

MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE
DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SS. ANTONIO E BIAGIO E CESARE ARRIGO DI
ALESSANDRIA

Sommario

TITOLO I	4
DISPOSIZIONI GENERALI	4
ART. 1 – OGGETTO.....	4
ART. 2 – DEFINIZIONI	4
ART. 3 - INDIVIDUAZIONE DELL'AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA (AOO) E DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE RESPONSABILI (UOR)	6
ART. 4 – SERVIZIO PER LA TENUTA DEL PROTOCOLLO INFORMATICO DELLA GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI.....	7
ART. 5 – IL RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE.....	7
ART. 6 - MODELLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI DOCUMENTI	8
TITOLO II	9
FORMAZIONE DEI DOCUMENTI.....	9
ART. 7 – DOCUMENTO AMMINISTRATIVO.....	9
ART. 8 – FORMATO DEI DOCUMENTI	9
ART. 8.1 – FIRMA DEI DOCUMENTI	11
ART. 9 – DOCUMENTO ANALOGICO	13
ART. 10 – COPIE E DUPLICATI.....	13
TITOLO III	15
ACQUISIZIONE DEI DOCUMENTI.....	15
ART.11 – DOCUMENTI ANALOGICI	15
ART.12 – DOCUMENTI INFORMATICI.....	16
TITOLO IV	17
GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI (WORKFLOW)	17
ART.13 - DOCUMENTI SOGGETTI A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO	17
ART.14 – DOCUMENTI NON SOGGETTI A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO	17
ART. 15 – DOCUMENTO INTERNO	19
ART. 16 – DOCUMENTI IN INGRESSO.....	19
ART. 16.1 – POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA	19
ART. 16.2 – POSTA ELETTRONICA ORDINARIA.....	20
ART. 16.3 – DOCUMENTI ANONIMI	21
ART. 16.4 - TELEFAX.....	21
ART. 16.5 – CORRISPONDENZA PERSONALE	21
ART. 16.6 – DOCUMENTI NON DI COMPETENZA.....	22

ART. 16.7 – CLASSIFICAZIONE, SMISTAMENTO E ASSEGNAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN INGRESSO.....	22
ART.17 - DOCUMENTI IN USCITA.....	23
TITOLO V	24
PROTOCOLLAZIONE DEI DOCUMENTI.....	24
ART. 18 –REGISTRO DI PROTOCOLLO	24
ART. 19 – SEGNATURA DI PROTOCOLLO.....	26
ART.20 – PROCEDIMENTO DI SCANSIONE	27
ART. 21 – ANNULLAMENTO DI UNA REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO.....	27
ART. 22 – PROTOCOLLO DIFFERITO	28
ART. 23 – REGISTRO DI EMERGENZA.....	28
ART. 24 – PROTOCOLLO RISERVATO.....	29
TITOLO VI	30
SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE, FASCICOLAZIONE E PIANO DI CONSERVAZIONE	30
ART. 25 – CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI.....	30
ART. 26 – TITOLARIO DI CLASSIFICAZIONE	30
ART. 27 – FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI	31
ART. 27.1 – FASCIOLO ANALOGICO	31
ART. 27.2 – FASCIOLO INFORMATICO.....	32
ART. 27.3 – TIPOLOGIE DI FASCICOLI	32
ART. 28 - SERIE ARCHIVISTICHE	32
ART. 29 - REPERTORI.....	33
ART. 30 – ORGANIZZAZIONE DELL’ARCHIVIO	33
ART. 30.1 – ARCHIVIO CORRENTE.....	33
ART. 30.2 – ARCHIVIO DI DEPOSITO	34
ART. 30.3 – ARCHIVIO STORICO.....	34
ART. 31 - PIANO DI CONSERVAZIONE E SCARTO ARCHIVISTICO	35
ART. 32 - PROCESSO DI CONSERVAZIONE DEI FASCICOLI DIGITALI	35
TITOLO VII	36
IL SISTEMA INFORMATICO	36
ART.33 – INTEROPERABILITA’ DEL SISTEMA DI PROTOCOLLO INFORMATICO	36
ART. 34 – ABILITAZIONI DI ACCESSO INTERNO.....	36
ART. 35 – AMMINISTRATORE DEL SISTEMA	37
ART. 36 – MISURE DI SICUREZZA	37
ART. 37 - TUTELA DEI DATI PERSONALI.....	38
ART. 38 – NORMA FINALE	39

ALLEGATO N. 1 – RIFERIMENTI NORMATIVI.....	40
ALLEGATO N. 2 – AOO – UOR.....	41
ALLEGATO 3 – FORMATI DI FILE UTILIZZATI PER LA RAPPRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO INFORMATICO	42
ALLEGATO 4 – TITOLARIO DI CLASSIFICAZIONE E PIANO DI SCARTO	43
ALLEGATO N. 5 – MODALITA' DI SELEZIONE E SCARTO DEGLI ARCHIVI AZIENDALI.....	62
ALLEGATO N.6 – PIANO DI SICUREZZA RELATIVO ALLA FORMAZIONE, ALLA GESTIONE, ALLA TRASMISSIONE, ALL'INTERSCAMBIO, ALL'ACCESSO, ALLA CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI	75

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 – OGGETTO

Il presente Manuale di gestione documentale è uno strumento operativo che descrive il sistema di produzione e di gestione dei documenti analogici ed informatici, ed è aggiornato alla Determinazione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) n.407 del 9 settembre 2020 *"Adozione delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici"*. come modificata con Determinazioni n. 371/2021 del 17 maggio 2021 e n.455/2021 del 25 giugno 2021, applicabile dal 1 gennaio 2022, con contestuale abrogazione dell'art.5 del 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"*.

Esso disciplina le attività di formazione, ricezione, registrazione, classificazione, fascicolazione, trattamento ed archiviazione dei documenti, oltre che la gestione dei flussi documentali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria (di seguito Azienda), nel rispetto della normativa di riferimento di cui all'Allegato 1.

Costituisce una guida interna per l'operatore di protocollo e per i responsabili dei procedimenti amministrativi, per porre in essere le corrette operazioni di gestione documentale, oltre a fornire agli utenti esterni (cittadini, stakeholders ed operatori economici) le necessarie informazioni per poter comunicare correttamente con l'Azienda.

Le modalità di tenuta, conservazione e gestione della documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti, lastre ecc.) sono disciplinate dalla specifica normativa in materia.

Il presente manuale si applica anche alla documentazione sanitaria limitatamente a quanto non diversamente disposto dalla normativa di riferimento.

Art. 2 – DEFINIZIONI

Ai fini del presente manuale s'intende:

- per **documento amministrativo** qualsiasi rappresentazione, comunque formata, 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; può assumere la forma di documento informatico o analogico;
- per **documento analogico**, la rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti, che si caratterizza per la pluralità di forme (scrittura privata, atto

- pubblico, scrittura privata autenticata) alle quali corrisponde un diverso valore giuridico-probatorio del documento stesso, il documento informatico;
- per **documento informatico**, la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti, ossia un file, cioè una sequenza determinata di valori binari indifferente al supporto fisico su cui è memorizzata, caratterizzato da una pluralità di firme elettroniche (con il valore di sottoscrizione, firma, sigla o visto), che caratterizzano e diversificano l'efficacia giuridico-probatoria del documento stesso;
 - per **firma elettronica (f.e.)**, un meccanismo di associazione di dati in forma elettronica, utilizzati per firmare un documento elettronico e per imputare gli effetti giuridici in capo a un determinato soggetto che ne appare l'autore; il documento informatico sottoscritto con firma elettronica semplice è liberamente valutabile dal giudice sia per quanto riguarda l'efficacia giuridica che per l'efficacia probatoria tenuto conto delle sue caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità e immodificabilità; esempio di firma elettronica semplice è la mail ordinaria inviata da un indirizzo di posta elettronica ordinaria alla quale si accede con la combinazione username e password;
 - per **firma elettronica avanzata (f.e.a.)**, una firma elettronica che soddisfa i seguenti requisiti: è connessa unicamente al firmatario; è idonea a identificare il firmatario; è creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con un elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo; è collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati; se formata nel rispetto delle regole tecniche che garantiscano l'identificabilità dell'autore, l'integrità e l'immodificabilità, al pari di una scrittura privata, fa piena prova fino a querela di falso della provenienza della dichiarazione da chi l'ha sottoscritta, se colui contro il quale è prodotta ne riconosce la sottoscrizione ovvero se questa è legalmente considerata come riconosciuta; esempio di firma elettronica avanzata è la firma grafometrica apposta su tablet; è considerata una FEA - esclusivamente nei rapporti verso la Pubbliche Amministrazioni - una firma apposta con i certificati presenti sulla CIE, CNS, Tessera Sanitaria, Passaporto Elettronico o degli altri strumenti ad essi conformi; viene assimilata ad una FEA la firma elettronica con SPID che tuttavia non essendo contemplato dalla normativa europea di riferimento (Regolamento eIDAS 2014/910 e 2024/1183) è valida solo entro i confini nazionali;
 - per **firma elettronica qualificata (f.e.q.)**, una firma elettronica avanzata creata da un dispositivo per la creazione di una firma elettronica qualificata e basata su un certificato qualificato per firme elettroniche;
 - per **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;

- per **protocollo informatico**, lo strumento per la gestione dei flussi documentali, adottato nel rispetto delle indicazioni contenute nel DPR n.445/2000;
- per **gestione informatica dei documenti**, l'insieme delle attività finalizzate alla registrazione e segnatura di protocollo, nonché alla classificazione, organizzazione, assegnazione, reperimento e conservazione dei documenti amministrativi formati o acquisiti dalle amministrazioni, nell'ambito del sistema di classificazione d'archivio adottato, effettuate mediante sistemi informatici;
- per **impronta del documento informatico**, una sequenza di simboli binari di lunghezza predefinita, generata mediante l'applicazione al documento di una funzione matematica di HASH che assicura l'univocità del risultato;
- per **segnatura di protocollo**, l'apposizione o l'associazione, all'originale del documento, in forma permanente e non modificabile, delle informazioni che consentono di identificare/individuare in modo inequivocabile il documento stesso [cfr. art. 1, comma 1, lettera s), del D.P.R. 445/2000];
- per **Servizio**, il Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi [cfr. art. 61, comma 1, del D.P.R. 445/2000];
- per **amministratori di sistema**, gli utenti dell'applicativo abilitati a funzioni non ordinarie di gestione dell'applicativo stesso (es. modifica titolario, modifica organigramma, annullamento ecc.);
- per **fascicolazione**, l'operazione di riconduzione dei singoli documenti classificati in tanti fascicoli corrispondenti a altrettanti affari o procedimenti amministrativi;
- per **assegnazione**, l'operazione di individuazione della Struttura/soggetto competente per la trattazione del procedimento amministrativo o affare, cui i documenti si riferiscono.

Art. 3 - INDIVIDUAZIONE DELL'AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA (AOO) E DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE RESPONSABILI (UOR)

Al fine di assicurare criteri uniformi e coordinati di gestione dei documenti, l'Azienda, ai sensi dell'art. 50 comma 4 del DPR n.445/2000, ha istituito un'unica Area Organizzativa Omogenea (AOO), denominata Protocollo Generale, composta dall'insieme di tutte le strutture/uffici, che usufruiscono, in modo omogeneo e coordinato, di servizi comuni per la gestione dei flussi documentali e le Unità organizzative responsabili (UOR), articolazioni della struttura dell'AOO, descritte nell'allegato 2, con riferimento all'organigramma vigente e consultabile sul sito aziendale nella sezione Amministrazione Trasparente – Organizzazione – Articolazione degli Uffici, consultabile al seguente link: <https://trasparenza.ospedale.al.it/organizzazione/articolazione-uffici>

L'AOO e le UOR sono descritte, unitamente alle altre informazioni richieste, nell'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA) relativa all'Azienda identificata dal codice IPA *os_sant*.

È compito del Referente IPA dell'ente provvedere all'accreditamento, alla trasmissione delle informazioni richieste dalla legge e all'aggiornamento senza ritardo dei dati nel sito IPA.

Art. 4 – SERVIZIO PER LA TENUTA DEL PROTOCOLLO INFORMATICO DELLA GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI

Ai sensi dell'art.61 DPR 445/2000 è istituito un servizio per la tenuta del protocollo informatico, alla gestione dei flussi documentali e degli archivi competente per la gestione informatica dei documenti, mediante l'utilizzo del sistema informativo denominato IShareDoc.

Il servizio effettua periodicamente controlli a campione sulla congruità delle registrazioni, sul corretto inserimento dei dati e sulla sequenza della catena documentale e sull'utilizzo di un unico registro di protocollo informatico, verificando la conformità dei criteri di classificazione utilizzati.

In particolare, il servizio cura:

- il livello di autorizzazione per l'accesso al sistema di gestione documentale degli utenti secondo i profili distinti in ruoli abilitati alla sola consultazione, inserimento o modifica delle informazioni;
- la correttezza delle operazioni di registrazione, segnatura, gestione dei documenti e dei flussi documentali;
- la corretta produzione e l'invio a conservazione del registro giornaliero di protocollo;
- il ripristino delle funzionalità del sistema in caso di guasti o anomalie entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;
- la notifica ai responsabili delle UOR dell'eventuale indisponibilità del sistema e l'attivazione del registro di emergenza;
- le autorizzazioni all'annullamento delle registrazioni di protocollo;
- l'adeguamento del sistema di gestione documentale alle modifiche dell'organigramma e dell'Azienda.

Art. 5 – IL RESPONSABILE DELLA GESTIONE DOCUMENTALE

Ai sensi dell'art.3.1.2 delle Linee Guida Agid sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, l'Azienda con deliberazione del Direttore Generale nomina il Responsabile della Gestione Documentale ed il suo vicario, al fine di garantire la continuità dello svolgimento delle funzioni assegnate.

Il Responsabile della gestione documentale (RGD) è il dirigente o il funzionario in possesso di requisiti professionali o di professionalità tecnico-archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi di cui all'art.4.

È compito del Responsabile della gestione documentale:

- predisporre e mantenere aggiornato il presente manuale di gestione documentale nel rispetto della normativa in materia di trattamento dei dati personali ed in coerenza con quanto previsto nel manuale

di conservazione, d'intesa con il responsabile della conservazione, il responsabile per la transizione digitale e acquisito il parere del responsabile della protezione dei dati personali;

- definire e assicurare criteri uniformi di trattamento dei documenti e di classificazione e archiviazione, nonché di comunicazione interna tra le UOR e verso le AOO di altre amministrazioni;
- predisporre, di concerto con il responsabile della conservazione, il responsabile dei sistemi informativi e con il responsabile del trattamento dei dati personali, il piano per la sicurezza informatica di continuità operativa, di protezione dei dati personali e di analisi del rischio;
- sovrintendere e monitorare i processi e le attività che governano le fasi di formazione, gestione e versamento in conservazione dei documenti informatici;
- formare correttamente la documentazione che andrà a costituire il pacchetto di versamento (PdV) e assicurare la sua trasmissione al sistema di conservazione con i formati concordati con il conservatore e secondo le modalità operative descritte nel manuale di conservazione del sistema di conservazione;
- verificare l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA.

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

Art. 6 - MODELLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEI DOCUMENTI

Per la gestione dei documenti è adottato un modello organizzativo di tipo decentrato che prevede la partecipazione attiva di più strutture designate a concorrere nelle attività di protocollazione, di organizzazione e tenuta dei documenti sia in entrata che in uscita, e dell'archivio di rispettiva competenza, nel rispetto delle indicazioni stabilite nel presente Manuale.

I Direttori/Dirigenti responsabili di struttura individuano gli uffici (cd. uffici utenti) deputati alle attività di registrazione di protocollo e alle ulteriori funzionalità del sistema di gestione documentale (modulo delibere/determine e modulo contratti).

Compete ai Direttori/Dirigenti responsabili di Struttura:

- proporre al servizio di cui all'art.4 l'abilitazione di nuovi utenti, il livello di autorizzazione per l'accesso alle funzioni del sistema di protocollo informatico;
- garantire il buon funzionamento degli strumenti e dell'organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali;
- vigilare sull'osservanza delle disposizioni del presente regolamento da parte del personale autorizzato e degli incaricati;
- proporre l'annullamento delle registrazioni di protocollo;
- curare la formazione e la conservazione di un elenco dei fascicoli e delle serie trasferiti nell'archivio di deposito;
- curare la redazione di inventari e di altri strumenti di corredo;
- curare lo scarto d'archivio della documentazione di pertinenza.

Nel caso in cui una UOR si trovi nella impossibilità temporanea di procedere alla protocollazione di un documento può rivolgersi all'Ufficio Protocollo.

L'UOR potrà verificare l'avvenuta protocollazione e visionare il documento utilizzando la propria "scrivania di protocollo" sull'applicativo IShareDoc.

Residua un modello organizzativo di tipo accentrato unicamente per i documenti informatici pervenuti attraverso la PEC istituzionale (asoalelessandria@pec.ospedale.al.it) ovvero per quelli cartacei consegnati a mano o pervenuti tramite posta, per i quali la protocollazione e lo smistamento sono a cura degli operatori dell'Ufficio Protocollo.

TITOLO II

FORMAZIONE DEI DOCUMENTI

Art. 7 – DOCUMENTO AMMINISTRATIVO

Il documento amministrativo può assumere la forma di documento informatico o analogico. L'Azienda forma gli originali dei propri documenti con mezzi informatici, ai sensi dell'art.40 del D.Lgs.82/2005.

Il documento informatico è formato mediante una delle seguenti modalità:

- redazione tramite l'utilizzo di appositi strumenti software o cloud;
- acquisizione dall'esterno di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di un documento analogico;
- registrazione informatica delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente, previa sua autenticazione;
- generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più basi dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti;
- documento generato da form: un documento elettronico creato automaticamente da un sistema informatico a seguito della compilazione e dell'invio di uno o più moduli digitali (form). Il contenuto del documento viene popolato dinamicamente in base ai dati inseriti dall'utente nel modulo e può includere testi, tabelle, firme, e altri elementi predefiniti. Tale tipologia di documento viene utilizzato per l'iscrizione a concorsi.

Art. 8 – FORMATO DEI DOCUMENTI

Il formato è il mezzo con cui vengono rappresentati i documenti informatici.

Per la formazione dei documenti informatici l'Azienda utilizza tipologie di formato coerenti con quanto indicato nell'Allegato 2 delle Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

La scelta del formato deve garantire i principi di interoperabilità tra i sistemi di conservazione in base alla normativa vigente, nonché la leggibilità, l'inalterabilità e la reperibilità del documento informatico nell'intero ciclo di vita dello stesso.

I formati attualmente in uso sono descritti nell'allegato 3 del presente manuale, che potrà essere periodicamente aggiornato in base all'evoluzione tecnologica e/o all'obsolescenza degli strumenti software disponibili oltre che degli standard internazionali in essere.

Riguardo la scelta dei font da utilizzare, i caratteri standard da utilizzare per tutti gli atti sono di norma i seguenti:

- Programma: WORD x WINDOWS
- Tipo: Times New Roman
- Dimensione carattere: 12
- Interlinea tra i singoli periodi: 1,5
- Impostazione pagina: margine destro di cm 2,5 e margine sinistro di cm 2,5.

In apposita sezione Intranet del sito aziendale [Forms – Intranet](#) sono presenti i forms della carta intestata aziendale, dei modelli di delibere e determine ed il Manuale di Stile per una corretta ed omogenea comunicazione verso gli utenti esterni.

Per ogni ulteriore indicazione in merito alla creazione di documenti informatici accessibili si rimanda alla "Guida pratica per la creazione di un documento accessibile redatta da AGID (aggiornamento del 27/03/2017) consultabile al seguente link: [\\w2k22-fs01.ao907.net\Dati\PAGA\AAGG\Regolamenti\Guida Agid Accessibilità documenti.pdf](https://w2k22-fs01.ao907.net/Dati/PAGA/AAGG/Regolamenti/Guida_Agid_Accessibilità_documenti.pdf)

Al documento informatico vengono associati i metadati minimi generati durante la sua formazione (Determinazione AGID n. 371/2021 del 17 maggio 2021 – Allegato 5)

- identificativo univoco e persistente;
- denominazione / codice unico che individua l'Ente
- riferimento temporale;
- oggetto;
- soggetto che ha formato il documento;
- indicazione dell'UOR
- impronta del documento informatico.

Per attribuire una data certa a un documento informatico, si applicano le regole tecniche di cui al 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).

L'esecuzione del processo di marcatura temporale avviene utilizzando le procedure previste dal certificatore accreditato, con le prescritte garanzie di sicurezza; i documenti così formati, prima di essere inviati, sono sottoposti ad un controllo antivirus onde eliminare qualunque forma di contagio che possa arrecare danno diretto o indiretto all'Azienda o a terzi.

Costituiscono validazione temporale:

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

Ogni documento formato per essere inoltrato all'esterno o all'interno in modo formale:

- tratta un unico argomento indicato in maniera sintetica ma esaustiva a cura dell'autore nello spazio riservato all'oggetto;
- è riferito ad un solo protocollo;
- può far riferimento a più fascicoli.

Art. 8.1 – FIRMA DEI DOCUMENTI

Per l'espletamento delle attività istituzionali e per quelle connesse all'attuazione delle norme di gestione documentale, l'Azienda, tramite la SC ICT, fornisce la firma digitale ai soggetti da essa delegati a rappresentarla, avvalendosi di certificatori qualificati accreditati per il rilascio della firma digitale ai soggetti titolari.

L'elenco delle persone titolari di firma digitale è aggiornato e conservato a cura della S.C. ICT e Innovazione Tecnologica, cui sono assegnate, ai sensi di quanto previsto dall'art. 29 e 29 bis del DPR n.445/2000, le funzioni di "*ufficio delegato*" nei rapporti con il certificatore.

Sono compiti dell'ufficio delegato:

- accettazione delle richieste di registrazione;
- identificazione e registrazione dei dati anagrafici dell'utente;
- rilascio del certificato di firma e le credenziali di utilizzo correlate, tramite flusso telematico paperless;
- richiesta di revoca o sospensione della validità del certificato ogni qual volta vengano meno i requisiti in base ai quali sono stati rilasciati.

La firma digitale consiste sempre nella creazione di un file associato a un documento, creato dal software di firma in base al documento da firmare e al certificato del firmatario.

Un documento sottoscritto con firma digitale ha piena efficacia giuridica nel caso in cui siano rispettate le seguenti condizioni:

- la firma digitale sia apposta utilizzando un certificato di firma rilasciato da un ente accreditato in grado di identificarne in modo certo il proprietario;
- la firma digitale sia apposta utilizzando un certificato di firma in corso di validità;

- il documento non sia modificato dopo l'apposizione della firma.

Nel caso in cui venga meno anche una sola di queste tre condizioni, la firma digitale non è valida.

Il caricamento di un documento firmato digitalmente all'interno di un sistema di protocollo a norma (come l'applicativo IShareDoc) equivale a tutti gli effetti all'apposizione di una marcatura temporale e quindi, i documenti firmati digitalmente regolarmente protocollati restano validi anche dopo la scadenza del certificato utilizzato per la firma.

Una firma digitale può essere apposta in modalità diverse: CAdES, PAdES e XAdES:

a) firma CAdES (Cryptographic Message Syntax Advanced Electronic Signature):

nel caso di una firma digitale apposta con modalità CAdES, il documento firmato e il file con la firma digitale vengono inseriti insieme in una busta. Tale busta, che contiene il documento e il file della firma, è anch'essa un file con estensione .p7m.

Questa modalità di firma ha le seguenti caratteristiche:

- consente di firmare qualsiasi tipo di documento (.docx, .xlsx, ecc.), anche se è preferibile firmare file in formato .pdf;
- un documento firmato con modalità CAdES, modifica il suo nome, in quanto si crea una “busta crittografica” (cioè un nuovo file, che ha una sua estensione specifica e che al proprio interno contiene il documento da firmare) avente come estensione “.p7m”, che contiene sia il file firmato sia la sua impronta cifrata col certificato privato di firma;
- per verificare una firma digitale apposta con modalità CAdES e per visualizzare il documento firmato, occorre utilizzare uno degli appositi software di firma digitale come Dike 6, ArubaSign, ecc.
- con la firma CAdES è possibile anche applicare due o più firme allo stesso documento in due differenti modalità:
 1. la cosiddetta firma “a matrioska”, ossia re-imbustando in una nuova busta CAdES la busta generata della sottoscrizione precedente;
 2. le firme “congiunte”, aggiungendo cioè nella busta ulteriori firme, accompagnate dai relativi certificati.

Tutte le firme CAdES non sono visibili graficamente.

b) firma PAdES (PDF Advanced Electronic Signature):

questa modalità di firma ha le seguenti caratteristiche:

- consente di firmare esclusivamente file PDF
- il documento mantiene il proprio nome, il suo formato e la sua estensione, anche dopo essere stato sottoscritto digitalmente; pertanto, la busta crittografica che viene creata avrà sempre l'estensione “.pdf”, in quanto il certificato di firma viene direttamente incorporato nel file “.pdf” e in questo modo resta associato al documento firmato;
- questi documenti possono essere aperti e letti con un qualsiasi lettore di file PDF;
- possono riportare una firma visibile, aggiungendo l'immagine scansionata di una firma autografa, preventivamente scansionata o realizzata in digitale;

c) firma XAdES (XML Advanced Electronic Signature):

questa modalità di firma ha le seguenti caratteristiche:

- consente di firmare esclusivamente documenti in formato XML;
- come per il formato PADES, il certificato di firma viene incapsulato all'interno del file ".xml" che, pertanto, manterrà la medesima estensione anche dopo la sottoscrizione digitale

Questa tipologia di firma non viene attualmente utilizzata dagli applicativi in uso.

Art. 9 – DOCUMENTO ANALOGICO

In presenza di circostanze eccezionali debitamente documentate che non consentano la formazione del documento in formato digitale, il documento può essere prodotto in formato analogico.

Il documento analogico è un documento a valenza giuridico-probatoria, formato dal personale interno nell'esercizio delle proprie funzioni su supporto cartaceo, prodotto con strumenti informatici.

È considerato originale analogico il documento firmato nella sua redazione definitiva, perfetta ed autentica negli elementi formali e sostanziali, comprendente tutti gli elementi di garanzia e di informazione, del mittente e del destinatario e redatto su carta intestata dell'Azienda, utilizzando i forms presenti nella apposita sezione Intranet del sito aziendale [Forms – Intranet](#) aggiornati secondo i manuali della Qualità aziendali.

Il documento cartaceo viene scritto in originale in tanti esemplari quanti sono i destinatari.

Si definisce "*minuta*" l'originale del documento conservato agli atti dell'ufficio mittente, cioè nel fascicolo relativo al procedimento o all'affare trattato.

Art. 10 – COPIE E DUPLICATI

Le diverse tipologie di copie/duplicati, di documenti analogici e informatici, così come gli estratti, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale da cui sono tratte, quando la loro conformità all'originale non è espressamente disconosciuta o qualora risulti attestata nelle forme di cui agli artt. 23 e 23 bis del D.Lgs.n.82/2005 e alle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici (Determinazione AgID n.407/2020 e s.m.i. Cap.2).

a) Duplicato del documento informatico

è un documento prodotto mediante idoneo processo o strumento che assicuri che il documento informatico, ottenuto sullo stesso sistema di memorizzazione o su un sistema diverso, contenga la stessa sequenza binaria del documento informatico di origine da cui è tratto. I duplicati informatici non necessitano di attestazione di conformità all'originale da parte di un notaio o di un pubblico ufficiale, stante la loro perfetta corrispondenza nel numero e nella sequenza dei valori binari e hanno il medesimo valore giuridico del documento informatico da cui sono tratti qualora prodotti mediante processi e strumenti che assicurino la predetta sequenza.

b) Duplicato di un documento analogico

è la riproduzione di un documento analogico originale distrutto o smarrito che lo sostituisce a tutti gli effetti legali.

c) Copia del documento informatico

è un documento informatico che, mediante processi e strumenti idonei, assicura la corrispondenza della copia alle informazioni del documento informatico di origine attraverso l'utilizzo di uno dei formati idonei ai sensi della normativa vigente. La copia di un documento informatico si limita a mantenere il contenuto dei documenti originari ma non il loro formato o il supporto (ad es., il salvataggio di un file in un formato differente: da .doc a .pdf, oppure da .doc a .ods).

d) Copia di un documento analogico

Qualora si renda necessario per ragioni amministrative, si possono produrre copie di un documento cartaceo. Su ciascuna copia va apposta la dicitura "copia" a cura della struttura interessata.

La copia semplice riproduce sia il contenuto che la forma (es. fotocopia).

La copia conforme è la copia certificata come conforme all'originale da un pubblico ufficiale autorizzato ad eseguire tale attestazione nell'esercizio delle sue funzioni (copia "autentica").

e) Copia informatica del documento amministrativo analogico

è la copia su supporto informatico di documenti amministrativi in origine su supporto analogico. La copia informatica ha il medesimo valore dell'originale analogico da cui è tratta se attestata conforme dal funzionario a ciò delegato nei modi stabiliti dalla legge.

f) Estratto informatico di documento amministrativo informatico

è la copia che riproduce solo una parte del contenuto del documento ("estratto"). Gli estratti informatici prodotti in uno dei formati idonei, se sottoscritto con firma digitale o firma elettronica qualificata da chi effettua l'estratto, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale, salvo che la conformità allo stesso non sia espressamente disconosciuta.

g) Copia analogica di documento amministrativo informatico

è, di norma, la stampa cartacea di un documento informatico firmato digitalmente.

Ai sensi dell'art.3 bis comma 4-bis del D.Lgs. n.82/2005 le comunicazioni indirizzate a soggetti che non hanno un domicilio digitale ovvero nei casi di domicilio digitale non attivo, non funzionante o non raggiungibile, sono effettuate come documenti informatici sottoscritti con firma digitale, conservata all'interno del sistema di gestione documentale, con invio ai destinatari, per posta ordinaria o raccomandata con avviso di ricevimento, di copia analogica su cui è apposta l'indicazione a mezzo stampa del responsabile pro tempore in sostituzione della firma autografa ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39

Per avere la stessa validità dell'originale, la copia analogica deve essere conforme al documento originale informatico, non essendo sufficiente eseguire una semplice stampa del documento, in quanto il cambio di supporto produce la perdita per il documento di tutti quei contrassegni di validità intrinsecamente legati alla sua natura digitale (firme elettroniche/avanzate/qualificate/digitali, validazioni temporali, protocollazione informatica, ecc.) che ne caratterizzano il valore probatorio e la sua efficacia.

Per creare una copia analogica conforme ad un documento informatico è necessario essere in possesso del documento originale.

Le copie analogiche di un documento informatico prodotto dall'Azienda sono corredate dalla seguente dicitura: *“Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell’art.3 comma 2 D.Lgs.39/1993 e dell’art. 3bis, comma 4bis D.Lgs.82/2005. Copia analogica conforme al documento informatico originale, predisposto e conservato in conformità alle regole tecniche di cui all'art. 71 D.Lgs. 82/2005”*.

TITOLO III

ACQUISIZIONE DEI DOCUMENTI

Art.11 – DOCUMENTI ANALOGICI

I documenti provenienti dall'esterno sono acquisiti al sistema di gestione documentale con modalità diversificata a seconda che si tratti di documenti informatici o analogici.

Il documento analogico può essere recapitato:

- a mezzo servizio postale o corriere;
- a mezzo telefax o telegramma;
- con consegna diretta da parte dell'interessato o da persona dallo stesso delegata; nel caso in cui il documento sia consegnato direttamente a strutture/uffici interni, sarà cura del personale che lo riceve, trasmetterlo nell'arco della stessa giornata, al Protocollo Generale cui compete in via esclusiva l'attività di protocollazione.

Le notificazioni all'Azienda consegnate dall'ufficiale giudiziario sono ritirate dal personale del Protocollo Generale e trattate come i documenti pervenuti tramite il servizio postale.

La posta pervenuta viene aperta e vagliata dal personale dell'Ufficio Protocollo che provvede agli adempimenti di cui al Titolo VI.

La corrispondenza che pervenga indirizzata genericamente all'Azienda, alla Direzione Generale, ai singoli Uffici, ovvero nominativamente al personale dell'Azienda ma con indicazione del ruolo o servizio è ricevuta, di norma, dal Protocollo Generale, qualunque sia l'indirizzo indicato (Sede Legale o sedi decentrate).

L'eventuale apposizione sul documento in arrivo di un timbro-datario, ne attesta unicamente il ricevimento, ma non è sostitutivo della segnatura di protocollazione e della registrazione informatica.

Qualora il documento cartaceo sia consegnato direttamente dal mittente o da altra persona incaricata al Protocollo Generale, ed è richiesto il rilascio di una ricevuta attestante l'avvenuta consegna, il personale è autorizzato a:

- fotocopiare gratuitamente la prima pagina del documento;
- apporre gli estremi della segnatura se contestualmente alla ricezione avviene anche la protocollazione;
- utilizzare apposito modulo di ricevuta per documenti non fotocopiable per forma o dimensioni
-

Art.12 – DOCUMENTI INFORMATICI

La ricezione dei documenti informatici indirizzati all'Azienda è assicurata tramite:

- caselle di posta elettronica certificata riservate a questa funzione, i cui indirizzi sono pubblicati sul sito aziendale e sull'Indice PA;
- caselle di posta elettronica ordinaria istituzionale info@ospedale.al.it e caselle aziendali con dominio ospedale.al.it e aou.al.it;
- download da siti Ministeriali, regionali e di altri enti pubblici, ovvero da piattaforme digitali
- supporto removibile consegnato direttamente o tramite servizio postale/corriere agli uffici utenti;

Nel caso di ricezione di documenti informatici per via telematica, la notifica al mittente dell'avvenuto recapito è assicurata dal servizio di posta elettronica certificata utilizzato dall'Azienda.

Ogni struttura dotata di una casella di posta elettronica certificata, attraverso il proprio personale precedentemente individuato e formato, garantisce almeno una volta al giorno, tramite l'utilizzo dell'apposita procedura associata al programma di gestione informatica dei documenti:

- la verifica della posta in arrivo a detti indirizzi;
- l'eliminazione dei messaggi spam;
- gli eventuali successivi adempimenti connessi alla protocollazione e distribuzione della stessa alle altre strutture interessate;
- l'archiviazione dei documenti pervenuti non soggetti a protocollazione

La verifica della corrispondenza in arrivo alla casella di posta elettronica certificata istituzionale asoalelessandria@pec.ospedale.al.it è effettuata dal personale del Protocollo Generale e della Segreteria Generale di Direzione, a ciò preposto.

La PEC utilizzata dall'ente è di tipo "aperto" ed è integrata nel sistema di gestione documentale.

Pertanto, può ricevere documenti informatici sia da altre PEC che da indirizzi di posta elettronica ordinaria.

I file devono pervenire nei formati standard previsti dalla normativa vigente e riportati nell'Allegato 3.

I documenti allegati devono avere le seguenti caratteristiche: formato aperto, stabile, completo, leggibile, non modificabile, privo di codici eseguibili, macro-istruzioni, link.

In caso di invio di file compressi, i file originali in essi contenuti devono rispondere alle specifiche sopra indicate.

La somma dei singoli file e della busta di trasporto non dovrà superare il limite previsto dal gestore di PEC, pari a 2 GB

Se i file trasmessi sono firmati digitalmente, la firma digitale dovrà sottostare alle seguenti condizioni:

- le firme devono riferirsi a file nei formati .pdf o .p7m;
- le firme e le marche temporali devono essere incluse nel documento (embedded e non detached: il file firmato e la firma devono essere contenuti in un'unica busta-file);
- le firme devono essere valide al momento della ricezione da parte dell'Azienda.

Le istanze e le dichiarazioni trasmesse per via telematica sono valide se sottoscritte mediante firma digitale basata su di un certificato qualificato, rilasciato da un certificatore accreditato, e generata mediante un dispositivo per la creazione di una firma sicura, ovvero quando l'autore è identificato dal sistema informatico attraverso l'uso della carta d'identità elettronica, o della carta nazionale dei servizi, o con strumenti che comunque consentano di accertare l'identità del soggetto.

Qualora i documenti informatici pervenuti non siano leggibili dai sistemi informatici a disposizione dell'Azienda o nel caso la firma digitale non sia valida, il personale della struttura provvede ad informare il mittente della necessità di regolarizzare il documento inviato, previa registrazione a protocollo sia del messaggio ricevuto che di quello inviato.

TITOLO IV

GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI (WORKFLOW)

Art.13 - DOCUMENTI SOGGETTI A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO

I documenti formati ed acquisiti, ad eccezione di quelli indicati al successivo art. 14, indipendentemente dal supporto sul quale sono formati, sono soggetti a registrazione obbligatoria di protocollo.

Art.14 – DOCUMENTI NON SOGGETTI A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO

In applicazione dell'art. 53 comma 5 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., sono esclusi dalla registrazione di protocollo le seguenti tipologie di documenti:

- a) documenti che non presentano rilevanza giuridico-amministrativa: stampe pubblicitarie, stampe informative, inviti, biglietti d'occasione (auguri, ringraziamenti, congratulazioni...), note di ricezione delle circolari, note di ricezione di altre disposizioni;
- b) Gazzette Ufficiali, Notiziari PA, Bollettini Ufficiali della Regione, libri, giornali, riviste e ogni sorta di pubblicazione;
- c) documenti prodotti quali allegati (ad esempio studi, statistiche, progetti, grafici, etc.), che non necessitano di ulteriore registrazione di protocollo oltre quella relativa alla nota cui sono allegati;
- d) documentazione già soggetta a specifica registrazione:

- deliberazioni e determinazioni dirigenziali
- contratti e convenzioni
- mandati di pagamento
- fatture elettroniche
- domande di partecipazione a concorsi attraverso il portale ISON (IScrizioniONline)
- offerte di gare svolte attraverso piattaforme di e procurement (Sintel, Mepa...)
- ordini d'acquisto di beni e servizi tramite il sistema digitale di trasmissione documenti NSO (Nodo Smistamento Ordini)
- verifica della regolarità contributiva tramite il servizio Durc On Line
- denunce di infortunio dei dipendenti
- corrispondenza restituita da soggetti esterni a vario titolo (indirizzo inesatto, rifiuto del mittente ecc.);

e) documentazione per sua natura esclusa da registrazione:

- accordi con le OOSS;
- bozze di documenti;
- attestazioni di formazione;
- variazione di sedi e anagrafe di ditte fornitrici
- certificati medici dipendenti, richieste ferie, permessi, rimborsi spese
- richieste personale dipendente compilate su appositi moduli aziendali (ad es. ferie, permessi retribuiti, recupero ore, giustificativi omesse timbrature, rimborso spese)
- comunicazioni da parte di enti di bandi di concorso
- comunicazioni informali che consistono in meri scambi di informazioni che non impegnino l'Azienda verso terzi
- cartelle cliniche, referti, relazioni e ogni altra documentazione clinico diagnostica.

Qualora, fermo restando il consenso esplicito dell'interessato o per assolvere a specifici obblighi di legge, si rendesse necessaria la protocollazione di documenti e/o di allegati a documenti contenenti dati particolari ex art. 9 del GDPR 2016/679 (relativi all'origine razziale o etnica, alle opinioni politiche, alle convinzioni religiose o filosofiche, all'appartenenza sindacale, ai dati genetici e biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona) o giudiziari ex art. 10 GDPR 679/2016, nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, l'invio deve essere fatto direttamente dalle strutture abilitate ad operare su IShare e dotate di casella PEC, ossia la Segreteria Generale di Direzione per la corrispondenza a firma del Direttore Sanitario o la Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri, per quelle a firma del Direttore Medico dei Presidi o suo delegato, ricorrendo a sistemi di crittografia e password di sicurezza, secondo le istruzioni rilasciate dalla SC ICT, nel rispetto dei regolamenti aziendali vigenti e della Procedura aziendale di gestione dei dati personali e particolari.

Art. 15 – DOCUMENTO INTERNO

I documenti interni, sono quelli prodotti dalla Direzione Generale, o dalle singole strutture dell'Azienda e formati dal personale interno nell'esercizio delle proprie funzioni, destinati alla circolazione interna, ivi comprese le semplici comunicazioni tra uffici.

Si distinguono funzionalmente in:

- a) documenti di preminente carattere informativo;
- b) documenti di preminente carattere giuridico-probatorio.

Si intendono documenti interni di preminente carattere informativo le memorie informali, gli appunti, le brevi comunicazioni di rilevanza meramente informativa scambiati tra gli uffici, gli atti preparatori interni intesi come documenti informali di cui non è necessario tenere traccia in archivio e/o giuridicamente irrilevanti e, di norma, non vanno protocollati.

Si intendono documenti interni di preminente carattere giuridico-probatorio i documenti redatti dal personale nell'esercizio delle proprie funzioni e al fine di documentare atti o provvedimenti amministrativi dai quali sorgano diritti, doveri o legittime aspettative di terzi o dalla cui adozione decorrano conseguenze giuridico-amministrative nell'ambito di un procedimento (ad es. ordini di servizio, contestazione di addebiti disciplinari, rilascio di deleghe, atti di nomina, istanze, pareri); tale tipologia documentale è sempre soggetta a registrazione di protocollo.

In ogni caso la valutazione in merito all'opportunità di procedere alla protocollazione di documenti interni è rimessa al Direttore/Dirigente Responsabile della struttura mittente, che si avvarrà se necessario della consulenza del Responsabile della Gestione Documentale.

La corrispondenza interna cartacea deve essere inserita in busta chiusa riportante gli estremi del soggetto mittente, in modo da consentire la restituzione in caso di disguido o di mancato recapito.

Nell'ambito del sistema di gestione documentale è previsto anche il flusso per l'adozione delle deliberazioni e delle determine dirigenziali, interamente in formato digitale, soggette a fascicolazione ma non a protocollazione in quanto sottoposte a registrazione particolare ai sensi del successivo art.29.

Art. 16 – DOCUMENTI IN INGRESSO

La protocollazione dei documenti in ingresso da parte di ciascuna UOR deve avvenire, di norma, in giornata, e comunque, in particolari ed eccezionali situazioni di sovraccarico di lavoro, non oltre le due giornate lavorative successive al ricevimento.

La protocollazione dei documenti attesta la certezza giuridica della data, della forma e della provenienza di un documento.

Art. 16.1 – POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

La posta elettronica certificata costituisce un mezzo di trasmissione che consente lo scambio di comunicazioni e documenti la cui trasmissione e ricezione sono giuridicamente rilevanti. Tale modalità di trasmissione dei documenti viene utilizzata nei casi in cui sia necessario avere prova opponibile dell'invio e della consegna del documento trasmesso.

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

- identificazione del mittente, se coincide con l'autore del documento;
- garanzia dell'integrità e della riservatezza dei messaggi;
- data certa di spedizione e consegna dei messaggi;
- ricevuta di avvenuta consegna o avviso di mancato recapito;
- tracciatura dei messaggi a cura del gestore.

Qualora pervenga ad una PEC un documento informatico sottoscritto con firma digitale, il personale dell'UOR ricevente verifica la validità della firma apposta e la leggibilità del documento, e procede alla registrazione del documento all'interno del sistema di protocollo informatico.

La verifica preliminare della validità del documento comprende le seguenti operazioni:

- apertura della busta "virtuale" contenente il documento firmato;
- verifica della validità del certificato;
- verifica della firma (o delle firme multiple)

Nel caso di ricezione di documenti informatici tramite posta elettronica certificata, la notifica al mittente dell'avvenuto recapito del messaggio è assicurata dal servizio di posta elettronica certificata utilizzato con gli standard specifici.

Qualora la PEC non sia utilizzata come mezzo di trasmissione di un documento informatico, ma la comunicazione sia costituita dal mero corpo della e-mail, si procede alla registrazione del messaggio nel sistema di gestione documentale se il contenuto è rilevante a fini giuridico-probatori.

Art. 16.2 – POSTA ELETTRONICA ORDINARIA

Il documento inviato tramite posta elettronica ordinaria costituisce un documento informatico sottoscritto con firma elettronica semplice, in quanto il mittente viene identificato inserendo il proprio username e la propria password.

Si possono avere i seguenti casi:

- documento che arriva alla casella di posta elettronica istituzionale info@ospedale.al.it gestita dalla Segreteria Generale di Direzione;
- documento che arriva alla casella di posta elettronica istituzionale di una UOR diversa. La UOR ricevente può protocollarla in autonomia o girare l'e-mail con forward/inoltra corredata degli eventuali allegati all'Ufficio Protocollo che converte il file in Pdf/A, lo registra nel protocollo informatico indicando come mittente l'autore della e-mail e associa il file PDF/A alla registrazione.

L'e-mail è un mezzo di trasmissione che può anche costituire documento informatico se il messaggio è contenuto nel corpo della mail stessa.

Art. 16.3 – DOCUMENTI ANONIMI

Le lettere anonime e quelle prive di firma o con firma illeggibile devono essere protocollate, apponendo nelle note rispettivamente la dicitura “*mittente sconosciuto o anonimo*” oppure “*documento non firmato*” e consegnate alla Segreteria Generale di Direzione per la successiva assegnazione.

La valutazione di tali documenti è rimessa alla struttura individuata quale destinataria del documento. Anche la documentazione pervenuta senza lettera di accompagnamento è protocollata al pari di qualunque altro documento.

I documenti informatici firmati digitalmente con certificato di firma scaduto o revocato, ricevuti dall’Azienda, vengono protocollati.

Se il documento anonimo è pervenuto a mezzo PEC, e non sia possibile risalire all’identità del mittente tramite interrogazione delle piattaforme INI-PEC, SEND, si lascia come mittente l’indirizzo PEC.

Sarà cura della struttura destinataria per competenza richiedere al mittente la regolarizzazione del documento con nota protocollata.

Art. 16.4 - TELEFAX

Il documento in arrivo tramite fax, o con altro mezzo informatico o telematico, da altri enti pubblici o privati o da singoli utenti, risponde al requisito della forma scritta e non richiede l’invio del documento originale, purché sia possibile accertarne con sicurezza la fonte di provenienza.

I documenti ricevuti via fax da enti e soggetti esterni terzi vanno protocollati e scannerizzati contestualmente alla registrazione a protocollo.

Qualora il documento sia anticipato via fax, all’originale cartaceo successivamente pervenuto, sarà attribuito lo stesso numero di protocollo.

Il fax va allegato all’originale.

Se l’originale successivamente pervenuto differisce dal fax pervenuto in precedenza, l’originale va considerato un documento diverso e pertanto va protocollato con un nuovo numero.

La segnatura di protocollo deve essere apposta sul documento e non sulla copertina.

Art. 16.5 – CORRISPONDENZA PERSONALE

La corrispondenza nominativamente indirizzata a singole persone fisiche, pur operanti all’interno dell’Azienda ma senza indicazione del ruolo, dell’ufficio o della struttura di appartenenza, o recante la dicitura “riservata”, o “personale”, o “confidenziale”, o altre diciture che presumano una riservatezza della comunicazione stessa, viene consegnata in busta chiusa al destinatario, il quale, dopo averne preso

visione, se valuta che i documenti ricevuti siano relativi a procedimenti amministrativi, è tenuto a trasmetterli al Protocollo Generale per la registrazione.

Art. 16.6 – DOCUMENTI NON DI COMPETENZA

Nel caso pervengano documenti cartacei recanti sulla busta un destinatario diverso dall'Azienda, o dai suoi uffici, gli stessi devono essere restituiti all'ufficio postale.

Nella circostanza in cui venga erroneamente aperta una busta che porta l'indirizzo di un'altra Amministrazione, questa viene richiusa e rispedita al destinatario scrivendo sulla busta la dicitura *"Pervenuta e aperta per errore dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Alessandria"*.

Nel caso pervenga all'Azienda un documento correttamente indirizzato ma non di competenza dell'Azienda, lo stesso viene protocollato e con successiva nota protocollata viene segnalato al mittente la non competenza dell'Azienda.

Nel caso in cui venga erroneamente protocollato un documento non indirizzato all'Azienda, si attiva la procedura per l'annullamento della registrazione di protocollo e il documento correttamente indirizzato viene restituito al mittente con nota protocollata.

Art. 16.7 – CLASSIFICAZIONE, SMISTAMENTO E ASSEGNAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN INGRESSO

L'Ufficio Protocollo e la Segreteria Generale di Direzione eseguono la prima classificazione (o classificazione di primo livello) del documento in ingresso sulla base del titolario di classificazione vigente di cui all'allegato 4.

La classificazione di primo livello comporta l'assegnazione del documento alla struttura destinataria secondo le macrofunzioni generali dell'Azienda, ripartite secondo le competenze attribuite a ciascuna struttura aziendale in base al piano di organizzazione.

L'attività di smistamento consiste nell'operazione di assegnazione di un documento analogico protocollato, segnato e classificato da parte del Protocollo generale o della Segreteria Generale di Direzione all'Ufficio competente.

Il responsabile dell'ufficio assegnatario (o suo delegato), qualora ritenga motivatamente che il documento non sia di sua competenza, può restituirlo tempestivamente al Protocollo Generale o alla Segreteria Generale di Direzione, che provvederanno ad una nuova assegnazione.

Il sistema di gestione informatica del protocollo assicura la tracciabilità di tutti i passaggi, memorizzando l'identificativo dell'utente che effettua l'operazione, con la data di esecuzione.

L'ufficio assegnatario riceve in originale il documento analogico ed è incaricato delle successive operazioni di classificazione (classificazione di secondo e, eventualmente, di terzo livello) e

fascicolazione, vale a dire della corretta creazione e gestione del fascicolo relativo all'affare o al procedimento cui il documento si riferisce.

I destinatari "per conoscenza" del documento analogico lo ricevono esclusivamente in formato digitale e lo possono consultare dall'applicativo aziendale.

La corrispondenza di pertinenza delle singole articolazioni sanitarie dipartimentalizzate viene assegnata in prima istanza alla Direzione Medica dei Presidi, che, a sua volta, provvede all'assegnazione alla struttura interessata.

Art.17 - DOCUMENTI IN USCITA

Il documento informatico in partenza, sottoscritto con firma digitale, deve essere registrato a protocollo dall'Ufficio Protocollo o dall'UOR mittente incaricato di siffatto tipo di operazione e abilitato ad accedere al sistema informatico aziendale.

Il file firmato digitalmente deve essere associato nel contesto dell'operazione di registrazione con memorizzazione nel sistema di protocollo aziendale.

Le e-mail inviate da una casella istituzionale aziendale sono considerate sottoscritte con firma elettronica semplice e sono soggette a protocollazione se il contenuto è rilevante al fine giuridico-probatorio.

In questo caso si procede alla conversione dell'e-mail in formato PDF/A prima di provvedere alla sua registrazione.

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

Nelle ipotesi residuali di cui all'art.10 lett. e) in cui sia necessario l'invio a mezzo posta ordinaria di copie analogiche di documenti informatici, queste sono trasmesse all'ufficio Protocollo per la registrazione a sistema.

Nel caso di invio di documentazione cartacea contenente dati sensibili, nella busta dovrà essere riportata la dicitura "contiene dati sensibili soggetti alla tutela della privacy ai sensi della vigente normativa in materia di trattamento dei dati apribile solo da personale autorizzato".

Al personale dell'Ufficio Protocollo compete la verifica della correttezza formale del documento analogico in partenza (intestazione, firma, allegati, indirizzo ecc.).

La compilazione di moduli, se prevista (ad es. nel caso di spedizioni per raccomandata con ricevuta di ritorno, posta celere, corriere) è a cura degli uffici mittenti.

Quando si presenti la necessità di protocollare un numero consistente di documenti in uscita, deve esserne data di norma comunicazione all'ufficio protocollo con almeno due giorni lavorativi di anticipo, onde concordare tempi e modi di protocollazione e di spedizione.

Qualora le comunicazioni abbiano identico contenuto (posta massiva) ma siano da inviare a differenti destinatari (ad es. inviti a gare pubbliche, convocazioni concorsuali) può utilizzarsi il destinatario fittizio

“Destinatari diversi. Loro sedi”, attribuendo alla comunicazione un unico numero di protocollo, valevole per tutti i destinatari, risultanti da apposito elenco anch’esso scannerizzato.

L’Ufficio Protocollo provvede alle operazioni necessarie per l’invio della corrispondenza in partenza (ad es.: pesatura e affrancatura delle lettere ordinarie, affrancatura delle lettere fuori formato, pesatura, timbratura ed affrancatura posta prioritaria, ricezione e verifica delle distinte di raccomandate compilate ed etichettate dagli uffici, pesatura, affrancatura e registrazioni delle raccomandate estere ecc.).

L’Ufficio Protocollo effettua i conteggi relativi alle spese giornaliere e mensili sostenute per le operazioni di invio della corrispondenza, e cura l’invio delle ricevute di ritorno al mittente, che si fa carico di archiviarle nel fascicolo.

In un’ottica di ulteriore impulso alla digitalizzazione ed automazione dei processi, è prevista l’adesione dell’Azienda a SEND, la Piattaforma nazionale per le notifiche digitali della pubblica amministrazione, che consentirà di rendere più efficienti le notifiche, garantendo la validità legale anche in caso di mancata consegna o irreperibilità assoluta del destinatario.

Per i provvedimenti notificati tramite SEND l’utente riceve un avviso di avvenuta ricezione via PEC o tramite raccomandata semplice o A\R, che lo invita ad accedere al provvedimento online e gli comunica le istruzioni sulle diverse modalità di accesso al provvedimento disponibili.

L’utente può anche ricevere un avviso di cortesia tramite app IO, sms o email se si è già registrato al servizio SEND-Notifiche Digitali presente in app IO o tramite la piattaforma SEND, inserendo i propri contatti cellulare ed email.

L’adesione a SEND sarà preceduta da opportuna attività formativa del personale preposto ed informativa sul sito aziendale a beneficio degli utenti.

TITOLO V

PROTOCOLLAZIONE DEI DOCUMENTI

Art. 18 –REGISTRO DI PROTOCOLLO

Il registro di protocollo è un atto pubblico idoneo a produrre effetti giuridici in quanto fa fede dell’effettivo ricevimento o dell’avvenuta spedizione o della creazione di un documento.

Contiene gli elementi minimi e fondamentali per l’identificazione univoca, certa, efficace ed immediata dei documenti.

Il protocollo gestito con sistema informatico consente di:

- garantire la sicurezza e l’integrità dei dati
- garantire la corretta e puntuale registrazione dei documenti in entrata ed in uscita
- assicurare l’accesso agli atti nel giusto bilanciamento degli interessi tutelati dalla L.241/1990 e s.m.i. e dal D.Lgs.196/2003 e s.m.i.
- fornire informazioni statistiche sul flusso documentale dell’Azienda

- creare un archivio documentale completamente informatizzato.

Con la sua attivazione, cessano di avere efficacia i protocolli diversi dal protocollo informatico (protocolli multipli, di settore, di telefax).

Il registro di protocollo unico per tutta la corrispondenza in entrata e in uscita dell'Azienda si apre il 1 gennaio e si chiude il 31 dicembre di ogni anno.

La registrazione di protocollo di un documento è eseguita dopo averne verificato l'autenticità, la provenienza e l'integrità; con particolare riguardo ai documenti prodotti dall'Azienda, è vietata la registrazione di protocollo in assenza del documento a cui la registrazione si riferisce o in assenza della sottoscrizione.

La registrazione a protocollo, per ogni documento ricevuto o spedito, è effettuata mediante la memorizzazione nel sistema informatico aziendale di una serie di informazioni costituite da:

- elementi obbligatori, di rilevanza giuridico-probatoria, cioè di attestazione e certificazione di atti, fatti o eventi giuridicamente rilevanti (c.d. registratura);
- elementi accessori, di rilevanza amministrativa, gestionale e organizzativa; tali elementi possono aggiungersi alla registratura per migliorare l'efficienza degli affari, dei procedimenti amministrativi, dell'archivio e/o delle banche dati.

Gli elementi obbligatori che la procedura informatica deve registrare per attribuire valore giuridico – probatorio al documento, sono:

- il numero progressivo di protocollo generato automaticamente dal sistema informatico e non modificabile;
- la data di protocollo generata in modo automatico dal sistema informatico e non modificabile;
- il mittente del documento in arrivo o il destinatario per il documento in partenza;
- la data ed il numero di protocollo del mittente, ove presenti;
- l'oggetto del documento;
- la struttura alla quale il documento è assegnato ovvero la struttura che lo ha prodotto;
- il numero di allegati e la loro descrizione;
- l'impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, costituita dalla sequenza di simboli binari in grado di identificarne univocamente il contenuto;
- il tipo di spedizione o di ricezione (raccomandata, posta prioritaria, a mano ecc.).

La registrazione dei dati obbligatori è eseguita in un'unica operazione, senza possibilità per l'operatore di inserire le informazioni in più fasi successive, ai sensi dell'art. 53, comma 3, del testo unico.

Sono considerati elementi accessori:

- la data del documento ricevuto;
- il numero di protocollo del documento ricevuto;
- il collegamento a documenti precedenti e susseguenti;
- il termine per riscontro;
- la classificazione del documento attraverso il titolare;
- il numero del fascicolo;
- l'indicazione dei termini di conservazione e di scarto;

- le ulteriori informazioni sul mittente o destinatario (eventuale ragione sociale completa, ecc.);

I dati accessori sono modificabili senza necessità di annullare la registrazione di protocollo fermo restando che il sistema informatico di protocollo tiene sempre registrazione di tali modifiche.

La procedura di annullamento di una registrazione di protocollo avviene secondo quanto previsto dall'art.21 e deve comunque garantire la tracciabilità delle modifiche apportate e l'identificazione dell'operatore abilitato ad eseguirle.

Il sistema di gestione informatica del protocollo tiene traccia di tutti i passaggi, memorizzando l'identificativo dell'utente che effettua l'operazione con la data di esecuzione.

La procedura informatica svolge le seguenti funzioni minime:

- registrazione dei dati
- visualizzazione e stampa di documenti già protocollati e delle informazioni memorizzate
- ricerca dei documenti registrati
- stampa del registro di protocollo
- recupero del protocollo manuale in caso di interruzione del sistema informatizzato.

Ogni numero di protocollo individua un solo documento, in arrivo o in partenza, e, di conseguenza, ogni documento reca un solo numero di protocollo.

È tuttavia consentito dare un unico numero di protocollo a più documenti identici in partenza, indirizzati a molteplici soggetti diversi, utilizzando un destinatario fittizio (ad es. ditte diverse, o destinatari diversi), sempre che l'elenco dei destinatari sia trasmesso all'Ufficio Protocollo per gli adempimenti di competenza.

Non è possibile protocollare un documento con un numero già utilizzato.

È fatto assoluto divieto agli addetti al protocollo l'attribuzione del numero di protocollo a documenti che non sono presentati materialmente all'ufficio stesso e quindi la sua comunicazione per mezzo del telefono o con altri strumenti.

Art. 19 – SEGNATURA DI PROTOCOLLO

La segnatura di protocollo, effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione, in forma permanente e non modificabile, è l'associazione all'originale del documento, delle informazioni riguardanti il documento stesso.

La registrazione e la segnatura costituiscono un'operazione unica e contestuale avente entrambe la natura di atto pubblico.

La segnatura di protocollo deve contenere i seguenti elementi minimi indispensabili:

- identificazione dell'Azienda,
- numero di protocollo,
- data del protocollo

Art.20 – PROCEDIMENTO DI SCANSIONE

I documenti prodotti e ricevuti su supporto cartaceo, dopo le operazioni di registrazione e segnatura, sono acquisiti in formato immagine attraverso un processo di scansione.

Il processo di scansione avviene in diverse fasi:

- acquisizione delle immagini, in modo tale che a ogni documento, anche composto da più pagine, corrisponda un unico file in formato standard abilitato alla conservazione;
- verifica della leggibilità e della qualità delle immagini acquisite;
- collegamento delle immagini alle rispettive registrazioni di protocollo in modo non modificabile;
- memorizzazione delle immagini su supporto informatico, in modo non modificabile.

Sono esclusi dalla scansione solo quei documenti o allegati per i quali la procedura di scansione sia impossibile o difficoltosa in ragione del formato (documento rilegato e voluminoso, foglio di carta eccedente il formato A4, ecc.) o per il tipo di supporto (CD, DVD, ecc.) e, in ogni caso, i documenti e gli allegati in formato cartaceo che superino n. 30 fogli in formato A4.

Nei casi in cui, per le ragioni suesposte, non sia possibile digitalizzare integralmente i documenti e gli allegati, va inserita specifica annotazione nel campo “Note” della registrazione del protocollo (ad es. “documento cartaceo composto da n _ fogli”; “allegato composto da n _ fogli”)

Non vengono riprodotti in formato immagine per ragioni di tutela della riservatezza i seguenti documenti:

- i certificati medici contenenti la diagnosi
- i documenti la cui acquisizione, a giudizio del responsabile del procedimento, non è opportuna al fine di tutelare esigenze di riservatezza.

Art. 21 – ANNULLAMENTO DI UNA REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO

In caso di errore materiale nella registrazione, il sistema di gestione documentale consente l'annullamento.

Si possono annullare i documenti che si riferiscono alle seguenti fattispecie:

- documento già precedentemente protocollato;
- documento protocollato e non più spedito;
- documento in arrivo, protocollato ma indirizzato ad altro ente, con comunicazione scritta da inviare al mittente con la segnalazione dell'errore;
- documento protocollato, indirizzato all'Azienda ma di pertinenza di altro Ente, al quale andrà trasmesso con nota protocollata.

In tali ipotesi, la procedura riporta la dicitura “*annullato*” in posizione visibile e tale da consentire la lettura di tutte le informazioni originarie, unitamente alla data e all’ora della modifica, al nome dell’operatore che l’ha effettuata e agli estremi del provvedimento di autorizzazione.

Le registrazioni di protocollo possono essere annullate solo se autorizzate dal RGD o, se assente, dal suo vicario.

La richiesta scritta di annullamento deve contenere il numero di protocollo da annullare ed i motivi dell’annullamento e va associata al documento di cui si chiede l’annullamento.

La registrazione di un elemento accessorio del protocollo può essere modificata, integrata o cancellata secondo le necessità, fermo restando che la procedura deve tracciare data e ora della variazione, nonché il codice identificativo dell’operatore che l’ha effettuata.

Le informazioni relative alla registrazione di protocollo annullate rimangono memorizzate nel registro informatico del protocollo per essere sottoposte alle elaborazioni previste dalla procedura, ivi comprese le visualizzazioni e le stampe, nonché la data, l’ora, l’autore dell’annullamento e gli estremi della registrazione di protocollo dell’autorizzazione all’annullamento del protocollo.

In tale ipotesi la procedura riporta la cancellazione in modo tale da consentire la lettura di tutte le informazioni originarie. Il sistema registra l’avvenuta rettifica, la data e il soggetto che è intervenuto.

Art. 22 – PROTOCOLLO DIFFERITO

Il protocollo differito, ammesso in via eccezionale per i documenti in arrivo, e soltanto in presenza di un notevole carico di lavoro temporaneo, è un provvedimento che indica e descrive i documenti da sottoporre a protocollazione differita, le cause e il termine entro cui deve comunque avvenire la registrazione.

Il protocollo differito è autorizzato dal RGD, o se assente, dal suo vicario, qualora, dalla mancata registrazione nella medesima giornata lavorativa di ricezione, possano venire meno diritti di terzi.

In tali casi, farà fede il timbro-datario d’arrivo per i documenti analogici, mentre per i documenti informatici la data certa di ricezione di un documento pervenuto a un indirizzo PEC è quella indicata dal rapporto di ricezione della PEC, come previsto dall’art. 41, comma 4, lettera c) del DPCM 22 febbraio 2013.

Art. 23 – REGISTRO DI EMERGENZA

Nei casi in cui il sistema di protocollo informatico, non possa essere utilizzato per più di 24 ore, il RGD, d’intesa con la SC ICT, autorizza lo svolgimento anche manuale delle operazioni di registrazione di protocollo e di classificazione, su un supporto alternativo denominato “registro di emergenza” (registro cartaceo, oppure installato su uno o più computer non collegati in rete), dandone immediata comunicazione a ciascuna UOR.

Sul registro sono riportati:

- la causa, la data e l'ora di inizio dell'interruzione;
- la data e l'ora del ripristino della procedura informatica;
- il numero di registrazioni manuali per ogni giornata di registrazione;
- gli estremi del provvedimento di autorizzazione.

Qualora l'interruzione si prolunghi per cause eccezionali oltre le 24 ore, l'RGD può autorizzare l'uso del registro di emergenza per periodi successivi, riportando sul registro gli estremi dell'autorizzazione.

La successione numerica utilizzata sul registro di emergenza (formato RE 01 – RE 02.....RE 100.....RE1000), anche in presenza di più interruzioni, deve identificare in modo univoco il documento. Sul registro di emergenza, per ogni giornata di registrazione manuale, è riportato il numero totale di registrazioni.

Il registro di emergenza si rinnova ogni anno solare ed è da considerarsi come un repertorio del protocollo unico.

Il RGD annoterà sul registro unico i periodi di attivazione del registro di emergenza.

Qualora nel corso dell'anno solare non sia stato utilizzato il registro d'emergenza, il RGD la tenuta del protocollo informatico ne annoterà il mancato uso.

Le informazioni relative ai documenti protocollati in emergenza, sono inseriti nel sistema informatico non appena questo venga ripristinato, utilizzando una apposita funzione di recupero dei dati.

Fino al completamento dell'inserimento dei dati relativi ai documenti protocollati in emergenza, è inibita la possibilità di procedere a nuove protocollazioni.

Ogni registrazione del registro di emergenza avrà un nuovo numero di protocollo e la numerazione proseguirà dall'ultimo numero risultante al momento dell'interruzione.

In questo caso il documento sarà registrato con due numeri diversi: l'efficacia giuridica probatoria sarà garantita dal numero del registro di emergenza, mentre l'efficienza sarà garantita dall'unicità del flusso documentale e dalla normalizzazione dei dati gestionali.

Art. 24 – PROTOCOLLO RISERVATO

Nell'ambito dell'Azienda, esiste un protocollo riservato alla Direzione Generale; si tratta di un'area riservata del protocollo generale, gestita da una postazione diversa dal Protocollo Generale con specifiche abilitazioni per l'inserimento dei profili, per la scansione e per le successive attività di visualizzazione e gestione dei documenti protocollati.

Sono sottoposte a protocollo riservato alcune tipologie di documenti tra le quali, a mero titolo esemplificativo:

- i documenti sottratti all'accesso ai sensi dell'art. 24 della L.241/1990 o coperti da segreto ai sensi della normativa vigente, o la cui conoscenza può compromettere gli interessi dell'Azienda;

- i documenti personali e riservati (ad es. relativi a procedimenti civili, penali, amministrativi o disciplinari, ai quali siano sottoposti dipendenti dell'Azienda);
- i documenti di competenza del Servizio Ispettivo.

Il documento riservato seguirà le normali regole della protocollazione, classificazione e fascicolazione degli altri documenti.

L'accesso ai dati di protocollo è consentito solo agli operatori espressamente designati ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del D. Lgs 196/2003 come modificato dal D.Lgs 101/2018.

Il ricorso al protocollo riservato è eccezionale.

TITOLO VI

SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE, FASCICOLAZIONE E PIANO DI CONSERVAZIONE

Art. 25 – CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI

La classificazione dei documenti è l'operazione necessaria ad assicurare l'organizzazione dei documenti secondo un ordinamento logico, in relazione alle competenze, alle funzioni ed alle attività esercitate dall'Azienda.

Tutti i documenti prodotti o pervenuti, indipendentemente dal supporto sul quale vengono formati, protocollati o non protocollati, sono classificati secondo il titolario di classificazione di cui all'allegato 4 valido per tutta l'Azienda.

Il documento è classificato dopo la protocollazione.

La classificazione è un indice numerico di lettere e cifre arabe (es. A/2.2).

La classificazione può avvenire a vari livelli, dal più generale al più specifico.

Normalmente si articola gerarchicamente e uniformemente su tre livelli:

- Primo livello – Titolo: identifica le macrofunzioni generali dell'Azienda ripartite secondo le competenze attribuite a ciascuna struttura aziendale in base al piano di organizzazione;
- Secondo livello – Classe: consente di identificare le macro attività all'interno di ciascuna funzione;
- Terzo livello – Sottoclasse: è un ulteriore livello di classificazione che identifica le attività di specifica competenza all'interno di ciascuna funzione

La classificazione del documento di livello successivo al primo è demandata al responsabile del relativo procedimento amministrativo in base al titolario adottato dall'Azienda

Art. 26 – TITOLARIO DI CLASSIFICAZIONE

Il titolario di classificazione di cui all'allegato 4 è lo strumento utilizzato per classificare i documenti amministrativi e sanitari in base alle materie di competenza e alle funzioni esercitate, secondo il piano

di organizzazione aziendale, permettendo di organizzare in maniera omogenea i documenti che si riferiscono a medesimi affari o a medesimi procedimenti amministrativi.

Il titolario di classificazione è costituito da un sistema di titoli, ciascuno dei quali articolato in partizioni gerarchicamente ordinate, dal generale al particolare, finalizzate alla corretta gestione dell'archivio fin dal momento della sua formazione.

Il titolario è un documento "aperto" e pertanto soggetto a modifiche e integrazioni periodiche, introdotte anche in relazione ad eventuali intervenute modifiche dell'assetto organizzativo.

Il titolario è adottato con separato provvedimento da parte del Direttore Generale.

Il sistema di gestione documentale garantisce che le voci del titolario siano storicizzate, mantenendo stabili i legami dei fascicoli e dei documenti con la struttura del titolario vigente al momento della loro registrazione.

La disattivazione di voci di titolario comporta l'impossibilità di effettuare nuove registrazioni e di aprire nuovi fascicoli.

Art. 27 – FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI

Qualora un documento dia luogo all'avvio di un nuovo procedimento, il soggetto preposto (Responsabile del procedimento o Dirigente responsabile della struttura) provvede all'apertura di un nuovo fascicolo.

Tutti i documenti, indipendentemente dal loro supporto, debbono essere riuniti in fascicoli.

Nel fascicolo devono essere conservati i documenti relativi ad un medesimo procedimento classificati in maniera omogenea; ad ogni fascicolo corrisponde, di norma, un solo procedimento o affare riferito ad un'attività in corso o già espletata.

Art. 27.1 – FASCIOLO ANALOGICO

Il fascicolo analogico contiene tutti i documenti su supporto cartaceo di competenza della struttura, pertinenti il medesimo procedimento o affare.

I documenti nativi analogici vengono inseriti all'interno dei fascicoli secondo il numero di protocollo ad essi attribuito o, se assente, secondo la propria data. e la loro sedimentazione avviene in modo tale che si individui subito il documento più recente (ordine di sedimentazione).

L'ordine cronologico di sedimentazione è rispettato anche all'interno dei sottofascicoli, se istituiti.

Il sottofascicolo può essere chiuso prima del fascicolo, ma non viceversa, in quanto di norma trattasi di un sub-procedimento o di un endo-procedimento stesso.

Ogni fascicolo analogico ha una copertina riportante i seguenti elementi utili alla sua individuazione:

- anno di istruzione;
- indice di classificazione (titolo/classe del titolario di classificazione);
- numero di fascicolo;

- oggetto, ossia la descrizione del procedimento o affare cui si riferisce il documento;
- struttura competente e responsabile del procedimento

Il Responsabile del procedimento, o un suo delegato, cura la fascicolazione del documento dall'apertura del fascicolo alla sua chiusura.

Il fascicolo analogico chiuso verrà trasferito con cadenza annuale all'archivio di deposito.

Art. 27.2 – FASCICOLO INFORMATICO

Il fascicolo informatico contiene tutti i documenti informatici pertinenti il medesimo procedimento o affare, compresi quelli corrispondenti alla rappresentazione informatica di documenti analogici cartacei (file risultante dalla scansione del documento cartaceo originale).

Il fascicolo informatico è creato dal Responsabile del procedimento amministrativo o da un suo delegato tramite il sistema di protocollo informatico ed è visualizzabile e modificabile da tutti gli utenti in grado di accedere ai documenti della UOR responsabile.

Qualora lo si ritenga necessario, è possibile inserire all'interno del fascicolo digitale anche documenti di carattere strumentale non soggetti a registrazione di protocollo, mediante la modalità denominata "non protocollati" prevista dal sistema di protocollo informatico.

Art. 27.3 – TIPOLOGIE DI FASCICOLI

I fascicoli si suddividono in:

a) fascicoli relativi a procedimenti o affari.

Tali fascicoli contengono solo documenti cui è stata attribuita la medesima classificazione.

b) fascicoli del personale;

Per ogni dipendente deve essere istituito, un apposito fascicolo nominativo, da aprire al momento dell'assunzione e chiudere al momento della cessazione del rapporto di lavoro.

A differenza dei fascicoli relativi a procedimenti o affari, il fascicolo del personale contiene documenti che riportano diversa classificazione, peraltro sempre riferita alla gestione della carriera della persona.

I fascicoli del personale costituiscono una serie archivistica conservata secondo ordine di matricola.

Art. 28 - SERIE ARCHIVISTICHE

La serie archivistica consiste in un raggruppamento di unità archivistiche aggregate per caratteristiche omogenee, quali la natura e la forma del documento (es. le circolari, i contratti, i verbali) oppure in base alla materia trattata, all'affare o al procedimento al quale afferiscono (i fascicoli).

Art. 29 - REPERTORI

Per repertorio si intende il registro dove sono annotati cronologicamente i documenti soggetti a registrazione particolare.

Sono attivi i seguenti repertori:

- Deliberazioni e determinazioni dirigenziali;
- Contratti e convenzioni
- Verbali del Collegio dei Sindaci;
- Verbali del Collegio di Direzione;
- Verbali del Consiglio dei Sanitari;
- Verbali dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);
- Registro d'emergenza

Art. 30 – ORGANIZZAZIONE DELL'ARCHIVIO

L'archivio e i singoli documenti che lo compongono sono beni culturali inalienabili, sin dal momento del loro inserimento nell'archivio dell'Azienda, mediante la registrazione a protocollo.

L'archivio non può essere smembrato e deve essere conservato nella sua organicità.

L'archivio è funzionalmente suddiviso in archivio corrente, di deposito e storico.

I locali destinati ad archivio devono essere idonei e conformi alle vigenti norme di sicurezza e la documentazione deve essere conservata utilizzando arredi, scaffalature e impianti di aerazione/condizionamento adeguati ad assicurarne l'integrità e l'ordinata conservazione.

La tenuta, la conservazione e la gestione della documentazione sanitaria corrente (cartelle cliniche, referti, lastre, ecc.) rimane in carico ai Direttori delle strutture sanitarie.

La Direzione Medica dei Presidi è responsabile della tenuta e della conservazione della documentazione sanitaria trasferita nell'archivio di deposito o storico secondo la specifica normativa in materia.

I Direttori/Dirigenti responsabili delle strutture non sanitarie rispondono della corretta tenuta, conservazione e gestione della documentazione corrente e di deposito a essi afferente.

Art. 30.1 – ARCHIVIO CORRENTE

L'archivio corrente è costituito dall'insieme dei documenti relativi ai procedimenti e alle attività in corso di istruttoria e di svolgimento.

L'archivio corrente è conservato dai responsabili dei procedimenti amministrativi, ai quali spettano le relative incombenze di gestione archivistica del documento, nel rispetto delle disposizioni interne in materia di classificazione e fascicolazione.

Il Responsabile del Procedimento è tenuto alla conservazione ed alla custodia dei documenti relativi ai procedimenti in corso di propria competenza per un periodo non inferiore ad anni uno dalla data della sua conclusione.

Art. 30.2 – ARCHIVIO DI DEPOSITO

L'archivio di deposito è costituito dalla parte di documentazione relativa ad affari esauriti, non più occorrenti alla trattazione dei processi in corso, ma non ancora destinata alla conservazione permanente o alla libera consultazione da parte del pubblico, e quindi non ancora trasferiti all'archivio storico (documenti relativi ad affari o procedimenti conclusi da meno di 40 anni).

I fascicoli cartacei relativi a procedimenti conclusi, devono essere versati, a cura del responsabile del procedimento, almeno una volta l'anno, nell'archivio di deposito, accompagnati da una distinta dei fascicoli trasferiti.

L'organizzazione dei fascicoli rimane quella dell'archivio corrente.

Prima di procedere al versamento del fascicolo, è compito del responsabile del procedimento provvedere:

- allo scarto di eventuali copie e fotocopie di documentazione di cui è possibile l'eliminazione, al fine di garantire la presenza dei soli documenti relativi alla pratica trattata, senza inutili duplicazioni;
- alla verifica circa la corretta organizzazione del materiale da riversare.

I fascicoli che riguardano il personale devono essere trasferiti dall'archivio corrente all'archivio di deposito l'anno successivo a quello di cessazione dal servizio.

I documenti giacenti nell'archivio di deposito possono essere consultati da chi ne fa richiesta nel rispetto della normativa vigente.

In caso di prelevamento, il responsabile dell'archivio deve annotare la richiesta di prelevamento del documento e del movimento effettuato.

Art. 30.3 – ARCHIVIO STORICO

L'archivio storico è costituito dall'insieme dei documenti relativi ad affari o procedimenti conclusi da almeno 40 anni e destinati alla conservazione permanente per garantirne la consultazione al pubblico.

I documenti conservati nell'archivio storico sono liberamente consultabili, ferme le eccezioni di cui all'art. 122 del D.Lgs.42/2004 (Codice dei Beni culturali).

La consultazione dei documenti contenenti dati sensibili può essere autorizzata anche prima della scadenza dei termini prescritti, attenendosi alle norme contenute rispettivamente nel Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi storici e nel Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali per scopi statistici e scientifici.

Art. 31 - PIANO DI CONSERVAZIONE E SCARTO ARCHIVISTICO

Il piano di conservazione e scarto archivistico con le relative disposizioni attuative di cui all'allegato 5 contiene i termini di selezione periodica e di conservazione permanente delle tipologie di documenti e dei fascicoli ed è integrato con il sistema di classificazione.

Le indicazioni relative ai tempi di conservazione sono soggette ad approvazione da parte della Soprintendenza Archivistica per il Piemonte e la Valle d'Aosta.

Un documento si definisce scartabile quando ha perso totalmente la sua rilevanza amministrativa e non ha assunto alcuna rilevanza storica.

Il piano contiene un elenco aggiornato della documentazione amministrativa e sanitaria per la quale è stato previsto un termine di conservazione (sia esso illimitato o temporaneo) con l'indicazione dei tempi minimi di conservazione.

Ai sensi dell'art.21 comma 1 lett. d) del D.Lgs.42/2004 (Codice dei beni culturali e del paesaggio), il provvedimento di scarto è subordinato alla preventiva autorizzazione del Ministero per i beni e le attività culturali – Soprintendenza Archivistica per il Piemonte e la Valle d'Aosta.

Lo scarto d'archivio avviene periodicamente a cura di ciascun Direttore/Dirigente responsabile di struttura, con le modalità descritte nel regolamento per lo scarto dei documenti d'archivio.

Anche prima che siano trascorsi 40 anni dalla conclusione dei relativi procedimenti è opportuno procedere, in occasione delle operazioni di selezione e scarto, al versamento all'archivio storico (limitatamente alla documentazione destinata alla conservazione perenne) qualora la documentazione abbia perduto l'interesse giuridico-amministrativo per acquisire quello squisitamente storico-culturale.

Art. 32 - PROCESSO DI CONSERVAZIONE DEI FASCICOLI DIGITALI

Ai sensi dell'art.4.5 delle Linee Guida AGID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, con delibera del Direttore Generale viene nominato quale Responsabile della Conservazione (RdC) un dirigente o ad un funzionario interno in possesso di idonee competenze giuridiche, informatiche ed archivistiche, tenuto all'impostazione, supervisione, manutenzione e aggiornamento del sistema di conservazione.

L'Azienda ha affidato il processo di conservazione a soggetto esterno in possesso dei requisiti prevista dalla normativa vigente.

Le modalità sono indicate nei manuali di conservazione dell'Azienda e del conservatore Trust Technologies consultabile al seguente link:

https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/evocst01ttpomo1400007-manualeconservazione.pdf

Lo spostamento di fascicoli digitali, dall'archivio corrente all'archivio di deposito è di responsabilità del Responsabile del procedimento, il quale li archivia all'interno del sistema di protocollo informatico e mette in atto le procedure descritte all'interno del Manuale di conservazione.

Il Responsabile della conservazione, in accordo con il Responsabile della gestione Documentale provvede, almeno una volta all'anno, a trasferire i fascicoli informatici chiusi in conservazione, generando e trasmettendo i pacchetti di versamento al sistema di conservazione, secondo le regole previste nel Manuale di conservazione, avvalendosi anche di processi di automazione disponibili nel sistema di protocollo informatico.

TITOLO VII

IL SISTEMA INFORMATICO

Art.33 – INTEROPERABILITA' DEL SISTEMA DI PROTOCOLLO INFORMATICO

Per interoperabilità dei sistemi di protocollo informatico si intende la possibilità di trattamento automatico, da parte di un sistema di protocollo ricevente, delle informazioni trasmesse da un sistema di protocollo mittente, allo scopo di automatizzare le procedure e i processi amministrativi conseguenti, per lo scambio di informazioni e per l'erogazione di servizi (art. 55, comma 4 del Testo Unico e artt. 1 e 12, comma 2 del CAD).

Per realizzare l'interoperabilità tra i sistemi di protocollo informatico utilizzati dalle varie pubbliche amministrazioni è stato necessario, in primo luogo, stabilire uno standard di comunicazione che consentisse la trasmissione telematica dei documenti e dei dati ad essi associati.

I meccanismi di interoperabilità messi in atto da IShareDoc, che è il sistema di gestione documentale realizzato da Digi4Doc attualmente utilizzato dall'Azienda, adottano tale standard, permettendo l'interoperabilità anche verso altre Pubbliche Amministrazioni dotate di sistemi di protocollo informatico diversi.

L'applicativo in uso è integrato con la rubrica IPA e si sta dotando di ulteriori integrazioni con le piattaforme di interoperabilità a livello nazionale.

Art. 34 – ABILITAZIONI DI ACCESSO INTERNO

L'accesso al sistema avviene a seguito del superamento di una procedura di autenticazione che richiede al soggetto l'inserimento delle proprie credenziali (Nome utente e password).

Il Direttore/Dirigente Responsabile di struttura individua i propri collaboratori autorizzati ad accedere al sistema di gestione documentale.

L'accesso interno al sistema prevede livelli differenziati:

- mera consultazione: l'utente abilitato può solo visualizzare le registrazioni di protocollo con esclusione dei documenti riservati;
- inserimento e modifica: l'utente abilitato può inserire i dati e procedere alla registrazione del documento, modificare gli elementi accessori del protocollo con esclusione degli elementi obbligatori e dell'eventuale riclassificazione dei documenti in arrivo già protocollati che compete esclusivamente al personale dell'Ufficio Protocollo o della Segreteria Generale di Direzione.

Ogni utente è abilitato alla sola visione dei documenti prodotti o assegnati alla propria struttura di appartenenza.

Fanno eccezione alla regola di cui al comma precedente e pertanto hanno visibilità su tutti i documenti protocollati:

- la Direzione Generale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario);
- la Segreteria Generale di Direzione;
- il personale dell'Ufficio Protocollo Generale e il RGD, con esclusione dei documenti protocollati sul protocollo riservato.

Art. 35 – AMMINISTRATORE DEL SISTEMA

L'amministratore del sistema è la persona che può effettuare operazioni particolari e straordinarie sul sistema di gestione documentale, quali il ripristino del sistema, il rilascio di abilitazioni di accesso, e le modifiche delle opzioni di configurazione del programma.

L'amministratore di sistema è individuato nel Direttore SC ICT o suoi delegati.

Art. 36 – MISURE DI SICUREZZA

Il programma di protocollo informatico e di gestione documentale utilizzato dall'Azienda assicura le seguenti funzionalità:

- a) univoca identificazione ed autenticazione degli utenti;
- b) garanzia di accesso alle risorse esclusivamente agli utenti abilitati;
- c) tracciamento permanente di qualsiasi evento di modifica delle informazioni trattate e l'individuazione del suo autore

In base a quanto indicato nelle Linee Guida AGID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici le misure di sicurezza sono contemplate nel "Piano per la sicurezza informatica relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, all'interscambio, all'accesso e alla conservazione dei documenti informatici", di cui all'allegato 6.

Art. 37 - TUTELA DEI DATI PERSONALI

L'Azienda, in quanto titolare dei dati di protocollo e dei dati personali contenuti nella documentazione amministrativa, dà attuazione alle disposizioni contenute nel D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. e nel GDPR n.679/2016 in materia di trattamento dei dati con atti formali aventi rilevanza interna ed esterna. Tutto il personale del Protocollo Generale ed il personale delle singole Strutture autorizzato ad accedere al sistema di protocollo informatico ed a trattare i dati di protocollo, acquisisce la qualifica di "*persona autorizzata*" al trattamento dei dati personali ex art. 2 quaterdecies del D.Lgs.n.196/2003 e s.m.i. e dell'art.4, n. 10, del GDPR 679/2016 e riceve dal proprio responsabile le istruzioni per il corretto trattamento dei dati e copia del presente Manuale.

In particolare, è richiesto di:

- conservare in luogo sicuro le credenziali di accesso all'applicativo IShare;
- non divulgare/cedere nemmeno temporaneamente le proprie credenziali di accesso a terzi;
- aggiornare periodicamente la propria password nel rispetto delle tempistiche aziendali;
- verificare l'esattezza degli indirizzi dei destinatari (sia digitali che ordinari);
- utilizzare ogni più opportuna cautela nel caso di invio di documenti contenenti dati particolari ex art. 9 GDPR 679/2016;
- evitare di inserire nell'oggetto delle comunicazioni, ovvero nella denominazione dei file riferimenti a detti dati;
- utilizzare ove necessario il flag "riservato" nella schermata dell'applicativo di IShare;
- ricorrere a sistemi di cifratura dei documenti.

Il personale autorizzato ad accedere al sistema di protocollo informatico è altresì tenuto al segreto d'ufficio.

Relativamente agli adempimenti esterni, l'Azienda garantisce che i documenti trasmessi ad altre pubbliche amministrazioni riportino le sole informazioni relative a stati, fatti e qualità personali previste da leggi e regolamenti e strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità per le quali vengono acquisite.

L'accesso al sistema, disciplinato secondo livelli differenziati in base alle abilitazioni previste, è consentito solo da postazioni di lavoro autenticate mediante la richiesta di credenziali di identificazione (*username e password*).

Gli utenti abilitati e l'amministratore non possono, in nessun caso, cancellare gli elementi obbligatori del protocollo.

Il sistema, al fine di evitare manipolazioni, deve permettere e garantire la visualizzazione di ogni operazione di variazione dei dati già registrati.

Al fine di garantire la non modificabilità delle operazioni di registrazione, il contenuto del registro informatico di protocollo, almeno al termine della giornata lavorativa, va riversato, nel rispetto della normativa vigente, su supporti informatici non riscrivibili.

Tali supporti rimovibili sono conservati dalla stessa persona che ha realizzato il riversamento, diversa dal RSP.

Il responsabile della conservazione delle copie di riserva è individuato con separato provvedimento di nomina, nel quale sono altresì indicati, in dettaglio, i compiti e le responsabilità connesse alla funzione. Tutti i dispositivi classificati “di sistema” (server, apparati attivi di rete, firewall) sono coperti da un servizio di manutenzione che garantisce tempi di intervento adeguati per il ripristino degli apparati.

Art. 38 – NORMA FINALE

Il presente regolamento è operativo dal giorno della pubblicazione della deliberazione di approvazione. Dopo la sua formale approvazione, il Manuale è pubblicato sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente-Atti generali” prevista dall’art. 9 del d.lgs. 33/2013. L’Azienda adegua il presente manuale all’evoluzione normativa, organizzativa e tecnologica in materia. Per tutto quanto non previsto, si fa rinvio alla normativa vigente.

Allegato n. 1 – Riferimenti normativi

I principali riferimenti normativi presi in considerazione ai fini della redazione del presente

Manuale di Gestione Documentale sono i seguenti:

- a) Legge 241/1990, *Nuove norme sul procedimento amministrativo*;
- b) DPR 445/2000, *Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*;
- c) DPR 37/2001, *Regolamento di semplificazione dei procedimenti di costituzione e rinnovo delle Commissioni di sorveglianza sugli archivi e per lo scarto dei documenti degli uffici dello Stato*;
- d) D.lgs 196/2003 *recante il Codice in materia di protezione dei dati personali*, come aggiornato con D.Lgs.101/2018;
- e) D.lgs. 42/2004, *Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137*;
- f) D.lgs. 82/2005, *Codice dell'amministrazione digitale*;
- g) 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*;
- h) DPCM 22 febbraio 2013, *Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71*;
- i) DPCM 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*;
- j) 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*, come aggiornato con Reg. UE 2014/1183;
- k) Reg. UE 679/2016, *relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE*;
- l) Circolare 18 aprile 2017, n. 2/2017 dell'Agenzia per l'Italia Digitale, *recante le misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni*;
- m) Determinazione dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) n.407 del 9 settembre 2020 *"Adozione delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici"*. come modificata con Determinazioni n. 371/2021 del 17 maggio 2021 e n.455/2021 del 25 giugno 2021
- n) Piano Triennale per l'Informatica AGID 2024-2026

Allegato n. 2 – AOO – UOR

AOO

Protocollo Generale

UOR

Area ICT e Innovazione Tecnologica

Area Politiche Risorse Umane

Area Sviluppo Strategico e Innovazione Organizzativa

Avvocatura

Contabilità e Patrimonio

Direzione generale-Segreteria generale

Direzione medica dei Presidi Ospedalieri - Dipsa

Farmacia ospedaliera

Formazione Comunicazione Fundraising e Processi Amministrativi DAIRI/URP

Infrastruttura Ricerca Formazione ed Innovazione

Processi Amministrativi Generali e di Approvvigionamento

Servizi Aziendali e rapporti Enti esterni

Servizio di Prevenzione e Protezione

Servizio Privacy aziendale

Tecnico ed Efficientamento Energetico

Allegato 3 – Formati di file utilizzati per la rappresentazione del documento informatico

- Testo
 - .pdf utilizzabile per documenti che non devono o non possono essere modificati; ammissibile per l'invio in conservazione; da prediligere lo standard PDF/A (archivistico) e, ove possibile, le versioni accessibili (PDF/A-1a, PDF/A-2a, PDF/A-3a)
 - .txt ammissibile per l'invio in conservazione per dati tabellari o strutturati
- Database individuali
 - .csv ammissibile per l'invio in conservazione per dati tabellari o strutturati
- Immagini
 - .tiff / .tiff/A nella versione senza compressione è ammissibile per l'invio in conservazione
 - .jpg / .jpeg / .png formati ammissibili per l'invio in conservazione solo per casi particolari
- Suoni
 - .wav formato ammissibile per l'invio in conservazione
- File firmati digitalmente e/o con marcatura temporale (ammissibili in conservazione in funzione del file firmato o marcato)
 - .pdf (firma PAdES, con o senza marcatura temporale)
 - .p7m (firma CAdES, con o senza marcatura temporale)
 - .tsd (file marcati temporalmente)

Allegato 4 – Titolario di classificazione e piano di scarto

TITOLO A - AREA AMMINISTRATIVA				
CATEGORIA A/1 - AMMINISTRAZIONE GENERALE				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/1.1	Normativa e provvedimenti	Normativa statale, regionale e relativi provvedimenti attuativi (circolari, direttive, provvedimenti di autorità indipendenti, decreti ministeriali)	Illimitato	
A/1.2	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Atto aziendale, Provvedimenti aziendali (deliberazioni e determine dirigenziali e relativo registro), Regolamenti aziendali, Documenti di programmazione (lavori, acquisti, assunzioni), Atti di coordinamento attività sanitarie ed amministrative, Piani aziendali, Piani Emergenza, Nomine per particolari funzioni (ufficiale rogante, responsabile anticorruzione, responsabile trasparenza, mobility manager ecc..) Deleghe (di funzioni, di attività, di firma) Funzioni delegate da altri enti	Illimitato	Circ.44/2005 Min. Beni e Attività Culturali.
A/1.3	Controlli interni ed esterni	Ispezioni, prescrizioni, sanzioni, controlli organi di vigilanza (Corte Conti, Ministero Salute, Arpa, SPRESAL, NAS, Finanza, VV.FF., Procura ...)	Illimitato	
		Controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, schede di budget, monitoraggi, auditing	10 anni	
A/1.4	Sistema qualità e risk management	Incident reporting, analisi rischi clinici, piano annuale risk management, statistica sinistri, customer satisfacion, audit qualità,	Illimitato (5 anni per verbali audit e questionari customer)	

		procedure aziendali, certificati ISO ...		
CATEGORIA A/2 - ORGANI ED ORGANISMI				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/2.1	Organo di indirizzo (Direttore Generale)	Atti di nomina, cessazione, trattamento giuridico, economico, valutazioni	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
A/2.2	Organismi direttivi (Direttore Sanitario/Amministrativo)	Atti di nomina, cessazione, trattamento giuridico, economico, valutazioni	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
A/2.3	Organo di controllo interno (Collegio Sindacale)	Atti di designazione, costituzione, cessazione, revoca dei singoli componenti da parte organi preposti. Rilievi e richieste di chiarimenti, verbali sedute e atti inerenti. Attribuzione competenze economiche (indennità, rimborsi spesa, ecc...)	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
A/2.4	Collegi, Comitati e Commissioni (Collegio Direzione, Consiglio Sanitari, OIV, UPD, CUG, Comitato Etico, Comitati Scientifici, Commissione Farmaceutica, Collegi Tecnici, Tavoli tecnici interni e sovraziendali ...)	Atti di nomina, sostituzioni, cessazioni, funzionamento, convocazioni, verbali sedute e atti inerenti ...	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza e per la documentazione elettorale Consiglio dei Sanitari)	
CATEGORIA A/3 - AFFARI ISTITUZIONALI				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/3.1	Rapporti con altri enti istituzionali (Regione, altri enti pubblici territoriali, Sindaco, Prefetto, Conferenza Sindaci, Università...)	Convenzioni, protocolli d'intesa, convocazioni, verbali riunioni, comunicazioni, corrispondenza	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
A/3.2	Adesione e rapporti con Enti - Fondazioni - Associazioni - Consorzi	Statuto, quota associativa, convocazioni, verbali riunioni, comunicazioni, corrispondenza	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
A/3.3	Progetti di ricerca/GRANT	Domanda di finanziamento, rendicontazione e	5 anni dalla conclusione	

		documentazione attinente il progetto		
A/3.4	Comunicazione Esterna e Rapporti con il Pubblico	Conferenza aziendale di partecipazione, Carta dei Servizi	Illimitato	
		Lettere a giornali e pubbliche relazioni	Illimitato	
		Reclami, segnalazioni, risposte all'utenza, ringraziamenti, elogi, comunicati stampa, pubblicazioni aziendali, patrocinio eventi	10 anni	
A/3.5	Trasparenza e semplificazione amministrativa	Richieste accesso agli atti, accesso civico e generalizzato, e relativi riscontri, adempimenti connessi al rispetto della normativa in materia	1 anno per fini amministrativi (in caso di contenzioso per 10 anni dalla cessazione dello stesso)	
A/3.6	Tutela della riservatezza	Adempimenti connessi al rispetto della normativa in materia (Rapporti con il Garante, atti di nomina, DPIA, registro trattamenti)	Illimitato	
		Reclami	10 anni	
A/3.7	Attività di Prevenzione della Corruzione	Adempimenti connessi al rispetto della normativa in materia, (adozione PTPC e PTI, codice di comportamento, monitoraggio del RPCT) corrispondenza con le autorità competenti (ANAC, Funzione Pubblica ...)	Illimitato	
A/3.8	Rapporti con il mondo del volontariato e terzo settore	Disposizioni generali	Illimitato	Circ.Min. Sanità n.500 del 10.04.1992
CATEGORIA A/4 - RISORSE UMANE				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/4.0	Fascicolo personale	Documentazione di carattere generale relativa alla posizione del dipendente non diversamente classificabile	Illimitato	
A/4.1	Dotazione organica e gestione del personale	Fabbisogni e pianta organica. Monitoraggio della spesa	10 anni	
A/4.2	Concorsi e selezioni	Bandi, verbali di concorsi, selezioni, avvisi	Illimitato	

		di mobilità, avvisi pubblici, graduatoria finale, ecc...		
A/4.3	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Contratti individuali, fascicoli personali, periodo di prova, stati di servizio, mutamento mansioni, mobilità, trasferimenti, cessazioni, dimissioni trattamento di quiescenza (compresi riscatti, ricongiunzioni pensioni integrative...)	Illimitato	
A/4.4	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa	Documentazione relativa ai comandi e ai distacchi e alla ripresa di servizio nella sede originaria, aspettativa, congedi e altri istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa	Illimitato	
A/4.5	Trattamento economico	Documentazione relativa all'Inquadramento economico	Illimitato	
		Documentazione contabile relativa alla determinazione degli stipendi (Indennità, compensi (parte fissa e variabile), incentivazioni, progressioni economiche, assegni nucleo familiare, straordinario, pronta disponibilità, LP, missione, trasferta ...	20 anni	
		Cessioni di stipendio, delegazioni, pignoramenti presso terzi, trattenute sugli emolumenti	10 anni (dall'estinzione del debito)	
		CUD	10 anni	
		Tabulati mensili riepilogativi retribuzioni e variazioni	10 anni	
A/4.6	Presenze e assenze	Permessi, congedi, giustificativi assenze e ritardi	Illimitato nel fascicolo personale* (5 anni copie d'uso)	
		Cartellini mensili, turni	10 anni	
		Certificati di malattia, visite fiscali	10 anni da cessazione (illimitato se in busta chiusa nel fascicolo personale*)	

A/4.7	Valutazione del personale	Procedimenti disciplinari (contestazioni, verbali audizione), codici di comportamento, denunce e segnalazioni per mobbing, note di encomio, riconoscimenti	Illimitato (da inserire nel fascicolo personale*)	
		Schede di valutazione annuali e periodiche, attività dei Collegi Tecnici	10 anni	
A/4.8	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi	Versamenti mensili CPDEL, INADEL, INPS/INPDAP, indennizzo INAIL per infortunio, TFR,TFS	Illimitato	
		Pratiche assicurative per infortunio	5 anni	
A/4.9	Inabilità al lavoro, invalidità, infermità, indennizzo	Pratiche di riconoscimento di infermità ed equo indennizzo	Illimitato (da inserire nel fascicolo personale*)	
A/4.10	Formazione e aggiornamento del personale	Piani formazione, Attestati corsi, gestione crediti ECM Documentazione relativa ad attività formative interne, esterne e a distanza	10 anni	
		Documentazione relativa corsi di laurea, scuole di specialita', tirocini, frequenze	Illimitato	Accordo Stato Regioni 7.7.2016 punto 11
A/4.11	Personale non strutturato o convenzionato	Documentazione relativa a rapporti con Medici 118, personale in convenzione, incarichi esterni, volontari, specializzandi (comprese convenzioni con le scuole di specializzazione), tirocinanti, borsisti ...	Illimitato	
A/4.12	Servizio ispettivo	Atti di nomina, sostituzioni, cessazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti	Illimitato	
A/4.13	Incarichi extraistituzionali (ex art. 53 D.Lgs. 165/2001)	Documentazione inerente gli incarichi extraistituzionali (richieste, autorizzazioni, dinieghi)	Illimitato nel fascicolo personale* (5 anni copie d'uso)	
A/4.14	Libera Professione Intramoenia	Richieste, autorizzazioni, fatture, resa del conto	10 anni	
A/4.15	Relazioni sindacali e contrattazioni	Delegazioni trattanti, convocazioni, verbali riunioni, indizione	10 anni (Illimitato i contratti integrativi)	

		assemblee, elezioni RSU, scioperi, contingentamenti...		
* per fascicolo personale si intende quello formato e conservato (illimitatamente o sino ad eventuale trasferimento) presso la struttura responsabile della gestione del personale, dove confluiscono tutti i documenti necessari per ricostruire la vita lavorativa di ciascun dipendente				
CATEGORIA A/ 5 - ATTIVITA' GIURIDICO-LEGALE				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/5.1	Pareri, informative giuridiche e attività tecnico-legali	Pareri legali interni e relazioni (sottratti all'accesso)	10 anni (in caso di contenzioso per 10 anni dalla cessazione dello stesso)	
A/5.2	Contenzioso legale	Atti giudiziari (civili, penali, lavoro, amministrativi) e stragiudiziali (mediazioni, arbitrati, segnalazioni, denunce, esposti ...)	Illimitato	
A/5.3	Recupero crediti	Ingiunzioni, procedure esecutive e concorsuali, riscossione a mezzo ruolo, rivalse	10 anni dalla conclusione della procedura	
A/5.4	Assicurazioni e gestione sinistri	Rapporti con le compagnie, rapporto di brokeraggio assicurativo, gestione sinistri aperti su polizze aziendali, CGS...	Illimitato	
CATEGORIA A/6 - RISORSE FINANZIARIE E GESTIONE CONTABILE				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/6.1	Attività finanziaria e contabile	Verbalì e verifiche di cassa compresa cassa economale Ordinativi / Distinte di incasso e di pagamento, documentazione relativa alla gestione della spesa Registri contabili anche sottoforma di banca dati (libro mastro, giornali di cassa registri IVA...)	Illimitato	
		Rendiconto finanziario, Contratti di tesoreria, estratti conto operazioni bancarie, servizi bancari telematici,	10 anni	
		Ricevute pagamento ticket	5 anni	
A/6.2	Bilancio e Rendicontazione	Bilanci e rendiconti della gestione, libro cespiti.	Illimitato	

		Situazioni contabili periodiche, libro cespiti		
		Assegnazione budget di spesa	10 anni	
A/6.3	Gestione entrate-uscite	Donazioni in denaro	Illimitato	
		Ricognizione debiti/crediti gestione liquidatoria. Discarico agenti contabili	10 anni	
A/6.4	Gestione fiscale e imposte	Modello 770 (dichiarazione sost.imposta), Modello UNICO (redditi IRAP e IVA) Certificazioni RA	10 anni	
CATEGORIA A/7 - GESTIONE E ORGANIZZAZIONE DEL PATRIMONIO				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/7.1	Progettazione e costruzione di beni immobili con relativi impianti	Documentazione relativa alla progettazione e realizzazione degli immobili dell'azienda e alla relativa impiantistica (progettazione, direzione lavori, collaudi, contratti, planimetrie, progetti di costruzione, ecc...), comprese le procedure di gara	Illimitato	
A/7.2	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi	Documentazione relativa ai procedimenti per l'acquisto (comprese accensione di mutui, finanziamenti, anticipazioni di cassa, accettazione di donazione) di terreni, edifici, strutture e immobili di vario tipo, nonché la loro destinazione d'uso e l'ordinaria gestione patrimoniale (compresi gli atti e i documenti comprovanti la proprietà di immobili, la gestione di lasciti, eventuali modifiche della destinazione d'uso, nonché l'inventario beni immobili) Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di immobili, a comodati d'uso di beni	Illimitato	

		immobili (superfici, servitù) Documentazione che si riferisce alla alienazione, vendita, cessione o permuta di immobili, compresa l'eventuale indizione e gestione di asta pubblica Documentazione relativa alla costituzione e/o trasferimento di diritti reali sugli immobili (servitù e superficie)		
		Documentazione riferita alle utenze	10 anni	
A/7.3	Lasciti, donazioni e comodati d'uso di beni mobili e beni in prova	Documentazione relativa all'acquisizione e gestione di beni mobili (compresi quelli con valore artistico) da lasciti o donazioni. Documentazione relativa a donazioni/lasciti in denaro Documentazione relativa a comodati d'uso di beni mobili	Illimitato	
		Documentazione relativa a beni in prova	10 anni dal termine della prova	
A/7.4	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione	Documentazione relativa alle procedure di appalto per la ristrutturazione, manutenzione, restauro di immobili, per la manutenzione di impianti e per la riparazione e manutenzione di tutti i beni mobili, comprese apparecchiature elettromedicali, di laboratorio e biomediche	Illimitato	
		Documentazione relativa a manutenzione impianti (verbali e libretti) e beni elettromedicali (richieste intervento)	Illimitato 10 anni	
		Documentazione relativa a piccoli interventi	Illimitato 5 anni	

		tecnici (falegnameria, vetreria, idraulica ...)		
A/7.5	Tutela della proprietà intellettuale	Brevetti	Illimitato	
A/7.6	Sub appalti, sub affidi e contratti simili	Documentazione relativa ai sub contratti richiesti all'interno di un più ampio contratto di appalto o PPP	Illimitato	
A/7.7	Contratti Partenariato Pubblico Privato	Documentazione relativa alle attività svolte nell'ambito di un Partenariato Pubblico Privato	Illimitato	
A/7.8	PNRR e interventi con finanziamenti specifici	Documentazione relativa agli interventi finanziati dal PNRR o finanziati con altri fondi specifici, prevalentemente a carattere straordinario	Illimitato	
CATEGORIA A/8 - APPROVVIGIONAMENTI E SERVIZI ECONOMICI				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/8.1	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, anche sanitari, noleggi, global service, contratti assicurativi (richieste partecipazione a gare, bandi, offerte, verbali sedute, lettere affidamento, contratti, GAP, DURC, antimafia...)	Illimitato	
		Documentazione relativi a servizi economici (vigilanza, rifiuti, lavanolo, pulizie...) e servizio mensa e ticket pasti		
		Albo fornitori	20 anni	
		Documentazione relativa alla gestione e allo smaltimento dei rifiuti speciali (Registri carico e scarico, formulari...)	20 anni dall'ultima registrazione	art.12 D.Lgs.22/97, art.190 D.Lgs.152/2006 e s.m.i.
		Inventario beni mobili (nuove acquisizioni, cancellazione per fuori uso, perdita, obsolescenza, alienazione compresa fase di gara)	10 anni	

		Documentazione automezzi aziendali (libretti viaggio, bollo auto, contravvenzioni, certificati di rottamazione ...)		
A/8.2	Attività di magazzino	Richieste a magazzino, documento di trasporto, ordini, inventario di magazzino, registri carico-scarico, anagrafica prodotti, ecc... Documentazione sui fabbisogni	10 anni	
CATEGORIA A/9 SERVIZI INFORMATICI E SISTEMA DOCUMENTALE				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
A/9.1	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla progettazione della rete aziendale ed alla gestione delle banche dati aziendali (rilevazione presenze, contabilità, protocollo informatico...) Documentazione relativa all'utilizzo dei servizi ICT (posta elettronica, PEC, firma digitale, rete internet e intranet, FSE, CUP...) Documentazione relativa alla sicurezza informatica. Rapporti con fornitori, licenze d'uso. Registri traffico telefonico, videosorveglianza	Illimitato	
		Manutenzione e programmazione HW e SW	10 anni	
		Richieste abilitazioni	5 anni	
A/9.2	Sistema documentale	Documentazione relativa al servizio di protocollo, compreso il manuale di gestione, ed al servizio archivistico (titolari, prontuari, richieste di scarto d'archivio, smaltimenti, spostamenti archivi...) Domande consultazione archivio	Illimitato	Art.68 DPR 445/2000
		Servizio di biblioteca (acquisti, catalogazione, richieste consultazione, prestiti ...)	5 anni	

		Servizi postali e di spedizione (riepiloghi mensili, gestione affrancatrice)	2 anni	
		Albo on line e pubblicazioni su sito aziendale	2 anni (escluse specifiche pubblicazioni soggette a differenti termini per disposizioni di legge o di autorità)	
A/9.3	Statistiche e reporting	Statistiche e report istituzionali (flussi informativi, ministeriali, regionali, ISTAT...)	Illimitato	

TITOLO S - AREA SANITARIA

CATEGORIA S/1 - DIREZIONE OSPEDALIERA				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
S/1.1	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	S.1.1.1. Prenotazioni CUP	1 anno	
		S.1.1.2 Ricevute pagamento ticket ed impegnative interne/esterne	5 anni	
		S.1.1.3 Registri viaggi ambulanza per trasferimento pazienti per esami in altre strutture Autorizzazione trasporti in ambulanza. Autorizzazioni assistenza degenti	1 anno	
		S.1.1.4 Documentazione relativa all'accesso a documentazione sanitaria (richieste cartelle cliniche...)	illimitato se allegato all'originale della cartella altrimenti 5 anni	
		S.1.1.5 Documentazione relativa a prestazioni sanitarie (Es. Videoregistrazioni, fotografie digitali/analogiche, ecc...)	pari al tempo di conservazione del documento principale (illimitato se contenuto in cartella clinica altrimenti max 10 anni)	

		S.1.1.6 Appropriatelyzza ricoveri (Schede PRUO, ecc...),	10 anni	
		S.1.1.7 Denunce stato civile (Nascita/morte), referti autoptici S.1.1.8 Assistenza spirituale/religiosa, S.1.1.9 Rischio clinico e sicurezza del paziente	Illimitato	
		S.1.1.10 Documentazione relativa ai servizi elettorali per i degenti (organizzazione e funzionamento dei seggi mobili istituiti in occasione di votazioni).	10 anni	
		S.1.1.11 Agende per prenotazioni	2 anni	
		S.1.1.12 Richieste sanitarie interne	5 anni dal termine di operatività	
		S.1.1.3 Registri viaggi ambulanza per trasferimento pazienti per esami in altre strutture Autorizzazione trasporti in ambulanza. Autorizzazioni assistenza degenti	1 anno	
		S.1.1.14 Registri sanitari (Registro dei parti, registro IVG, dichiarazione di obiezione ex L.194/78, registro dei tumori, registri mortalità e schede morte ISTAT, ecc...)	Illimitato	
S/1.2	Rapporti con l'Autorità giudiziaria	Documentazione relativa a segnalazioni / denunce all'Autorità giudiziaria	Illimitato	
		S.1.3.1 Documentazione relativa ai controlli della sterilizzazione	10 anni	
		S.1.3.2 Registri ossido di etilene	2 anni	
		S.1.3.3 Inchieste/indagini epidemiologiche su malattie infettive di particolare rilevanza e/o soggette a sorveglianza	10 anni	Circ.Min.Sanità n.61 del 19.12.1986

		S.1.3.4 Registri malattie infettive	Illimitato	
		S.1.3.5. Documentazione relativa a rifiuti speciali (registri carico e scarico formulari ecc.)	20 anni	
		S.1.3.6 Controlli microbiologici ambientali (schede, relazioni, verbali, conclusioni, comunicazioni, ecc...)	10 anni	
S/1.4	Pronto Soccorso, COE 118	S.1.4.1 Documenti relativi alla gestione e organizzazione dell'attività	Illimitato	
		S.1.4.2 Documentazione di PS (Verbale, registri, schede triage, schede di pazienti accolti in PS e trasferiti in altro ospedale, Schede di pazienti entrati in PS che rifiutano il ricovero, referti, ecc...)	Illimitato	Circ.Min.Sanità 24.06.1993
		S.1.4.3 Documentazione 118 (schede intervento équipe di soccorso dell'Elisoccorso, 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). Registrazioni telefoniche	10 anni (Illimitato se in cartella clinica o di PS)	

CATEGORIA S/2 - ASSISTENZA OSPEDALIERA

Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
S/2.1	Attività di ricovero (ordinario, day hospital, day surgery)	S.2.1.1 Documenti relativi alla gestione e organizzazione dell'attività (Circolari, chiusura posti letto, interventi in sala operatoria, ecc...)	Illimitato	
		S.2.1.2 Cartella clinica di ricovero comprensiva di tutti i documenti costitutivi (Richiesta di ricovero, documentazione diagnostica, strumentale	Illimitato	circ.Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 e n.900 del 14.3.1996, DM 28.2.1991

		e di laboratorio, consensi, registri operatori, SDO, TSO, certificato di assistenza al parto, lettera di dimissione, referti, tracciati, piani terapeutici, ecc...)		
		S.2.1.3 Cartella clinica di ricovero diurno comprensiva di tutti i documenti costitutivi	Illimitato	circ.Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 e DPR 1409/63
		S.2.1.4 Documentazione radiologica e medicina nucleare	10 anni per documentazione icono- grafica se non consegnata al paziente	DM 14.2.1997
		S.2.1.5 verbale – registro operatorio	Illimitato	circ.Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 e n.900 del 14.3.1996, DM 28.2.1991
		S.2.1.6 Prestazioni sanitarie a pazienti in regime detentivo	Illimitato	circ.Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 e DPR 1409/63
		S.2.1.7 Liste d'attesa, anagrafe assistiti (tabulati), autorizzazioni assistenza degenti	10 anni	
		S.2.1.8 Flussi informativi e statistiche (mobilità attiva e passiva)	Illimitato	
S/2.2	Day service	Documentazione inerente le attività ambulatoriali in day service	30 anni per il DS Chirurgico, 10 anni per gli altri assimilabili a documenta- zione ambulatoriale	
S/2.3	Attività ambulatoriale	S.2.3.1 Referto di singole prestazioni ambulatoriali. Fascicolo ambulatoriale con relativa documentazione a supporto	30 anni per attività chirurgica, 10 anni dalla chiusura del fascicolo per altra documentazione ambulatoriale	
		S.2.3.2 Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie (esenzioni ticket, registri appuntamenti/agende)	illimitato se in cartella clinica, altrimenti 5 anni	
		S.2.3.3 Referti/documentazione a supporto dell'attività ambulatoriale - percorso	30 anni dall'ultima registrazione	DPCM 10.02.1984

		chirurgico (Chirurgia a bassa complessità assistenziale)		
		S.2.3.4 Referti esami di laboratorio	Illimitato se in cartella clinica, altrimenti 10 anni	
		Campioni istologici e citologici	30 anni (dall'eliminazione del campione "fisico" corrispondente)	DPCM 10.02.1984
		S.2.3.6. Schede di emodialisi	10 anni da cessazione trattamento	
		S.2.3.7 Elenco emodializzati	10 anni da ultima dialisi	
		S.2.3.8 Referti Radiologici S.2.3.9 Referti Medicina Nucleare S.2.3.10 Cartelle radioterapiche	illimitato	Circ. Min.Sanità n.61 del 19.12.1986 e DM 14/2/1997
		Deleghe ritiro referti	1 anno	
S/2.4	Attività di trapianto d'organi e tessuti	S.2.4.1 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 S.2.4.2 Idoneità del donatore Consenso al prelievo, conservazione materiale biologico a scopo di ricerca e sperimentazione Verbale prelievo organi e/o tessuti a scopo di trapianto S.2.4.3 Consenso al prelievo conservazione e utilizzo a scopo di ricerca e sperimentazione S.2.4.4 Registro trapianti	30 anni per i dati del donatore e del ricevente- 10 anni per le registrazioni dell'istituto tessuti	D.Lgs. 16/2010 (art.14 e All.V lett. E)
S/2.5	Attività Immunotrasfusionale	S.2.5.1 Referti di gruppi, tipizzazioni, reazioni trasfusionali, prove di compatibilità	20 anni	DM 3/3/2005 art.15
		S.2.5.2 Documentazione relativa al percorso unità trasfusionale (Prelievo, destinazione finale, consenso a donazione,	30 anni	D.Lgs. 207/2007 e DM 2.11.2015

		risultati indagini di validazione, identificazione del donatore ecc.)		
		S.2.5.3 Documentazione relativa ai danni da trasfusione	Illimitato	L.210/1992 art.3, Circ.Min.Sanità 4/11/1996 n.900
		S.2.5.4 Documenti relativi a registrazione di temperature di conservazione, controlli sterilità, controlli qualità	1 anno	DM 3/3/2005 art.15
S/2.6	Assistenza sanitaria e socio-sanitaria	S.2.6.1. Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività S.2.6.2. Documentazione istruttoria e corrispondenza interna/esterna S.2.6.3 Cure all'estero S.2.6.4 Prestazioni sanitarie a pazienti stranieri S.2.6.5 Dimissioni protette S.2.6.7. Continuità assistenziale S.2.6.8 Documentazione relativa ai rapporti con i servizi socio-sanitari	Illimitato	
		S.2.6.6. Assistenza domiciliare, telemedicina	Illimitato per documentazione relativa ai controlli, altrimenti 10 anni	
S/2.7	Assistenza farmaceutica	Registri obbligatori, Prontuario farmaceutico ospedaliero	Illimitato	
		S.2.7.1 Documentazione relativa ad approvvigionamenti, spese e consumi di farmaci, emoderivati e dispositivi medici (Analisi sull'impiego del farmaco, relazioni annuali sul consumo dei medicinali, richieste approvvigionamento, quantificazione spesa farmaceutica, ecc...)	10 anni	
		S.2.7.2 Fogli di lavorazione delle	5 anni	Raccomandazione ministeriale sulla sicurezza dei

		preparazioni di farmaci oncologici		farmaci antitumorali
		S.2.7.3 Documentazione relativa all'organizzazione e gestione dell'attività di farmacia S.2.7.4 Documentazione relativa all'attività di vigilanza e informazione su farmaci, dispositivi medici e farmacovigilanza (note AIFA, farmaci off-label, richiamo/ritiro dal commercio di prodotti farmaceutici, ispezioni/controlli dispositivi medici, ecc...)	10 anni	
		S.2.7.5 Documentazione relativa alla composizione e attività della Commissione farmaceutica interna e S.2.7.6 della Commissione per il prontuario terapeutico ospedaliero	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
		S.2.7.7 Documentazione relativa alla distribuzione diretta di farmaci	10 anni (illimitato se in cartella clinica)	
		S.2.7.8 Schede di prescrizione dei farmaci in file F	2 anni	
		S.2.7.9 Informazioni tecnico scientifiche su farmaci e prodotti sanitari		
		S.2.7.10 Segnalazioni di sospetta reazione avversa a farmaci (schede di segnalazione, richieste di registrazione nel sito della farmacovigilanza del Ministero della Salute, ecc..)	Illimitato	
		S.2.7.11 Gestione stupefacenti (Registri di entrata ed uscita, Registri di carico/scarico ai reparti Bollettario con moduli approvvigionamento)	2 anni	DPR 309/1960
CATEGORIA S/3 - ATTIVITA' SANITARIE INTERAZIENDALI				

Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI
S/3.1	Progetti di integrazione attività sanitarie, Reti e Dipartimenti interaziendali	Atti di costituzione e funzionamento dei Dipartimenti Inter-aziendali, Rete Oncologica, CPO, ecc...Progetti, monitoraggi attività	Illimitato (10 anni per corrispondenza non di particolare importanza)	
S/3.2	Ricerca sanitaria	Sperimentazioni interventistiche (farmaci/dispositivi)	25 anni dalla conclusione	Art.58 Reg CEE 536/14
		Studi osservazionali	7 anni dalla conclusione	Art.18 D.Lgs. 200/2007
		Gestione campioni biobanca (Consenso informato), accordi di trasferimento (MTA), registri, flussi informativi	illimitato	
CATEGORIA S/4 - SICUREZZA E SORVEGLIANZA SANITARIA				
Codice classe	CLASSE	DESCRIZIONE		
S/4.1	Prevenzione e protezione dei rischi negli ambienti di lavoro	S.4.1.1 Documenti previsti dalla normativa S.4.1.2 Documentazione relativa alla sicurezza dell'attività lavorativa, dei luoghi di lavoro e degli impianti ad essi afferenti (Piani per la sicurezza, nomina dei responsabili per la sicurezza, nomina R.L.S., verbali riunioni RLS, piano antincendio, DUVRI, Disposizioni e protocolli aziendali, procedure di emergenza, gestione e valutazione dei rischi, gestione emergenze e sicurezza antincendio, movimentazione carichi, videoterminali, dispositivi individuali, segnalazioni, ecc...)	Illimitato	D.Lgs.81/2008
		S.4.1.3 Documentazione relativa alla formazione specifica del personale dipendente	20 anni	
		Corsi in materia di sicurezza	10 anni	
		S.4.1.4 Rapporti e verbali di sopralluogo	Illimitato	D.Lgs.81/2008

S/4.2	Radioprotezione	S.4.2.1 Documenti relativi a radiazioni ionizzanti (Schede di valutazione, verbali di controllo dei dispositivi e degli strumenti di protezione, ecc...)	Illimitato	D.Lgs.230/95
		S.4.2.2 Documentazione relativa a campi elettromagnetici e S.4.2.3 radiazioni ottiche artificiali	Illimitato	D.Lgs.81/2008
		S.4.2.4 Adempimenti su impianti a R.M.	Illimitato	DM 2.8.91 n.51
		S.4.2.5 Controllo sorgenti radioattive sigillate ad alta attività	Illimitato	D.Lgs.52/2007
		S.4.2.6 Adempimenti di radioprotezione delle persone da esposizioni	Illimitato	D.Lgs.187/2000
		S.4.2.7 Denunce detenzione materiale radioattivo	Illimitato	L.1860/62 DM 27.7.66
S/4.3	Medicina del lavoro	S.4.3.1 Documentazione relativa all'organizzazione e gestione dell'attività di medico competente/autorizzato. Denunce malattie professionali	Illimitato	D.Lgs.81/2008
		S.4.3.2 Attività medico competente/autorizzato (Schede personali anamnestiche, schede dosimetriche, registro operatori esposti a rischio biologico e cancerogeno, cartelle sanitarie e di rischio del lavoratore accertamenti, giudizi di idoneità alle mansioni...)	10 anni dalla cessazione del rapporto di lavoro (30 anni dalla cessazione in caso di esposizione a radiazioni ionizzanti e 40 anni in caso di esposizione ad agenti cancerogeni)	D.Lgs.81/2008 DM n.155 del 12.7.2007
		Registri infortuni	5 anni dall'ultima registrazione	DM 12.9.1958
		S.4.3.3 Documentazione relativa a vaccinazioni (segnalazione danni ecc.).	Illimitato	D.Lgs.81/2008

Allegato n. 5 – MODALITA' DI SELEZIONE E SCARTO DEGLI ARCHIVI AZIENDALI

1. Riferimenti normativi

Le norme fondamentali di riferimento sono le seguenti:

- Circolare Ministero Sanità 19 dicembre 1986, n. 61 "Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni pubbliche e private di ricovero e cura";
- Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 "Disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" e s.m.i.;
- Decreto del Presidente della Repubblica 8 gennaio 2001, n. 37 "Regolamento di semplificazione dei procedimenti di costituzione e rinnovo delle commissioni di sorveglianza sugli archivi e per lo scarto dei documenti degli uffici dello stato", (art.8 Cessione degli atti di cui è disposto lo scarto);
- Decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i.;
- Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 "Codice dei beni culturali del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della Legge 6 luglio 2002, n. 137", e successive modificazioni e integrazioni", (art. 21 lettera d) Interventi soggetti ad autorizzazione) e s.m.i.;
- Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82 "Codice dell'amministrazione digitale" e s.m.i.;
- Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 "Norme in materia ambientale" e s.m.i.;
- Decreto del Presidente della Repubblica 12 aprile 2006, n.184 "Regolamento recente disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi" e s.m.i.;
- Circolare del Ministero per i Beni e le Attività Culturali n. 5, prot. 3.6060 del 08 marzo 2007 "Scarto materiale archivistico e cessione alla Croce Rossa Italiana" in cui si ricorda che la cessione gratuita degli atti di archivio da parte degli uffici statali e degli enti pubblici può andare a favore della C.R.I. o di altre organizzazioni di volontariato;
- Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81 "Testo Unico sulla sicurezza sul lavoro" e s.m.i.;

- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 “Regole tecniche in materia di sistema di conservazione ai sensi degli artt. 20, commi 3 e 5-bis, 23-ter, comma 4, 43, commi 1 e 3, 44, 44-bis e 71, comma 1, del Codice dell’amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n.82 del 2005”;
- Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 “Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli artt. 20, 22, 23-bis, 23-ter, 40, comma 1, 41, e 71, comma 1, del Codice dell’amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n.82 del 2005”;
- Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati”;
- Determinazione AgID 9 settembre 2020, n. 407/2020 “Adozione delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici” e s.m.i.

2. Scopo del documento

Dotare l'Azienda di un piano di conservazione d’archivio che consenta di individuare quali atti devono essere eliminati, quando e con quali modalità, e delle relative procedure da utilizzare.

Al fine di non incorrere nelle sanzioni previste dal D.lgs. n. 42/2004 a seguito di una non corretta eliminazione degli atti, la tempistica di conservazione è stata inserita nel “Massimario di scarto” allegato al “Manuale di gestione documentale”; precisando che il tempo di conservazione minimo è indicativo e pertanto può, per esigenze organizzative, essere previsto un periodo superiore a quello definito.

L’attività svolta ha portato negli ultimi anni a produrre documenti amministrativi e sanitari su supporto cartaceo, CD, nastri magnetici, dischi rigidi, ecc., che, quando non diventano più di interesse per l’Azienda, devono essere eliminati attraverso un sistema che garantisca il rispetto sia delle normative di riferimento che dell’ambiente.

3. Conservazione ed archiviazione

La conservazione corretta delle carte comporta inevitabilmente operazioni selettive. La selezione tra la documentazione da conservare e quella da distruggere risponde a esigenze di funzionalità dell'Azienda.

L'analisi dei documenti a fini di selezione e di conservazione permanente deve tenere conto, infatti, della funzione che il documento svolge nel contesto di produzione e all'interno dei procedimenti di cui è parte.

La necessità dello scarto deriva infatti spesso da situazioni difficilmente gestibili per la carenza di risorse e di spazi disponibili per la conservazione; una selezione critica delle carte rappresenta il presupposto per scongiurare pericoli di dispersione, distruzione e depauperamento delle fonti documentarie. La selezione delle carte d'archivio, inoltre, facilita la reperibilità dei documenti e permette l'abbassamento dei costi di gestione della documentazione.

Il tempo di conservazione dei documenti, presente nel "Massimario di scarto" è stato determinato in base alla normativa vigente, alle esigenze amministrative e alla valutazione storico-archivistica.

I criteri per la selezione dei documenti comportano una loro preventiva valutazione sotto il profilo amministrativo, legale e fiscale, in relazione agli altri atti e alla loro capacità di documentare l'organizzazione, le funzioni, l'attività e le procedure dell'Amministrazione.

Per decidere i tempi di conservazione è dunque necessario analizzare:

- il valore amministrativo del documento, cioè il suo significato nella definizione dell'attività istituzionale dell'Ente;
- il valore legale del documento, cioè la sua capacità di provare diritti e obblighi;
- il valore fiscale e contabile del documento, cioè la sua capacità di testimoniare le modalità di impiego, di distribuzione e di controllo delle risorse finanziarie dell'Ente;
- il valore funzionale del documento, cioè il suo ruolo nell'esercizio dell'attività corrente;
- il valore informativo, cioè la sua capacità di veicolare l'informazione;
- il valore storico del documento, cioè il suo significato per la ricerca futura.

In base alla Circolare della Direzione Generale per gli Archivi n.8 dell'11.02.2004 non è possibile eliminare i documenti cartacei conservati in forma sostitutiva per i quali sia richiesta la conservazione permanente. Per tutti gli altri si può procedere, sempre previa autorizzazione della Soprintendenza Archivistica, alla conservazione sostitutiva eliminando il cartaceo.

Per i documenti elettronici a conservazione illimitata, dovrà esserne sempre garantita la leggibilità, effettuando, in tempo utile, la migrazione dei dati su nuovi supporti informatici.

Per alcune tipologie di documenti, per le quali è stata prevista nel loro complesso la conservazione a tempo limitato, è possibile selezionare, al momento dello scarto, una campionatura da inviare all'Archivio per la conservazione permanente.

Per i documenti a conservazione limitata, la Struttura dovrà sempre indicare, sulla scatola contenente gli atti che vengono inviati all'Archivio, il periodo di custodia ai fini della loro eliminazione.

4. Selezione documenti e procedure di verifica interna alla Struttura

L'archiviazione e lo scarto della documentazione devono essere programmati dalle diverse Strutture periodicamente sulla base delle modalità indicate dal Massimario e dalle esigenze dell'Azienda.

La Struttura deve selezionare gli atti da conservare o da distruggere considerando prioritaria la necessità di salvaguardare i documenti essenziali per l'attività della stessa, e procedendo allo scarto della documentazione che ha esaurito il suo valore amministrativo e non ha valore storico.

Nella selezione e nello scarto di un documento, dunque, si deve tenere conto che per realizzare un uso proficuo della memoria documentaria, la Struttura deve eliminare il superfluo ovvero quei documenti che aumentando la massa senza recare ulteriori informazioni, creano materiale eccedente.

Più precisamente la Struttura dovrà:

- verificare che le tipologie di documento inserite nel "massimario" siano quelle effettivamente in carico alla stessa, comunicando eventuali aggiunte o incongruenze, e procedere sulla base di queste all'individuazione del materiale da eliminare;
- incaricare una persona di gestire e controllare periodicamente l'archiviazione dei documenti;
- effettuare una verifica con cadenza annuale dei documenti da smaltire, ponendo particolare

attenzione a quelli inviati in giacenza presso l'archivio esterno;

- inviare presso l'archivio esterno solo i documenti che richiedono un'archiviazione maggiore di 3 anni; mentre archiviare presso i propri uffici tutti i documenti che hanno conservazione fino a 3 anni;
- compilare un elenco dettagliato ogni volta che vengono inviate le "scatole" presso l'archivio esterno, con evidenziata la tempistica di conservazione se non a tempo illimitato.

Le operazioni di scarto (distruzione selettiva dei documenti) devono essere quindi effettuate periodicamente, previo nulla osta della Soprintendenza archivistica e sulla base del Massimario di conservazione e scarto in uso presso l'Azienda.

La Struttura dovrà quindi provvedere direttamente all'eliminazione di tutti quei documenti che non sono soggetti a conservazione.

5. Procedura di scarto

Lo scarto è un procedimento amministrativo che attiva processi distinti ma integrati fra loro, indipendentemente dalla natura del supporto materiale dei documenti da scartare, e deve necessariamente seguire la procedura di autorizzazione da parte della Soprintendenza Archivistica di competenza.

Lo scarto riguarda tutte le tipologie documentarie, sia su supporto cartaceo che elettronico, in quanto anche la cancellazione di documenti elettronici è da considerarsi una forma di scarto.

5.1 Documenti cartacei

La maggioranza dei documenti di archivio è comunque in formato cartaceo, le cui modalità di distruzione possono essere:

- l'incenerimento, di quelli contenenti dati sensibili;
- la cessione, di quelli che non ne contengono, a soggetto individuato preposto alla distruzione mediante macerazione;
- la triturazione, sia con idonea apparecchiatura che manualmente.

Le operazioni di scarto, dettagliate nell'allegato B al presente documento, comprendono le seguenti fasi:

- compilazione di un elenco della documentazione da scartare, riportante i dati dell'ufficio di provenienza, la descrizione della documentazione, l'anno iniziale e finale della documentazione, la quantità della documentazione, espressa in peso o in numero di unità (allegato B.1).

Il modello proposto per la richiesta di autorizzazione allo scarto contiene le informazioni minime da comunicare alla Soprintendenza, in particolare è necessario indicare in calce all'elenco il numero totale dei colli ed il peso complessivo in kg..

Per il materiale cartaceo, il peso può essere stimato in base alle indicazioni riportate nella seguente tabella di equivalenza tra metri lineari, peso e volume dei documenti d'archivio.

1 metro lineare d'archivio	da 35 a 80 kg (media 50kg)	da 0,06 a 0,12 m ³ (media 0,08 m ³)
1 kg d'archivio	da 0,010 a 0,040 m. (media 0,025 m.)	da 0,0008 a 0,0030 m ³ (media 0,016 m ³)
1 tonnellata d'archivio	da 10 a 40 m. (media 25 m.)	da 0,8 a 3,0 m ³ (media 1,6 m ³)
1 m ³ d'archivio	da 8 a 16 m. (media 12 m.)	da 400 a 800 kg (media 600 kg)

- invio dell'elenco in duplice copia alla Soprintendenza archivistica di competenza per il necessario nulla osta (allegato B.2);
- scarto dei documenti, in seguito alla restituzione di una copia dell'elenco con l'autorizzazione della Soprintendenza. In caso di mancata risposta della Soprintendenza, dopo 40 giorni lo scarto si intende autorizzato;
- adozione del provvedimento (determinazione) di scarto con allegato il nulla osta della Soprintendenza;
- invio, da parte del dirigente alla Soprintendenza archivistica di competenza della comunicazione in merito all'avvenuta distruzione (allegato B.3).

Si rappresenta inoltre che in presenza di documentazione privata o personale o comunque riservata, al fine di evitarne utilizzazioni illecite o distorte, dovrà essere disposto o il macero in presenza di un responsabile dell'Azienda, o l'incenerimento; per la documentazione di tipo contributivo si disporrà comunque l'incenerimento.

Per ciascuna modalità adottata, l'Azienda sostiene costi che derivano dalla movimentazione interna del materiale e dall'organizzazione di un percorso dedicato per la documentazione contenente dati sensibili.

5.2. Documenti contenenti dati sensibili

Una delle criticità riscontrate in ambito sanitario è rappresentata dal fatto che la maggior parte dei documenti esistenti contiene dati personali identificativi e sensibili.

Il Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 prevede che, alla cessazione del loro trattamento, i dati (personali, identificativi e sensibili) debbano essere distrutti, pertanto prima di procedere allo scarto andrà effettuata una delle seguenti operazioni preliminari:

- triturazione dei supporti cartacei (esclusa la carta destinata al macero);
- triturazione dei supporti in plastica (CD, Nastri magnetici, Diapositive, etc);
- frantumazione dei dischi rigidi.

5.3. Documenti d'archivio su supporto diverso da quello cartaceo

In caso di documentazione conservata su supporto diverso da quello cartaceo, il materiale che la Struttura decide di scartare è consegnato ad una Ditta iscritta all'albo nazionale gestori ambientali ed autorizzata al trasporto dei rifiuti secondo il D.lgs. 152/2006 e inviata a smaltimento/recupero autorizzato (D.lgs. 152/2006 – parte quarta – artt.208 e 212).

Al termine delle operazioni di prelievo viene firmato il “formulario dei rifiuti” (D.M. n. 145/98); la prima copia firmata viene poi trasmessa alla sede aziendale per la conservazione dei formulari dei rifiuti; nel caso si tratti di rifiuti pericolosi è obbligatoria la registrazione nel registro di carico e scarico dei rifiuti.

A trasporto avvenuto e dopo il conferimento del materiale all'impianto di smaltimento o recupero, la ditta destinataria del rifiuto consegna al trasportatore la quarta copia del formulario che riporta il peso verificato del rifiuto; il trasportatore la fa pervenire al referente che provvede a farne avere copia al competente ufficio per la conservazione dei formulari dei rifiuti – che la allega alla prima copia alla Soprintendenza Archivistica, unitamente al “verbale di cessione di documenti come rifiuto” per la comunicazione del peso e della chiusura della procedura di scarto.

Allegato A

PROCEDURA PER L'ESECUZIONE DELLO SCARTO ARCHIVISTICO

Individuazione del materiale di scarto

La selezione della documentazione da avviare allo scarto deve essere effettuata sulla base del Massimario vigente.

Preparazione della documentazione

La documentazione selezionata deve essere raccolta in cartoni, cartelle, scatole, sacchi o altri idonei imballaggi, che devono essere sottoposti a pesatura.

Su ogni unità di imballaggio deve essere applicata un'etichetta che ne descriva il contenuto, le date estreme di riferimento e se si tratta di dati sensibili o meno.

Occorrerà poi procedere alla redazione, in duplice copia, dell'elenco della documentazione da avviare allo scarto (allegato A.1), come di seguito riportato:

- numero progressivo: riportare il numero progressivo delle voci;
- denominazione del contenuto dei documenti: riportare la descrizione dei documenti, utilizzando le indicazioni riportate nel Massimario;
- anni di riferimento: indicare l'anno al quale si riferisce la documentazione da scartare;
- tipologia dei pezzi: indicare la modalità utilizzata per la raccolta della documentazione (es: cartelle, pacchi, sacchi, cartoni);
- quantità: indicare il numero complessivo dei colli raccolti;
- quantità: in kg stimati;
- motivo della proposta dello scarto: precisare se si tratta di copia, di duplicato o di originale, ad esempio: se si applica un Massimario, indicare "termini di conservazione trascorsi"; se si tratta di copie "si conservano gli originali"; se si tratta di documentazione meramente procedurale indicare la documentazione alternativa che viene conservata.

L'elenco deve essere datato e firmato dal dirigente proponente lo scarto.

Richiesta di autorizzazione allo scarto

Il Responsabile della Struttura dopo la verifica di conformità del contenuto dell'elenco con il Massimario vigente in Azienda invia la richiesta di autorizzazione allo scarto del materiale descritto nell'elenco quali/quantitativo alla Soprintendenza Archivistica per il Piemonte e la Valle d'Aosta, ai sensi dell'art. 21 lettera d) D.lgs. n. 42/2004 (allegato A.2 - bozza)

La richiesta di scarto è subordinata all'inesistenza di controversie in materia, o accertamenti da parte dell'autorità giudiziaria e/o amministrativa, da dichiararsi per iscritto nella lettera di accompagnamento.

Si ricorda che non è soggetto ad alcuna autorizzazione lo scarto di materiale non archivistico, ("Gazzette Ufficiali", "Bollettini Ufficiali", "Prontuari farmaceutici", "Listini prezzi C.C.I.A.A.", periodici, riviste varie, modulistica non compilata).

Operazioni successive e conclusione della procedura

Ricevuta l'autorizzazione, prevista obbligatoriamente ai sensi dell'art. 21 comma 1 lett. d) del D.lgs. 42/2004, o decorso il termine dei 40 giorni dal ricevimento della richiesta alla stessa, lo scarto dovrà essere disposto con apposita determinazione dirigenziale.

Il dirigente o funzionario incaricato, attiverà quindi la Struttura preposta alle operazioni di prelievo del materiale da avviare allo scarto.

A seguito dell'intervenuta abrogazione della L. n. 578/1930, ad opera dell'art.10 D.P.R n. 327/2001, non sussiste più l'obbligo della cessione gratuita del materiale alla Croce Rossa Italiana; pertanto, a cura della struttura deputata agli acquisti verrà individuata apposita ditta incaricata del ritiro del materiale presso l'Azienda, e delle conseguenti operazioni di distruzione, delle quali dovrà essere rilasciata apposita attestazione.

In caso di documentazione conservata su supporto diverso da quello cartaceo, il materiale che l'Azienda ha l'obbligo di scartare è consegnato ad una Ditta iscritta all'albo nazionale gestori ambientali ed autorizzata al trasporto dei rifiuti secondo il D.lgs. n. 152/2006 e inviata a smaltimento/recupero autorizzato (D.lgs. n. 152/2006 – parte quarta – artt.208 e 212).

A trasporto avvenuto e dopo il conferimento del materiale allo smaltimento, la Ditta incaricata del trasporto invierà al dirigente interessato la bolla con l'indicazione della pesatura a del materiale consegnato, che viene allegata al Verbale di cessione originale.

A chiusura della procedura di scarto ed entro 60 giorni dal termine della stessa, il dirigente invia alla Soprintendenza copia del Verbale di Cessione, corredato di copia della bolla con la pesatura (allegato A.3 - bozza).

Allegato A.1
ELENCO ATTI CHE SI PROPONGONO PER L'ELIMINAZIONE

N. d'ordine	Classificazione (1)	Descrizione degli atti (2)	Estremi cronologici	N. pezzi (3)	Peso in Kg. (4)	Motivazioni dell'eliminazione (5)

Data _____

Firma (6) _____

NOTE:

- 1) Si riporta la classificazione che l'unità archivistiche possiedono
- 2) Descrizione sintetica di ogni voce, sufficiente a rendere riconoscibili i documenti
- 3) Oltre alla quantità, specificare anche la qualità dei contenitori (cartelle, falconi, scatole, pacchi, sacchi...)
- 4) Il peso può anche essere indicato complessivamente per tutte le unità che si propongono per lo scarto
- 5) Indicare sinteticamente il motivo dello scarto e/o la documentazione alternativa che viene conservata
- 6) Indicare con chiarezza la qualifica e la responsabilità di chi firma, apponendo il timbro dell'Ente

Allegato A.2

Da redigere su carta intestata

Spett.le SOPRINTENDENZA ARCHIVISTICA e
BIBLIOGRAFICA PIEMONTE e VALLE D'AOSTA
via S. Chiara 40H
10122 T O R I N O TO
mbac-sab-pie@mailcert.beniculturali.it

Oggetto: Richiesta autorizzazione scarto documentale.

Si richiede autorizzazione allo smaltimento dei documenti sottoelencati per decorrenza dei termini di conservazione previsti dal massimario di scarto aziendale:

-
-

In allegato alla presente si trasmettono, in duplice copia, i modelli inerenti la documentazione di cui viene richiesta l'autorizzazione per poter effettuare lo scarto d'archivio documentale.

Si rappresenta inoltre che la documentazione di cui all'elenco allegato non oggetto né di controversie in materia, né di accertamenti da parte dell'autorità giudiziaria e/o amministrativa.

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento, si porgono

Distinti saluti.

.....

(firma)

Allegato A.3

Da redigere su carta intestata

Spett.le SOPRINTENDENZA ARCHIVISTICA e
BIBLIOGRAFICA PIEMONTE e VALLE
D'AOSTA
via S. Chiara 40H
10122 T O R I N O
TO
mbac-sab-pie@mailcert.beniculturali.it

Oggetto: Trasmissione atti a comprova dell'esecuzione scarto d'archivio di
documentazione amministrativa relativa all'anno dell'Azienda
Ospedaliero-Universitaria di Alessandria

A riscontro Vs. comunicazione dell'..... ns. protocollo n. del....., relativa
all'autorizzazione allo scarto d'atti di questa Azienda Ospedaliera, si comunica che la
documentazione amministrativa riportata nell'allegata determinazione n. Del stata
smaltita in data (formulario di identificazione n. del.....) e distrutta
come da certificazione allegata alla citata determinazione.

A disposizione per ogni ulteriore chiarimento, si porgono distinti saluti.

..... (firma)

Allegato n.6 – PIANO DI SICUREZZA RELATIVO ALLA FORMAZIONE, ALLA GESTIONE, ALLA TRASMISSIONE, ALL'INTERSCAMBIO, ALL'ACCESSO, ALLA CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

Scopo del documento

Il presente piano di sicurezza, adottato ai sensi delle *Linee guida AgID – GU 259/2020* sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici garantisce che:

- i documenti e le informazioni trattati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo (da ora AOU AL) siano resi disponibili, integri e riservati;
- i dati personali e le categorie particolari di dati di cui agli artt. 9-10 del Regolamento EU 2016/679 vengano custoditi mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Il sistema garantisce inoltre:

- l'univoca identificazione ed autenticazione degli utenti;
- la garanzia di accesso alle risorse esclusivamente agli utenti abilitati e/o a gruppi di utenti secondo la definizione di appositi profili;
- il tracciamento permanente di qualsiasi evento di modifica delle informazioni trattate e l'individuazione del suo autore.

Il piano di sicurezza, che si basa sui risultati dell'analisi dei rischi a cui sono esposti i dati (personali e non), e/o i documenti trattati, definisce:

- le politiche generali e particolari di sicurezza da adottare all'interno dell'Ente;
- le modalità di accesso al Sistema di Gestione Informatica dei Documenti (applicativo IShareDoc);
- gli interventi operativi adottati sotto il profilo organizzativo, procedurale e tecnico, con particolare riferimento alle misure minime di sicurezza ICT emanate dall'AgID con circolare del 18 aprile 2017, n. 2/2017;
- i piani di formazione del personale;
- le modalità con le quali deve essere effettuato il monitoraggio periodico dell'efficacia e dell'efficienza delle misure di sicurezza.

Tale piano di sicurezza è soggetto a revisione con cadenza almeno biennale; a seguito di particolari esigenze, determinate da sopravvenienze normative o evoluzioni tecnologiche, potrà essere modificato anticipatamente.

Elementi di rischio cui sono soggetti i documenti informatici e i dati contenuti nel Sistema di Gestione Informatica dei Documenti

I principali elementi di rischio cui sono soggetti i documenti informatici e i dati trattati con l'ausilio delle tecnologie informatiche sono essenzialmente riconducibili alle seguenti tipologie:

- accesso non autorizzato, sia esso inteso come accesso al Sistema o come accesso ai documenti, dati e unità archivistiche in esso contenuti;
- cancellazione o manomissione dei documenti e dei dati, includendo a tale proposito tutti i dati presenti sul Sistema di Gestione Informatica dei Documenti;
- perdita dei documenti e dei dati contenuti nel Sistema;

-trattamento illecito dei dati personali, eccedente rispetto allo scopo o comunque non in linea con la normativa vigente.

Per prevenire tali rischi e le conseguenze da essi derivanti, l'Ente adotta gli accorgimenti e le politiche per la sicurezza di seguito descritte.

Sicurezza della rete di accesso al servizio

Il Sistema di Gestione Informatica dei Documenti dell'Ente non è esposto all'accesso attraverso la rete internet, ma opera all'interno di un sistema installato nella rete locale dell'Ente, ereditando dalla stessa tutti i meccanismi previsti per la sicurezza e la protezione.

Accesso al Sistema di Gestione Informatica dei Documenti e ai documenti e dati in esso contenuti da parte di utenti interni all'AOO

L'accesso al Sistema di Gestione Informatica dei Documenti, da parte degli utenti interni all'AOO, avviene attraverso l'utilizzo di credenziali di identificazione; i profili di abilitazione alle funzionalità del Sistema stesso sono attribuiti a ciascun utente sulla base di quanto stabilito dal presente manuale di gestione. L'accesso ai documenti e ai dati presenti sul Sistema è definito in base al livello di riservatezza degli stessi.

Le credenziali di identificazione consistono in uno user, per l'identificazione dell'incaricato, associato ad una parola chiave riservata - password, conosciuta solamente dal medesimo; tali credenziali sono collegate al dominio aziendale centralizzato (LDAP) e vengono verificate in tempo reale dal sistema di identificazione, il quale consente l'accesso ai soggetti abilitati e traccia tutti gli accessi di ciascun utente, memorizzando, ai fini di controllo, lo user corrispondente.

La gestione corretta delle password è indicata nel documento di Procedura di Settore ICT.

Trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati di cui agli artt. 9-10 del Regolamento EU 2016/679 e politiche di sicurezza espressamente previste

L'accesso ai documenti contenenti dati personali, sensibili o giudiziari e ai dati medesimi avviene per mezzo dell'individuazione di specifici profili di autorizzazione, stabiliti sulla base del livello di riservatezza di ciascun documento, fascicolo, sottofascicolo o inserto, secondo quanto stabilito dal manuale di gestione documentale; tali profili, per ciascun incaricato o per classi omogenee di incaricati, sono individuati e configurati anteriormente all'inizio del trattamento.

Periodicamente, e comunque con cadenza almeno annuale, è verificata la sussistenza delle condizioni per la conservazione dei profili di autorizzazione.

Le persone autorizzate al trattamento vengono formate in merito alle misure di sicurezza organizzativa, fisica e informatica per assicurare un corretto trattamento.

Trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati di cui agli artt. 9-10 del Regolamento EU 2016/679 senza l'ausilio di strumenti elettronici

Ai fini del trattamento dei dati personali e delle categorie particolari di dati di cui agli artt. 9-10 del Regolamento EU 2016/679, sono impartite alle persone autorizzate istruzioni scritte da parte del Titolare del trattamento o di suo soggetto designato ai sensi dell'art. 2-quaterdecies del d.lgs. 196/2003 come novellato dal d.lgs 101/2018, relative alle modalità delle operazioni, del controllo e della custodia di atti e documenti.

Analogamente al trattamento dei medesimi dati svolto per mezzo di strumenti elettronici, sarà verificato il sussistere delle condizioni per l'accesso e il trattamento dei suddetti dati, da parte di ciascun utente o gruppo di utenti, con cadenza almeno annuale.

I suddetti documenti sono controllati e custoditi dalle persone autorizzate per tutto il tempo di svolgimento dei relativi compiti, trascorso il quale provvederanno alla restituzione; nell'arco di tale periodo gli incaricati medesimi si assicureranno che a tali documenti non accedano persone prive di autorizzazione.

L'accesso agli archivi contenenti dati sensibili o giudiziari è consentito solo previa autorizzazione; le persone ammesse sono identificate e registrate.

Formazione dei documenti

I documenti dell'AOO sono prodotti utilizzando i formati previsti dal presente manuale di gestione documentale.

L'apposizione della firma digitale, volta a garantire l'attribuzione certa della titolarità del documento e la sua integrità, avviene, previa conversione in un formato, tra quelli previsti, che garantisca la leggibilità, l'interscambiabilità, la non alterabilità, l'immutabilità nel tempo del contenuto e della struttura del documento medesimo; l'acquisizione mediante scansione dei documenti analogici avverrà in uno dei formati avente le medesime caratteristiche.

L'apposizione delle varie tipologie di sottoscrizioni elettroniche, l'apposizione della firma digitale, nonché la validazione temporale del documento sottoscritto digitalmente avverranno in conformità di quanto sancito dalla normativa vigente.

Sicurezza delle registrazioni di protocollo

L'accesso al registro di protocollo al fine di effettuare le registrazioni o di apportare modifiche è consentito soltanto al personale abilitato alla protocollazione.

L'accesso in consultazione all'intero registro di protocollo è consentito soltanto al personale del servizio Protocollo e della Direzione di Direzione Generale; i dipendenti che operano nell'ambito di altre UOR, uffici o servizi sono abilitati ad accedere esclusivamente ai dati di protocollo dei documenti da essi prodotti, ad essi assegnati o, comunque, di competenza della propria UOR di riferimento.

Ogni registrazione di protocollo viene memorizzata dal Sistema di Gestione Informatica dei Documenti, unitamente all'identificativo univoco dell'autore che l'ha eseguita e alla data e all'ora della stessa.

Eventuali modifiche, autorizzate ai sensi del manuale di gestione documentale, vengono registrate per mezzo di log di sistema che mantengano traccia dell'autore, della modifica effettuata, nonché della data e dell'ora.

Il Sistema non consente la modifica del numero e della data di protocollo; in tal caso l'unica possibile modifica è l'annullamento della registrazione stessa di cui, analogamente al caso precedente, il Sistema manterrà traccia.

L'impronta digitale del documento informatico, associata alla registrazione di protocollo del medesimo è generata utilizzando una funzione di hash, conforme a quanto previsto dalla normativa vigente.

Al fine di garantire l'immodificabilità delle registrazioni di protocollo, il Sistema, al termine della giornata lavorativa, genera il registro giornaliero delle registrazioni di protocollo, in formato digitale; tale registro, formato nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente, viene inviato nell'arco della giornata lavorativa successiva, al soggetto conservatore.

Gestione dei documenti e sicurezza logica del Sistema

L'accesso ai documenti informatici, da parte degli utenti interni all'AOO, avviene soltanto attraverso il Sistema di Gestione Documentale, previa la suddetta procedura di identificazione informatica e nel rispetto dei profili di autorizzazione di ciascun utente.

Il Sistema consente l'effettuazione di qualsiasi operazione su di esso o sui dati, documenti, fascicoli e aggregazioni documentali in esso contenuti, esclusivamente agli utenti abilitati per lo svolgimento di ciascuna attività; il Sistema effettua, inoltre, il tracciamento di qualsiasi evento di modifica delle informazioni trattate e di tutte le attività rilevanti ai fini della sicurezza svolte su di esso da ciascun utente, in modo da garantirne l'identificazione; tali registrazioni sono protette al fine di non consentire modifiche non autorizzate.

Il fornitore del software di gestione documentale assicura il corretto funzionamento del sistema e dei trattamenti eseguiti secondo i principi contenuti nel Regolamento UE 2016/679, in particolare agli artt. 24, 25 e 32.

Il Sistema e tutti i documenti e dati in esso contenuti sono protetti contro i rischi di intrusione non autorizzata e contro l'azione di malware mediante l'attivazione dei seguenti strumenti elettronici e/o dei seguenti software in esecuzione nel perimetro informatico dell'Ente ed interamente ai sistemi operativi:

- Sistemi antivirus/antimalware/XDR
- Firewall locali e perimetrali con intrusion detection
- Sistemi di analisi e notifica degli eventi di sicurezza (SIEM)
- Event log di windows
- Gli accessi alle varie cartelle sono impostati secondo i criteri del minimo privilegio, non c'è la formalizzazione documentale della assegnazione dei privilegi.

Backup e ripristino dell'accesso ai dati

Il Backup dei dati contenuti nel Sistema di Gestione Informatica dei Documenti avviene nelle modalità descritte nei documenti di Nivola, CSI Piemonte. La ditta Digi4Doc ha preso accordi con il CSI Piemonte in modo da garantire la copia giornaliera dei dati. I supporti di memorizzazione su cui sono memorizzati i dati sono custoditi a cura del CSI Piemonte all'interno dei servizi del contratto Nivola. Il ripristino dell'accesso ai dati viene eseguito secondo le modalità definite dai fornitori dei servizi cloud.

Trasmissione e interscambio dei documenti

La trasmissione e l'interscambio di documenti e fascicoli informatici all'interno dell'Ente avviene per mezzo del Sistema di Gestione Informatica dei Documenti; altre modalità sono consentite solo per casistiche particolari e verificate da parte del responsabile del procedimento.

La trasmissione di documenti informatici al di fuori dell'Ente avviene tramite PEC. Il fornitore della PEC è integrato tramite protocollo SMTP al Sistema di Gestione Documentale.

Le informazioni relative alla segnatura di protocollo sono strutturate in un file conforme alle specifiche XML, compatibile con un file XML Schema, secondo quanto previsto nell'allegato 6 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

Conservazione dei documenti

I documenti informatici registrati sul Sistema sono affidati per la conservazione digitale ad un soggetto conservatore accreditato ai sensi delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici. Il trasferimento in conservazione avverrà mediante la produzione di pacchetti di versamento, basati su uno schema XML conforme a quanto previsto nel manuale di conservazione. L'Ente prende atto delle misure di sicurezza adottate dal soggetto conservatore e descritte nel manuale di Conservazione.

Piani formativi del personale

Ai fini di una corretta gestione dell'intero ciclo dei documenti informatici, dalla formazione degli stessi fino alla loro trasmissione al sistema di conservazione, l'Ente predispone le apposite attività formative per il personale, con particolare riferimento ai seguenti temi:

- informatica, utilizzo del personal computer e della rete;
- utilizzo applicativi software per la produzione dei documenti informatici;
- utilizzo della posta elettronica certificata;
- utilizzo del Sistema di Gestione Informatica dei Documenti (IShareDoc);
- politiche e aspetti organizzativi previsti nel manuale di gestione;
- legislazione e tematiche relative alla gestione documentale;
- legislazione, buone pratiche e misure tecniche ed organizzative in materia di protezione dei dati personali;
- aggiornamento sui temi suddetti.

Monitoraggio periodico dell'efficacia e dell'efficienza delle misure di sicurezza

Il Responsabile della gestione documentale dell'ente effettua periodiche verifiche sul corretto funzionamento del Sistema di Gestione Informatica dei Documenti, valutando a tal fine, anche per mezzo di controlli a campione, il corretto svolgimento delle operazioni inerenti la gestione documentale.

Misure di tutela e garanzia

Qualora l'Ente adotti misure di sicurezza avvalendosi di soggetti esterni, prima di provvedere all'applicazione delle stesse, riceve dal fornitore una descrizione scritta dell'intervento che ne attesti la conformità alle disposizioni di cui alle misure minime di sicurezza ICT emanate dall'AgID con circolare del 18 aprile 2017, n. 2/2017, nonché agli artt. 24, 25 e 32 del Regolamento UE 2016/679.

Qualora il contratto preveda la delega della gestione del monitoraggio della sicurezza delle informazioni, il fornitore sottoscriverà contestualmente al contratto la designazione a Responsabile del trattamento in conformità all'art. 28 del Regolamento UE 2016/679