curriculum formativo posseduto nonché all'attinenza del ruolo di cui trattasi con le attività in carico alla SC dallo stesso attualmente diretta;
- Responsabile della Gestione Documentale, l'Avv. Alessandra Getti, Direttore della S.C. Affari Generali e Legali, in considerazione dell'afferenza del Protocollo Generale;

PRESO ATTO della necessità di adeguare la mutata realtà aziendale a quanto previsto dalle citate disposizioni;

ACQUISITA l'attestazione che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale tramite firma apposta allo stesso;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, dal Direttore Socio Sanitario, resi per quanto di competenza, ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;



DELIBERA

Per i motivi in premessa indicati e che si intendono qui integralmente richiamati:

1. di revocare con il presente provvedimento, la Deliberazione n. 579 del 29/06/2023 ad oggetto: "NOMINA DEL RESPONSABILE PER LA TRANSIZIONE DIGITALE, DEL RESPONSABILE PER LA SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI, DEL RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE E DEL RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE DELL'ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA";
2. di nominare dunque:
 - l'Ing. Gianni Origgi Direttore pro-tempore della SC Sistemi Informativi Aziendali (SIA), quale Responsabile per la Transizione Digitale (RTD) e della Conservazione a norma in considerazione del curriculum formativo posseduto nonché all'attinenza del ruolo di cui trattasi con le attività in carico alla SC dallo stesso attualmente diretta;
 - l'Avv. Alessandra Getti, Direttore SC Affari Generali e Legali, quale Responsabile della Gestione Documentale in considerazione dell'afferenza del Protocollo Generale alla Struttura Complessa stessa;
3. di dare atto che ai sensi dell'art. 17 comma 4 L.R. n. 33/2009 e s.m.i. il presente provvedimento non è soggetto a controllo e che il medesimo è immediatamente esecutivo giusta art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e s.m.i;
4. di conferire mandato al Dirigente proponente per tutti i necessari, successivi, incombenti all'esecuzione di questo provvedimento;
5. di trasmettere il presente provvedimento per opportuna conoscenza e adempimenti conseguenti, alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali e alla S.C. Ingegneria Clinica;
6. di precisare che la presente nomina non prevede alcun maggiore onere a carico dell'Azienda;
7. di disporre ai sensi dell'art. 17, comma 6, L.R. n. 33/2009 e s.m.i. la pubblicazione del presente provvedimento all'albo on line dell'Ente.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Francesco Laurelli)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Maria Luigia
Barone)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Valentino
Lembo)

IL DIRETTORE SOCIO
SANITARIO
(Dott.ssa Paola Maria
Saffo Pirola)

SC AFFARI GENERALI E LEGALI

Responsabile del procedimento amministrativo: Getti Alessandra

Pratica trattata da: Cerati Luca

Allegati n. 0



REGOLAMENTO AZIENDALE IN TEMA DI ACCESSO AGLI ATTI



INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI.....	4
ART. 1 – FONTI NORMATIVE	4
ART. 2 – DEFINIZIONI	4
ART. 3 – AMBITO DI APPLICAZIONE	7
ART.4 –MODALITA’ E TIPOLOGIE DI ACCESSO	8
ART. 5 – REGISTRO DEGLI ACCESSI.....	9
ART. 6 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	9
ART. 7 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	10
ART. 8 – ACCESSO DA PARTE DELL’AUTORITA’ GIUDIZIARIA E DEI SOGGETTI PUBBLICI.....	10
 TITOLO II – ACCESSO DOCUMENTALE (L. 241/1990).....	11
ART. 9– ACCESSO DOCUMENTALE	11
ART. 10 – LIMITAZIONI AL DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE	11
ART. 11 – MODALITA’ E TERMINI.....	12
ART. 12 – PARTECIPAZIONE DEI CONTROINTERESSATI	13
ART. 13 – ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA.....	13
ART. 14 – ONERI	14
ART. 15 – ISTANZA IRREGOLARE O INCOMPLETA.....	15
ART. 16 – DINIEGO E DIFFERIMENTO DELLA RICHIESTA.....	15
ART. 17 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	15
 TITOLO III – ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	16
ART. 18 – ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	16
ART. 19 – SOGGETTI TITOLARI DEL DIRITTO DI ACCESSO	17
ART. 20 – TEMPISTICHE RILASCIO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA L. 24/17.....	18
ART. 21– MODALITA’ DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE	18
ART. 22 – ONERI	18
ART. 23 – RIMEDI IN CASO DI DINIEGO.....	19
ART. 24 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	19
 TITOLO IV –ACCESSO CIVICO (D.LGS. 33/2013 – ART. 5, CO. 1).....	19
ART. 25 – ACCESSO CIVICO	19
ART. 26 – MODALITA’ E TERMINI.....	19
ART. 27 – ONERI	20
ART. 28 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO IN CASO DI ACCESSO CIVICO.....	20



ART. 29 – RIMEDI IN CASO DI INATTIVITA' E TITOLARE DEL POTERE SOSTITUTIVO	20
TITOLO V – ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (D.LGS. 33/2013 ART. 5, CO. 2)	21
ART. 30 – ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	21
ART. 31 – MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA	21
ART. 32 – IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	22
ART. 33 – CONTROINTERESSATI	23
ART. 34 – ACCOGLIMENTO DELL'ISTANZA DI ACCESSO E CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO	23
ART. 35 – DINIEGO E DIFFERIMENTO	24
ART. 36 – RIMEDI IN CASO DI DINIEGO	25
ART. 37 – ONERI	26
ART. 38 – NORME FINALI	26
ALLEGATI	26



TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 1 – FONTI NORMATIVE

- L. 241/90 -*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*;
- GDPR 2016/679 *Regolamento generale sulla protezione dei dati*
- D.lgs. 196/2003 -*Codice in materia di protezione dei dati personali*;
- D.lgs. 82/2005 -*Codice dell'amministrazione digitale*;
- D.P.R. 12 aprile 2006 n. 184
- D.lgs. n. 104/201 - Codice del processo amministrativo;
- L.190/2012 -*Legge anticorruzione*;
- D.lgs. 33/2013- *Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni*;
- D.lgs. 97/2016 - *Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 190/2012 e del D.lgs. 33/2013, ai sensi dell'art. 7 della L. 124/2015, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche*;
- Piano Nazionale Anticorruzione (delibere ANAC n. 831/2016 e 31/2025)
- Circolare n. 2/2017 emessa dal Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione;
- Deliberazione n. 1309 del 28/12/2016 dell'ANAC - *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 D. Lgs. 33/2013*;
- Legge n. 24/2017 - *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

ART. 2 – DEFINIZIONI

- **Documento amministrativo:** ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una Pubblica Amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale (art. 22, comma 1, lettera d) della legge n. 241/1990 e s.m.i.);
- **Atto amministrativo:** un atto giuridico posto in essere da un'autorità amministrativa nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali;
- **Dato:** dato conoscitivo come tale, indipendentemente dal supporto utilizzato e dalle sue modalità di organizzazione e conservazione (delibera ANAC n. 1309/2016);
- **Dati personali:** "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata



direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale" (ai sensi di quanto disposto dall'art. 4, paragrafo n.1 del Regolamento (UE) 2016/679);

- **Dati particolari** (categorie particolari di dati personali): "i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona" (ai sensi di quanto disposto dall'art. 9, c. 1, del Regolamento (UE) 2016/679);

- **Dati giudiziari** (dati personali relativi a condanne penali e reati o a connesse misure di sicurezza): i dati personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza (ai sensi di quanto disposto dall'art. 10 del Regolamento (UE) 2016/679 e dall'art. 2-octies del D.Lgs. n. 196/2003)

- **Trattamento dati personali:** qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione" (ai sensi di quanto disposto dall'art. 4, paragrafo 1, n. 2 del Regolamento (UE) 2016/679);

- **Informazione:** la rielaborazione di dati detenuti dalle amministrazioni effettuate per propri fini contenuti in distinti documenti (delibera ANAC n. 1309/2016);

- **Soggetti legittimati:** i soggetti legittimati ad esercitare il diritto di accesso nelle sue diverse forme;

- **Interessati:** tutti i soggetti privati, compresi quelli portatori di interessi pubblici o diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso di cui all'art. 22 della legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

- **Contro interessati:** nell'ambito dell'accesso ai documenti amministrativi ai sensi dell'articolo 22 della legge n. 241/1990, tutti i soggetti individuati o facilmente individuabili in base alla natura del documento richiesto, che dall'esercizio dell'accesso vedrebbero compromesso il loro diritto alla riservatezza;

- **Interessi pubblici giuridicamente rilevanti:** gli interessi per i quali l'art. 5 bis del Decreto Trasparenza (sicurezza nazionale, sicurezza pubblica, difesa e questioni militari, relazioni internazionali, politica e stabilità finanziaria ed economica dello stato, conduzione di indagini sui reati e loro perseguimento, regolare svolgimento di attività ispettive, protezione di dati personali



in conformità con la normativa vigente in materia, libertà e segretezza della corrispondenza, interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), e che posti in rapporto con il principio di trasparenza, risultano essere di rango superiore e richiedono, quindi, una tutela più accentuata rispetto all'interesse sotteso;

- **Registro degli accessi:** l'elenco che raccoglie le richieste di accesso pervenute e trattate dall'Amministrazione (documentale, civico semplice e civico generalizzato), con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione, previsto dalla deliberazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 1309 del 28 dicembre 2016, ai sensi della quale l'ASST cura la pubblicazione aggiornata con periodicità semestrale;
- **Responsabile del procedimento:** il dirigente, il funzionario preposto all'unità organizzativa o altro dipendente addetto all'unità competente a formare il documento o a detenerlo stabilmente, responsabile dell'istruttoria e di ogni altro adempimento inerente il singolo procedimento nonché, eventualmente, dell'adozione del provvedimento finale;
- **Decreto trasparenza:** il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, così come modificato dal Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- **Codice privacy:** il Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101;
- **GDPR:** il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;
- **RPCT:** Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASST Melegnano e della Martesana, nominato ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione);
- **Fascicolo informatico:** La raccolta di atti, documenti e dati del procedimento, disciplinato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 82/2005;
- **Documento informatico:** Il documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti. Le Linee Guida AGID (www.agid.gov.it) definiscono e aggiornano le regole tecniche sulla formazione, protocollazione, gestione e conservazione dei documenti informatici;
- **Documento analogico:** La rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti;
- **Documentazione sanitaria e sociosanitaria:** l'insieme di informazioni e/o attestazioni (ad esempio: ricoveri, visite ambulatoriali, esami di laboratorio, e/o esami strumentali, ecc.) volte a documentare un fatto o una situazione, avente carattere di pubblico interesse, nonché a testimoniare tutti gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza;



- **Domicilio digitale dell'amministrazione:** Un indirizzo elettronico eletto presso un servizio di posta elettronica certificata o un servizio elettronico di recapito certificato qualificato, valido ai fini delle comunicazioni elettroniche aventi valore legale;
- **Posta elettronica certificata** Il sistema di comunicazione in grado di attestare l'invio e l'avvenuta consegna di un messaggio di posta elettronica e di fornire ricevute opponibili ai terzi ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 2005, n. 68 (Regolamento recante disposizioni per l'utilizzo della posta elettronica certificata, a norma dell'art. 27 della L. 16 gennaio 2003, n. 3);
- **Sito istituzionale** Il sito internet dell'ASST Melegnano e della Martesana raggiungibile al presente indirizzo: <https://www.asst-melegnano-martesana.it/>

ART. 3 – AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente Regolamento disciplina le modalità di esercizio del diritto di accesso ai dati, ai documenti e alle informazioni in possesso dell'ASST Melegnano e della Martesana, in conformità a quanto stabilito dalla **legge 7 agosto 1990, n. 241**, come attuata dal regolamento di cui al D.P.R. 12 aprile 2006 n. 184, dal **D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33**, come modificato e integrato dal D.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 (*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*), dalla Legge 8 marzo 2017, n. 24, nonché dalla normativa a tutela dei dati personali di cui al D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), come modificato dal GDPR 679/2016.

L'ASST Melegnano e della Martesana svolge la propria attività con trasparenza e pubblicità e garantisce l'esercizio del diritto di accesso agli atti, ai documenti e alle informazioni ivi contenute, nel rispetto del diritto alla riservatezza e alla identità di persone fisiche, giuridiche, gruppi, associazioni e imprese.

La tutela della riservatezza riguarda in particolare le comunicazioni epistolari, telefoniche o telematiche nonché le informazioni inerenti alla sfera socio-sanitaria, professionale, finanziaria e commerciale.

L'ASST, oltre a garantire l'esercizio del diritto di accesso con le modalità indicate nel presente regolamento, ottempera agli obblighi di pubblicità ed informazione attraverso la pubblicazione sull'albo dell'Ente degli atti assunti dal Direttore Generale e dai dirigenti aventi rilevanza esterna, fatte salve le esclusioni previste dalla normativa vigente.

Le finalità del Regolamento sono:

- a) facilitare la gestione delle istanze da parte degli operatori, fornendo chiare indicazioni operative e garantendo la coerenza con gli obblighi di digitalizzazione imposti dal Decreto Legislativo **n. 82/2005** e ssmmii, (Codice dell'Amministrazione Digitale);



- b) fornire ai cittadini uno strumento di facile consultazione per accedere ai documenti amministrativi;
- c) facilitare la gestione delle istanze di accesso, in particolare quelle relative ai documenti contenenti dati sanitari, e fornire ai cittadini uno strumento semplice e chiaro per la consultazione.

ART.4 – MODALITA' E TIPOLOGIE DI ACCESSO

Costituiscono oggetto del diritto di accesso, nelle sue varie forme; tutti gli atti o il contenuto di atti e documenti amministrativi, anche interni o non, formati o detenuti dall'ASST in relazione ad uno specifico procedimento e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale, esistenti al momento della richiesta e per i quali il diritto di accesso non sia escluso.

Salvi i casi di esclusione, l'accesso è consentito sia a documenti originali sia a copie di essi, nonché a singole parti di documenti ovvero a copie parziali degli stessi.

Il diritto di accesso è esercitato relativamente a documenti individuati o facilmente individuabili.

Non rientrano pertanto nell'ambito del diritto di accesso le richieste volte non ad acquisire documenti preesistenti, ma a promuovere una ricognizione che obblighi l'ASST ad effettuare un'apposita elaborazione di dati, salvo che si tratti di dati riferiti alla persona richiedente, secondo il Codice Privacy (art. 7 D.lgs. 196/2003). In tal caso, è consentito l'accesso a dati anche non contenuti in formale documento, ma comunque detenuti dall'Amministrazione in altra forma e modalità.

Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando l'ASST ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi entro il termine temporale di conservazione indicato nel Titolario e Massimario di scarto.

L'accesso ai documenti amministrativi non può essere negato qualora sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento o sia possibile limitarlo solo a parti dei documenti richiesti.

In ogni caso, il rifiuto, il differimento e la limitazione del diritto di accesso devono essere motivati.

In particolare, si distinguono le seguenti tipologie di accesso:

- a) **“accesso documentale” o “accesso agli atti”** (ai sensi della L. 241/90): è il diritto riconosciuto esclusivamente ai soggetti interessati, di prendere visione e di estrarre copia di documenti amministrativi, a fronte dell'esistenza di una situazione giuridicamente rilevante collegata al documento, per il quale è richiesto l'accesso, della quale deve darsi motivazione nella richiesta;
- b) **“accesso civico”** (ai sensi dell'art. 5, co. 1, d.lgs. 33/13): è il diritto riconosciuto a chiunque, senza obbligo di motivazione, di accedere a dati o documenti per i quali sussiste, in capo alla pubblica amministrazione, un obbligo di pubblicazione;



- c) **“accesso civico generalizzato”** (ai sensi dell’art. 5 co.2, d. lgs. 33/13): è il diritto riconosciuto a chiunque, senza obbligo di motivazione, di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti. Tale accesso di ispira ai principi del cosiddetto “Freedom of Information Act” (**FOIA**), che riconosce il diritto fondamentale alla trasparenza e all’accesso alle informazioni, come sancito dalla Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo (CEDU).

ART. 5 – REGISTRO DEGLI ACCESSI

È istituito all’interno della ASST Melegnano e della Martesana il “registro degli accessi”, che contiene tutte le richieste di accesso pervenute, distinte per tipologia (accesso ai documenti amministrativi, accesso civico o accesso generalizzato), con l’indicazione dell’oggetto, della data di ricezione, del relativo esito e della data della decisione.

Tale registro è pubblicato, oscurando i dati personali, sul sito web istituzionale dell’Ente, nella sezione “Amministrazione Trasparente” e aggiornato annualmente.

L’aggiornamento del registro degli accessi è a cura delle strutture destinatarie della richiesta di accesso. Il coordinamento e la pubblicazione del registro degli accessi è in capo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

ART.6 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento cura l’istruttoria, i rapporti con i soggetti richiedenti l’accesso e provvede a quanto necessario per l’esercizio del loro diritto, secondo le modalità stabilite dal presente regolamento.

Qualora il documento oggetto della richiesta di accesso coinvolga più strutture, il responsabile del procedimento sarà il Dirigente competente all’adozione dell’atto conclusivo, ovvero designato a detenere stabilmente il documento.

Il Responsabile può delegare ad un altro dipendente, appartenente alla medesima Struttura, l’attività istruttoria ed ogni altro adempimento inerente il procedimento, ferma restando in capo al primo la responsabilità.

In particolare, il Responsabile dovrà:

- ricevere la richiesta di accesso;
- provvedere all’identificazione del richiedente ed alla verifica della sua legittimazione.
- valutare la motivazione addotta dal richiedente e decidere sull’ammissibilità della richiesta



- verificare l'esistenza di eventuali controinteressati, comunicando agli stessi l'avvio del procedimento;
- comunicare agli interessati i termini, le condizioni (e gli eventuali costi) e le modalità di accesso al documento;
- comunicare agli interessati l'esclusione, il differimento o la limitazione del diritto di accesso;
- valutare l'ammissibilità della richiesta, con facoltà di formulare specifico quesito al DPO (Data Protection Officer/Responsabile del Trattamento dei dati) della ASST, sia in ordine al bilanciamento degli interessi, sia nei casi di particolare complessità;
- curare, per ciascuna istanza, l'inserimento dei dati nel Registro degli accessi, secondo quanto disposto dal presente Regolamento.

Qualora l'istanza di accesso pervenga a Struttura non competente in ordine alla gestione della stessa, questa provvede, con immediatezza, alla trasmissione della stessa alla struttura aziendale competente.

Fermo restando quanto previsto dal Codice dei contratti pubblici vigente, il responsabile del procedimento per gli accessi agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici è il RUP della procedura di affidamento.

ART. 7 – PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'Ente garantisce nel trattamento delle informazioni il rispetto delle previsioni normative e regolamentari in materia di tutela e protezione dei dati personali, previene e sanziona l'improprio utilizzo dei dati personali acquisiti nell'ambito dei compiti d'ufficio, nonché la loro diffusione o comunicazione a soggetti non legittimati. Tale comportamento, fatte salve ipotesi di reato, configura un illecito disciplinare.

Per i destinatari che rivestono un ruolo sanitario l'obbligo di riservatezza di cui sopra si somma a quello previsto dal codice deontologico e l'eventuale violazione, oltre che illecito disciplinare, potrà essere segnalato al relativo ordine.

ART. 8 – ACCESSO DA PARTE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA E DEI SOGGETTI PUBBLICI

È estraneo alla disciplina dell'accesso agli atti ed è sempre consentito l'accesso alla documentazione, anche di natura sanitaria, su disposizione dell'Autorità Giudiziaria o di polizia, previa presentazione di specifica richiesta scritta.

L'acquisizione dei documenti amministrativi da parte di soggetti pubblici, ove non rientrante nella previsione dell'accertamento d'ufficio di stati, qualità e fatti ovvero controllo delle dichiarazioni sostitutive presentate dai cittadini, si informa al principio di leale cooperazione istituzionale.



TITOLO II – ACCESSO DOCUMENTALE (L. 241/1990)

ART. 9 – ACCESSO DOCUMENTALE

Il diritto di accesso si applica a tutti i documenti amministrativi fisicamente esistenti al momento della richiesta e detenuti dall'Amministrazione, inclusi quelli relativi alle attività istruttorie. Il documento amministrativo, ai sensi della Legge 241/1990 e modifiche, è qualsiasi rappresentazione di atti, anche interni o non relativi a uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione, che riguardino attività di pubblico interesse.

L'accesso è consentito sia ai documenti originali sia alle loro copie. È possibile richiedere anche parti di documenti, o copie parziali, che, quando opportuno, includono la prima e l'ultima pagina del documento, indicando le parti omesse.

Il diritto di accesso documentale è riconosciuto a tutte le persone fisiche o giuridiche ivi inclusi i soggetti che operano per la tutela di interessi pubblici o diffusi, purché dimostrino di possedere un interesse diretto, concreto e attuale, in relazione ad una situazione giuridicamente tutelata e strettamente connessa al documento richiesto.

Il richiedente deve obbligatoriamente motivare l'istanza.

Per quanto riguarda l'acquisizione di documenti amministrativi da parte di enti pubblici, in assenza di una previsione specifica nell'articolo 43, comma 2, del D.P.R. n. 445/2000, si applica il principio di leale cooperazione istituzionale, ai sensi dell'art. 22, comma 5, della Legge n. 241/1990.

ART. 10 – LIMITAZIONI AL DIRITTO DI ACCESSO DOCUMENTALE

Tutti i documenti amministrativi sono accessibili, fatta salva l'esistenza di limitazioni come previste dall'articolo 24, commi 1, 2, 3, 5 e 6 (limiti all'accesso) e cioè:

- a. per i documenti coperti da segreto di Stato ai sensi della legge 24 ottobre 1977, n. 801, e successive modificazioni e, nei casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge, dal regolamento governativo di cui al comma 6 e dalle Pubbliche Amministrazioni ai sensi del comma 2 dell'art. 24 della L. 241/90 e s.m.i.;
- 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 (es. atti preparatori nel corso della formazione dei provvedimenti di cui all'art. 12, L. n. 241/90 (atti amministrativi generali, di pianificazione e programmazione);
- d. nei procedimenti selettivi, nei confronti dei documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi.



Inoltre, l'articolo 24 comma 6 della Legge 241/1990 attribuisce al Governo la facoltà di limitare ulteriormente il diritto di accesso tramite regolamenti delegati, stabilendo specifici casi in cui i documenti amministrativi sono esclusi dall'accesso.

Un altro limite di accesso riguarda i documenti che coinvolgono posizioni di soggetti terzi, dove si deve bilanciare il diritto alla riservatezza con il diritto di accesso. La questione è regolata da principi contenuti nella Legge 241/1990 e nel Codice della Privacy (D.Lgs. 196/2003).

Non sono accessibili informazioni che non abbiano forma di documento amministrativo, salvo quanto previsto dal GDPR (Regolamento UE 679/2016) e dal D.Lgs. 196/2003 riguardo all'accesso a dati personali da parte dell'interessato.

Non sono ammesse richieste generiche relative a categorie intere di documenti né richieste massive o finalizzate a un controllo generalizzato dell'operato dell'ASST Melegnano e della Martesana.

Il diritto di accesso rimane valido finché l'ASST Melegnano e della Martesana detiene i documenti richiesti.

ART. 11 – MODALITA' E TERMINI

L'utente che intende formulare richiesta di accesso documentale deve compilare apposito Modulo (ALLEGATO 1), sottoscrivendo lo stesso ed allegando fotocopia di documento di identità in corso di validità. La modalità di presentazione è la seguente:

- PEC: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it;
- Consegna a mano (Via Pandina 1- Vizzolo Predabissi- Ufficio Protocollo);
- Raccomandata a/r o posta ordinaria (ASST Melegnano e della Martesana Via Pandina n. 1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI);

Il procedimento di accesso deve concludersi nel termine di 30 giorni, calcolati dalla presentazione dell'istanza, ai sensi dell'art. 25, comma 4, L. 241/1990, e decorrenti dalla ricezione della medesima, registrata al protocollo generale dell'Azienda.

Ove la richiesta sia irregolare o incompleta, il Responsabile del procedimento, entro 10 giorni, ne dà comunicazione al richiedente. In tale caso, il termine del procedimento ricomincia a decorrere dalla presentazione della richiesta corretta.

Nel caso in cui la natura o la complessità dei dati richiesti non permettano all'Azienda di fornire riscontro entro il termine di 30 giorni, la stessa ha la facoltà di prorogare il termine di conclusione dandone motivata comunicazione all'interessato.

Qualora l'istanza sia pervenuta per via telematica, ovvero le informazioni siano contenute in strumenti informatici, l'accesso agli atti richiesti è attuato, ove possibile, anche in ragione delle



possibilità tecniche e strumentali della struttura competente, mediante l'invio dei documenti informatici all'indirizzo di posta elettronica certificata dal quale proviene la richiesta.

ART. 12 – PARTECIPAZIONE DEI CONTROINTERESSATI

Il Responsabile del procedimento verifica se la richiesta di accesso agli atti coinvolga soggetti controinteressati, ossia quei soggetti che potrebbero subire un pregiudizio ai loro interessi privati, come la protezione dei dati personali, se un documento fosse reso noto a terzi. In presenza di controinteressati, il Responsabile del procedimento deve informare gli stessi della richiesta di accesso, consentendo loro di presentare un'eventuale opposizione motivata.

I controinteressati possono, entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, presentare, anche in via telematica, motivata opposizione all'accesso agli atti. Decorso inutilmente detto termine, il Responsabile del procedimento, che abbia accertato l'avvenuta ricezione da parte del controinteressato della predetta comunicazione, provvede su l'istanza di accesso.

In caso di opposizione, il Responsabile del procedimento, valuta le argomentazioni proposte dall'opponente, anche in relazione all'interesse giuridico del richiedente, e decide motivatamente sull'istanza.

ART. 13 – ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA

Ove non sussistano ragioni per differire o negare il diritto di accesso, l'accoglimento della domanda avviene secondo le modalità di seguito indicate:

- a) qualora l'interessato abbia richiesto la **mera visione** del documento amministrativo, il Responsabile del procedimento di accesso, o un suo delegato, comunica il giorno, l'ora e il luogo in cui è possibile visionare l'atto o gli atti richiesti, dando un congruo termine - comunque non inferiore a 15 giorni - per procedere alla relativa visione.

La presa visione dell'atto o degli atti è effettuata personalmente dal richiedente o da soggetto incaricato munito di delega scritta, sotto la sorveglianza del personale addetto.

Al fine di evitare la messa in circolazione di copie non conformi all'originale della documentazione cui si chiede l'accesso, non può tuttavia essere consentito al richiedente di acquisire copie mediante l'utilizzo di cellulari.

Trascorsi 30 giorni dalla comunicazione al richiedente dell'avvenuta accettazione dell'istanza senza che questi abbia preso visione del documento, il richiedente è considerato rinunciatario;

- b) qualora l'interessato abbia chiesto l'accesso mediante **estrazione di copia**, il Responsabile del procedimento di accesso, o un suo delegato, concorda con il richiedente le modalità di consegna del documento (se cartacea o telematica) e indica conseguentemente le modalità di pagamento delle spese relative sia al rimborso del costo di riproduzione che di visura.



Il ritiro della copia dei documenti o la relativa richiesta di semplice visione degli stessi avviene, di norma, presso l'Unità/Ufficio a cui è stata trasmessa la richiesta di accesso.

ART. 14 – ONERI

L'esame e la semplice visione dei documenti amministrativi richiesti è gratuito, mentre il rilascio di copia è subordinato al rimborso dei seguenti costi:

COSTO FISSO

Costo fisso per ricerca/visura/scansione	€ 5,00 (indipendentemente dalla quantità di pagine e dalla tipologia di copia richiesta)
--	---

COSTO SUPPORTI MATERIALI

Copia cartacea (foglio formato A4)	€ 0,25 (costo per pagina, sia fronte che fronte/retro)
Copia cartacea (foglio formato A3)	€ 0,50 (costo per pagina, sia fronte che fronte/retro)
Rilascio Su supporti digitali	Da € 10,00 a €20,00
Invio tramite PEC	gratuito

I predetti importi dovranno essere corrisposti preliminarmente al rilascio della documentazione, tramite una delle seguenti modalità:

- mediante elaborazione di PagoPA;
- presso il CUP dell'ASST con rilascio di debita ricevuta;
- mediante bonifico bancario intestato all'ASST Melegnano e della Martesana.

Il richiedente dovrà indicare quale causale di versamento la seguente dicitura "esercizio diritto di accesso". Sono a carico del richiedente gli eventuali costi di spedizione.

Il pagamento dei diritti di copia per il rilascio della documentazione amministrativa è escluso per le seguenti categorie di soggetti:

- organi di polizia giudiziaria, consulenti tecnici/periti di ufficio e soggetti che agiscono in qualità di ufficiali o agenti di polizia giudiziaria;
- pubbliche amministrazioni o privati incaricati di un servizio pubblico;



- singoli dipendenti ed ex dipendenti dell'Ente che abbiano titolo ad avere la documentazione richiesta per la difesa in ambito di procedimenti disciplinari, giudizi penali, civili, amministrativi e di responsabilità contabile, relativi ad atti o fatti connessi alla propria attività di servizio;
- Enti che a condizione di reciprocità non richiedono il pagamento nei confronti delle Pubbliche Amministrazioni.

ART. 15– ISTANZA IRREGOLARE O INCOMPLETA

Ove l'istanza sia irregolare o incompleta, il Responsabile del procedimento, entro il termine di 10 giorni dal ricevimento della stessa, deve darne comunicazione al richiedente con ogni mezzo idoneo ad assicurarne la ricezione.

In tale caso il termine di 30 giorni previsto per la conclusione del procedimento ricomincia a decorrere dal giorno del ricevimento della richiesta corretta.

Decorso inutilmente il termine fissato nella succitata comunicazione per l'integrazione senza che l'interessato abbia prodotto l'istanza integrata e corretta, il procedimento si chiuderà d'ufficio con l'archiviazione e l'interessato dovrà presentare nuova istanza.

Qualora l'istanza sia stata erroneamente presentata ad un ufficio diverso da quello competente, il responsabile del procedimento la trasmette, senza ritardo, all'ufficio competente per materia, dandone comunque comunicazione al richiedente. In tal caso, il termine per la conclusione del procedimento decorre dalla ricezione dell'istanza da parte dell'ufficio competente a trattarla.

ART. 16 – DINIEGO E DIFFERIMENTO DELLA RICHIESTA

Decorsi inutilmente 30 giorni dalla richiesta, questa si intende respinta (silenzio rigetto).

Nel caso in cui il Responsabile del procedimento provveda prima della scadenza dei termini occorrerà formalizzare una risposta scritta (diniego espresso); qualora ritenga necessari la limitazione o il differimento dell'accesso richiesto in via formale, è tenuto a darne comunicazione scritta all'interessato.

L'atto di diniego, di limitazione o di differimento deve essere **adeguatamente motivato**, con specifico riferimento alla normativa vigente, all'indicazione delle categorie di cui all'art. 24 della L. 241/90 ed alle circostanze di fatto per cui la richiesta non può essere accolta.

ART. 17 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento dell'accesso agli atti documentale è il Dirigente preposto all'Ufficio/Servizio o Struttura competente a formare l'atto o a detenerlo stabilmente.

Il Responsabile del procedimento cura l'istruttoria, i rapporti con i soggetti richiedenti l'accesso e provvede a quanto necessario per l'esercizio del loro diritto, secondo le modalità stabilite dal



presente regolamento, può affidare ad altro dipendente l'attività istruttoria ed ogni altro adempimento inerente al procedimento, mantenendone comunque in capo la responsabilità.

In caso di inerzia del Responsabile del procedimento, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2 commi 9 bis e ter della l. 241/1990.

TITOLO III – ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ART. 18 – ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Sono considerati documenti sanitari e sono oggetto della disciplina del presente regolamento i seguenti documenti:

- cartelle cliniche (costituiscono parte integrante della cartella clinica la cartella infermieristica, il registro operatorio e la scheda di dimissione ospedaliera ai sensi della circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 14.3.1996, DM 28.12.1991 e DM 261 del 7.12.2016);
- lastre radiologiche;
- supporti digitali;
- referti analitici;
- referti diagnostici;
- referti di prestazioni diagnostico terapeutiche;
- verbali relativi a prestazione di Pronto Soccorso;
- registri operatori;
- certificazioni relative a pazienti trattati in sede ambulatoriale;
- ogni altro tipo di documentazione che contenga riferimenti e anamnesi, referti, diagnosi, lesioni, patologie o qualsiasi altro elemento idoneo a rilevare lo stato di salute di un individuo.

L'ASST è tenuta a detenere tale documentazione entro i limiti temporali stabiliti dal Titolare e Massimario di scarto, nonché alla luce della disciplina vigente.

L'accesso alla documentazione clinica e ad ogni documentazione comunque contenente dati inerenti alla salute (lastre radiografiche, referti diagnostici, referti analitici, verbali di prestazioni di pronto soccorso e, più in generale, tutte le certificazioni riguardanti i pazienti assistiti presso le strutture dell'Azienda) è ammesso nei limiti e con le modalità stabilite dal D.lgs. n. 196/2003 in materia di tutela della riservatezza e dal GDPR; Regolamento generale sulla protezione dei dati (UE 2016/679).

**ART. 19 – SOGGETTI TITOLARI DEL DIRITTO DI ACCESSO**

L'accesso alla documentazione clinica e ad ogni altra documentazione contenente dati inerenti alla salute è consentito:

- a) al paziente **maggiorenne** a cui si riferisce la documentazione sanitaria;
- b) ai soggetti che esercitano la potestà genitoriale, se il paziente è **minorenne**. In caso di separazione o divorzio, il genitore richiedente deve specificare se è o non è genitore affidatario del minore. In caso di unico genitore esercente la responsabilità genitoriale, il genitore richiedente deve allegare l'atto giudiziario che dimostra tale circostanza;
- c) nel caso di **revoca della potestà genitoriale** ad entrambi i genitori, il diritto d'accesso spetta solo al tutore, il quale deve allegare il provvedimento di nomina e il verbale di giuramento emessi dal Tribunale;
- d) in caso di soggetto **inabilitato** (art. 415 c.c.), il diritto spetta al tutore, il quale deve allegare il provvedimento di nomina e il verbale di giuramento emessi dal Tribunale;
- e) in caso di soggetto **beneficiario di amministrazione di sostegno** (artt. 404 e ss. c.c.), il diritto d'accesso spetta all'Amministratore di sostegno, il quale deve allegare il provvedimento di nomina e il verbale di giuramento emessi dal Tribunale;
- f) alla **persona delegata** per iscritto dal paziente o da chi esercita la potestà o la tutela. In tal caso dovrà essere presentata copia del documento d'identità del delegante e di quello del delegato, che verrà identificato al momento del ritiro della documentazione
- g) agli **eredi legittimi o testamentari di paziente deceduto**. In tal caso si dovrà provare detta qualità anche con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000;
- h) **Le Pubbliche amministrazioni e/o soggetti che svolgono una funzione pubblica.**

Ogni altro caso di richiesta da parte di soggetti non intestatari della documentazione, non previsto dal presente articolo, sarà oggetto di valutazione da parte della Direzione Medica e della Struttura competente.

L'accesso alle cartelle cliniche da parte di soggetti terzi è disciplinato dall'art. 92 del D.lgs. 196/2003, più specificamente la richiesta è accoglibile se è giustificata dalla necessità di:

- a) far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
- b) tutelare una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile.

**ART. 20 – TEMPISTICHE RILASCIO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA AI SENSI DELLA L. 24/17**

La cartella clinica si considera disponibile al momento della sua chiusura, che avviene dopo trenta giorni dalla dimissione del paziente, salvo che siano state disposte particolari e complesse indagini diagnostiche: in tal caso, il suddetto termine è differito fino al completamento delle indagini in questione. La copia della cartella clinica non può essere rilasciata prima del giorno di dimissione del paziente al quale essa si riferisce.

A seguito dell'entrata in vigore della L. 24/2017 la Direzione Sanitaria e comunque l'ufficio competente **entro 7 giorni** dalla presentazione della richiesta da parte degli interessati aventi diritto – in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto al riguardo dal codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico.

Eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

In caso di motivato impedimento dell'Ufficio competente a riscontrare la richiesta entro i predetti 7 giorni, il rilascio della documentazione sanitaria dovrà avvenire entro il termine massimo di 30 giorni dalla data della richiesta dando comunque comunicazione all'interessato/richiedente del differimento.

ART. 21 – MODALITA' DI RICHIESTA DELLA DOCUMENTAZIONE

I competenti Uffici dell'Azienda provvedono ad adottare, ad integrazione del presente regolamento, una Procedura Generale Aziendale finalizzata ad individuare le modalità con cui l'utente può presentare domanda di accesso alla documentazione sanitaria; gli oneri relativi al rilascio della documentazione sanitaria; nonché la relativa modulistica.

ART. 22 – ONERI

La struttura sanitaria, in caso di prima richiesta, ha l'obbligo di rilasciare gratuitamente ai pazienti copia della documentazione relativa alle prestazioni ricevute (*cfr.* Corte di Giustizia dell'Unione Europea, sentenza del 26/10/2023, pronunciata nella causa C-307/22), salvo rimborso dei costi relativi a eventuali supporti digitali forniti.

Il rilascio della documentazione sanitaria dalla seconda richiesta in poi è invece subordinato al pagamento dei costi di riproduzione secondo quanto previsto dalla Procedura Generale Aziendale, disponibile sul sito dell'ente in *"AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"* nell'apposita sezione dedicata.



ART. 23 – RIMEDI IN CASO DI DINIEGO

In caso di diniego, espresso o tacito, o di differimento dell'accesso, il richiedente può presentare ricorso entro 30 giorni al Tribunale Amministrativo Regionale competente per territorio, ai sensi dell'art. 25, comma 5, della Legge n. 241/1990.

Le controversie relative all'accesso ai documenti amministrativi sono disciplinate dal codice del processo amministrativo.

ART. 24 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento dell'accesso alla documentazione sanitaria è il Direttore Medico di Presidio competente, ai sensi del DPR 128/69, della L.R. n. 48/88 e del D. lgs. 196/2003 (artt. 7, 8, 9 e 10). Per le funzioni territoriali il Responsabile del procedimento è il Direttore della struttura competente.

TITOLO IV –ACCESSO CIVICO (D.LGS. 33/2013 – ART. 5, CO. 1)

ART. 25 – ACCESSO CIVICO

L'accesso civico ai sensi dell'art. 5 comma 1 del D.lgs. 33/2013 è il diritto riconosciuto a chiunque di richiedere la pubblicazione di dati, documenti e informazioni per i quali sussiste, in capo all'ASST, l'obbligo di pubblicazione in base alla normativa vigente e secondo le indicazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), qualora ritenga che la stessa sia stata omessa.

L'accesso può essere esercitato senza necessità di motivazione alcuna e senza necessità di dimostrare alcun interesse specifico.

ART. 26 – MODALITA' E TERMINI

L'istanza di accesso civico semplice deve indicare i dati, i documenti e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, rispetto ai quali si esercita il diritto d'accesso civico.

L'istanza deve essere trasmessa utilizzando il Modulo Allegato al presente regolamento (ALLEGATO 2) debitamente compilato e sottoscritto.

La modalità di presentazione è la seguente:

- PEC: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it;
- E-mail dedicata: amministrazione.trasparente@asst-melegnano-martesana.it
- Consegna a mano (Via Pandina 1- Vizzolo Predabissi- Ufficio Protocollo);
- Raccomandata a/r (ASST Melegnano e della Martesana Via Pandina n. 1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI);



Il Responsabile del procedimento è il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che deve provvedere al riscontro nei 30 giorni successivi alla protocollazione dell'istanza, mediante pubblicazione del dato, dell'informazione o del documento nell'apposita sezione del sito ufficiale della ASST, nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", con contestuale informazione al richiedente (indicazione del link). Qualora il dato richiesto sia già pubblicato, il riscontro deve dare informazione indicando il link attraverso il quale è reperibile il dato oggetto dell'istanza.

L'obbligatorietà della pubblicazione del dato non comporta limiti all'accesso connessi all'individuazione di eventuali contro-interessati, salvi - ovviamente - tutti gli eventuali accorgimenti per la tutela della riservatezza rispetto a dati personali e sensibili che fossero contenuti negli atti o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria (es: omissione dati sensibili, etc.)

ART. 27 – ONERI

L'accesso civico è gratuito, trattandosi di dati, informazioni e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione.

ART. 28 – RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO IN CASO DI ACCESSO CIVICO

Nel caso di accesso civico semplice, il Responsabile del procedimento, ai sensi dell'art. 5 comma 3, lett. d) del D.lgs. 33/2013, è individuato nel Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Ove l'istanza venga presentata direttamente alla Struttura che detiene i dati, le informazioni o i documenti oggetto di istanza di accesso civico, il Responsabile della stessa provvede a trasmetterla al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenze entro 5 giorni.

ART. 29 – RIMEDI IN CASO DI INATTIVITA' E TITOLARE DEL POTERE SOSTITUTIVO

In caso di inerzia o diniego da parte della pubblica amministrazione in merito a una richiesta di accesso civico semplice, il richiedente dispone di specifiche vie di ricorso. È facoltà del cittadino presentare un'istanza di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), il quale è tenuto a esprimersi con provvedimento motivato entro il termine di venti giorni. Nei casi di ritardo o di mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 2 comma 9 bis della L. 241/1990 e s.m.i., inviando la richiesta ai seguenti recapiti:

- posta elettronica certificata: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it all'attenzione del "Titolare del potere sostitutivo".



Il titolare del potere sostitutivo, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede entro 15 giorni alla pubblicazione dei documenti, dati o informazioni richieste e contestualmente ad informare il richiedente. A fronte dell'inerzia da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza o del titolare del potere sostitutivo, il richiedente, ai fini della tutela del proprio diritto, può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'art. 116 del D.Lgs. 104/2010e s.m.i.. Sulla regolare attuazione dell'istituto dell'accesso civico è chiamato a vigilare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il quale ha l'onere di segnalare l'inadempimento o l'adempimento parziale dell'obbligo di pubblicazione dei documenti/dati da parte del Dirigente competente alla Direzione Strategica, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e nei casi più gravi, all'Ufficio dei procedimenti disciplinari per l'eventuale attivazione del relativo procedimento.

TITOLO V – ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO (D.LGS. 33/2013 ART. 5, CO. 2)

ART. 30 – ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

L'accesso civico generalizzato, ai sensi dell'art. 5 comma 2 del D.lgs. 33/2013 riguarda dati e documenti detenuti dalla ASST, ulteriori e diversi rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria o comunque già pubblicati sul sito internet istituzionale.

In coerenza con il quadro normativo, 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. A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l'istanza non richiede motivazione. In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all'interesse dell'ordinamento di assicurare ai cittadini (a "chiunque"), indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell'art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016.

L'accesso civico generalizzato si esercita nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti.

ART. 31 – MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza di accesso civico generalizzato deve essere sottoscritta dal richiedente e ad essa deve essere allegata fotocopia di un documento di identità, in corso di validità (Allegato 4)

L'istanza non necessita di motivazione ma deve permettere la pronta identificazione dei dati e della documentazione richiesta.



La modalità di presentazione è la seguente:

- PEC: protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it;
- Raccomandata a/r (ASST Melegnano e della Martesana Via Pandina n. 1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI);
- Consegna a mano (Via Pandina 1- Vizzolo Predabissi- Ufficio Protocollo);

Sono ritenute inammissibili le richieste di accesso civico generalizzato laddove l'oggetto della richiesta sia così vago da non permettere l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione. L'inammissibilità, però, viene dichiarata solo dopo aver invitato, per iscritto, il richiedente a ridefinire l'oggetto della domanda o ad indicare gli elementi per consentire l'identificazione dei dati o documenti di suo interesse e il richiedente medesimo non abbia fornito i chiarimenti richiesti.

Il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali controinteressati.

Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza al controinteressato durante il tempo stabilito dalla norma per consentire allo stesso di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione).

ART. 32 – IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Responsabile del procedimento che consegue ad un'istanza di accesso civico generalizzato è il Dirigente Responsabile della Struttura che detiene il documento, i dati o le informazioni oggetto della richiesta. A tal fine il responsabile del procedimento:

- identifica il soggetto richiedente;
- verifica che la richiesta sia sufficientemente chiara e dettagliata per un'adeguata risposta e, in caso negativo, formula richiesta di chiarimenti al richiedente, interrompendo i termini per la risposta;
- accerta l'eventuale presenza di controinteressati;
- verifica che i dati, i documenti e le informazioni siano fruibili nella modalità richiesta nell'istanza e, in caso contrario, ne dà motivata comunicazione al richiedente, tenuto conto che il diritto di accesso riguarda documenti, dati ed informazioni già esistenti presso l'Amministrazione, e non può comportare attività di studio o di elaborazione dei medesimi (es: elaborazione statistiche, aggregazione di dati, ecc.). Pertanto si precisa che:
- l'Azienda non è tenuta a raccogliere informazioni che non siano in suo possesso, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo



possesso;

- l'Azienda non è tenuta a rielaborare informazioni in suo possesso: deve consentire l'accesso ai documenti ai dati ed alle informazioni così come sono già detenuti, organizzati, fruiti e gestiti. Non è ammissibile una richiesta meramente esplorativa, volta semplicemente a "scoprire" di quali informazioni dispone l'ASST;
- sono ammissibili le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali e/o particolari presenti nel documento o nell'informazione richiesta, e più in generale nella loro anonimizzazione, qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso;

L'Azienda è tenuta a consentire l'accesso civico generalizzato anche quando la richiesta riguarda un numero cospicuo di documenti, dati ed informazioni, a meno che la richiesta risulti manifestamente irragionevole, tale cioè da comportare un carico di lavoro in grado di interferire con il buon funzionamento dell'Azienda. In proposito il Responsabile della Struttura che detiene i dati dovrà effettuare una valutazione comparativa tra l'entità del lavoro necessario e la rilevanza dell'interesse conoscitivo del richiedente e fornire allo stesso tempo una risposta adeguatamente motivata.

ART. 33 – CONTROINTERESSATI

Laddove l'istanza di accesso civico generalizzato possa incidere su interessi di soggetti controinteressati, è necessario che l'ente destinatario dell'istanza di accesso civico ne dia comunicazione agli stessi. In tal modo, il soggetto controinteressato può presentare una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso civico generalizzato entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso. Decorso tale termine, l'amministrazione provvede sulla richiesta di accesso civico generalizzato, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

La comunicazione ai soggetti controinteressati non è dovuta nel caso in cui l'istanza di accesso civico generalizzato riguardi dati e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

ART. 34 – ACCOGLIMENTO DELL'ISTANZA DI ACCESSO E CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

In caso di accoglimento dell'istanza di accesso, l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti. Laddove vi sia stato, invece, l'accoglimento della richiesta di accesso nonostante l'opposizione del controinteressato, l'amministrazione è tenuta a darne comunicazione a quest'ultimo.

I dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, ciò anche al fine di consentire a quest'ultimo di presentare eventualmente richiesta di riesame direttamente al



Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. In caso di rifiuto, il relativo provvedimento, adottato in applicazione dei limiti di cui all'art. 5bis del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. contiene una adeguata motivazione che dà conto della sussistenza di uno o più elementi che integrano l'esistenza del pregiudizio concreto.

Il provvedimento conclusivo del procedimento deve contenere una motivazione congrua e completa; a tal fine non può essere considerato sufficiente sostenere la motivazione attraverso il generico riferimento alla normativa vigente. In particolare, in caso di diniego all'accesso, il Responsabile del procedimento deve verificare la sussistenza delle eccezioni assolute e relative indicate nel successivo articolo e dare evidenza dell'avvenuto contemperamento degli interessi coinvolti

ART. 35 – DINIEGO E DIFFERIMENTO

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni.

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- 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.

L'accesso civico generalizzato è altresì rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia (in particolare, quando comporta la comunicazione di dati sensibili e giudiziari o di dati personali di minorenni);
- 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 diritto di accesso civico generalizzato è escluso nei casi di segreto di Stato e negli altri casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche condizioni, modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'articolo 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

I limiti all'accesso generalizzato sono posti dal legislatore a tutela di interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico che l'Azienda deve necessariamente valutare con la tecnica del bilanciamento, caso per caso, tra l'interesse pubblico alla divulgazione generalizzata e la tutela di altrettanto validi interessi considerati dall'ordinamento, e verificare se l'ostensione degli atti possa determinare un pregiudizio concreto e probabile agli interessi tutelati dal legislatore.

Il pregiudizio concreto va valutato rispetto al momento ed al contesto in cui l'informazione viene resa accessibile ed il provvedimento di rifiuto deve essere adeguatamente motivato con riferimento alla sussistenza delle eccezioni di cui al comma 1 del presente articolo.

I limiti all'accesso civico generalizzato per la tutela degli interessi pubblici e privati si applicano per il periodo nel quale la protezione è giustificata in relazione alla natura del dato. L'accesso civico generalizzato non può essere negato ove, per la tutela degli interessi pubblici e privati, sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento.

Qualora invece il pregiudizio ad uno degli interessi sopra indicati possa essere salvaguardato mediante differimento o divulgazione solo parziale dei dati o documenti, l'ASST provvederà di conseguenza, dandone motivata comunicazione al richiedente e ai controinteressati.

Sono fatti salvi i dati sanitari detenuti dall'ASST per i quali vige regime di tutela specifico.

ART. 36 – RIMEDI IN CASO DI DINIEGO

Il richiedente, nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso, di differimento o di mancata risposta entro il termine previsto, ovvero i controinteressati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ALLEGATO 4), che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni dalla ricezione della domanda di riesame. Se l'accesso è stato negato o differito a tutela della protezione dei dati personali, il RPCT provvede ad interpellare, sentito previamente il DPO aziendale, il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di 10 giorni dalla richiesta. A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del RPCT è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti 10 giorni. A fronte del diniego, del differimento o dell'inerzia dell'Azienda, il richiedente può altresì attivare la tutela giurisdizionale davanti al Giudice Amministrativo, ai sensi dell'art. 116 D.Lgs 104/2010 e s.m.i..



ART. 37 – ONERI

Ai sensi dell'art. 5, comma 4, D.Lgs 33/2013 e s.m.i. il rilascio di dati, documenti o informazioni in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto dall'amministrazione per la riproduzione su supporto materiale, secondo le tariffe previste all'art. 14, del presente provvedimento. Il responsabile del procedimento, prima del rilascio di copia dei documenti, accerta che il richiedente o il suo delegato, abbiano effettuato il versamento delle somme dovute.

ART. 38 – NORME FINALI

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento, si rinvia alle norme contenute nella L. 241/90, nel D.P.R. 184/2006, nel D.lgs. 33/2013 come modificato dal D.lgs. 97/2016 ed a eventuali circolari attuative.

ALLEGATI

- 1) MODULO RICHIESTA ACCESSO DOCUMENTALE**
- 2) MODULO RICHIESTA ACCESSO CIVICO**
- 3) MODULO RICHIESTA ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO**
- 4) DINIEGO ISTANZA DI ACCESSO**

Titolario e Massimario del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

Premessa

Il *Titolario di classificazione e Piano di conservazione (Massimario di scarto) della documentazione sanitaria e sociosanitaria* sono stati redatti da Regione Lombardia in collaborazione con la Soprintendenza archivistica per la Lombardia, così come auspicato dal Decreto legislativo n. 42/2004 "Codice dei beni culturali e del paesaggio".

Tale progetto nasce dall'esigenza di dotare tutti gli enti sanitari e sociosanitari del Sistema Regionale lombardo di uno strumento di riferimento, che possa migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza sanitaria e tutelare il patrimonio documentale.

La documentazione sanitaria testimonia gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza. La memoria documentale costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico e didattico, oltre che giuridico, sia per il cittadino, che se ne può servire per far valere i propri diritti, sia per la tutela dell'operato professionale degli operatori sanitari.

Gestire correttamente la documentazione sanitaria, sulla base di dati aggiornati e puntuali, contribuisce a integrare e a dare coerenza alle decisioni dei molteplici attori coinvolti nei processi di assistenza e ad accrescere la sicurezza del paziente.

Con la delibera n. 4659 del 09.01.2013 la Giunta Regionale, a seguito di parere positivo della Soprintendenza archivistica n. 5361 del 21.12.2012, ha approvato il "Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria" composto da due sezioni:

- la prima, denominata "documentazione sanitaria", contiene i requisiti minimi di contenuto per la validità della documentazione (referti, certificati, ecc.);
- la seconda, definita "gestione documentale", descrive il ciclo di vita della documentazione sanitaria e sociosanitaria. Nell'ambito di tale sezione è stato inserito il "Titolario" e il "Massimario di scarto" della predetta documentazione.

Con tale deliberazione la Giunta di Regione Lombardia, oltre ad approvare il documento, ha disposto la prosecuzione dei lavori per quanto riguarda la classificazione della documentazione amministrativa prodotta in ambito sanitario e sociosanitario.

Il criterio di classificazione individuato è quello dell'approccio per funzioni e processi, che risponde alle esigenze di assicurare validità, sicurezza e completezza alle informazioni contenute nella documentazione prodotta coerentemente con l'organizzazione sanitaria di cui alla Legge Regionale n. 33/2009.

Il modello proposto è costituito da tre titoli ed è improntato a quello della *Schola Salernitana*. Ogni titolo è ordinato in classi che evidenziano i grandi ambiti di riferimento. Ogni classe è articolata in sottoclassi che rappresentano il processo di produzione assistenziale, a prescindere dalla realtà organizzativa nella quale si sviluppa.

Il primo titolo individua principalmente l'attività istituzionale e organizzativa di ogni ente regionale a carattere sanitario o sociosanitario; in esso sono state limitate le voci di classificazione a livello più alto, per lasciare alle singole organizzazioni la possibilità di elaborare voci di livello successivo, al fine di garantire una migliore aderenza ai singoli modelli organizzativi. I titoli 2 e 3 sono specificamente dedicati all'attività sanitaria e socio sanitaria .

Rispetto alla prima versione del gennaio 2013 alcune voci correlate sono state modificate/integrate secondo le indicazioni della Soprintendenza archivistica. La voce *Aspetti generali, organizzativi e gestionali* si ripete più volte all'interno dei titoli 2 e 3 perché ciascuna struttura, in cui si articola il complesso sistema sanitario e socio sanitario regionale lombardo, possa classificare nella classe relativa all'ambito delle proprie specifiche funzioni la documentazione attinente.

Ogni singola voce di classificazione è accompagnata da un elenco, non esaustivo, di tipologie documentarie che ne specificano il contenuto.

Per un approfondimento relativo alla gestione documentale in ambito sanitario e socio sanitario lombardo si rimanda al *Manuale per la documentazione sanitaria e sociosanitaria, Sezione II, La gestione documentale*, Milano 2013.

In ordine alla documentazione sanitaria il vero valore aggiunto origina dall'obiettivo di tentare di "dare un nome" in base al processo di produzione alle tipologie documentali prodotte.

Metodo

La redazione del Titolario di classificazione e del Massimario di scarto ha previsto una prima fase di ricostruzione del paradigma dell'evoluzione normativa di tutti i documenti prodotti dal sistema sanitario e sociosanitario lombardo e dei relativi tempi minimi di conservazione.

Successivamente sono stati coinvolti esperti della materia di riferimento dei processi di produzione, al fine di verificare la accuratezza dell'elenco di documenti redatto dal gruppo di lavoro.

Per ciascuna tipologia documentale, per la quale non era previsto per legge il tempo di conservazione, è stato identificato il termine temporale applicando una matrice che incrocia il valore sanitario e il valore giuridico di ciascun documento, stabilendo un valore del documento quantificato in tempo di conservazione minimo. Infine i tempi minimi di conservazione per tipologia documentale sono stati comparati a quelli di altri piani di conservazione.

Vale la pena precisare che il tempo di conservazione minimo è indicativo, pertanto ogni ente del sistema sanitario e sociosanitario può, per esigenze organizzative, conservare i documenti per un tempo superiore a quello fissato.

In ordine al titolo 1 "Area amministrativa" il gruppo di lavoro ha individuato come punto di riferimento i piani di classificazione pubblicati nei siti della Pubblica Amministrazione (Comuni, Province, Regioni, altre Aziende sanitarie) e su indicazione della Soprintendenza archivistica ha tenuto conto dei titolari delle ASL di Brescia, Milano e Pavia.

I titoli 2 e 3, già approvati nella Giunta del 9 gennaio 2013, sono stati illustrati in un Convegno dedicato al "Nuovo Manuale della Documentazione sanitaria e sociosanitaria di Regione Lombardia", organizzato da Direzione Generale Salute di Regione Lombardia, alla presenza del Soprintendente Archivistico per la Lombardia, Maurizio Savoja, nelle due edizioni del 5 Febbraio 2013 e del 11 Marzo 2013.

L'intero Titolario e il Massimario di scarto (titoli 1, 2, 3) sono stati oggetto di consultazione pubblica.

Con l'approvazione definitiva della Giunta Regionale e della Soprintendenza archivistica per la Lombardia il Titolario e il Massimario di scarto, operativi dal 1 gennaio 2014, divengono uno strumento di riferimento vincolante per tutto il sistema regionale sanitario e sociosanitario, consentendo così ad ogni azienda, ente o struttura di classificare i documenti prodotti secondo i propri compiti istituzionali e successivamente organizzare i propri archivi.

Il Titolario di classificazione e il Massimario di scarto costituiscono un elaborato complesso che ha visto il **coinvolgimento di molte figure professionali** (archivisti, comunicatori, informatici, giuristi, medici e tecnici amministrativi) **e di diverse strutture e realtà professionali afferenti agli ambiti sanitari e sociosanitari** quali Regione Lombardia, Enti del sistema sanitario e sociosanitario regionale, collegi dei profili professionali, Lombardia Informatica, Ministero per i Beni e le Attività Culturali - Soprintendenza Archivistica per la Lombardia, Università degli Studi di Milano, Joint Commission International.

Di seguito si riportano le composizioni dei gruppi di lavoro approvati con decreto della Direzione Generale Salute:

Decreto Direzione Generale Sanità n. 382/2012 “Ricostituzione e integrazione del Gruppo di Lavoro costituito con DDG Sanità n. 2919 del 31.03.2011, ai fini dell'elaborazione del documento “*Manuale della Documentazione Sanitaria*”:

- **Paola Giuliani:** Direttore di Struttura Complessa Qualità dell'ASL Milano, nonché Dirigente Medico presso l'U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità, già primo autore del “*Manuale della Cartella Clinica - 2° edizione 2007*” (Coordinatore del Gruppo di lavoro);
- **Luca Merlino:** Dirigente dell'U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità (con funzioni di Presidente);
- **Gabriella Negrini:** Direttore Medico Sanitario dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna Est, già autore del “*Manuale della Cartella Clinica – 2° edizione 2007*”;
- **Filippo Azzali:** Consulente Medico Joint Commission International;
- **Francesca Agnes:** Dirigente Medico Struttura Complessa Qualità dell'ASL Milano;
- **Antonio Bonaldi:** Direttore Sanitario dell'A.O. San Gerardo Monza;
- **Fabio Focarile:** Dirigente Medico di Direzione Sanitaria dell'A.O. I.C.P.;
- **Simone Paolucci:** Funzionario responsabile dell'Area supporto normativo e privacy office - Direzione Siss - Lombardia Informatica;
- **Marco Pantera:** Funzionario “Linee guida Direzione Siss” - Lombardia Informatica;
- **Antonella Maria Piga:** Ricercatore confermato di Medicina Legale presso l'Università degli Studi di Milano;
- **Marco Rossi:** Dirigente Medico Struttura Complessa Qualità dell'ASL di Milano;
- **Roberto Castelli:** Funzionario “Linee guida Direzione Siss” - Lombardia Informatica;
- **Bianca Ricciardella:** Dirigente Medico di Direzione Sanitaria di Presidio, Responsabile della Struttura Semplice Qualità e Accreditamento dell'A.O. San Gerardo di Monza;
- **Daniela Quetti:** Funzionario dell'Area supporto normativo e privacy office - Direzione Siss - Lombardia Informatica;
- **Maddalena Minoja:** Dirigente della Struttura Medicina convenzionata territoriale, progetti di qualità e ricerca della D.G. Sanità;
- **Federica Falcone:** Funzionario presso l'U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità (con funzioni di Segreteria).

Decreto Direzione Generale Sanità n. 1728/2013 “Ricostituzione del Gruppo di Lavoro previsto dalla DGR n. 1323 del 16.02.2011, ai fini del completamento del titolare e del massimario del “*Manuale della Documentazione Sanitaria e sociosanitaria*”, approvato con DGR n.4659 del 9.1.2013, per quanto concerne l'articolazione relativa alla documentazione amministrativa”:

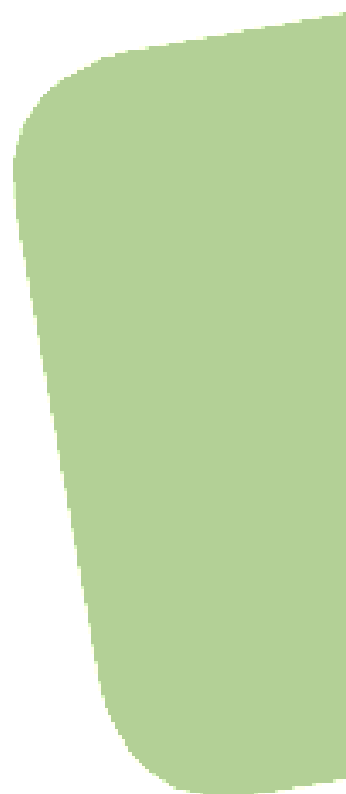
- **Paola Giuliani:** Direttore di Struttura Complessa Qualità dell'ASL Milano, nonché Dirigente Medico presso l'U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità, già primo autore del “*Manuale della Cartella Clinica – 2° edizione 2007*” (Coordinatore del gruppo di lavoro);
- **Luca Merlino:** Dirigente dell'U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità (con funzioni di Presidente);
- **Laura Garofalo:** Direzione Centrale Legale Legislativo Istituzionali e Controlli;
- **Lucia Branca:** Dirigente Servizio Affari Generali, ASL di Brescia;
- **Luigi Cajazzo:** Direttore Amministrativo IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori;
- **Lorenzo Clerici:** U.O.C Affari Generali e Relazioni Istituzionali, ASL di Pavia;
- **Valentino Colao:** Direttore Amministrativo A.O. San Gerardo di Monza;
- **Giovanni Cialone:** Direttore di Struttura Complessa Affari Generali, ASL di Milano;
- **Luca Degani:** Avvocato;
- **Mauro Livraga:** Archivista di Stato, funzionario Soprintendenza archivistica per la Lombardia;
- **Paola Palmieri:** Dirigente Direzione Generale Famiglia;
- **Marco Rossi:** Dirigente Medico Struttura Complessa Qualità, ASL di Milano;
- **Mariacristina Taverna:** Responsabile U.O.C. Affari Generali e Relazioni Istituzionali, Direttore Dipartimento Amministrativo, ASL di Pavia;

- **Marcella Viscione:** Dirigente Affari generali, ASL di Milano;
- **Marco Pantera:** Funzionario “Linee guida Direzione Siss” - Lombardia Informatica;
- **Simone Paolucci:** Funzionario responsabile dell’Area supporto normativo e privacy office - Direzione Siss - Lombardia Informatica;
- **Roberta Veneri,** Funzionario presso la Struttura Progetto SISS-CRS della D.G. Sanità;
- **Federica Falcone:** Funzionario U.O. Governo dei servizi sanitari territoriali e politiche di appropriatezza e controllo della D.G. Sanità (con funzioni di Segreteria).

Il ruolo di raccordo con la Soprintendenza archivistica della Lombardia è stato svolto dal **Segretario di Giunta dr. Marco Piloni** con l'**avv. Laura Garofalo** nell’ottica della continuità e della sistematicità del processo di dematerializzazione avviato da Regione Lombardia unitamente allo studio degli istituti giuridici collegati alla digitalizzazione e conservazione della documentazione oggetto del titolare di classificazione.

L’analisi della documentazione socio sanitaria ancorata alle funzioni di cui al titolo 2 è stata coordinata dal **Direttore Vicario della DG Famiglia dr.ssa Rosella Petrali**.

Titolario di classificazione



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
1	.05	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	.04	Assicurazioni e gestione sinistri
4	.00	Risorse umane
4	.01	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
4	.15	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	.07	Gestione dei rifiuti
7	.00	Sistemi Informativi e comunicazione
7	.01	Sistema documentale
7	.02	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

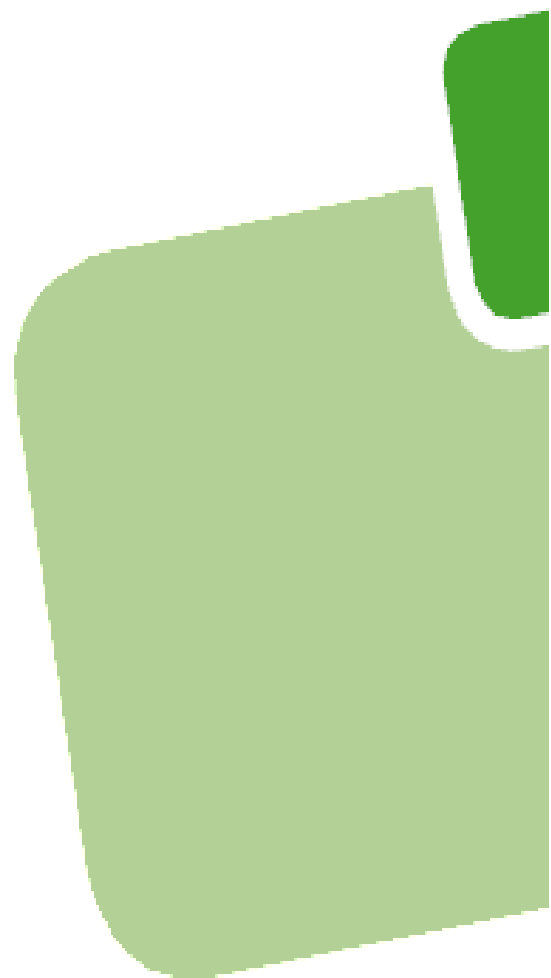
Titolo 2 - Area Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale

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	.03	Coordinamento e gestione personale infermieristico, tecnico-assistenziale, di prevenzione
2	.00	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
3	.02	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
3	.09	Laboratorio di prevenzione
4	.00	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	.06	Randagismo e tutela animali da affezione
5	.00	Assistenza sanitaria
5	.01	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
6	.02	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
7	.02	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	Medicina legale
8	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
8	.02	Attività medico-legale e necroscopica
8	.03	Invaldità 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
9	.03	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

Titolo 3 - Area Ospedaliera		
Classe	Sottoclasse	Descrizione

1	.00	Direzione ospedaliera
1	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
1	.02	Rapporti con l'autorità giudiziaria
1	.03	Igiene ospedaliera
1	.04	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



TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
1. Amministrazione Generale	.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 (Deliberazioni, Determinazioni, 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 procedurali (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	5 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	RAR, Progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	15 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Sperimentazioni gestionali	ILLIMITATO	
	.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	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POA, POFA)	ILLIMITATO	
	.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 (Verbal audit ISO, procedure aziendali, certificati ISO, riesame direzione, 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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
2. Organi e Organismi	.01	Legale Rappresentate	Documenti relativi a Presidente, Direttore Generale o altra figura (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	Il Massimario si basa sulle funzioni esercitate, fa eccezione la classe 2 che invece classifica i documenti sul funzionamento dell'organo a cui si riferisce. Non funzioni, dunque, ma funzionamento dell'organismo, cioè la sua costituzione, la nomina, i suoi compiti, ecc. La generica voce "altra figura" è indicativa e va eventualmente articolata in una voce specifica relativa alla tipologia di ente regionale
	.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	
	.03	Organismi di controllo interno ed esterno	Documenti relativi a organismi di controllo esterni (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	ILLIMITATO	
	.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	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Attività Giuridico-Legale	.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	
	.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	
	.02	Contenzioso legale	Procedimento per riscossione ticket sanitari	10 anni (a partire dalla conclusione del procedimento)	
	.02	Contenzioso legale	Segnalazioni / Denunce / Querele all'Autorità Giudiziaria	ILLIMITATO	
	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	10 anni	
	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Azioni di rivalsa	ILLIMITATO	
	.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	
4. Risorse Umane	.04	Assicurazioni e gestione sinistri	Sinistri KasKo e RCA in assenza di contezioso	10 anni dall'avvenuta liquidazione	
	.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	5 anni	
	.02	Concorsi e selezioni	Documetazione 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, inserire 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)	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. 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	
	.04	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa	Documentazione relativa ai comandi e ai distacchi e alla ripresa di servizio nella sede originaria, aspettative, 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 quelli relativi alle riunioni e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (incontri, verbali, comunicazioni, indizioni assemblee, ecc.)	ILLIMITATO	
	.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.	20 anni	
	.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 mensili	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)	
	.09	Presenze e assenze	Documenti relativi a permessi orari, assenze, ritardi, congedi ordinari e straordinari, malattia, ferie, aspettativa, 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)	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. Risorse Umane	.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)	
	.12	Valutazione del personale	Mobbing (denunce e segnalazioni)	ILLIMITATO (se nel fascicolo personale, 10 anni da cessazione attività altri esemplari)	
	.12	Valutazione del personale	Note di encomio, le congratulazioni per il servizio svolto e riconoscimenti simili	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Documentazione relativa ad attività formative (interna, esterna, a distanza) rivolte al personale (richieste, autorizzazioni, 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 individuale)	
	.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, ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	ILLIMITATO (da inserire nel fascicolo individuale)	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Fascicolo rapporti convenzione (MMG, PdF, Sumai, ecc.)	ILLIMITATO	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. Risorse finanziarie e gestione contabile	.01	Attività finanziaria e contabile	Budget di cassa (rendiconto finanziario)	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Ordinativi di incasso e di pagamento	10 anni (se esistono per gli anni corrispondenti i registri contabili)	
	.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	Distinte di incasso, di pagamento	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	
	.02	Bilancio e Rendicontazione	Atti e documentazione concernenti la contabilità generale, bilanci preventivi e consuntivi (libri-giornale, schede partitario, allegati ai bilanci e ai consuntivi, piano dei conti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Bilancio e Rendicontazione	Bilancio: carteggio interlocutorio interno, assegnazione budget, ecc.	10 anni	
	.02	Bilancio e Rendicontazione	Situazioni contabili periodiche (CET)	15 anni (se raccolta autonoma, se invece inserito in fascicolo per il tempo del procedimento)	
	.02	Bilancio e Rendicontazione	Libro cespiti	ILLIMITATO	
	.03	Gestione entrate-uscite	Documentazione varie inerenti il flusso degli incassi (avvisi di riscossione)	10 anni	
	.03	Gestione entrate-uscite	Cartelle pagamenti esattoriali	10 anni (se esistono per gli anni corrispondenti i registri contabili / libro giornale)	
	.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	
	.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.). Compresa 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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
6. Gestione e organizzazione del patrimonio	.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	
	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione relativa a costituzione e/o trasferimento di diritti reali sugli immobili (superfici, servitù)	ILLIMITATO	
	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici	ILLIMITATO	
	.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.). Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni.	10 anni	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.
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	ILLIMITATO	
	.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)	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
6. Gestione e organizzazione del patrimonio	.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	
	.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	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Interventi abbattimento barriere architettoniche	20 anni	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documentazione inerente posizionamento e rimozione cartelli indicatori e segnaletica	10 anni	
	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documenti su piccoli interventi tecnici (falegnameria, idraulica, ecc.)	5 anni	
	.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	
	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale	Ricerca (contratti di ricerca, di sperimentazione clinica, ecc.)	ILLIMITATO 10 anni (salvo contenzioso in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
	.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, etc), 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	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
7. Sistemi Informativi e comunicazione	.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 disposizioni dei Garanti/Autorità	
	.01	Sistema documentale	Domande consultazione archivio	1 anno	
	.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 quanto riguarda 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.
	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	10 anni	
	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza	Comunicazione con i media, rassegna stampa, conferenze stampa,	1 anno	
	.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, patrocinii, manifestazioni, ecc.)	5 anni	
	.03	Tutela della riservatezza	Aggiornamenti elenchi incaricati privacy, nomina incaricati	10 anni	
	.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 associati a tempi diversi di conservazione.

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
7. Sistemi Informativi e comunicazione	.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, installazione 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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
1. Organizzazione territoriale	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Atti di indirizzo, coordinamento e programmazione attività dipartimentali e distrettuali	ILLIMITATO	
	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Monitoraggio attività dipartimentali e distrettuali	ILLIMITATO	
	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Rapporti con organi interni ed esterni	ILLIMITATO	
	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali	Documentazione relativa a progetti	ILLIMITATO	
	.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 classificazioni del titolo 1.	5 anni	
2. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	.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	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Certificati idoneità lavorativa specifica alle mansioni rilasciati dallo PSAL	10 anni	
	.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	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Certificato di idoneità lavorativa di minori (DLgs. 345/99)	10 anni	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Accertamenti sanitari e strumentali di idoneità/inidoneità al lavoro effettuati da medici competenti delle ditte	10 anni	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Inchieste sulle malattie professionali (richieste, relazione, sopralluogo, rapporto a procura, ecc.)	ILLIMITATO	
	.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, ...; - 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: art. 3
	.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 (Sistem asorveglianza epidemiologica Mal. Prof. SW nazionale)	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Scheda OCCAM (OCcupational CAnCer Monitoring) ISPEL - 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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
2. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	.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 ed assimilati	30 anni dalla cessazione attività	
	.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 /seminter. in deroga art. 65 DLgs 81/08	2 anni dalla data di cessazione di attività	
	.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	
	.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
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Rapporto relativo all'infortunio sul lavoro alla Procura della Repubblica con allegato l'inchiesta	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Fascicolo prevenzione infortuni	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Bonifica amianto (segnalazioni dei casi esposti, certificato esposizione, certificato PSAL per accesso benefici INAIL- INPS,	ILLIMITATO	
	.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	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro esposti ed ex esposti amianto	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro informatico "Progetto rilevazione amianto"	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Patentino per bonificatore amianto	ILLIMITATO	
	.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	
	.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	
	.02	Educazione sanitaria	Progetti/interventi di promozione della salute	ILLIMITATO	
	.02	Educazione sanitaria	Materiale informativo per promozione ed educazione alla salute	1 anno	
	.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.)	ILLIMITATO convenzioni, denunce e 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 malattie infettive e diffusive) DM 29/7/98 (Modifiche relative alla TBC)

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro informativo malattie infettive (MAINF)	ILLIMITATO	DM 15/12/90 (Sistema informativo delle malattie 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	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 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	
	.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)	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Convocazione vaccinazioni obbligatorie	ILLIMITATO il Registro; 2 anni altra documentazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda informativa sui danneggiati da vaccinazioni	ILLIMITATO	Circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Segnalazione reazioni avverse a vaccini	ILLIMITATO	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Richiesta forniture vaccini (ordinativo)	2 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 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 16.05.2001
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registrazione interruzione catena freddo per vaccini	10 anni	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Vaccinazione in ambiente protetto (richieste, comunicazioni)	10 anni	
	.03	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 parassitarie	Piano di assistenza personalizzato per HIV/AIDS extra-H	5 anni dall'ultima prestazione	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro Regionale SOFIA (dati scheda extra-H)	ILLIMITATO	DGR 7/6471 del 2001
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Anamnesi specifica per malattie a trasmissione sessuale	10 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 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	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Gestione screening (campagne, inviti, solleciti, esito screening, referti, ecc.)	10 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	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documenti relativi a pareri su progetti di edilizia privata e pubblica	10 anni se civili abitazioni, ILLIMITATO se insediamenti produttivi	
	.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 extraalberghiere, 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	Rilascio pareri su progetti di edilizia privata e pubblica	ILLIMITATO	
	.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	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.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 srt. 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	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Documenti in tema ambientale, tossicologia, radioprotezione (denunce, esposti, accertamenti, verbali sopralluogo e sanzionatorio)	ILLIMITATO	
	.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	DM 471/99
	.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
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni / controlli acque di balneazione	ILLIMITATO	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Ispezioni / controlli gas tossici	ILLIMITATO	
	.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, prelievamento 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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Proposta ordinanza al Sindaco per inconvenienti igienico - sanitari (proposta, ordinanza, verifica ottemperanza, ecc.)	10 anni	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Autorizzazione al seppellimento di feti e parti anatomiche e relativa richiesta	10 anni	
	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	Copie di Elenchi deceduti (da enti locali)	10 anni	
	.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	
	.06	Tutela salute attività sportive	Facicolo 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	
	.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	Igiene 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	Controllo e vigilanza sulle acque destinate al consumo umano: Campionatura alimenti, acque potabili e prodotti fitosanitari (verbale prelievo campioni). Comprese richieste e certificato analisi. Verbal di controllo.	ILLIMITATO i verbali di controllo; 10 anni altra documentazione	
	.07	Igiene degli alimenti	Rilascio certificati di idoneità al consumo umano di acqua	5 anni	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.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	
	.07	Igiene degli alimenti	Programmi di informazione-formazione abbinata all'igiene degli alimenti	ILLIMITATO	
	.07	Igiene degli alimenti	Registro informativo tossinfezioni e malattie trasmissione alimentare	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 protettivi	ILLIMITATO	
	.08	Igiene della nutrizione	Formazione / motivazione ad un corretto stile alimentare per gruppi di popolazione (counselling nutrizionale)	ILLIMITATO	
	.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
4. Prevenzione veterinaria	.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	
	.02	Sanità animale	Rilascio pareri, autorizzazioni e nulla osta per attività / strutture oggetto di controllo e vigilanza	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	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	Verbal di sopralluogo presso le strutture oggetto di vigilanza	ILLIMITATO	
	.02	Sanità animale	Indagini epidemiologiche a seguito di malattie infettive o casi sospetti	ILLIMITATO	
	.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 / trasporto degli animali (cani, gatti, furetti, bovini ed equini)	10 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. Prevenzione veterinaria	.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	Gestione anagrafe animale (certificazioni, vidimazioni registri, Banca Dati Regionale, ecc.)	20 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio autorizzazioni alla produzione / vendita di carni e derivati	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione, vendita e autotrasporto di carni e derivati	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Ispezioni / vigilanza / sopralluoghi stabilimenti produzione, lavorazione e deposito di carni e derivati	ILLIMITATO	
	.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),	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	ILLIMITATO	
	.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	
	.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	
	.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	
	.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	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. Prevenzione veterinaria	.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	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	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Attuazione dei piani nazionali e regionali di campionamento (PNR e PNAA)	ILLIMITATO	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Campionamenti	10 anni	
	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche	Gestione degli stati di allerta nel settore della produzione zootecnica	ILLIMITATO	
	.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	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)	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	
5. Assistenza sanitaria	.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	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione 118 compilata dalle équipes 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, équipes dei mezzi di soccorso, Forze di Polizia, ospedali, ecc.).	ILLIMITATO	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione sanitaria utilizzata in occasione di maxiemergenze e di grandi eventi	30 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. 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)	
	.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	
	.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	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, screenig, 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, ecc.)	5 anni. 1 anno se esiste l'anagrafe informatizzata degli assistiti	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Ambiti carenti per la Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia e relative coperture (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	Verifica autocertificazioni per le esenzioni per reddito	5 anni	
	.03	Assistenza sanitaria di base	Documentazione relativa alla gestione dei medici di Continuità Assistenziale (avvisi, graduatorie, incarichi, turni, 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 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, modelli Esteri, ecc.)	10 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. Assistenza sanitaria	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione relativa all'erogazione dei dispositivi medici, di protesi, ortesi, presidi, ausili e prodotti dietetici (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	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	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)	
6. Assistenza socio - sanitaria integrata	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione e pianificazione delle unità di offerta sociosanitaire (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione relativa a progetti sociosanitari	ILLIMITATO	
	.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	Gestione del metadone e registro carico e scarico degli stupefacenti	10 anni	
	.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	10 anni	
	.02	Dipendenze	Procedimenti per utenti segnalati dagli uffici territoriali del governo (richieste di intervento / valutazione, convocazione, foglio firma presenze, relazioni, comunicazioni, decreti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Dipendenze	Adempimenti inerenti alle misure alternative alla detenzione	ILLIMITATO	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
6. Assistenza socio - sanitaria integrata	.02	Dipendenze	Richieste di consulenza su dipendenza da parte dei reparti ospedalieri, MMG, familiari, ecc.	10 anni	
	.02	Dipendenze	Interventi di prevenzione ed attività informative e formative su dipendenze	ILLIMITATO	
	.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 Familiare (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	
	.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	
	.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	
	.05	Disabilità	Documenti prodotti nell'ambito di programmi e progetti anche di vita indipendente del disabile	10 anni	
	.05	Disabilità	Interventi personalizzati di valutazione delle capacità, analisi delle mansioni, orientamento e successivo inserimento in contesto lavorativo	ILLIMITATO	
	.05	Disabilità	Procedimento relativo all'inserimento di alunni disabili nel contesto scolastico (istanze, convocazioni accertamento collegiale, documentazione sanitaria, verbale di accertamento, certificazioni , ecc.)	ILLIMITATO	
	.05	Disabilità	Concessione di contributi economici alle famiglie	10 anni	
	.05	Disabilità	Richiesta contributi per le spese ai sensi dell'art. 27 della legge 104 (richieste, valutazione, autorizzazione, documentazione sanitaria allegata)	10 anni	
	.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)	10 anni dall'ultima registrazione	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
7. Governo sanitario e sociosanitario	.06	Fragilità	Documentazione relativa all'amministrazione di sostegno, tutele e curatele	ILLIMITATO	
	.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	
	.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	
	.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	
	.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	
	.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	
	.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	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
	.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	
8. Medicina legale	.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	
	.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	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 soggetti con patologie rilasciate dalla Commissione Medica Locale (certificato medico, dichiarazione precedenti morbosì, certificato anamnestico, documentazione sanitaria, ecc.)	20 anni dall'ultima visita	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Contabilità (atti di liquidazione componenti commissione medica e documentazione corredata)	10 anni dall'ultima visita	
	.02	Attività medico-legale e necroscopica	Certificato di idoneità patente di guida e nautica, pratiche per il rilascio e rinnovo (compreso originale ricevuta versamento diritti e certificato anamnestico)	5 anni	
	.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	Invalità civile, sordomutismo e menomazioni visive	Documentazione per riconoscimento o aggravamento stati invalidità civile, cecità e sordomutismo, 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	Invalità 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
	.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	
	.02	Controllo spesa farmaceutica	Monitoraggio / Report sul consumo / impiego di farmaci	5 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
9. Assistenza e governo farmaceutica	.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	
	.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)	
	.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)	
	.04	Autorizzazione e governo farmacie	Richiesta e autorizzazioni trasferimento farmacie	ILLIMITATO (sino alla cessazione dell'attività o modifiche alla titolarità dell'esercizio – subingressi)	
	.05	Farmacovigilanza	Utilizzo farmaci fuori dalle prescrizioni (off-label)	10 anni	
	.05	Farmacovigilanza	Indicazioni/attività in applicazione di note AIFA	10 anni	
	.05	Farmacovigilanza	Scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa e le relative richieste di registrazione nel sito della farmacovigilanza del Ministero della Salute	ILLIMITATO	
	.05	Farmacovigilanza	Documenti relativi a ritiri o revoche di medicinali così come gli interventi di prelievo di farmaci ritenuti difettosi	5 anni	
	.05	Farmacovigilanza	Attività di vigilanza effettuate presso ospedali o altre strutture ASL 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	
e governo itica	.06	Assistenza farmaceutica diretta	Documenti relativi a garantire la fornitura di dispositivi medici (DM), presidi, farmaci e dietetici tramite dispensazione diretta ASL (Richiesta autorizzazione ed erogazione diretta trattamenti e farmaci, ordine farmaci, registro smaltimento farmaci, ecc.)	5 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
9. Assistenza e farmaceutica	.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.)	15 anni. ILLIMITATO la relazione clinica conclusiva	
	.08	Gestione stupefacenti	Documenti che riguardano gli stupefacenti (tenuta e distribuzione dei ricettari, registro di distribuzione, monitoraggio sul quantitativo di stupefacenti erogato dalle farmacie o strutture convenzionate, ecc.)	10 anni	

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
1. Direzione ospedaliera	.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 DGRV1181178 del 18.02.2002
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Appropriatezza ricoveri (PRUO, ...)	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Volontariato, registri 10 anni	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,...	1 anno	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Deleghe per il ritiro dei referti	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)	
	.02	Rapporti con l'autorità giudiziaria	Documentazione relativa a segnalazioni/denunce all'Autorità Giudiziaria	ILLIMITATO	
	.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	
	.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 22/97 art.12

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
1. Direzione ospedaliera	.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)
2. Pronto soccorso	.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	
	.02	Attività emergenza - urgenza	Documentazione 118 compilata dalle équipes 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)	
3. Assistenza ospedaliera	.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, documentazione diagnostica strumentale e di laboratorio, consensi, SDO, lettera di dimissione, referti, tracciati, documenti inerenti la valutazione del dolore ai sensi della legge 38_2010, ecc.	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986
	.02	Ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)	Cartella clinica di ricovero (documentazione radiologica e di medicina nucleare)	ILLIMITATO per i referti; ILLIMITATO per le immagini Rx nel caso di archiviazione nel dossier radiologico. 10 anni per la documentazione iconografica, nel caso in cui la stessa documentazione e gli stessi referti non siano stati consegnati al paziente.	Decreto 14 febbraio 1997 che disciplina la conservazione della documentazione radiologica e di medicina nucleare
	.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
	.03	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"

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. 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	
	.04	Assistenza al parto	Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)	ILLIMITATO se in cartella clinica; altrimenti 30 anni	
	.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 Diurno 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)	
4. Assistenza ambulatoriale	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referto di singole prestazioni ambulatoriali. Fascicolo ambulatoriale con relativa documentazione a supporto	30 anni solo per attività chirurgica; 10 anni dalla chiusura del fascicolo per altra documentazione ambulatoriale	
	.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 DGRV11I8II78 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 DGRV11I8II78 del 18.02.2002
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti esami citologici e istologici	ILLIMITATO nella cartella clinica, 10 anni altri esemplari	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Schede di emodialisi	10 anni da cessazione di trattamento	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti Radiologici	ILLIMITATO	Decreto Min. San. 14/02/97
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referti di medicina nucleare	ILLIMITATO	D.M. Sanità 14/02/1997
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Cartelle radioterapiche	ILLIMITATO	
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Certificati di idoneità ed inidoneità sportiva	5 anni	D.M. Sanità 18/02/1982 ("Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica")

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
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	
6. Attività immuno-trasfusionale	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Registrazioni della temperatura di conservazione del sangue e degli emocomponenti, dei controlli di sterilità, dei controlli di qualità su emocomponenti, reagenti, strumentazione ed esami di laboratorio	1 anno	
	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Referti di gruppi, tipizzazioni, reazioni trasfusionali, prove di compatibilità	15 anni	DM Salute 3/03/2005-art.15
	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	percorso unità trasfusionali (prelievo, destinazione finale, consenso a donazione, risultati indagini di validazione)	30 anni	DM Salute 3/03/2005-art.15
	.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
	.02	Valutazione idoneità donatori sangue ed emocomponenti	Documenti relativi a temperature conservazione, controlli sterilità, controlli qualità	1 anno	DM Salute 3/03/2005-art.15
7. Attività di trapianto d'organi e tessuti	.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. 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	Idoneità del donatore, Consenso alla donazione di organi e tessuti, Verbale di prelievo di organi e/o tessuti a scopo di trapianto	30 anni	D.Lgs. 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	Consenso al prelievo, conservazione e utilizzo di materiale biologico a scopo di ricerca, sperimentazione	30 anni	D.Lgs. 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)
	.01	Farmaceutica	Matrici ricette del SSN (a cura dei singoli medici dal 1/09/2005 e comunque per i ricettari "nominali")	5 anni	
	.01	Farmaceutica	Documentazione relativa all'approvvigionamento farmaci	5 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 antitumorali

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
8. Farmaceutica ospedaliera	.02	Stupefacenti	Registro di entrata e uscita delle sostanze stupefacenti o psicotrope. Compresi i documenti giustificativi dei movimenti (fatture, buoni acquisti, ricette, richieste, ecc.)	2 anni dalla data dell'ultima registrazione. (5 anni dalla data dell'ultima registrazione per le sostanze registrate in data antecedente al 3 aprile 2010)	Legge n.38 del 15.03.2010 (G.U. n. 65 del 19.03.2010 in vigore dal 03.04.2010).
	.02	Stupefacenti	Bolletario 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	Bolletario 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 Unità 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.
9. Medicina legale ospedaliera	.01	Medicina necroscopica	Certificato di morte, accertamento morte, cause di morte (ISTAT), referti autoptici	ILLIMITATO	
	.01	Medicina necroscopica	Registro dei decessi	ILLIMITATO	
	.02	Indennizzo danni	Giudizio medico-legale per danni da vaccinazioni e/o trasfusioni	ILLIMITATO	Circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992
	.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.
10. 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

TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA
TITOLO 3 - Area Ospedaliera

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
10. Medicina del lavoro	.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.
	.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	.00	Sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi	Documentazione relativa alla sperimentazione farmaci e dei dispositivi (fascicolo della sperimentazione)	7 anni dal completamento della medesima o per un periodo più lungo qualora ciò sia richiesto da altre norme applicabili o da accordi tra promotore e sperimentatore. Qualora lo sponsor interrompa lo sviluppo clinico di un prodotto in sperimentazione, deve comunque conservare tutti i documenti specifici per almeno 2 anni dalla formale interruzione	Dlgs 200/2007 art. 5
	.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	Dlgs n. 230/1995 e D.M. 18/03/1998

Allegato 11 – Piano di Fascicolazione

Il piano è in elaborazione da parte di SIAV S.p.a., affidamento per i servizi digitali



ASST Melegnano e Martesana

Manuale di Conservazione

Emissione del documento

Azione	Data	Nominativo	Funzione
<i>Redazione</i>		Gianni Origgi	<i>Responsabile conservazione a norma</i>
<i>Verifica</i>		Alessandra Getti	<i>Responsabile Gestione Documentale</i>
<i>Approvazione</i>		Valentina Berni	<i>Direttore Amministrativo</i>

Registro delle versioni

N°Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
Ver. 1		Seconda versione	
Ver. 0	23/11/2021	Prima versione	

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Indice

1	Scopo e Ambito del Documento	5
2	Terminologia (Glossario dei Termini e degli Acronimi)	7
3	Normativa e Standard di riferimento	13
3.1	Normativa di riferimento	13
3.2	Standard di riferimento.....	14
4	Ruoli e Responsabilità	15
4.1	Profili professionali responsabili del Conservatore.....	18
5	Struttura organizzativa per il Servizio di Conservazione	19
5.1	Strutture Organizzative.....	19
6	Oggetti sottoposti a conservazione.....	21
6.1	Oggetti conservati.....	21
6.1.1	Fatture PA Attive.....	22
6.1.2	Fatture PA Passive.....	24
6.1.3	Notifiche SDI Fatture PA Attive	24
6.1.4	Notifiche SDI Fatture PA Passive	25
6.1.5	PEC.....	25
6.1.6	Documenti Protocollati.....	26
6.1.7	Repertori - Registro Giornaliero di Protocollo	26
6.1.8	Ricette Dematerializzate Erogate	27
6.1.9	Ricette Dematerializzate Erogate Annullate	28
6.1.10	Ricette Dematerializzate Prescritte.....	28
6.1.11	Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate.....	29

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



6.1.12	Lettere di Dimissione	29
6.1.13	Piano Assistenziale Individuale	30
6.1.14	Referti Ambulatoriali	31
6.1.15	Referti Anatomia Patologica.....	31
6.1.16	Referti di Laboratorio	32
6.1.17	Referti di Radiologia.....	32
6.1.18	Verbali di Pronto Soccorso.....	33
6.1.19	DICOM	33
6.2	Metadati minimi dei documenti conservati	34
6.3	Pacchetti informativi.....	34
6.3.1	Pacchetto di versamento.....	34
6.3.2	Pacchetto di Archiviazione.....	35
6.3.3	Pacchetto di distribuzione.....	35
7	Processo di conservazione.....	35
7.1	Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione	37
7.2	Presa visione del RdV.....	41
7.3	Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV.....	42
7.4	Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione	43
7.5	Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto.....	43
7.6	Richiesta di scarto immediato Errore. Il segnalibro non è definito.	
8	Procedure per la produzione di duplicati o copie.....	43
9	Intervento del Pubblico Ufficiale	43
10	Sistema di conservazione.....	44
10.1	Componenti Logiche	44
10.2	Componenti Tecnologiche	44

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



10.3	Componenti Fisiche	44
10.4	Procedure di gestione e di evoluzione	44
11	Monitoraggio e Controlli	44
11.1	Procedure di monitoraggio.....	44
11.2	Verifiche sugli archivi	45
11.3	Soluzioni adottate in caso di anomalie.....	45



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 Melegnano e Martesana (d'ora in poi ASST), che sottopone a conservazione digitale alcune tipologie documentali, affidando il processo di conservazione in outsourcing ai conservatori ai sensi dell'art. 34 c. 1bis.

Nella tabella successiva sono indicati i dati identificativi della ASST.

Ragione Sociale	ASST Melegnano e della Martesana
Partita Iva	09320650964
Codice Fiscale	09320650964
Sede	Via Pandina, 1 – 20070 Vizzolo Predabissi (MI)
A00	Area Organizzativa Omogenea Unica ASST Melegnano e della Martesana
Codice univoco A00	A441F2B
Codice IPA	Asstmm
Indirizzo PEC	protocollo@pec.asst-melegnano-martesana.it
Telefono	02 98051

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:

- i dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto la responsabilità del servizio di conservazione, descrivendo in modo puntuale, in caso di affidamento, i soggetti, le funzioni e gli ambiti oggetto dell'affidamento stesso;
- la struttura organizzativa comprensiva delle funzioni, delle responsabilità e degli obblighi dei diversi soggetti che intervengono nel processo di conservazione;
- la descrizione delle tipologie dei documenti informatici sottoponibili a conservazione, comprensiva dell'indicazione dei formati gestiti, dei metadati da associare alle diverse tipologie di documenti e delle eventuali eccezioni;
- la descrizione delle modalità di presa in carico di uno o più pacchetti di versamento, comprensiva della predisposizione del rapporto di versamento e della descrizione dei controlli effettuati su ciascuno specifico formato adottato;
- la descrizione del processo di conservazione e del trattamento dei pacchetti di archiviazione;

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



- la modalità di svolgimento del processo di esibizione e di esportazione dal sistema di conservazione con la produzione del pacchetto di distribuzione;
- 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;
- la descrizione delle procedure di monitoraggio della funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi con l'evidenza delle soluzioni adottate in caso di anomalie;
- la descrizione delle procedure per la produzione di duplicati o copie;
- i tempi entro i quali le diverse tipologie di documenti informatici devono essere oggetto di scarto/cancellazione;
- le modalità con cui viene richiesta la presenza di un pubblico ufficiale, indicando anche quali sono i casi per i quali è previsto il suo intervento;
- le normative in vigore nei luoghi dove sono conservati i documenti.

Il presente Manuale integra, per le parti specifiche di competenza della ASST, il Manuale di conservazione del conservatore, tale Manuale è allegato al presente documento.

Sono comunque individuati e pubblicati nel presente Manuale i tempi di versamento, le tipologie documentali trattate, i metadati, le modalità di trasmissione dei PdV e le tempistiche di selezione e scarto dei propri documenti informatici.

Al presente Manuale sono inoltre allegati i documenti riportati di seguito, che entrano più nel dettaglio dei diversi aspetti del Sistema di Conservazione e costituiscono parti integranti e sostanziali del Manuale di Conservazione:

- **Specificità di contratto:** È il disciplinare tecnico che contiene le specifiche forniture del servizio di Conservazione per i produttori dei documenti. È parte integrante del contratto di servizi sottoscritto tra le parti e del Manuale di Conservazione, contenente i requisiti essenziali del Servizio, le relative specifiche tecnico-funzionali e procedurali per le varie fasi del servizio (attivazione, versamento, conservazione, post-produzione, distribuzione) oltre ai livelli di Servizio (SLA); tale documento è redatto in fase di analisi, prima del primo processo di Conservazione. Ogni variazione delle modalità di erogazione del Servizio, dovuta a richieste della ASST o a evoluzioni del Sistema di Conservazione, comporta la necessità di aggiornare le Specificità del Contratto.
- **Piano di sicurezza:** È il documento che analizza il contesto in cui la ASST opera riportando i fattori interni ed esterni che lo influenzano ed evidenzia le principali criticità legate alla gestione della sicurezza delle informazioni gestite. In esso è descritto anche il dettaglio del processo di Gestione degli incidenti/malfunzionamenti.
- **Manuale del conservatore**
- **Titolario di classificazione e Piano di conservazione (Massimario di scarto)**
- **Atto di affidamento**
- **Delibere e deleghe di nomina dei responsabili citati nel documento**



Come previsto dalle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, pubblicate da AgID il 9 settembre 2020 e modificate il 17 maggio 2021, il Manuale è adottato con provvedimento formale e pubblicato sul sito istituzionale della ASST nell'area "Amministrazione trasparente" prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013.

[Torna al sommario](#)

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	
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	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.
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
Codice o CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello organizzativo adottato e descritto nel Manuale di conservazione
Copia informatica di documento analogico	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento analogico da cui è tratto
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 informatico	La rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
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 su 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.
Firmatario delegato	Responsabile del servizio di conservazione o Persona formalmente delegata ad apporre 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.
Identificativo univoco	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 di	Indice che contiene le informazioni relative al pacchetto di versamento in formato xml.

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Versamento (IPdV)	
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.
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.
Pacchetto di Archiviazione	Pacchetto informativo composto dalla trasformazione di uno o più pacchetti di versamento secondo le specifiche e le modalità riportate nel Manuale di conservazione.
Pacchetto di Distribuzione	Pacchetto informativo inviato dal sistema di conservazione all'utente in risposta ad una sua richiesta.
Pacchetto di invio documenti	Pacchetto informativo utilizzato per inviare i documenti fisici al sistema di conservazione a seguito dell'avvenuta accettazione di un pacchetto di versamento.
Pacchetto di versamento	Pacchetto informativo inviato dal produttore al sistema di conservazione secondo un formato predefinito e concordato descritto nel Manuale di conservazione;
Pacchetto informativo	Contenitore che racchiude uno o più oggetti da conservare (documenti informatici, 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 conservazione	Strumento, integrato con il sistema di classificazione per la definizione dei criteri di organizzazione dell'archivio, di selezione periodica e di conservazione ai sensi dell'articolo 68 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



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;
Processo di conservazione	Insieme delle attività finalizzate alla conservazione dei documenti informatici;
Produttore del pdv	E' il soggetto che in proprio o attraverso le persone fisiche da egli stesso incaricate produce il Pacchetto di versamento ed è responsabile del trasferimento del suo contenuto nel sistema di conservazione; nel caso della Pubblica Amministrazione è identificato nella figura del responsabile della gestione documentale.
Rapporto di versamento	Documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di 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.;
Responsabile della gestione documentale	Dirigente o funzionario, comunque in possesso di idonei requisiti professionali o di professionalità 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 logico
Sistema di conservazione	Insieme di hardware, software, politiche, procedure, linee guida, regolamenti interni, infrastrutture fisiche e organizzative, volto ad assicurare la conservazione elettronica dei documenti per il periodo di tempo specificato nel Contratto. Detto sistema tratta i documenti 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.

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



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

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 Authority	Soggetto autorizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale che garantisce l'identità dei soggetti che utilizzano la firma digitale;
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 Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, che permette lo scambio di file (testi, immagini grafiche, suoni, video e altri documenti multimediali) su World Wide Web;
HTTPS (Secure Hypertext Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, sviluppato da Netscape Communications Corporation, per la cifratura e decifratura dei dati trasmessi durante la consultazione di siti e pagine Internet. Corrisponde ad un'estensione del protocollo Internet standard HTTP (Hypertext Transfer Protocol), attraverso il protocollo SSL;
ICT - Information and Communication Technology	Tecnologia dell'Informazione e delle Telecomunicazioni. Il dipartimento che gestisce i sistemi informatici e telematici;
ISO - International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la standardizzazione, costituita da organismi nazionali provenienti da più di 75 paesi. Ha stabilito numerosi standard nell'area dei sistemi informativi. L'ANSI (American National Standards Institute) è uno dei principali organismi appartenenti all'ISO;

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



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
TUDA	DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni - "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";
URL – Uniform Resource Locator	Sistema standard di nomenclatura specificante un sito, dominio o altro oggetto (file, gruppo di discussione, ecc.) su Internet. La prima parte dell'URL (http , ftp, file, telnet, news) specifica il protocollo di accesso all'oggetto;
XML	Extensible Markup language;

[Torna al sommario](#)



3 Normativa e Standard di riferimento

3.1 Normativa di riferimento

Alla data odierna l'elenco dei principali riferimenti normativi italiani in materia, ordinati secondo il criterio della gerarchia delle fonti, è costituito da:

- **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.
- **Legge del 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.** – Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.** – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.
- **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 (regolamento generale sulla protezione dei dati).
- **Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101** 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.
- **Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.** – Codice in materia di protezione dei dati personali.
- **Decreto Legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42 e s.m.i.** – Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio.
- **Decreto Legislativo del 7 marzo 2005 n. 82 e s.m.i** – Codice dell'amministrazione digitale (CAD).
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 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.[20] Manuale di conservazione
- **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.
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 2** – Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 3** – Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



- **Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, pubblicate da AgID il 9 settembre 2020 e successivamente modificate** e relativi allegati
- **Circolare AgID n. 2/2021 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 PA» e alla circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018 «Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA».

[Torna al sommario](#)

3.2 Standard di riferimento

Di seguito sono riportati i principali standard e specifiche tecniche di riferimento nell'ambito conservazione di documenti informatici e documenti amministrativi informatici.

Dove non sono indicate una versione e/o una data specifica, si intende fare riferimento alla più recente versione disponibile del documento citato:

- **UNI 11386** - Standard SInCRO - Supporto all'Interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti digitali.
- **ISO 14721** - OAIS (Open Archival Information System), Sistema informativo aperto per l'archiviazione.
- **ISO 15836** - Information and documentation - The Dublin Core metadata element set, Sistema di metadata del Dublin Core
- **ISO/TR 18492** - Long-term preservation of electronic document-based information.
- **ISO 20652** - Space data and information transfer systems - Producer-Archive interface - Methodology abstract standard.
- **ISO 20104** - Space data and information transfer systems — Producer-Archive Interface Specification (PAIS).
- **ISO/CD TR 26102** - Requirements for long-term preservation of electronic records.
- **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 données 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**
- **ISO 16363** - Space data and information transfer systems -- Audit and certification of trustworthy digital repositories
- **ISO 16919** - Space data and information transfer systems -- Requirements for bodies providing audit and certification of candidate trustworthy digital repositories

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



- **ISO 17068** - Information and documentation -- Trusted third party repository for digital records
- **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;
- **ETSI TS 101 533-1 V1.2.1** - 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 V1.2.1** - 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.

[Torna al sommario](#)

4 Ruoli e Responsabilità

In linea con quanto indicato dalle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, pubblicate da 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, ovvero l'ASST Melegnano e della Martesana.

Produttore dei PdV: 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. Per il soggetto produttore del PdV si fa riferimento alle delibere allegate al presente documento.

Utente abilitato: 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. Gli utenti abilitati sono indicati all'interno delle specificità di contratto allegate al presente documento.

Responsabile della conservazione: Il responsabile della conservazione 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 delle attività 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 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 Affidamento:

- definisce 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 della ASST dei documenti informatici versati in conservazione;
- gestisce il processo di conservazione garantendo nel tempo la conformità alla normativa vigente;
- genera il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- genera e sottoscrive il pacchetto di distribuzione con Firma Digitale nei casi previsti dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- effettua il monitoraggio della corretta funzionalità del sistema di conservazione;
- assicura la verifica periodica, con cadenza non superiore ai cinque anni, dell'integrità degli archivi e della leggibilità degli stessi;



- adotta 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;
- provvede alla duplicazione o copia dei documenti informatici in relazione all'evolversi del contesto tecnologico, secondo quanto previsto dal Manuale di Conservazione del conservatore;
- adotta 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;
- richiede 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;
- assicura agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e di vigilanza;
- in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti, cura 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 della ASST, chiamato altresì a svolgere le necessarie attività di verifica e controllo in ossequio alle norme vigenti sui servizi affidati in outsourcing dalle PA. Per il nominativo del Responsabile della conservazione si fa riferimento alle delibere allegate al presente documento.

Di seguito sono indicati i nominativi dei Responsabili della conservazione di ASST a cui è stato affidato il ruolo nel tempo.

Nominativo	Data di decorrenza	Estremi del documento
Decorato Sabina	21/12/2012	Del. 829/2012
Maistrello Mauro	28/10/2014	Del. 670/2014
Amadio Carla	10/10/2019	Del. 927/2019
Getti Alessandra	29/06/2023	Del. 579/2023
Origgi Gianni	03/08/2023	Del. 724/2023

Conservatore: persona fisica o la persona giuridica (il conservatore può anche essere un soggetto esterno alla PA) che si occupa della conservazione. Per il ruolo di conservatore si fa riferimento all'Atto di Affidamento allegato al presente documento.

[Torna al sommario](#)



4.1 Profili professionali responsabili del Conservatore

Il processo di conservazione prevede inoltre le seguenti figure responsabili:

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

Per le attività associate a ciascuna delle figure elencate fare riferimento alla tabella sotto.

Per i nominativi e relativi dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto particolari funzioni e responsabilità con riferimento al sistema di conservazione, si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

Ruoli	Attività di competenza
Responsabile del servizio di conservazione	Le attività affidate dal Responsabile della conservazione con l'Atto di Affidamento e indicate sopra. Sono riconducibili al responsabile del servizio di conservazione le seguenti attività: • definizione e attuazione delle politiche complessive del sistema di conservazione, nonché del governo della gestione del sistema di conservazione; • definizione delle caratteristiche e dei requisiti del sistema di conservazione in conformità alla normativa vigente; • corretta erogazione del servizio di conservazione all'ente produttore; • gestione delle convenzioni, definizione degli aspetti tecnico-operativi e validazione dei disciplinari tecnici che specificano gli aspetti di dettaglio e le modalità operative di erogazione dei servizi di conservazione.
Responsabile funzione archivistica di conservazione	Definizione e gestione del processo di conservazione, incluse le modalità di trasferimento da 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 e informativo 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 del sistema 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.

Di seguito sono indicati gli estremi relativi agli affidamenti effettuati da ASST nel tempo.

Conservatore	Decorrenza	Estremi	Tipologie
MEDAS srl	2014	2019	Referti di radiologia
RTI ARUBA PEC SpA	21/03/2019	Del. 259/2019	Servizio regionale

[Torna al sommario](#)



5 Struttura organizzativa per il Servizio di Conservazione

In questo capitolo sono indicate le strutture organizzative coinvolte nel servizio di conservazione comprese le responsabilità, che intervengono nelle principali funzioni che riguardano il servizio di conservazione.

5.1 Strutture Organizzative

Il Produttore è il titolare delle unità documentarie informatiche poste in conservazione e, attraverso il proprio Responsabile della conservazione, definisce e attua le politiche complessive del Sistema di conservazione governandone la gestione con piena responsabilità ed autonomia, in relazione al modello organizzativo adottato affida al Conservatore la gestione del servizio di conservazione secondo quanto previsto dalla normativa in materia.

La scelta adottata dalla ASST è quella del modello in outsourcing per la fornitura del servizio di conservazione tramite adesione a gara regionale 6/2017/LI.

Il Sistema di conservazione garantisce l'autenticità, l'integrità, l'affidabilità, la leggibilità e la reperibilità degli oggetti conservati dal momento della loro presa in carico dal Produttore, fino all'eventuale scarto indipendentemente dall'evolversi del contesto tecnologico e organizzativo.

Il ruolo del conservatore come Responsabile del sistema di conservazione è definito nel testo del contratto esecutivo sottoscritto fra ASST e il conservatore in cui si dichiara che, nel rispetto delle norme di legge, è individuato come Responsabile del sistema di conservazione degli oggetti informatici trasferiti in base al contratto stesso.

In quanto soggetto responsabile, il conservatore si occupa delle politiche complessive del Sistema di conservazione e ne determina l'ambito di sviluppo e le competenze. A tal fine provvede alla pianificazione strategica, alla ricerca dei finanziamenti, alla revisione periodica dei risultati conseguiti e ad ogni altra attività gestionale mirata a coordinare lo sviluppo del Sistema.

Nella Tabella successiva sono dettagliate le funzioni e le responsabilità in capo a ciascun soggetto coinvolto nel processo di conservazione.

Funzioni/Responsabilità del processo di Formazione	Responsabile della Conservazione	Responsabile della Gestione Documentale	Conservatore
Creazione del Pacchetto di Versamento (PdV)		X	
Trasferimento del PdV al sistema di conservazione		X	
Acquisizione e presa in carico del PdV			X

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Verifiche sul PdV			X
Accettazione del PdV e generazione del Rapporto di Versamento (RdV) di presa in carico			X
Sottoscrizione del RdV con FD, FEQ o FEA			X
Rifiuto del PdV e comunicazione delle anomalie			X
Presa visione del RdV		X	
Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV		X	
Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di Archiviazione			X
Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione	X		
Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione			X
Produzione di duplicati e copie informatiche ed eventuale intervento del pubblico ufficiale nei casi previsti			X
Predisposizione elenco pacchetti di archiviazione da scartare			X
Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto	X		
Scarto dei pacchetti di archiviazione			X
Richiesta di scarto immediato	X		
Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori			X
Audit Log			X

[Torna al sommario](#)



6 Oggetti sottoposti a conservazione

In questo capitolo sono descritte le tipologie degli oggetti e dei pacchetti in essi contenuti 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 (comprensivi della relativa versione) dei file utilizzati.

Si rimanda agli allegati “Specificità del contratto” per i metadati associati a ciascuna tipologia di documento e per le modalità adottate per garantire la leggibilità dei formati gestiti, i visualizzatori relativi ai formati gestiti e le modalità con cui il sistema di conservazione ne garantisce la leggibilità nel tempo.

Le tipologie di documento oggetto di conservazione per il servizio erogato dal conservatore per la ASST sono:

- **documenti informatici:** sono la “rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti” come definito dal Codice dell’Amministrazione Digitale;
- **documenti amministrativi informatici:** costituenti atti amministrativi con rilevanza interna al procedimento amministrativo;
- **documenti clinici:** 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.

La Tabella successiva riassume le classi documentali gestite dal conservatore.

Classi documentali	Tipologia
Deliberazioni	Documento Amministrativo Informatico
Determinazioni	Documento Amministrativo Informatico
Fatture PA Attive	Documento Amministrativo informatico
Fatture PA Passive	Documento Amministrativo informatico
Notifiche SDI Fatture PA Attive	Documento Amministrativo informatico
Notifiche SDI Fatture PA Passive	Documento Amministrativo informatico
PEC ASST Melegnano	Documento Amministrativo informatico
Documenti protocollati	Documento Amministrativo informatico
Repertori – Registro Giornaliero di Protocollo	Documento Amministrativo informatico
Ricette Dematerializzate Erogate	Documento Clinico
Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate	Documento Clinico
Ricette Dematerializzate Prescritte	Documento Clinico
Lettere di Dimissione	Documento Clinico
Piano Assistenziale Individuale	Documento Clinico

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Referti Ambulatoriali	Documento Clinico
Referti Anatomia Patologica	Documento Clinico
Referti di Laboratorio	Documento Clinico
Referti di Radiologia	Documento Clinico
Verbal di Pronto Soccorso	Documento Clinico
DICOM	Documento Clinico

Per ciascuna classe documentale sono riportati di seguito i dettagli.

[Torna al sommario](#)

6.1.1 Deliberazioni

Classe documentale	Deliberazioni
Livello 1	DAE
Descrizione	Delibere Melegnano
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	iso, csv, pdf, odg, odf, odp, ods, odt, pptx, openpp, docx, xlsx, xml, jpg, png, tiff, eml, html, json, xslt, msword, 7z, zip, dwg
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Dopo 1 ora dal versamento
Tempo di scarto	10 Anni/Illimitato
Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.2 Determinazioni

Classe documentale	Determinazioni
Livello 1	DAE



Descrizione	Determine Melegnano
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	iso, csv, pdf, odg, odf, odp, ods, odt, pptx, openpp, docx, xlsx, xml, jpg, png, tiff, eml, html, json, xslt, msword, 7z, zip, dwg
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Dopo 1 ora dal versamento
Tempo di scarto	10 Anni/Illimitato
Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.3 Fatture PA Attive

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

[Torna al sommario](#)



6.1.4 Fatture PA Passive

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

[Torna al sommario](#)

6.1.5 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
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro due anni successivi alla data di competenza
Tempo di scarto	10 anni

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite
------------------------------------	--

[Torna al sommario](#)

6.1.6 Notifiche SDI Fatture PA Passive

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
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro due anni successivi alla data di competenza
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

[Torna al sommario](#)

6.1.7 PEC

Classe documentale	Pec
Livello 1	DAE
Descrizione	Messaggi Posta Elettronica Certificata in ingresso e uscita pervenuti nelle caselle PEC di ASST Melegnano
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIIV
Formato	7z, bmp, doc, docx, dot, eml, jpeg, jpg, msg, odt, p7m, p7s, pdf, png, rar, rtf, tif, tmp, txt, xlsx, xml,

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



	zip
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Ogni 15 minuti
Tempo di scarto	10 Anni/Illimitato
Codice prontuario di scarto	Vari in base alla tipologia di documento

[Torna al sommario](#)

6.1.8 Documenti Protocollati

Classe documentale	Documenti Protocollati
Livello 1	DAE
Descrizione	Documenti oggetto di protocollo
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIIV
Formato	7z, bmp, doc, docx, dot, eml, jpeg, jpg, msg, odt, p7m, p7s, pdf, png, rar, rtf, tif, tmp, txt, xlsx, xml, zip
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Ogni 15 minuti
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	TITOLO 1 - Area Amministrativa 7. Sistemi Informativi e comunicazione .01 Sistema documentale

[Torna al sommario](#)

6.1.9 Repertori - Registro Giornaliero di Protocollo

Classe documentale	Registri giornalieri di protocollo
Livello 1	DAE

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Descrizione	Registri giornalieri di protocollo
Sistema Alimentante	Archiflow
Fornitore del sistema alimentante	SIIV
Formato	PDF, PDF/A
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro il giorno successivo
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	TITOLO 1 - Area Amministrativa 7. Sistemi Informativi e comunicazione .01 Sistema documentale

[Torna al sommario](#)

6.1.10 Ricette Dematerializzate Erogate

Classe documentale	Ricette Dematerializzate Erogate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate erogate
Sistema Alimentante	SISS
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	ZIP, XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione del documento
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 TITOLO 3 - Area Ospedaliera 4. Assistenza ambulatoriale .01 Prestazioni ambulatoriali- Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie

[Torna al sommario](#)



6.1.11 Ricette Dematerializzate Erogate Annullate

Classe documentale	Ricette Dematerializzate Erogate Annullate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate
Sistema Alimentante	SISS
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	ZIP, XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione del documento
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 TITOLO 3 - Area Ospedaliera 4. Assistenza ambulatoriale .01 Prestazioni ambulatoriali- Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie

[Torna al sommario](#)

6.1.12 Ricette Dematerializzate Prescritte

Classe documentale	Ricette Dematerializzate Prescritte
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate prescritte
Sistema Alimentante	SISS
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	ZIP, XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione del documento

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 TITOLO 3 - Area Ospedaliera 4. Assistenza ambulatoriale .01 Prestazioni ambulatoriali- Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie

[Torna al sommario](#)

6.1.13 Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate

Classe documentale	Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate prescritte e annullate
Sistema Alimentante	SISS
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	ZIP, XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione del documento
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 TITOLO 3 - Area Ospedaliera 4. Assistenza ambulatoriale .01 Prestazioni ambulatoriali- Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie

[Torna al sommario](#)

6.1.14 Lettere di Dimissione

Classe documentale	Lettere di Dimissione
Livello 1	DCE



Descrizione	Lettere di dimissioni - Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro un giorno
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	3.3.02 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.15 Piano Assistenziale Individuale

Classe documentale	Piano Assistenziale Individuale
Livello 1	DCE
Descrizione	Piano Assistenziale Individuale - Documenti in formato p7m (firmato digitalmente)
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)



6.1.16 Referti Ambulatoriali

Classe documentale	Referti Ambulatoriali
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti Ambulatoriali - Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.
Tempo di scarto	30 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.17 Referti Anatomia Patologica

Classe documentale	Referti Anatomia Patologica
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti Anatomia Patologica - Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina, 1 - 20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel. 0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Tempo di scarto	5 anni
Codice prontuario di scarto	2.3.04 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.18 Referti di Laboratorio

Classe documentale	Referti di Laboratorio
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti di Laboratorio - Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.
Tempo di scarto	5 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.19 Referti di Radiologia

Classe documentale	Referti di Radiologia
Livello 1	DCE
Descrizione	Referti di Radiologia Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	3.4.01 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.20 Verbal di Pronto Soccorso

Classe documentale	Verbal di Pronto Soccorso
Livello 1	DCE
Descrizione	Verbal di Pronto Soccorso - Documento Clinico Elettronico
Sistema Alimentante	NPRI
Fornitore del sistema alimentante	Reply
Formato	P7M, PDF
Frequenza di versamento	Ogni 10 secondi.
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 1 giorni.
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	3.2.02 Massimario del Sistema Sociosanitario lombardo già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.1.21 DICOM

Classe documentale	DICOM
---------------------------	-------

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Livello 1	DICOM
Descrizione	Studi diagnostici, detenuti dall'ES, costituiti da insiemi di oggetti conformi allo standard DICOM
Sistema Alimentante	Syncromed
Fornitore del sistema alimentante	Fujifilm
Formato	DICOM 3.0
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire i documenti al sistema di conservazione	Entro 15 gg
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.04.01 Titolare e Massimario Regione Lombardia

[Torna al sommario](#)

6.2 Metadati minimi dei documenti conservati

Le Linee guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione, illustrano i metadati minimi obbligatori relativi al documento informatico, documento amministrativo informatico e aggregazioni documentali informatiche, ovvero sono elencate le informazioni che ne caratterizzano l'identificazione certa del documento. Tali informazioni (metadati) sono organizzate in file xml, associate indissolubilmente al documento secondo quanto disposto dalle regole tecniche attualmente in vigore. I metadati minimi obbligatori per ciascuna classe documentale, ed eventuali informazioni aggiuntive a corredo del documento, sono indicati nelle Specificità di Contratto a cui si fa riferimento.

[Torna al sommario](#)

6.3 Pacchetti informativi

6.3.1 Pacchetto di versamento

In questo paragrafo è fornita la struttura dati dei pacchetti di versamento gestiti. In particolare, un pacchetto di versamento (PdV) è composto dalle seguenti parti:

- documento/i stesso oggetto della conservazione;
- file di metadati relativo ai documenti da conservare;

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



- Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV), cioè un'evidenza informatica (file .xml), che descrive il versamento stesso e i documenti che ne fanno parte attraverso l'uso di metadati.

In linea con gli standard, l'indice del pacchetto di versamento si caratterizza per le seguenti sezioni:

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

Per ogni documento da versare, sono necessari i seguenti dati per l'identificazione del documento:

- nome file
- algoritmo di hashing per la generazione dell'impronta
- impronta del documento

Inoltre, poiché il sistema di conservazione controlla la tipologia di documento per valutarne l'aderenza alle condizioni espresse in fase di contratto, è indicato il MIME type del documento. Per rimanere poi aderenti alla norma vigente è anche indicato un identificativo univoco dei singoli documenti del pacchetto e la data di chiusura degli stessi.

L'ultima parte dell'Indice contiene un insieme di metadati extra-info, così come definiti in fase contrattuale col Conservatore e indicati nelle specificità di contratto.

[Torna al sommario](#)

6.3.2 Pacchetto di Archiviazione

Per la descrizione della struttura dati del pacchetto di archiviazione, si rimanda al manuale della conservazione del Conservatore par. 6.7

[Torna al sommario](#)

6.3.3 Pacchetto di distribuzione

Per la descrizione delle tipologie di pacchetto di distribuzione gestite e relativa struttura dati, si rimanda al manuale della conservazione del Conservatore par. 6.8

[Torna al sommario](#)

7 Processo di conservazione

Il processo di conservazione consta di più fasi di seguito elencate:



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

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Richiesta di scarto immediato	X	
Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori		X
Audit Log		X

Per la descrizione delle fasi del processo di conservazione in carico al Conservatore si rimanda al Manuale della Conservazione del conservatore cap. 7.

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

[Torna al sommario](#)

7.1 Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione

L'operazione di creazione dei Pacchetti di Versamento (PdV) consiste nella messa a disposizione del sistema di conservazione dei documenti oggetto di conservazione e dei relativi metadati in formato idoneo e definito.

La ASST ha la possibilità di creare e trasferire al sistema di conservazione un PdV tramite almeno una delle seguenti modalità:

- **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.
- **Protocollo FTPS:** la creazione del PdV tramite questa modalità prevede la creazione di un'utenza specifica legata all'ente produttore per la quale viene abilitato tale canale. L'accesso avviene tramite l'utilizzo delle proprie credenziali ("utenza" e "password"), fornite in fase di attivazione attraverso il protocollo FTPS che garantisce la comunicazione tramite modalità sicura e cifrata. Quando l'utente abilitato accede alla home directory è presente una cartella per ogni archivio su cui l'utenza risulta abilitata. La cartella corrisponde all'identificativo dell'archivio specifico. In fase di attivazione l'utenza può essere abilitata su una o più classi documentali. Le tipologie di documenti (mime type) che si possono caricare sono quelle definite nel documento di Specificità di Contratto sottoscritto dalla ASST.

Per la generazione del PdV, la ASST provvede a creare una cartella all'interno dell'archivio specifico e deve avere la seguente struttura:

- Folder (Nome PdV)
 - Documento 1
 - Documento 2
 - Documento n
 - File di metadati



- File per presa in carico (READYTOGO.TXT)

Ogni PdV può contenere documenti relativi ad una sola classe documentale identificata tramite il bucketId. Il file di metadati può essere in formato json e csv e si deve chiamare rispettivamente metadata.json oppure metadata.csv. I documenti accettati devono avere tipo coerente con i mime type configurati per il bucketId definito nel file di metadati.

A differenza dei versamenti effettuati via WS (dove è necessario un parametro per indicare se viene fatto il versamento di un file singolo o di file multipli), i versamenti via FTP non hanno questa distinzione: tutti i file caricati in una directory FTP, ad esclusione dei metadati e di readytogo.txt, sono conservati (una volta che sono stati passati con successo i controlli di validazione del conservatore). Se viene caricato un file compresso (con estensione zip), sia da solo sia in aggiunta ad altri file, è considerato come uno dei file da conservare, quindi il suo contenuto non è estratto.

- **Dicom:** Per maggiori informazioni sullo standard e sugli acronimi utilizzati si prega di far riferimento alla documentazione ufficiale sul sito <https://www.dicomstandard.org> e <http://www.ihe.net>.
- **Manuale:** la ASST può creare il PdV direttamente dal sistema di conservazione tramite due procedure
 - Manuale guidata
 - Manuale non guidata

Con il caricamento guidato è possibile versare un documento alla volta mentre nell'altro caso è possibile versare più documenti inseriti all'interno di uno zip e il file di indice in formato csv o json.

La ASST può inoltre usufruire dell'utilizzo del 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 della ASST. In particolare tale modalità prevede il versamento tramite rete locale della 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 inoltre può avvenire in:

- **Modalità passiva:** il sistema alimentante invia il PdV al sistema di conservazione
- **Modalità attiva:** il sistema di conservazione acquisisce il PdV dal sistema alimentante.



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.

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. In caso di riscontro di eventuali anomalie, il pacchetto di versamento viene rifiutato.

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 caricamento dei documenti in un determinato momento e la loro conservazione a norma di legge.

Per i documenti clinici, il sistema alimentante acquisisce il flag di ritorno a seguito della conservazione e la possibilità di inviare nuovamente eventuali documenti in errore.

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 trasferimento (Attiva/ Passiva)	Utilizzo del FlyAdapter (Si/No)	Modalità di trasferimento del pacchetto di versamento
Deliberazioni	Archiflow	Automatica	Attiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Determinazioni	Archiflow	Automatica	Attiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Fatture PA Attive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Fatture PA Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Notifiche SDI Fatture PA Attive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Notifiche SDI Fatture PA Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
PEC ASST Melegnano	Archiflow	Automatica	Attiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Documenti Protocollati	Archiflow	Automatica	Attiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)

Sede legale: ASST Melegnano e della Martesana

Via Pandina,1 -20070 Vizzolo Predabissi (MI) – Tel.0298051

www.asst-melegnano-martesana.it

C.F. e P.I. 09320650964



Repertori – Registro Giornaliero di Protocollo	Archiflow	Automatica	Attiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Ricette Dematerializzate Erogate	SISS	Automatica	Passiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Ricette Dematerializzate Erogate Annullate	SISS	Automatica	Passiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Ricette Dematerializzate Prescritte	SISS	Automatica	Passiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate	SISS	Automatica	Passiva	Si	Web Services (Protocollo SOAP, servizi REST)
Lettere di Dimissione	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Piano Assistenziale Individuale	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Referti Ambulatoriali	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Referti Anatomia Patologica	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Referti di Laboratorio	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Referti di Radiologia	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
Verbal di Pronto Soccorso	NPRI	Automatica	Passiva	Si	Connettore SISS
DICOM	Syncromed	Automatica	Attiva (con recupero temporale)*	Si	DICOM 3.0

**La logica implementata permette al FlyAdapter di poter recuperare gli studi DICOM dal sistema alimentante attraverso un recupero massivo per intervallo temporale. Tale recupero può essere configurato ad intervalli regolari con regole di sovrapposizione temporale. La logica del FlyAdapter inibirà l'acquisizione degli studi già acquisiti precedentemente a meno che per gli stessi non esistano nuove immagini da conservare. In tal caso verranno acquisite le sole nuove immagini ed associate allo studio precedentemente versato.*

[Torna al sommario](#)



7.2 Presa visione del RdV

Il Rapporto di Versamento è un documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di conservazione dei pacchetti di versamento inviati dal produttore.

Nel rapporto di versamento sono presenti i seguenti elementi:

- I riferimenti al versamento a cui fa riferimento;
- Il riferimento temporale relativo alla sua creazione secondo l'orario di sistema;
- Tutte le informazioni contenute nel file indice del PdV;
- L'indicazione di tutte le verifiche effettuate e l'esito puntuale delle stesse.

Il rapporto, firmato digitalmente in modo da autenticarne la provenienza e l'integrità, è messo a disposizione della ASST sul sistema di conservazione.

I rapporti di versamento sono conservati a norma nel sistema di conservazione, associati logicamente al pacchetto di archiviazione cui si riferiscono, come registrazioni ufficiali che attestano la presa in carico.

Il sistema di conservazione, per ogni pacchetto di versamento, invia una mail dedicata all'indirizzo mail indicato all'interno delle specificità di contratto, contenente l'esito dell'acquisizione.

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

Di seguito la procedura operativa per la visualizzazione del PdV:

Il soggetto produttore del PdV accede con cadenza giornaliera alla casella PEC conservazione@pec.asst-melegnano-martesana.it, e visualizza le PEC con i RdV ricevute dal conservatore.

Il soggetto produttore del PdV visualizza il dettaglio dei rapporti di versamento correttamente trasferiti in conservazione e quanti hanno avuto esito negativo:

1. In caso di assenza di esiti negativi, la procedura termina
2. Altrimenti, si procede con i passaggi successivi

Il soggetto produttore del PdV accede su Larchive.

Il soggetto produttore del PdV ricerca e scarica i Pacchetti di Versamento non trasferiti al sistema di conservazione.

Il soggetto produttore del PdV individua i documenti in anomalia.

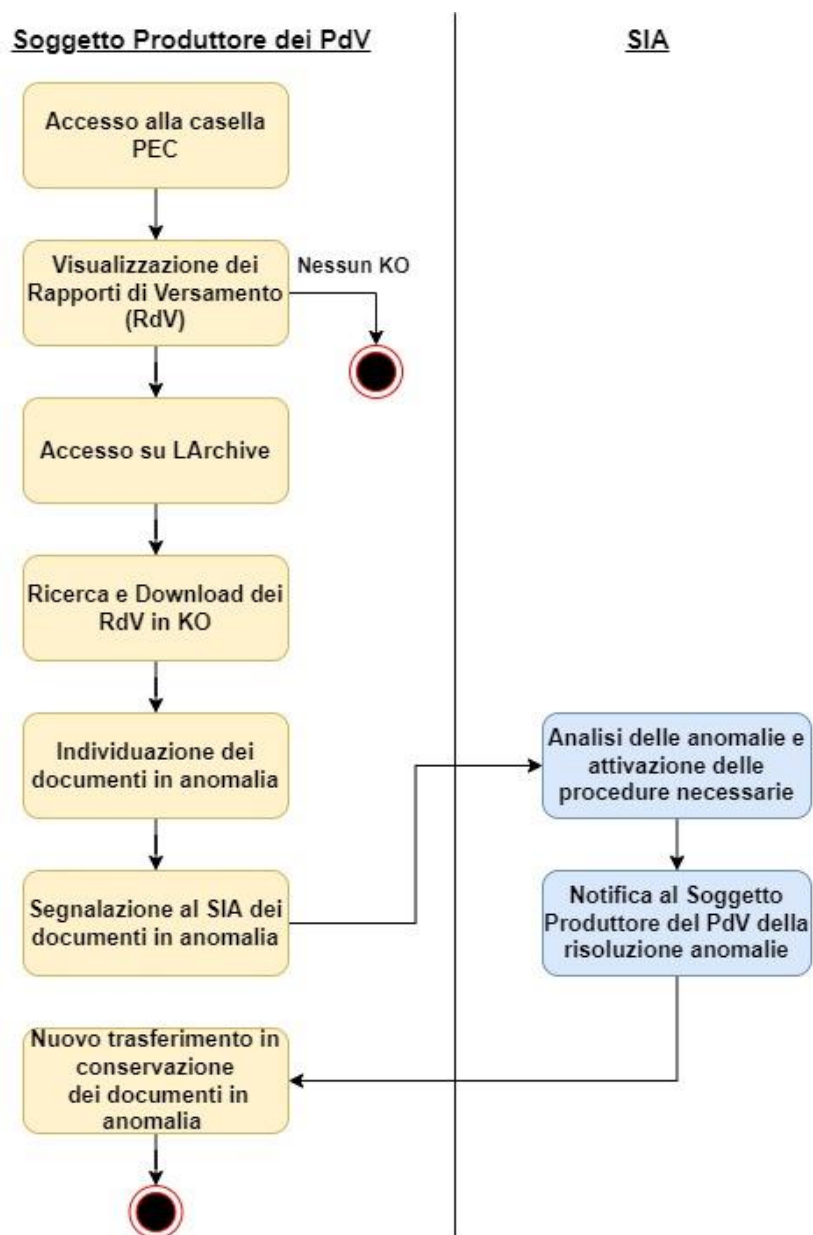
Il soggetto produttore del PdV segnala all'UOS GOSI i documenti in anomalia e il relativo Rapporto di Versamento.

L'UOS GOSI analizza le anomalie e attiva le procedure necessarie per risolverle, internamente e/o attraverso i canali dedicati con il conservatore.

L'UOS GOSI notifica al soggetto produttore del PdV la risoluzione delle anomalie.

Il soggetto produttore del PdV provvede al nuovo trasferimento in conservazione del Pacchetto di versamento.

Il flowchart di seguito fornisce una rappresentazione grafica della procedura proposta:



[Torna al sommario](#)

7.3 Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV

Nel caso si verificano errori o anomalie relative ai documenti inviati in un pacchetto di versamento, il sistema di Conservazione mette in evidenza il problema ed il tipo di errore. Nel caso in cui il documento risulti non conforme ai controlli sopra indicati, 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 una volta risolta l'anomalia.
Per la procedura si fa riferimento al paragrafo 7.2.

[Torna al sommario](#)

7.4 Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione

Nel rispetto degli obblighi previsti in materia di esibizione documentale della normativa vigente, il sistema di conservazione garantisce la possibilità ai soggetti autorizzati all'accesso diretto, anche da remoto, al documento informatico conservato, attraverso la produzione di un pacchetto di distribuzione.

Un utente autorizzato può interrogare il sistema per ricevere in uscita uno specifico Pacchetto di Distribuzione. L'utente utilizzerà le funzionalità di richiesta di esibizione di un documento o di un insieme di documenti, per ottenerne una replica esatta secondo i fini previsti dalla norma.

Per le modalità di produzione del Pacchetto di Distribuzione si fa riferimento al manuale d'uso del sistema di conservazione

[Torna al sommario](#)

7.5 Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto

Vedi allegato “Procedura per la richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto”

[Torna al sommario](#)

8 Procedure per la produzione di duplicati o copie

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 7.7

[Torna al sommario](#)

9 Intervento del Pubblico Ufficiale

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 7.7.4

[Torna al sommario](#)



10 Sistema di conservazione

Il sistema di conservazione adottato è quello del conservatore. Per la sua descrizione si rimanda al cap. 8 del Manuale della conservazione del conservatore

10.1 Componenti Logiche

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 8.3

[Torna al sommario](#)

10.2 Componenti Tecnologiche

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 8.4.

[Torna al sommario](#)

10.3 Componenti Fisiche

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 8.5.

[Torna al sommario](#)

10.4 Procedure di gestione e di evoluzione

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 8.6.

[Torna al sommario](#)

11 Monitoraggio e Controlli

I monitoraggi e i controlli sul sistema di conservazione sono operati dal conservatore e descritti nel cap. 9 del Manuale della conservazione del conservatore.

11.1 Procedure di monitoraggio

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 9.1.



[Torna al sommario](#)

11.2 Verifiche sugli archivi

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 9.2.

[Torna al sommario](#)

11.3 Soluzioni adottate in caso di anomalie

Si rimanda al Manuale della conservazione del conservatore al par. 9.3.

[Torna al sommario](#)

ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DEGLI STRUMENTI INFORMATICI vs 1

Sommario

1.	Oggetto e scopo	2
2.	Campo di applicazione.....	2
3.	Responsabilità	2
5.	Contenuto	2
5.1.	Premessa, Definizioni e Normativa di Riferimento	2
5.2.	Titolare, designati e responsabili del trattamento	3
5.3.	Utilizzo degli applicativi aziendali e del dominio	3
6.3.1.	Login obbligatorio e nominale	3
6.3.2.	Confidenzialità delle credenziali di autenticazione	3
6.3.3.	Divieto di usare credenziali di gruppo; perdita di qualità delle credenziali	4
6.3.4.	La sessione di lavoro	4
6.3.5.	La scadenza delle credenziali.....	4
6.3.6.	Retention del dato	4
	Per quanto concerne la retention del dato si divide in tre tipologie:.....	4
6.4.	Uso dei PC	4
6.4.1.	Utilizzo dei supporti di memorizzazione	4
6.4.2.	Utilizzo degli scanner	5
6.4.3.	Azioni sull'hardware e sul software	5
6.4.4.	Ubicazione dei PC e delle stampanti.....	5
6.5.	Utilizzo di applicativi di produttività individuale (programmi di videoscrittura, fogli di calcolo, esimili)	6
6.5.1.	Per cosa sono ammessi	6
6.5.2.	Per cosa sono vietati	6
6.6.	Uso di internet.....	6
6.6.1.	Internet	6
6.6.2.	Posta elettronica	7
6.7.	Uso della rete	7
6.7.1.	Accesso alla rete	7
6.7.2.	L'assistenza informatica	8
6.8.	Riepilogo modalità di gestione.....	8
6.8.1.	Trattamento dati con sistemi informativi aziendali	8
6.8.2.	Trattamento dati senza l'ausilio dei sistemi informativi aziendali	8
6.8.3.	Verifiche sull'utilizzo degli strumenti di lavoro	8
6.8.4.	Processo di validazione di uno strumento elettronico per il trattamento dei dati personali	9
6.8.5.	Comunicazione di data breach o eventi di sicurezza.....	9
6.9	Responsabile della protezione dei dati	9
7	Allegato A: MODULO SEGNALEZIONE VIOLAZIONE DATI (DATA BREACH)	10
8	Allegato: MODULO SEGNALEZIONE EVENTI ED INCIDENTI SICUREZZA	11

1. Oggetto e scopo

La presente procedura fissa una serie di regole a uso di tutto il personale operante nell'ASST MM, per brevità denominata "ASST MM", affinché siano garantite le misure minime di sicurezza e protezione dei dati soggetti a trattamento elettronico. La procedura è coerente con l'obbligo di adottare adeguate misure tecnico-organizzative a tutela dei dati personali sancito dall'art. 32 del Regolamento Europeo (per brevità GDPR) e all'obbligo di istruire coloro che trattano i dati personali sancito dall'art. 29 del GDPR. Le misure di sicurezza di riferimento sono quelle previste da AGID per gli Enti Pubblici.

2. Campo di applicazione

Queste istruzioni si applicano a tutti coloro i quali trattano dati personali per conto dell'ASST MM mediante strumenti informatici. Il mancato rispetto delle seguenti istruzioni costituisce inadempimento del rapporto con l'Ente.

3. Responsabilità

Questa procedura è predisposta a cura della SC Sistemi Informativi Aziendali – SIA, che la mantiene e controlla; è approvata dalla sc AAGG.

4. Indicatori

La presente procedura non prevede l'utilizzo di indicatori.

5. Contenuto

5.1. Premessa, Definizioni e Normativa di Riferimento

Gli strumenti informatici con cui sono trattati dati personali nel sistema informativo di ASST MM sono beni aziendali.

L'utilizzo delle risorse informatiche e telematiche da parte di ciascun dipendente o collaboratore dell'ASST MM deve sempre ispirarsi al principio di diligenza e correttezza, comportamenti questi che sono alla base di un corretto rapporto di lavoro.

La progressiva e capillare diffusione delle tecnologie informatiche e in particolare dell'accesso alla rete Internet, infatti, può esporre l'ASST MM a numerosi rischi, sia di carattere strettamente patrimoniale che penale, creando problemi alla sicurezza interna delle informazioni sensibili per il core business dell'ASST MM che alla sua immagine pubblica.

L'art. 4 del GDPR, cui si rimanda, contiene le definizioni dei termini utilizzati per la predisposizione di questo documento.

Normativa di riferimento:

- Regolamento Europeo 679/2016 (GDPR)
- D.lgs. 101/2018 – “Recepimento del GDPR”
- D.lgs. 196/2003 – “Codice in materia di protezione dei dati personali”.
- L. 20 maggio 1970, n. 300, denominata “Statuto dei lavoratori”.
- Per effetto dell'art. 22 comma 4 del D.lgs. 101/2018 i provvedimenti generali del Garante per la protezione dei dati personali, emessi prima dell'applicabilità del GDPR restano validi nella misura in cui non contrastano con il GDPR. A titolo di esempio, non esaustivo, si richiamo i seguenti principali:
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Linee guida in materia di Dossier sanitario – 4 giugno 2015”.
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e di dossier sanitario – 16 luglio 2009”.
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Linee guida del Garante per posta elettronica e Internet – 10 marzo 2007”.
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico – 14 giugno 2007”.
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria - 12 novembre 2014”.
 - ✓ Garante per la protezione dei dati personali – “Misure e accorgimenti prescritti ai titolari dei

trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni delle funzioni di amministratore di sistema - 27 novembre 2008".

5.2. Titolare, designati e responsabili del trattamento

- **Titolare:** è l'ASST MM. (ex Art. 4nr. 7 GDPR) che è rappresentata dal suo Direttore Generale *pro tempore*.
- **Designati al trattamento:** sono coloro che internamente all'Ente effettuano attività di trattamento ed esercitano poteri in virtù di deleghe funzionali ai sensi dell'art. 2-quaterdecies D.lgs. 196/2003.
- **Responsabile del trattamento:** sono quei soggetti che essendo esterni all'Ente, svolgono attività di trattamento di dati personali per conto dell'Ente in conformità all'art. 28 del GDPR.

5.3. Utilizzo degli applicativi aziendali e del dominio

L'accesso ai dati è regolato da una autenticazione nominale e personale, il cui utilizzo è strettamente riservato e che non deve essere rivelata a terzi. Ogni accesso ed operazione eseguita vengono registrati, nei modi previsti dalla legislazione vigente, per ottenere la tracciabilità di ogni trattamento. Ne consegue che, pur garantendo il più ampio accesso ai dati agli operatori autorizzati, gli stessi operatori sono chiamati in causa come responsabili del corretto uso degli strumenti informatici a loro affidati e dell'impiego delle informazioni in essi contenute. Particolare enfasi è data al fatto che non è consentito effettuare trattamenti di dati non pertinenti alla propria funzione, o per scopi non finalizzati all'esercizio delle funzioni istituzionali, e che ogni abuso comporta l'identificazione di chi l'ha commesso, con tutte le conseguenze civili e penali che questo abuso comporta.

L'accesso da parte degli operatori ai dati personali avviene mediante due operazioni sequenziali:

1. accesso alla postazione di lavoro;
2. accesso all'applicativo.

6.3.1. Login obbligatorio e nominale

Sia l'accesso alla postazione di lavoro, sia l'accesso agli applicativi aziendali deve sempre essere preceduto da un'operazione chiamata autenticazione (o login) che serve a riconoscere l'operatore che accede alla postazione e/o all'applicativo. A seguito di questa autenticazione, tutta l'attività degli operatori è tracciata e registrata su delle apposite locazioni, dette file di log.

E' obbligo tracciare l'attività degli operatori, così come è obbligo conservare i file di log e metterli a disposizione delle autorità competenti, se ne fanno richiesta. Generalmente la conservazione non eccede i 6 mesi.

L'autenticazione avviene per mezzo di due informazioni:

- **username** → dato "noto" che serve ad identificare l'utente ed associarlo ad una persona fisica;
- **password** → dato "segreto" che serve a verificare che lo username sia associato effettivamente alla persona fisica titolare dello username.

Username e password costituiscono le **credenziali di autenticazione**.

Per tutti gli applicativi aziendali l'operazione di login è obbligatoria e deve essere effettuata con le proprie **credenziali di autenticazione**.

La password è soggetta ad alcune misure dettate dalla normativa vigente:

- è obbligatorio cambiare trimestralmente le password;
- è obbligatorio usare password lunghe almeno 12 caratteri, differenti da quelle precedentemente usate.

6.3.2. Confidenzialità delle credenziali di autenticazione

La password viene rilasciata la prima volta con cambio obbligatorio al primo accesso. Le due componenti che permettono il login (username e password) devono ritenersi confidenziali e, come già riportato, la password non va comunicata a nessuno, nemmeno in casi di emergenza.

Comunicare le proprie **credenziali di autenticazione** significa associare, alla persona fisica del titolare

dello username, operazioni che in realtà non sono state compiute da quella persona fisica, la quale tuttavia ne sopporta la piena responsabilità civile e penale, se chiamata in giudizio.

6.3.3. *Divieto di usare credenziali di gruppo; perdita di qualità delle credenziali*

Poiché la legge impone di individuare una persona fisica per ogni operazione di **trattamento** effettuata, sono formalmente vietate le **credenziali di autenticazione** di gruppo, così come è formalmente vietato usare delle **credenziali di autenticazione** diverse dalle proprie, che quindi sono PERSONALI.

Se nel corso dell'attività dovesse capitare di diffondere erroneamente le credenziali, che vengono quindi messe a conoscenza di persone terze (perdita di qualità delle credenziali), bisogna rigenerare tempestivamente una nuova password.

Nel caso venissero evidenziate, nel sistema informatico aziendale delle **credenziali di autenticazione** di gruppo, SIA si attiverà per la regolarizzazione di queste anomalie, intervenendo, se necessario, anche sulle postazioni di lavoro degli utenti.

6.3.4. *La sessione di lavoro*

A seguito di un'attività di login inizia una sessione di lavoro nell'applicativo, in cui l'operatore esegue le operazioni di trattamento necessarie alla sua attività. Quando è in corso una sessione di lavoro è possibile che sul videoterminale siano leggibili informazioni relative a dati personali. E' quindi fondamentale che una sessione di lavoro non sia lasciata incustodita e che non si permetta a persone non autorizzate di accedere alla propria sessione di lavoro.

L'operatore che durante una sessione di lavoro si allontana dalla sua postazione, deve prima bloccare l'accesso al computer usando la combinazione di tasti CTRL + ALT + CANC e scegliendo l'opzione "blocca computer": questo fa sì che durante la sua assenza nessun'altra persona possa accedere alla sessione di lavoro e leggere le informazioni sul monitor. Al suo ritorno l'operatore sblocca il computer ripetendo la combinazione di tasti CTRL + ALT + CANC e reimmettendo le credenziali di autenticazione: la sessione di lavoro riprende dal punto in cui si trovava nell'istante antecedente l'interruzione.

6.3.5. *La scadenza delle credenziali*

Le credenziali di autenticazione che non sono utilizzate per almeno 3 mesi sono disattivate.

6.3.6. *Retention del dato*

Per quanto concerne la retention del dato si divide in tre tipologie:

- per i sistemi clinici-assistenziali la conservazione della storia del dato è completa e illimitata
- per i sistemi amministrativi la conservazione della storia del dato è limitata agli obblighi in materia amministrativa
- per gli archivi di file o documenti prettamente trattati da strumenti di office automation (outlook, word, excel, ppoint, access) tramite file server o onedrive e sharepoint se non espressamente richiesta dall'utente all'applicativo non è prevista storicizzazione delle versioni e pertanto non vi è possibilità di restore di eliminazioni definitive dei file o ripristino di versioni precedenti

6.4 Uso dei PC

6.4.1. *Utilizzo dei supporti di memorizzazione*

I supporti di memorizzazione (ovvero le aree dove sono registrati i dati) si distinguono in:

- centralizzati, ovvero presso una banca dati remota rispetto alla propria postazione di lavoro;
- locali, ovvero nel computer su cui si sta lavorando. Rientrano in questa categoria i supporti:
 - rimovibili: CD-ROM, CD riscrivibili, DVD-ROM, DVD riscrivibili, chiavi USB, hard disk esterni;
 - fissi: hard disk interni.

Tutti i supporti di memorizzazione locali (rimovibili e fissi) sono ritenuti "insicuri", ovvero maggiormente esposti, rispetto ai supporti di memorizzazione centralizzati, ai seguenti rischi:

- cancellazione accidentale di dati;
- corruzione del supporto fisico di memorizzazione;

- accesso non autorizzato;
- maggior probabilità di guasto.

Inoltre i supporti di memorizzazione locali rimovibili possono introdurre nel sistema informativo aziendale dei virus informatici o altro software dannoso, portando a delle perdite di informazione potenzialmente gravi. Per tutte queste ragioni i dati dei pazienti non vanno memorizzati sui supporti di memorizzazione locali. In particolare si specifica che:

- l'uso di tutti i supporti locali rimovibili è normalmente vietato e tali supporti sono disabilitati su tutte le postazioni ad eccezione dei portatili dove è formalmente vietata la memorizzazione di dati personali;
- i supporti locali fissi vanno usati soltanto per la memorizzazione di file che non contengono dati personali

Per la memorizzazione di file può anche essere utilizzata una locazione centralizzata detta "file server", in corso di migrazione verso la piattaforma cloud SHAREPOINT del portale 365 di microsoft, e che sul computer è vista come unità associata ad una lettera in genere "alta", per esempio "X", "W", "V". Il file server va utilizzato ricordando che:

- può essere usato come archivio di dati importanti, ma non di dati personali;
- ha una capienza allocata ad ogni utente limitata, e quindi non va usato come archivio storico indiscriminato;
- il backup è stato concepito per una ricostruzione completa del contenuto del server, non per il recupero di singoli file cancellati o modificati erroneamente

6.4.2. Utilizzo degli scanner

Gli scanner in dotazione nell'ospedale possono essere utilizzati nel processo di "dematerializzazione del documento cartaceo", solo per scopi amministrativi, per archiviare lettere, fatture etc. Essi non vanno utilizzati nel campo della documentazione sanitaria, in quanto il **trattamento** di dati sanitari va effettuato con gli appositi strumenti predisposti.

6.4.3. Azioni sull'hardware e sul software

I Personal Computer (PC) in dotazione agli operatori aziendali rispondono a standard decisi in base ai seguenti fattori:

- sicurezza fisica;
- sicurezza logica dei dati contenuti;
- adeguate performance rispetto all'uso cui sono destinati.

Per questi motivi è formalmente vietata qualsiasi manomissione dell'hardware in dotazione (aprire i PC, smontarli, sostituire parti, aggiungere parti, sottrarre parti).

Analogamente per le stesse ragioni non sono permesse azioni sul software come: installare programmi, aggiornare programmi, aggiornare il sistema operativo, cambiare le opzioni del settaggio dei programmi installati.

Ogni computer ha un antivirus che si aggiorna automaticamente (purché il computer sia collegato alla rete aziendale), ed automaticamente verifica che tutti i dati in entrata ed uscita dal computer siano liberi da virus informatici. Questo sistema è di fondamentale importanza per la sicurezza del sistema informatico aziendale. Un solo computer senza antivirus o con l'antivirus disattivato può compromettere la sicurezza dell'intero sistema informatico. E' quindi tassativamente vietata qualsiasi operazione sul sistema antivirus locale, compresa la sua disattivazione (seppure temporanea).

6.4.4. Ubicazione dei PC e delle stampanti

I PC in dotazione agli operatori aziendali sono stati ubicati nelle loro postazioni a seguito di una valutazione ergonomica, e tenendo presente i seguenti fattori:

- vicinanza ad una presa elettrica e ad una presa dati (cablata o tramite access-point wireless);
- sicurezza fisica dell'operatore (evitare che i cavi attraversino delle zone di passaggio);
- sistemazione logistica dell'ufficio.

Per questi motivi è tassativamente vietato spostare di propria iniziativa PC e stampanti. Inoltre, trattandosi di apparecchiature in genere pesanti, possono danneggiarsi durante il trasporto e causare danni a cose e/o persone. Queste operazioni vanno pertanto richieste solo al SIA (al riguardo, su intranet RICHIESTE SIA)

I traslochi vanno preventivamente autorizzati dalla Direzione strategica, e devono essere coordinati dal SIA ASST MM. Poiché un'operazione di trasloco implica una serie di operazioni non immediate che non si esauriscono con il semplice spostamento fisico del PC, i traslochi vanno programmati come segue:

- con un anticipo minimo di 1 settimana, per traslochi in cui non è previsto un lavoro di adeguamento dell'impianto dati e/o telefonico
- con un anticipo minimo di 3 settimane, per traslochi in cui sono previsti lavori di adeguamento dell'impianto dati e/o telefonico.

6.5. Utilizzo di applicativi di produttività individuale (programmi di videoscrittura, fogli di calcolo, esimili)

6.5.1. Per cosa sono ammessi

- per scrivere comunicazioni tra uffici interni ed esterni
- per scrivere relazioni, progetti.

6.5.2. Per cosa sono vietati

- In genere per il **trattamento** di dati personali. Ad esempio:
 - per scrivere una lettera di dimissioni;
 - per scrivere un referto medico;
 - per scrivere la cartella clinica del paziente;
 - per scrivere una prenotazione.

Per tutte queste operazioni si devono usare gli applicativi aziendali preposti allo scopo.

6.6. Uso di internet

L'accesso ad internet avviene tramite la rete aziendale e mediante un sistema denominato *proxy*, che chiede le **credenziali di autenticazione** quando riceve una richiesta di accesso a internet. Superata l'autenticazione, tutta l'attività successiva degli operatori è tracciata e registrata su file di log, a tutela di eventuali abusi che possano compromettere la sicurezza della rete informatica o dei servizi erogati dai sistemi informativi.

La conservazione dei log avviene nelle modalità e tempistiche previste da normativa vigente.

6.6.1. Internet

L'accesso ad internet è una risorsa aziendale e dunque deve essere utilizzata esclusivamente per fini aziendali; ciascun responsabile di struttura definisce le finalità di accesso a internet. I contenuti sono regolati da un sistema di internet filtering che limita i rischi derivanti da un uso improprio dello strumento internet. Tale sistema di fatto limita unicamente l'accesso a siti categorizzati come fonti di rischi inerenti alla privacy come ad esempio la presenza di virus, spyware, keylogger, ecc. A fronte di un eventuale tentativo dell'utente, anche involontario, di raggiungere i suddetti contenuti, all'utente verrà presentato in automatico un adeguato messaggio che chiarisce le motivazioni del blocco incontrato.

Il sistema di internet filtering è conforme alle vigenti normative di protezione dei dati personali e dei diritti dei lavoratori.

Di seguito si riportano esempi generali di situazioni per le quali l'uso di internet all'interno dell'Azienda non è ritenuto idoneo:

- per scopi non attinenti le attività dell'azienda;
- per attività contrarie alle leggi vigenti;

- per attività di e-business;
- per attività che degradino o minaccino il sistema informatico aziendale (download di file di grossedimensioni, download di file con virus).

6.6.2. Posta elettronica

La posta elettronica con dominio @ASST-MELEGNANO-MARTESANA.it è uno strumento aziendale dell'Ente e, nel contesto del rapporto di lavoro con lo stesso, ad ogni utente è assegnata una casella di posta aziendale nominativa; alla cessazione del rapporto di lavoro con l'azienda pertanto la casella e-mail viene disattivata e ne sono cancellati i contenuti, salvo richiesta al SIA, specifica e motivata, di mantenimento da parte degli utilizzatori e comunque per un periodo limitato nel tempo che decorrerà dal giorno successivo la chiusura del rapporto di lavoro.

La posta elettronica viene erogata dal portale 365 di microsoft in modalità cloud. I sistemi di backup e restore sono esclusivamente quelli finalizzati a mantenere attivo il servizio, e pertanto non è previsto un servizio di restore dopo l'eliminazione da parte dell'utente dopo che ha eseguito la cancellazione definitiva del cestino.

Resta inteso che l'utilizzatore, prima della cessazione dell'indirizzo di posta elettronica può chiedere di estrarre copia delle informazioni e dei contenuti, fino ad un massimo di 1 mese dalla cessazione del contratto con l'ente.

La casella di posta elettronica aziendale, anche se caratterizzata dagli identificativi di persone fisiche, deve essere ritenuta uno strumento aziendale e pertanto deve essere utilizzata, in linea generale:

- per scopi attinenti le attività dell'azienda;
- per concordare riunioni;
- per scambio files (che non contengano dati

personali).non è altresì ammessa:

- per trasmettere dati personali in genere (ad eccezione dei meri identificativi) con specifico e assolutoriferimento ai dati clinici / sanitari;
- per scambio file non attinenti l'attività dell'azienda;
- per scopi non attinenti le attività dell'azienda.

Lo strumento di posta elettronica è all'interno del portale 365 di microsoft che unisce altre funzionalità di condivisione documentale "SHAREPOINT", archiviazione personale "ONEDRIVE", videoconferenza "TEAMS" e a tutta la suite office di microsoft.

6.7. Uso della rete

6.7.1. Accesso alla rete

La rete aziendale è lo strumento di condivisione di tutte le risorse informatiche aziendali. L'accesso alla rete è consentito solamente mediante la scheda di rete del proprio PC, configurata a cura del SIA. La rete va utilizzata seguendo queste regole:

- la rete aziendale è l'unica modalità ammessa per l'accesso ad Internet;
- non è ammesso l'accesso ad internet mediante dei modem direttamente collegati al proprio PC, che quindi saranno rimossi d'ufficio;
- non è possibile collegare alla rete aziendale dei computer non di provenienza "aziendale", per esempio propri portatili, portatili di operatori esterni all'azienda, salvo eccezioni che vanno richieste e concordate con il SIA: in questo caso l'accesso dovrà avvenire esclusivamente su sezioni di rete (vlan) logicamente separate dal resto del campus aziendale, e sottoposte a policy di sicurezza adeguate.

6.7.2 L'assistenza informatica

L'assistenza informatica per problemi riguardanti i PC o gli applicativi in gestione del SIA viene erogata nelle modalità seguenti:

- tramite il servizio di Help Desk telefonico, operativo 24 ore su 24, 7 giorni su 7. Questo servizio è attivabile chiamando il n° telefonico preposto, per problemi generici informatici e/o guasti. Il servizio 3131 registra la chiamata su un sistema di "call logging", le assegna un "numero di ticket" ed effettua un primo controllo del problema per tentare di risolverlo immediatamente. Ove questo non sia possibile il servizio informa l'utente e gli comunica che la sua richiesta verrà spostata su una "coda" assegnata a un tecnico che si farà carico di risolvere il problema da remoto, o intervenendo presso la postazione dell'utente, nel più breve tempo possibile. Al fine di una migliore erogazione del servizio gli addetti al servizio richiedono agli operatori una serie di dati che permettono una migliore gestione del guasto. Ogni ticket aperto viene tracciato e seguito fino al momento della sua chiusura, informando l'utente sullo stato di avanzamento dei lavori a mezzo telefono o posta elettronica;
 - tramite intranet aziendale attraverso l'apposito modulo "RICHIESTE SIA" (tramite accesso ai preferiti del browser), per problemi generici informatici e/o guasti,
 - tramite intranet aziendale attraverso l'apposito modulo "RICHIESTE SIA" (percorso tramite accesso ai preferiti su browser), per richieste di tipo "IMAC" relative a: nuove attrezzature, traslochi informatici, abilitazioni agli applicativi aziendali.
- **NOTA IMPORTANTE:** l'abilitazione all'utilizzo del modulo "RICHIESTE SIA" per le richieste di tipo "IMAC" è riservata solo ai Direttori di Dipartimento/S.C./S.S e a utenti delegati a tale scopo dai Responsabili delle Strutture. Per delegare una nuova persona i Responsabili di Struttura devono aprire un ticket specificando nome, cognome, numero di matricola, indirizzo di posta elettronica aziendale, struttura di appartenenza della persona che si intende delegare. La stessa procedura dovrà essere seguita nel caso di sostituzioni o cancellazioni di persone delegate dall'elenco.

6.8. Riepilogo modalità di gestione

6.8.1. Trattamento dati con sistemi informativi aziendali

Il dati personali sono memorizzati unicamente sui **sistemi aziendali centralizzati ad alta affidabilità**, collocati presso la Server Farm della SC SIA o CLOUD REGIONALE.

6.8.2. Trattamento dati senza l'ausilio dei sistemi informativi aziendali

Non è permesso nessun **trattamento** di dati personali con strumenti elettronici differenti da quelli indicati nel presente documento. Non è quindi possibile utilizzare strumenti di ufficio quali ad esempio: Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint, Access, o altri componenti), altri similari, per eseguire trattamenti di dati personali o sensibili. Si veda, a tale proposito, quanto specificato nei paragrafi 6.5.1. e 6.5.2.

Un eventuale **trattamento** con questi strumenti è consentito solo in forma **anonima**, ovvero con **dati aggregati** o sottoposti a **segregazione** o **crittazione**.

6.8.3. Verifiche sull'utilizzo degli strumenti di lavoro

La corretta applicazione delle procedure esposte in questo documento viene controllata dal Direttore SIA (o suo delegato) mediante verifiche a campione (dopo preventiva autorizzazione del Responsabile della Struttura ove si effettua il controllo). Tale verifica riguarderà i PC utilizzati come postazioni di lavoro e gli eventuali supporti rimovibili (CD, DVD, penne USB, etc.) di archiviazione.

Solo il lavoratore può accedere, utilizzando le proprie credenziali di autenticazione, alle seguenti unità:

1. homedir del fileserver (se attivata) in migrazione verso ONEDRIVE
2. area della postazione di lavoro a lui dedicata nel folder del proprio profilo in migrazione verso SHAREPOINT
3. mailbox del sistema di posta elettronica OUTLOOK
4. videoconferenza con TEAMS

Pertanto tutte le informazioni in altre unità di memorizzazione, sia di file server/SHAREPOINT che della postazione personale, potranno essere accedute tramite le credenziali dell'utente che opera.

Inoltre nel caso di procedura giudiziaria che ne richieda il sequestro delle aree di memoria, e solo in questo caso, citate precedentemente (1,2,3) saranno prelevate senza peraltro necessità di forzare le credenziali utente/password dell'interessato.

Mentre, su richieste del titolare del trattamento dati, in situazione di motivato rischio o danno potranno essere estratti i file di log relativi alle attività di autenticazione o interazione con i dispositivi elettronici.

Di tale attività verrà redatto a cura del Titolare del trattamento un apposito verbale e il lavoratore interessato verrà prontamente informato dell'accaduto.

6.8.4. Processo di validazione di uno strumento elettronico per il trattamento dei dati personali

Ogni struttura aziendale che intende dotarsi di uno strumento elettronico per **trattamento** dei dati personali, prima di iniziare il **trattamento** stesso deve contattare il Direttore SIA (o suo delegato), che procederà a valutare l'adeguatezza dello strumento e gli eventuali interventi di adeguamento. Lo strumento, se validato, viene incluso fra quelli previsti dal paragrafo 6.8.1. e può quindi essere utilizzato per il **trattamento**.

6.8.5. Comunicazione di data breach o eventi di sicurezza

Le segnalazioni di potenziali violazioni di dati personali sono gestite da parte dell'Ufficio privacy aziendale con il supporto del Responsabile della protezione dei dati (RPD-DPO), mediante il coinvolgimento delle diverse funzioni aziendali di competenza.

È di estrema importanza che nei confronti di ogni fattispecie segnalata venga assicurato l'immediato avvio degli adempimenti previsti dalla normativa di riferimento che consentano di minimizzare l'impatto della violazione e attenuarne i possibili effetti negativi.

Per tale ragione i soggetti che vengano a conoscenza di fatti o atti che possano configurare una concreta o sospetta violazione dei dati personali devono provvedere senza ritardo secondo una delle seguenti modalità:

1. informare il Titolare del trattamento per il tramite dell'Ufficio privacy prendendo diretto contatto con lo stesso mediante comunicazione mail ad uno degli indirizzi dedicati: dpo@asst-melegnano-martesana.it oppure privacy@asst-melegnano-martesana.it. In alternativa prendere diretto contatto telefonico utilizzando i recapiti istituzionali reperibili sul sito web aziendale: https://---/amministrazione_trasparente/privacy

nei casi di evidenza di eventi di natura privacy o incidenti generici digitali è possibile inviare segnalazione rispettivamente nelle modalità seguenti:

- a) compilazione "MODULO SEGNALAZIONE VIOLAZIONE DATI (DATA BREACH)" (vedi allegato A) ed invio all'indirizzo dedicato: dpo@asst-melegnano-martesana.it oppure o privacy@asst-melegnano-martesana.it
- b) compilazione "MODULO SEGNALAZIONE EVENTI ED INCIDENTI SICUREZZA" (vedi allegato B) ed invio all'indirizzo dedicato: dpo@asst-melegnano-martesana.it oppure o privacy@asst-melegnano-martesana.it

6.9 Responsabile della protezione dei dati

Ai sensi degli art. 38 par. 4 e 39 del GDPR, ciascun utilizzatore può contattare, attraverso l'ufficio privacy, il responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei propri dati personali.

7 Allegato A: MODULO SEGNALAZIONE VIOLAZIONE DATI (DATA BREACH)

NOME e COGNOME DEL SEGNALANTE
QUALIFICA o POSIZIONE PROFESSIONALE e STRUTTURA DI APPARTENENZA
SERVIZIO/STRUTTURA/SEDE IN CUI SI È VERIFICATA LA VIOLAZIONE
DATA/ORARIO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO (gg/mm/aaaa - hh/mm)
DESCRIZIONE DEL FATTO (indicare le modalità con cui si è venuti a conoscenza della violazione nonché fornire ogni elemento utile per consentire la ricostruzione del fatto)
ULTERIORI SOGGETTI COINVOLTI NEL TRATTAMENTO (ad es. fornitori, altri Enti, libero professionisti ecc)
CATEGORIE DI PERSONE INTERESSATE DALLA VIOLAZIONE (indicare i soggetti cui sono riferiti i dati oggetto di violazione: pazienti, utenti, dipendenti ecc.)
NUMERO IPOTIZZATO DI PERSONE COINVOLTE n. _____; ☐ indefinibile;
TIPOLOGIA DI DATI PERSONALI COINVOLTI NELLA VIOLAZIONE E NUMERO DI REGISTRAZIONI PERSE/DISTRUTTE (esami strumentali e di laboratorio, cartelle cliniche, documenti sanitari elettronici, fascicoli del personale, ecc.)
MISURE TECNICHE/ORGANIZZATIVE GIA' IN ESSERE PER GARANTIRE LA SICUREZZA DEI DATI E MISURE/AZIONI ADOTTATE A SEGUITO DELLA VIOLAZIONE (es. cambio serrature armadi, richiesta intervento Sistemi Informativi, ecc.)

**8 Allegato: MODULO SEGNALAZIONE EVENTI ED INCIDENTI SICUREZZA**

NOME e COGNOME DEL SEGNALANTE
QUALIFICA o POSIZIONE PROFESSIONALE e STRUTTURA DI APPARTENENZA
SERVIZIO/STRUTTURA/SEDE in cui si è verificata l'anomalia
DATA/ORARIO IN CUI SI È VERIFICATO IL FATTO (gg/mm/aaaa - hh/mm)

BARRARE LE OPZIONI RITENUTE RISPONDENTI ALL'INCIDENTE ACCADUTO
(massimo 1 per riquadro)

Evento/debolezza/incidente relativi a Sistemi, Reti e Comunicazioni	
Accesso non autorizzato a: computers, reti, servizi, informazioni, processi, software	
Modifiche non autorizzate a: informazioni, software, configurazioni, processi	
Indisponibilità di risorse, sistemi e servizi	
Hacking	
Compromissioni relative a: trattamento e gestione delle informazioni	
Malicious software code: virus, worm, Trojan, etc.	
Spyware e Adware	
Spam e Phishing	
Furto di informazioni	
Furto di software	
Errori di configurazione	
altri attacchi, eventi o incidenti	

Evento/debolezza/incidente relativi Personale, Collaboratori, Parti Esterne	
Errori operatore	
Abusi e coercizioni	
Comportamenti inaccettabili o sospetti	
Attività fraudolente	

Uso errato o inaccettabile di risorse	
Violazione di privilegi e/o diritti di accesso	
Furto di attrezzature	
Furto di informazioni e/o identità	
Attrezzature non presidiate, materiale sensibile lasciato incustodito	
Carenza di addestramento	

Evento/debolezza/incidente relativi a failures di sistemi, crash e malfunzionamenti

Hardware failures	
Software failures	
Communications failures	

Evento/debolezza/incidente relativi a compliance relativa alle prescrizioni legali

Non-compliance rispetto al Codice sulla Privacy (D.Lgs. 196/03 e Regolamento Europeo 2016/679) e a provvedimenti del Garante	
Non-compliance rispetto alla legislazione riguardante accessi non autorizzati, hacking, violazioni e reati informatici	
Violazioni delle norme sul diritto d'autore, sul software licensing e pirateria informatica	
Downloading di software illegale e/o materiale inappropriate (pornografico, ecc..)	
Frode	
Violazione di accordi contrattuali	
Compromissioni derivanti da non-compliance rispetto alle politiche e alle procedure aziendali	

BREVE DESCRIZIONE DEL FATTO



Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA

PEC

Attestato di partecipazione all'incontro formativo sul Manuale di gestione

Da quanto risultante dagli atti di ufficio, **si attesta che**

ALESSANDRA GETTI

ha partecipato, dalle ore 9:15 alle ore 11:15, all'incontro formativo del giorno **8 maggio 2025**, organizzato dalla scrivente Soprintendenza.

Il Soprintendente
(prof.ssa Annalisa Rossi)
Firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs. 82/2005 ss.mm.ii.



Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia

Via Senato, 10, 20121 Milano | Telefono: 0286984548

PEC: sab-lom@pec.cultura.gov.it | PEO: sab-lom@cultura.gov.it

Sito istituzionale: sab-lom.cultura.gov.it



Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia

ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA
PEC

Attestato di partecipazione all'incontro formativo sul Manuale di gestione

Da quanto risultante dagli atti di ufficio, **si attesta che**

LUCA CERATI

ha partecipato, dalle ore 9:15 alle ore 11:15, all'incontro formativo del giorno **8 maggio 2025**, organizzato dalla scrivente Soprintendenza.

Il Soprintendente
(prof.ssa Annalisa Rossi)
Firmato digitalmente
ai sensi del D.Lgs. 82/2005 ss.mm.ii.



Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia
Via Senato, 10, 20121 Milano | Telefono: 0286984548
PEC: sab-lom@pec.cultura.gov.it | PEO: sab-lom@cultura.gov.it
Sito istituzionale: sab-lom.cultura.gov.it