Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Sette Laghi

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI
POLO UNIVERSITARIO

Viale Borri 57 21100 Varese
Tel. 0332-278.111, Fax 0332-261.440
P.IVA e C.F. 03510050127

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe Micale

nominato con D.G.R. della Lombardia n. XII/1636 del 21 dicembre 2023

Il giorno 30 del mese di giugno dell'anno 2025 presso l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi con sede legale in Varese (VA) – Viale L. Borri n. 57

ha assunto la seguente deliberazione:

n. 443 del 30/06/2025

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DELL`ASST SETTE LAGHI.

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale e conservato digitalmente secondo la normativa vigente

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Sette Laghi

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI
POLO UNIVERSITARIO

Viale Borri 57 21100 Varese
Tel. 0332-278.111, Fax 0332-261.440
P.IVA e C.F. 03510050127

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DELL`ASST SETTE LAGHI.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta n. 468 in data 25/06/2025 della S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI qui di seguito trascritta:

vista la L.R. n. 33 del 30.12.2009 così come modificata dalla L.R. n. 23 del 11.8.2015 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)" e s.m.i.;

vista la D.G.R. n. X/4481 del 10.12.2015 "Attuazione L.R. 23/2015: costituzione Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi" con sede legale in viale Borri n. 57 – 21100 Varese;

richiamati:

- il Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, recante "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" (TUDA) e successive modificazioni e integrazioni;
- in particolare l'art 1 del citato D.P.R. n.445/2000 che definisce la "gestione dei documenti" come "l'insieme delle attività finalizzate alla registrazione di protocollo e alla classificazione, organizzazione, assegnazione e reperimento dei documenti amministrativi formati o acquisiti dalle amministrazioni, nell'ambito del sistema di classificazione d'archivio adottato (…)";
- il Decreto Legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante "Codice dell'amministrazione digitale" e s.m.i;
- le Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, adottate dall'Agenzia per l'Italia Digitale con Determinazione 9 settembre 2020, n. 407 e successivamente modificate con Determinazione 17 maggio 2021, n. 371;

considerato che, ai sensi dei paragrafi 3 e 4 delle suddette Linee Guida, l'Amministrazione è tenuta ad adottare, per ogni area organizzativa omogenea, un manuale di gestione documentale redatto su proposta del responsabile della gestione documentale ed un manuale di conservazione predisposto dal responsabile della conservazione, che ne cura l'aggiornamento periodico in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti;

dato atto che l'ASST dei Sette Laghi ha ritenuto di individuare al proprio interno un'unica Area Organizzativa Omogenea (AOO), ai sensi dell'art. 50, comma 4 del TUDA;

visto il Manuale di gestione documentale redatto ai sensi delle sopra citate Linee Guida Agid sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo;

evidenziato che sono parte integrante del suddetto Manuale di gestione documentale i seguenti documenti:

- elenco figure responsabili ed estremi degli atti di nomina;
- glossario dei termini e degli acronimi;
- riferimenti normativi;
- elenco documenti esclusi dalla registrazione di protocollo;
- flussi documentali non protocollati;
- istruzione operativa generale 01 (contente il Titolario e Massimario di scarto di Regione Lombardia);
- manuale di conservazione;
- manuale di conservazione del conservatore;
- piano di miglioramento della sicurezza informatica, agli atti dell'Azienda presso la S.C. Sistemi informativi aziendali;
- regolamento di accesso agli atti;

visto il parere del Responsabile della protezione dei dati pervenuto con e-mail del 26.06.2025, acquisito agli atti in pari data prot. n. 51008, che contiene alcuni suggerimenti da implementare nelle future revisioni del Manuale;

vista altresì l'autorizzazione all'uso del Manuale in oggetto, con richiesta di integrazione documentale, della Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Lombardia, ai sensi del Codice dei beni culturali e del paesaggio, D.lgs. n. 42/2004, art. 21 commi 4 e 5, come da comunicazione pec agli atti, prot. n. 51245 del 26.06.2025;

ritenuto, alla luce delle considerazioni sopra indicate, di proporre l'adozione del Manuale di gestione documentale in ottemperanza a quanto previsto dalle sopra citate Linee Guida Agid;

dato atto che la presente proposta di deliberazione è conforme ai requisiti richiesti dalla Legge affinché l'atto sia valido (inerenti all'agente, all'oggetto, alla forma, alla funzione e al contenuto);

rilevato che il presente provvedimento non rientra nell'ambito delle funzioni e dei compiti attribuiti per delega di funzioni al Responsabile/Direttore della Struttura proponente e, pertanto, assume la conformazione di deliberazione del Direttore Generale;

IL DIRETTORE GENERALE

ritenuto di condividere la sopra richiamata proposta;

visto il parere di conformità della presente proposta di deliberazione ai requisiti richiesti dalla Legge affinché l'atto sia valido (inerenti all'agente, all'oggetto, alla forma, alla funzione e al contenuto) reso dal Responsabile/Direttore della struttura proponente e dal Direttore o suo delegato della S.C. Affari Generali e Legali, per quanto di rispettiva competenza;

assunta la competenza procedurale, la legittimità e la correttezza del processo istruttorio correlato, la cui responsabilità è riconducibile all'ambito dirigenziale della struttura proponente;

acquisito il parere favorevole espresso, per quanto di rispettiva competenza, dal Direttore Amministrativo f.f., dal Direttore Sanitario f.f. e dal Direttore Sociosanitario;

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa che qui si intendono integralmente richiamati:

1. di approvare il Manuale di gestione documentale allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale del medesimo;

2. di dare atto che sono parte integrante del suddetto Manuale i seguenti documenti:
   - elenco figure responsabili ed estremi degli atti di nomina;
   - glossario dei termini e degli acronimi;
   - riferimenti normativi;
   - elenco documenti esclusi dalla registrazione di protocollo;
   - flussi documentali non protocollati;
   - istruzione operativa generale 01 (contenente il Titolario e Massimario di scarto di Regione Lombardia);
   - manuale di conservazione;
   - manuale di conservazione del conservatore;
   - piano di miglioramento della sicurezza informatica, agli atti dell'Azienda presso la S.C. Sistemi informativi aziendali;
   - regolamento di accesso agli atti;

3. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri economici;

4. di riservarsi eventuali modifiche e/o integrazioni al suddetto Manuale tenuto conto del parere del Responsabile della protezione dei dati e dell'autorizzazione all'uso del Manuale della Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Lombardia, ai sensi del Codice dei beni culturali e del paesaggio, D.lgs. n. 42/2004, art. 21 commi 4 e 5;

5. di dare mandato altresì alla S.C. Affari Generali e Legali di pubblicare il Manuale di gestione documentale sul sito istituzionale aziendale sezione "Amministrazione Trasparente";

Viale Borri 57 21100 Varese
Tel. 0332-278.111, Fax 0332-261.440
P.IVA e C.F. 03510050127

6. di trasmettere il presente provvedimento per opportuna conoscenza e per il seguito di competenza alle seguenti Strutture: Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direzione Sociosanitaria, S.C. Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità, S.C. Gestione dei controlli aziendali, Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane, S.C. Sistemi Informativi aziendali, S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale, S.C. Gestione Acquisti, S.C. Ingegneria Clinica, S.C. Direzione Medica Varese, S.C. Direzione Medica dei Territori e S.C. Direzione Assistenziale e delle Professioni Sanitarie e Sociali - DAPSS;

7. di dare atto che, ai sensi dell'art. 17, comma 6, della L. R. n. 33/2009 e successive modificazioni ed integrazioni, il presente provvedimento deliberativo, non soggetto a controllo, verrà pubblicato nei modi di legge, ed è immediatamente esecutivo.

Manuale di Gestione Documentale

MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE

Preparato:	***Verificato:***	***Approvato:***
Dott.ssa Emilia Annunziata *S.C. Affari Generali e Legali* *Sig.ra Claudia Bortolato* *S.C. Affari Generali e Legali* *Dott. Paolo Covacich* *Responsabile della Conservazione, Responsabile della Transizione al digitale, Referente per la Cybersicurezza-* *Direttore S.C. Sistemi Informativi*	*Dott. Dario Lorenzon* *Direttore Dipartimento Amministrativo-Direttore S.C. Bilancio, Programmazione finanziaria e Contabilità* *Dott. Damiano Ghilotti* *Direttore S.C. Affari Generali e Legali* *Dott.ssa Laura De Filippo* *Direttore S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane* *Dott. Franco Barosi* *RPCT- Direttore S.C. Gestione dei Controlli aziendali, Prevenzione della corruzione e trasparenza* *Ing. Maurizio Pastore* *DPO- ASST Sette Laghi* ***Per conformità SGQ*** *Dott.ssa Maristella Moscheni* *Direttore f.f. S.C. Qualità,Risk Management e Accreditamento*	*Dott. Giuseppe Micale* *Direttore Generale ASST dei Sette Laghi* *Dott. Ugo Palaoro* *Direttore Amministrativo ASST dei Sette Laghi* *Dott.ssa Adelina Salzillo* *Direttore Sanitario ASST dei Sette Laghi* *Dottor Giuseppe Calicchio* *Direttore Socio Sanitario ASST dei Sette Laghi* *Data: 23/06/2025*

INDICE DELLE REVISIONI		
N. progressivo	*Descrizione della modifica*	*Data*
01		
00	Prima emissione	23/06/2025

Spazio riservato alla verifica annuale del documento

Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:
Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:
Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:

Il presente documento è di proprietà della ASST Sette Laghi. E' fatto divieto di copiarne e divulgarne il contenuto all'esterno, salvo autorizzazione aziendale. Il Documento firmato digitalmente è conservato presso l'Archivio Centrale del Sistema di Gestione per la Qualità.

Indice

1. Principi Generali 6

1.1 Premessa 6

1.2 Ambito di applicazione del manuale 9

1.3 Terminologia (Glossario dei termini e degli Acronimi) 9

1.4 Normativa di riferimento 9

1.5 Standard di riferimento 9

2. Aspetti Organizzativi 9

2.1 Area Organizzativa Omogenea 9

2.2 Accreditamento dell'AOO all'IPA 10

2.3 Ruoli e responsabilità 10

2.3.1 Soggetti coinvolti nella Gestione del Protocollo informatico 16

2.4 Unità organizzative responsabili (UOR) delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO. 18

2.4.1 Orari osservati dal Servizio Protocollo 20

3. Modalità di utilizzo degli strumenti informatici per la formazione dei documenti informatici e per lo scambio degli stessi all'interno ed all'esterno dell'Area Organizzativa Omogenea (AOO) 20

3.1 Documento Amministrativo 20

3.1.1 Classificazione in termini tecnologici 20

3.1.1.1 Documento informatico 20

3.1.1.2 Documento Analogico 21

3.1.2 Classificazione in termini operativi 21

3.1.2.1 Documento in ingresso 21

3.1.2.2 Documento in uscita 21

3.1.2.3 Documento interno formale 22

3.1.2.4 Documento interno informale 22

3.2 Documento clinico 22

3.3 Requisiti degli strumenti informatici di scambio dei documenti con l'esterno 23

3.4 Protocollo informatico 23

3.5 Firma digitale 24

3.5.1 Verifica delle firme digitali per i documenti inviati e ricevuti 24

3.6 Posta Elettronica ... 25

4. Regole di assegnazione dei documenti ricevuti con la specifica dei criteri per l'ulteriore eventuale inoltro dei documenti verso altre amministrazioni ... **25**

4.1 Attività di assegnazione ... 25

4.1.1 Regole Generali ... 25

4.1.1.1 Assegnazione e smistamento di documenti ricevuti in formato digitale ... 26

4.1.1.2 Assegnazione e smistamento di documenti ricevuti in formato cartaceo ... 27

4.1.2 Modifica delle assegnazioni ... 27

4.2 Criteri di inoltro dei documenti ricevuti non di competenza ... 28

5. Abilitazione per l'accesso all'uso del sistema di protocollo informatico ... **28**

6. Formati dei documenti ... **29**

7. Protocollo informatico e registrazioni particolari ... **29**

7.1 Annullamento delle registrazioni di protocollo ... 29

7.2 Descrizione delle modalità di utilizzo della componente «sistema di protocollo informatico» del sistema di gestione informatica dei documenti ... 29

7.3 Registro di emergenza ... 29

7.4 Elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo ... 30

7.5 Metadati associati ai documenti soggetti a registrazione particolare ... 30

7.6 Registri particolari per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari ... 30

8. Piano di classificazione ... **31**

8.1 Titolario di classificazione ... 31

9. Classificazione e formazione dei fascicoli informatici e delle aggregazioni documentali ... **31**

9.1 Classificazione dei documenti ... 31

9.2 Fascicolazione dei documenti ... 32

9.3 Metadati associati ... 33

10. Flussi di lavorazione dei documenti protocollati ... **33**

10.1 Flusso dei documenti ricevuti ... 33

10.1.1 Ricezione dei documenti informatici ... 33

10.1.2 Ricezione di documenti cartacei a mezzo posta convenzionale ... 35

10.1.3 Ricezione di documenti a mezzo posta elettronica ordinaria (PEO) ... 35

10.1.4 Errata ricezione di documenti analogici ... 36

10.1.5 Errata ricezione di documenti digitali ... 36

10.1.6 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici 36
10.1.7 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti cartacei 36
10.1.8 Ricezione e trasmissione di documenti cartacei a mezzo fax 36
10.1.9 Termini per la registrazione di protocollo 37
10.1.10 Diritto di accesso e tutela dei dati personali 37

10.2 Flusso dei documenti inviati dalla AOO 38
10.2.1Trasmissione dei documenti informatici 38
10.2.2 Trasmissione di documenti analogici 40

10.3 Formazione dei documenti - Aspetti operativi 40

10.4 Registrazione e segnatura di protocollo dei documenti ricevuti 41
10.4.1 Registrazione di protocollo 41
10.4.2 Segnatura di protocollo 42

10.5 Scansione dei documenti cartacei 43

10.6 Registro giornaliero di protocollo 43

10.7 Documenti soggetti a protocollo riservato 43

10.8 Casistica 44
10.8.1 Allegati 44
10.8.2 Fax 44
10.8.3 Documenti pervenuti in copie plurime 45
10.8.4 Invio massivo 45
10.8.5 Documenti anonimi o con firma illeggibile 45
10.8.6 Posta Elettronica Certificata(PEC)/Posta Elettronica Ordinaria(PEO) con mittente non identificabile 46
10.8.7 Atti giudiziari 46
10.8.8 Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'ASST 46
10.8.9 Documenti non firmati 46
10.8.10 Corrispondenza di particolare rilevanza 47

11. Flussi documentali non protocollati 47
12. Organizzazione dei documenti informatici, dei fascicoli informatici e delle serie informatiche 47
13. Misure di sicurezza e protezione dei dati personali 48
14. Piano di conservazione 48
15. Tenuta e conservazione della componente analogica 48
16. Riferimenti interni 48
17. Allegati 49

1. Principi Generali

1.1 Premessa

Il manuale di gestione documentale descrive il sistema di gestione informatica dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. In coerenza con quanto indicato da AgID nelle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici nel manuale di gestione documentale sono riportati, in particolare:

1. **relativamente agli aspetti organizzativi:**
    a. le modalità di utilizzo degli strumenti informatici per la formazione dei documenti informatici e per lo scambio degli stessi all'interno ed all'esterno dell'Area Organizzativa Omogenea (AOO), applicando le modalità di trasmissione indicate nell'allegato 6 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici "Comunicazione tra AOO di Documenti Amministrativi Protocollati";
    b. l'indicazione delle unità organizzative responsabili (UOR) delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO;
    c. l'indicazione delle regole di assegnazione dei documenti ricevuti con la specifica dei criteri per l'ulteriore eventuale inoltro dei documenti verso AOO della stessa amministrazione o verso altre amministrazioni;
    d. i criteri e le modalità per il rilascio delle abilitazioni di accesso, interno ed esterno all'Amministrazione, al sistema di gestione informatica dei documenti;
2. **relativamente ai formati dei documenti:**
    a. l'individuazione dei formati utilizzati per la formazione del documento informatico, tra quelli indicati nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici "Formati di file e riversamento";
    b. la descrizione di eventuali ulteriori formati utilizzati per la formazione di documenti in relazione a specifici contesti operativi che non sono individuati nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici "Formati di file e riversamento";
    c. le procedure per la valutazione periodica di interoperabilità dei formati e per le procedure di riversamento previste nell'Allegato 2 delle Linee Guida sulla

formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici "Formati di file e riversamento";

3. **relativamente al protocollo informatico e alle registrazioni particolari:**
    a. le modalità di registrazione delle informazioni annullate o modificate nell'ambito delle attività di registrazione;
    b. la descrizione completa e puntuale delle modalità di utilizzo della componente «sistema di protocollo informatico» del sistema di gestione informatica dei documenti;
    c. le modalità di utilizzo del registro di emergenza ai sensi dell'art. 63 del TUDA, inclusa la funzione di recupero dei dati protocollati manualmente;
    d. l'elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo, per cui è prevista registrazione particolare ai sensi dell'art. 53, comma 5, del TUDA;
    e. determinazione dei metadati da associare ai documenti soggetti a registrazione particolare individuati, assicurando almeno quelli obbligatori previsti per il documento informatico dall'Allegato 5 alle Linee Guida;
    f. i registri particolari individuati per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari informatiche anche associati ad aree organizzative omogenee definite dall'amministrazione sull'intera struttura organizzativa e gli albi, gli elenchi e ogni raccolta di dati concernente stati, qualità personali e fatti, riconosciuti da una norma;
2. **relativamente alle azioni di classificazione e selezione:**
    a. il piano di classificazione adottato dall'Amministrazione, con l'indicazione delle modalità di aggiornamento, integrato con le informazioni relative ai tempi, ai criteri e alle regole di selezione e conservazione, con riferimento alle procedure di scarto;
3. **relativamente alla formazione delle aggregazioni documentali:**
    a. le modalità di formazione, gestione e archiviazione dei fascicoli informatici e delle aggregazioni documentali informatiche con l'insieme minimo dei metadati ad essi associati;
4. **relativamente ai flussi di lavorazione dei documenti in uso:**
    a. la descrizione dei flussi di lavorazione interni all'Amministrazione, anche mediante la rappresentazione formale dei processi attraverso l'uso dei linguaggi indicati da AgID, applicati per la gestione dei documenti ricevuti, inviati o ad uso interno;

5. **relativamente alla organizzazione dei documenti informatici, dei fascicoli informatici e delle serie informatiche:**
    a. la definizione della struttura dell'archivio all'interno del sistema di gestione informatica dei documenti. L'archivio informatico - formato ai sensi del capo IV "Sistema di gestione informatica dei documenti" del DPR 445/2000 - deve essere progettato in modo da assicurare certezza e trasparenza all'attività giuridico amministrativa;
6. **relativamente alle misure di sicurezza e protezione dei dati personali adottate:**
    a. le opportune misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio anche in materia di protezione dei dati personali;
7. **relativamente alla conservazione:**
    a. per le Pubbliche Amministrazioni il piano di conservazione è allegato al manuale di gestione documentale (ALLEGATO 03), con l'indicazione dei tempi entro i quali le diverse tipologie di oggetti digitali devono essere trasferite in conservazione ed eventualmente scartate;

Sono parte integrante del presente Manuale i seguenti documenti:

- ALLEGATO 04 Elenco figure responsabili ed estremi degli atti di nomina;
- ALLEGATO 01 Glossario dei termini e degli acronimi;
- ALLEGATO 02 Riferimenti normativi;
- ALLEGATO 06 Elenco documenti esclusi dalla registrazione di protocollo;
- ALLEGATO 05 Flussi documentali non protocollati;
- Istruzione Operativa Generale 01(IOG01) (contentente il Titolario e il Massimario di scarto di Regione Lombardia);
- ALLEGATO 03 Manuale di conservazione;
- Manuale del conservatore;
- Piano di miglioramento della sicurezza informatica;
- Regolamento di accesso agli atti.

1.2 Ambito di applicazione del manuale

Il presente Manuale di Gestione Documentale, adottato secondo le Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, descrive il sistema di gestione informatica dei documenti e fornisce indicazioni operative per il corretto funzionamento del Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

Esso riguarda, in sintesi:

- La formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione ed archiviazione dei documenti amministrativi, oltre alla gestione dei flussi documentali ed archivistici in relazione ai procedimenti amministrativi della AOO;
- La formazione e gestione dei documenti clinici generati dall'ASST;
- In via residuale la gestione dei documenti non informatici;

1.3 Terminologia (Glossario dei termini e degli Acronimi)

Per la terminologia utilizzata si rinvia alla lettura del ALLEGATO01 "Glossario dei termini e degli acronimi".

1.4 Normativa di riferimento

Per la normativa di riferimento si rinvia alla lettura del ALLEGATO02 "Riferimenti normativi".

1.5 Standard di riferimento

Per i principali standard e specifiche tecniche di riferimento si rinvia alla lettura del documento ALLEGATO 03 "Manuale di conservazione"

2. Aspetti Organizzativi

2.1 Area Organizzativa Omogenea

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

documenti per grandi aree organizzative omogenee, assicurando criteri uniformi di classificazione e archiviazione.

Per la gestione dei documenti, è stata individuata un'unica Area Organizzativa Omogenea (A.O.O.), denominata "Direzione Generale" che dispone della casella di posta elettronica certificata: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

2.2 Accreditamento dell'AOO all'IPA

Per la gestione dei documenti, la ASST, ai sensi della normativa vigente, individua l'AOO indicata nel paragrafo precedente. Viene utilizzato un unico sistema di protocollazione e un unico titolario di classificazione. Il codice identificativo dell'AOO presso l'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (Codice IPA) è "asstsl". La ASST ha effettuato l'iscrizione della propria casella di posta elettronica certificata istituzionale presso l'IPA, indicata nel paragrafo precedente.

2.3 Ruoli e responsabilità

Per la AOO sono individuati i seguenti ruoli con responsabilità sui processi in essere. L'ASST, tramite specifica delibera, provvede alla nomina del Responsabile della gestione documentale, del Responsabile della transizione digitale, del Responsabile della conservazione, del Responsabile dei sistemi informativi, del Referente per la cyber sicurezza, del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) e del Responsabile della protezione dei dati (RPD).

Nel documento ALLEGATO 04 "Elenco figure responsabili ed estremi degli atti di nomina" si riportano gli estremi degli atti di nomina dei sopracitati soggetti responsabili.

Di seguito sono descritte le suddette figure ed i relativi compiti.

Il **Responsabile della gestione documentale** è il soggetto in possesso di idonei requisiti professionali o di professionalità tecnico-archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, ai sensi dell'art. 61 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che produce il pacchetto di versamento ed effettua il trasferimento del suo contenuto nel sistema di conservazione.

In particolare il Responsabile della gestione documentale:

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

opportune misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio in materia di protezione dei dati personali;

- Verifica periodicamente la rispondenza del piano di classificazione dei documenti informatici ai procedimenti amministrativi e agli affari in essere e procede al suo aggiornamento;
- Assicura l'adozione di criteri uniformi per la gestione informatica dei documenti;
- Verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA.

Il **Responsabile della transizione al digitale,** nominato ai sensi dell'art. 17 del CAD, è il soggetto propulsore dell'azione di migrazione alle modalità operative totalmente digitali, e svolge i seguenti compiti**:**

- coordina lo sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizza e coordina lo sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;
- indirizza, pianifica, coordina e monitora la sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività;
- garantisce l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promuove l'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analizza periodicamente la coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- coopera alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione ai fini del punto precedente;
- indirizza, coordina e monitora la pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione e fonia;
- progetta e coordina le iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra

amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;

- promuove le iniziative attinenti l'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie;
- pianifica e coordina il processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra i sistemi e servizi dell'amministrazione
- pianifica e coordina gli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b) del CAD.

Il **Responsabile della conservazione** è il soggetto in possesso di idonee competenze giuridiche, informatiche ed archivistiche, che opera secondo quanto previsto dall'art. 44, comma 1-*quater*, del D.Lgs. 82/2005 (di seguito anche "CAD").

In particolare, il Responsabile della conservazione:

a. definisce le politiche di conservazione e i requisiti funzionali del sistema di conservazione, in conformità alla normativa vigente e tenuto conto degli standard internazionali, in ragione delle specificità degli oggetti digitali da conservare (documenti informatici, aggregazioni informatiche, archivio informatico), della natura delle attività che il titolare dell'oggetto di conservazione svolge e delle caratteristiche del sistema di gestione informatica dei documenti adottato;
b. gestisce il processo di conservazione e ne garantisce nel tempo la conformità alla normativa vigente;
c. genera e sottoscrive il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal manuale di conservazione;
d. genera e sottoscrive il pacchetto di distribuzione con firma digitale o firma elettronica qualificata, nei casi previsti dal manuale di conservazione;

e. effettua il monitoraggio della corretta funzionalità del sistema di conservazione;

f. effettua la verifica periodica, con cadenza non superiore ai cinque anni, dell'integrità e della leggibilità dei documenti informatici e delle aggregazioni documentarie degli archivi;

g. al fine di garantire la conservazione e l'accesso ai documenti informatici, adotta misure per rilevare tempestivamente l'eventuale degrado dei sistemi di memorizzazione e delle registrazioni e, ove necessario, per ripristinare la corretta funzionalità, adotta analoghe misure con riguardo all'obsolescenza dei formati;

h. provvede alla duplicazione o copia dei documenti informatici in relazione all'evolversi del contesto tecnologico, secondo quanto previsto dal manuale di conservazione;

i. predispone le misure necessarie per la sicurezza fisica e logica del sistema di conservazione;

j. assicura la presenza di un pubblico ufficiale, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento, garantendo allo stesso l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività al medesimo attribuite;

k. assicura agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e di vigilanza;

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

Nel caso in cui il servizio di conservazione venga affidato ad un conservatore, le attività suddette o alcune di esse, ad esclusione della lettera m), potranno essere affidate al responsabile del servizio di conservazione, rimanendo in ogni caso inteso che la responsabilità giuridica generale sui processi di conservazione, non essendo delegabile, rimane in capo al Responsabile della conservazione, chiamato altresì a svolgere le necessarie attività di verifica e controllo in ossequio alle norme vigenti sui servizi affidati in outsourcing dalle Pubbliche Amministrazioni.

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

- opera d'intesa con il responsabile della conservazione e può affidare, ai sensi dell'articolo 34, comma 1-bis, lettera b) del CAD, la conservazione dei documenti informatici ad altri

soggetti, pubblici o privati, che offrono idonee garanzie organizzative, e tecnologiche e di protezione dei dati personali;

- gestisce l'esercizio delle componenti hardware e software;
- monitora il mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con il fornitore e segnala eventuali difformità degli SLA e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive;
- pianifica lo sviluppo delle infrastrutture tecnologiche;
- controlla e verifica i livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali difformità.

Il **Referente per la cybersicurezza** è una figura fondamentale per difendere le Pubbliche Amministrazioni dalle minacce digitali e assicurare la protezione dei dati sensibili, nonché la continuità delle operazioni, ed è nominato ai sensi dell'art 8, comma 2, della Legge n. 90 del 28.6.2024.

Questo ruolo richiede una profonda conoscenza delle migliori pratiche di sicurezza informatica, competenze nella gestione del rischio e un'ampia comprensione delle normative vigenti.

Il referente deve avere la capacità di collaborare efficacemente con vari stakeholder, inclusa l'Agenzia per la Cybersicurezza Nazionale, per garantire che le misure di sicurezza siano sempre allineate con le direttive nazionali**.**

Il **Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza** (RPCT) è il soggetto al quale può essere presentata l'istanza di accesso civico, qualora la stessa abbia ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D.Lgs. 33/2013.

Il RPCT, oltre a segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, si occupa delle richieste di riesame dei richiedenti ai quali sia stato negato totalmente o parzialmente l'accesso civico generalizzato, ovvero che non abbiano avuto alcuna risposta entro il termine stabilito (si veda, per maggiori dettagli, quanto specificato nel paragrafo 6.2.2).

Il **Responsabile della protezione dei dati** (RPD) è il soggetto che ha il compito di sorvegliare sull'osservanza della normativa in materia di protezione dei dati personali, ossia il Regolamento UE 679/2016 (di seguito, anche "GDPR") e il D.Lgs. 196/2003 (di seguito, anche "Codice *privacy*"), come modificato dal D.Lgs. 101/2018.

Il Responsabile della protezione dei dati deve essere coinvolto in tutte le questioni che riguardano la gestione e la protezione dei dati personali e ha il compito sia di informare e sensibilizzare il personale riguardo agli obblighi derivanti dalla citata normativa sia di collaborare con il Titolare e il Responsabile del trattamento, laddove necessario, nello svolgimento della valutazione di impatto sulla protezione dei dati.

Sul punto, le "*Linee Guida sui responsabili della protezione dei dati*", adottate dal WP29 il 13 dicembre 2016, emendate in data 5 aprile 2017, precisano che "*Assicurare il tempestivo e immediato coinvolgimento del RPD, tramite la sua informazione e consultazione fin dalle fasi iniziali, faciliterà l'osservanza del RGPD e promuoverà l'applicazione del principio di privacy (e protezione dati) fin dalla fase di progettazione; pertanto, questo dovrebbe rappresentare l'approccio standard all'interno della struttura del titolare/responsabile del trattamento. Inoltre, è importante che il RPD sia annoverato fra gli interlocutori all'interno della struttura suddetta, e che partecipi ai gruppi di lavoro che volta per volta si occupano delle attività di trattamento*".

2.3.1 Soggetti coinvolti nella Gestione del Protocollo informatico

Nella gestione del processo relativo al protocollo informatico interagiscono diversi soggetti/Strutture ed in particolare la S.C. Sistemi Informativi Aziendali (S.I.A.) e la S.C. Affari Generali e Legali.

S.C. Sistemi Informativi Aziendali

La S.C Sistemi Informativi Aziendali cura la gestione informatica del protocollo ed in particolare svolge i seguenti compiti

- assicura che il sistema operativo utilizzato per la gestione informatica del Protocollo sia conforme alle specifiche tecniche previste dalla normativa vigente;
- cura che le funzionalità del sistema in caso di guasti o anomalie siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;

- garantisce la corretta produzione e conservazione del registro del Protocollo informatico; conservazione sostitutiva;
- predispone il piano per la sicurezza informatica relativamente alla gestione del protocollo informatico;
- provvede alla conservazione delle copie dei dati di protocollo e dei documenti archiviati su supporto informatico in luogo sicuro e dedicato;
- effettua, su richiesta del personale autorizzato o quando se ne manifesti la necessità, operazioni sul sistema quali modifiche operative del programma;
- effettua, su autorizzazione del Responsabile del Protocollo, l'abilitazione al sistema di nuove utenze;
- supporta ed assiste gli operatori dell'Ufficio Protocollo per ogni necessità inerente il programma informatico.

S.C. Affari Generali e Legali

La S.C. Affari Generali e Legali svolge la funzione di coordinamento e supervisione dell'Ufficio Protocollo ed in particolare:

- individua il Responsabile del Protocollo che svolge i compiti e le funzioni di seguito indicati;
- autorizza il Responsabile dell'Ufficio Protocollo aziendale allo svolgimento delle operazioni in caso di attivazione del registro di emergenza;

Responsabile dell'Ufficio Protocollo:

E' il soggetto che sovrintende e coordina il personale assegnato all'Ufficio Protocollo e provvede a:

- gestire il personale assegnato all'Ufficio Protocollo sotto il profilo funzionale;
- segnalare tempestivamente al SIA e al Direttore della S.C. AA.GG. eventuali criticità o guasti o anomalie del sistema di protocollo;
- verificare la corretta applicazione delle disposizioni contenute nel presente Manuale da parte del personale assegnato all'Ufficio Protocollo;
- effettuare eventuali operazioni di annullamento di una registrazione di protocollo che si rendesse necessaria;

- curare, previa autorizzazione del Direttore della S.C. Affari generali e Legali, il corretto svolgimento delle operazioni nel caso di attivazione del registro di emergenza;
- curare l'abilitazione al sistema di nuove utenze definendo per ciascun operatore il tipo di funzioni a disposizione;
- gestire i rapporti con Uffici e utenti delle varie Strutture e Servizi dell'Azienda;
- disporre l'Attivazione, su richiesta del Direttore della Struttura/Servizio interessato, di eventuali nuove utenze per la ricezione e trasmissione della corrispondenza.

2.4 Unità organizzative responsabili (UOR) delle attività di registrazione di protocollo e di archiviazione dei documenti all'interno dell'AOO.

Il sistema di protocollazione dell'Azienda è di norma centralizzato per la corrispondenza in entrata, mentre, a decorrere dal 1 gennaio 2022, è decentralizzato per la corrispondenza in uscita.

Nello specifico, il Servizio di Protocollo svolge i compiti di registrazione di protocollo dell'ASST dei Sette Laghi per la corrispondenza in entrata, invece la corrispondenza in uscita viene protocollata e classificata dalla Struttura/Servizio competente per materia del documento.

La scelta di un modello decentrato - riguardo alla protocollazione in uscita - è determinata da un'ottica di autonomia delle singole Strutture/Servizi unitamente alla numerosità degli atti prodotti da ciascuna Struttura/Servizio nell'ambito delle proprie competenze e trasmessi a soggetti esterni.

Il personale addetto al Servizio di Protocollo provvede alla ricezione ed all'apertura della posta, nonché alla segnatura, classificazione ed assegnazione del documento all'Ufficio competente.

Le singole Strutture/Servizi /Uffici provvedono alla fascicolazione dei documenti.

Più precisamente, ai sensi dell'art. 61, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, il Servizio di Protocollo svolge le seguenti funzioni:

- abilitazione del personale dell'ASST all'utilizzo del protocollo informatico definendo per ciascun operatore il tipo di funzioni a disposizione;

- garanzia del rispetto delle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000 durante le operazioni di registrazione e di segnatura di protocollo;
- garanzia della corretta produzione e conservazione del registro giornaliero di protocollo di cui all'art. 53 del D.P.R. n. 445/2000;
- cura delle funzionalità del sistema di protocollo informatico di comune accordo con la S.C. Sistemi Informativi Aziendali (SIA), in caso di guasti o anomalie, affinché le medesime siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;
- conservazione delle copie di salvataggio delle informazioni del sistema di protocollo e del registro di emergenza attraverso S.C. Sistemi Informativi Aziendali (SIA), in luoghi sicuri e diversi da quello in cui viene custodito il suddetto sistema (artt. 62 e 63 del D.P.R. n. 445/2000);
- garanzia del buon funzionamento degli strumenti e del rispetto delle procedure concernenti le attività di registrazione di protocollo;
- autorizzazione - con provvedimenti *ad hoc* - delle operazioni di annullamento della registrazione di protocollo (art. 54 del D.P.R. n. 445/2000);

La casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) istituzionale protocollo@pec.asst-settelaghi.it pubblicata sull'Indice delle Pubbliche Amministrazioni (IPA), è accessibile - per la ricezione di documenti - solamente al Servizio di Protocollo, mentre per la manutenzione e la gestione tecnica è accessibile alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali (SIA).

La casella PEC istituzionale è configurata per accettare solo la ricezione di messaggi di posta elettronica certificata.

La casella di posta elettronica ordinaria (PEO) istituzionale ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it pubblicata sul sito internet aziendale, è accessibile - per la ricezione di documenti - solamente al Servizio di Protocollo, mentre per la manutenzione e la gestione tecnica è accessibile alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali (SIA).

Ogni Struttura/Servizio/Ufficio è dotato di mail istituzionale non certificata.

2.4.1 Orari osservati dal Servizio Protocollo

Lo sportello al pubblico del Servizio Protocollo è aperto dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8:30 alle ore 12:30 e dalle ore 14:00 alle ore 15:30 (salvo variazioni). Solamente l'Ufficio Protocollo è autorizzato al ritiro dei documenti, pertanto, la ricezione della corrispondenza su supporto cartaceo segue i relativi orari di apertura al pubblico.

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

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

3.1 Documento Amministrativo

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

3.1.1 Classificazione in termini tecnologici

3.1.1.1 Documento informatico

Per documento informatico si intende il documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti. (art. 1, lett. p), del CAD.

L'ASST forma gli originali dei propri documenti con mezzi informatici secondo le disposizioni contenute nel CAD e le regole tecniche di cui all'art. 71 dello stesso.

Qualsiasi documento deve riportare un solo protocollo e può fare riferimento a più fascicoli.

Le firme necessarie alla redazione e perfezione giuridica del documento in uscita devono essere apposte prima della sua protocollazione.

In generale, l'ASST adegua il proprio sistema di gestione informatica dei documenti in base alle Regole tecniche per la formazione, l'archiviazione e la trasmissione di documenti con strumenti informatici e telematici.

3.1.1.2 Documento Analogico

A norma dell'art. 1, lett. a) del D.P.R. n. 445/2000 per documento analogico si intende la rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.

Il documento analogico è prodotto con strumenti informatici di videoscrittura e, solo in casi eccezionali con strumenti analogici. L'originale è cartaceo e dotato di firma autografa.

3.1.2 Classificazione in termini operativi

3.1.2.1 Documento in ingresso

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

I documenti informatici sono recapitati a mezzo posta elettronica certificata o convenzionale, su supporto rimovibile (quale, ad esempio, CD ROM, DVD, *pen drive*, etc) consegnato direttamente al personale del Servizio di Protocollo, attraverso fax server nel caso di comunicazioni provenienti da privati o ancora attraverso i servizi online.

I documenti analogici trasmessi da soggetti esterni all'Azienda sono recapitati a mezzo posta convenzionale o corriere, a mezzo posta raccomandata, con consegna diretta da parte dell'interessato o tramite una persona dallo stesso delegata al Servizio di Protocollo.

3.1.2.2 Documento in uscita

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

I documenti informatici sono trasmessi ai destinatari per mezzo della posta elettronica certificata o mediante e-mail istituzionali. In altri casi, il documento informatico può essere riversato su supporto rimovibile non modificabile ed inviato al destinatario.

I documenti su supporto cartaceo sono inviati a mezzo posta convenzionale, posta raccomandata e o corriere, attraverso consegna diretta o eccezionalmente a mezzo fax se destinati a privati o a mezzo telegramma.

3.1.2.3 Documento interno formale

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

3.1.2.4 Documento interno informale

I documenti interni informali sono documenti di rilevanza esclusivamente interna a ciascuna UO della AOO e, di norma, scambiati attraverso lo strumento della posta elettronica.

Più precisamente i documenti informali di norma sono documenti di lavoro di natura non ufficiale, temporanea e/o interlocutoria a prevalente carattere informativo e/o preparatorio, si tratta cioè di documenti non caratterizzati da particolare ufficialità.

Le modalità di formazione e gestione sono demandate, nei limiti della propria autonomia organizzativa, a ciascuna UO. Per tali documenti non vige l'obbligatorietà di sottoscrizione e protocollazione.

3.2 Documento clinico

I documenti clinici sono i documenti prodotti dalla ASST nell'esercizio delle attività mediche e possono contenere informazioni su osservazioni cliniche dirette, quali rivelazioni di anamnesi, segni vitali o sintomi, o su osservazioni indirette derivanti, ad esempio, da diagnostica strumentale, esami di laboratorio o rappresentazione iconografica di resoconti radiologici, oppure opinioni mediche quali valutazioni di osservazioni cliniche, consulti e consulenze, obiettivi da raggiungere o piani diagnostico terapeutici, azioni di natura clinico- sanitaria atte a generare osservazioni cliniche ed opinioni mediche. I documenti clinici non sono soggetti a protocollazione.

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

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

- integrità del messaggio;
- riservatezza del messaggio;
- non ripudio del messaggio;
- automazione dei processi di protocollazione e smistamento dei messaggi all'interno della AOO;
- certificazione dell'avvenuto inoltro e ricezione;
- interoperabilità dei sistemi informativi pubblici.

3.4 Protocollo informatico

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

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

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

3.5 Firma digitale

La sottoscrizione dei documenti informatici, con valenza giuridico-probatoria, è ottenuta con un processo di firma digitale conforme alle disposizioni di legge dettate dalla normativa vigente. Lo strumento di firma digitale soddisfa i seguenti tre requisiti:

- Integrità del messaggio;
- Riservatezza del messaggio;
- Non ripudio del messaggio

Inoltre, i documenti informatici prodotti dall'AOO, indipendentemente dal software utilizzato per la loro redazione, prima della sottoscrizione con firma digitale, sono convertiti in uno dei formati standard previsti dalla normativa vigente in materia di archiviazione al fine di garantirne l'immodificabilità.

L'ASST firma i documenti clinici elettronici apponendo la firma tramite un software certificato (SISS) e i documenti amministrativi tramite l'utilizzo di Smart Card Operatore (SCO).

3.5.1 Verifica delle firme digitali per i documenti inviati e ricevuti

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

È inoltre possibile utilizzare uno dei seguenti servizi di verifica on-line, a titolo d'esempio:

- Consiglio Nazionale del Notariato: https://vol.ca.notariato.it
- Infocert: https://www.firma.infocert.it/utenti/verifica.php
- Poste Italiane – Postecert: https://postecert.poste.it/verificatore

In particolare il Responsabile del procedimento amministrativo effettua la seguente sequenza di operazioni:

- Apertura della busta "virtuale" contenente il documento firmato;
- Verifica della validità del certificato; questa attività è realizzata verificando on-line le Certificate Revocation List (CRL);

- Verifica della firma (o delle firme multiple); in particolare, il software calcola l'impronta del documento e la verifica con quella contenuta nella busta "logica";
- Verifica dell'utilizzo, nell'apposizione della firma, di un certificato emesso da una Certification Authority (CA).

La validità della firma è verificata dal destinatario del documento.

3.6 Posta Elettronica

Ai sensi dell'art. 47, comma 3 del CAD, le comunicazioni tra l'ASST e i dipendenti, nonché tra le varie strutture aziendali, avvengono di norma mediante l'utilizzo della casella di posta istituzionale (con dominio "@asst-settelaghi.it"), nel rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

L'utilizzo della casella di posta istituzionale avviene anche per comunicazioni verso altre Amministrazioni o Aziende.

L'ASST utilizza la posta elettronica certificata per la trasmissione ad altre Pubbliche Amministrazioni:

- dei documenti amministrativi protocollati;
- di comunicazioni che necessitano di una ricevuta di invio e/o di una ricevuta di consegna;
- in generale di documenti il cui contenuto impegna l'ASST verso terzi.

La data e l'ora di formazione, di trasmissione o di ricezione di un documento informatico, redatto in conformità alla normativa vigente e alle relative regole tecniche, sono opponibili ai terzi.

4. Regole di assegnazione dei documenti ricevuti con la specifica dei criteri per l'ulteriore eventuale inoltro dei documenti verso altre amministrazioni

4.1 Attività di assegnazione

4.1.1 Regole Generali

La protocollazione della corrispondenza in entrata, di norma viene effettuata secondo l'ordine cronologico di arrivo della stessa, ad eccezione delle comunicazioni che ad un primo esame del personaledel Servizio di Protocollo appaiano essere di particolare urgenza.

Con l'assegnazione si procede all'individuazione della Struttura/Servizio competente.

L'assegnazione può essere effettuata per competenza o per conoscenza e può essere estesa a tutte le Strutture/Servizi ritenuti interessati, al fine di consentire la massima condivisione delle informazioni.

All'atto dell'assegnazione il Responsabile della Struttura/Servizio - provvede alla presa in carico del documento e, qualora non ritenga di essere lui l'unico assegnatario, alla sub-assegnazione al responsabile del procedimento individuato all'interno della propria Struttura/Servizio.

Fino a quando non sia effettuata la suddetta sub-assegnazione è considerato responsabile del singolo procedimento il Dirigente/Responsabile di struttura/servizio.

Il Responsabile del procedimento verifica la corretta classificazione del documento e inserisce il documento in apposito fascicolo elettronico, nonché provvede alla lavorazione nei tempi previsti dai Regolamenti interni o all'archiviazione del documento.

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

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

4.1.1.1 Assegnazione e smistamento di documenti ricevuti in formato digitale

I documenti ricevuti dal Servizio di Protocollo via PEC - al termine delle operazioni di registrazione - sono assegnati e smistati alla Struttura/Servizio competente per materia attraverso il sistema di protocollo, che ne assicura la segnatura e la memorizzazione.

Il personale assegnato alla Struttura/Servizio può visualizzare i documenti attraverso l'utilizzo del sistema di protocollo informatico, in base alle proprie abilitazioni e quindi prendere visione del contenuto del documento.

Il Direttore/Responsabile della Struttura/Servizio ha la possibilità di archiviare o sub-assegnare le pratiche al personale del proprio Ufficio.

4.1.1.2 Assegnazione e smistamento di documenti ricevuti in formato cartaceo

L'assegnazione e lo smistamento dei documenti ricevuti in forma cartacea, viene effettuata dagli Operatori dell'Ufficio Protocollo secondo la seguente la procedura:

a. la corrispondenza viene assegnata e smistata apponendo sulla prima pagina del documento la sigla corrispondente alla Struttura/Servizio competente per materia;

b. tutti i documenti ricevuti in formato cartaceo, compresi i loro allegati, sono sottoposti a scansione ad eccezione di quelli pervenuti in formati diversi dall'A4 e fatte salve disposizioni diverse formalizzate allo stesso Servizio di Protocollo dalle Strutture/Servizi competenti;

a. l'originale cartaceo del documento sottoposto a scansione viene consegnato alla Struttura/Servizio di competenza;

b. in caso di planimetrie o volumi non separabili si potrà comunque procedere a digitalizzare con lo scanner il frontespizio e porre l'annotazione con l'indicazione degli allegati.

4.1.2 Modifica delle assegnazioni

Nel caso di assegnazione errata, la Struttura/Servizio assegnatario deve inviare tempestivamente una mail all'Ufficio Protocollo e per conoscenza alla Struttura che si ritiene competente, fornendo la motivazione per la modifica della assegnazione. L'Ufficio Protocollo valuta la richiesta e può confermare l'assegnazione ovvero, verificato che trattasi di effettivo errore di assegnazione, invita l'Ufficio richiedente a respingere il documento protocollato e provvede successivamente alla sua riassegnazione.

Nel caso in cui la Struttura assegnataria non condivida l'assegnazione ovvero la stessa non sia chiaramente individuabile, la questione sarà sottoposta al Direttore Amministrativo che fornirà le opportune indicazioni.

Dette operazioni devono essere completate di norma entro le 48 ore dalla prima assegnazione, salvo situazioni eccezionali.

4.2 Criteri di inoltro dei documenti ricevuti non di competenza

I documenti ricevuti tramite PEC, di competenza di terzi (PA/altre strutture), vengono rifiutati dall'ASST comunicando al mittente l'errore di trasmissione.

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

Nel caso non sia stato possibile verificare la competenza di terzi all'atto del ricevimento il documento è inoltrato al destinatario/mittente con lettera protocollata di accompagnamento.

5. Abilitazione per l'accesso all'uso del sistema di protocollo informatico

Le abilitazioni all'accesso al sistema informatico di protocollo e gestione documentale vengono rilasciate dal responsabile dell'ufficio protocollo, in coordinamento con la Struttura Sistemi Informativi. L'accesso al sistema è consentito unicamente al personale dell'ASST: non vengono pertanto rilasciate abilitazioni a soggetti esterni all'Amministrazione. I nuovi utenti vengono abilitati all'accesso al sistema previa richiesta formulata dal responsabile della U.O./Servizio presso la quale operano; ad essi viene assegnato un livello di abilitazione corrispondente al ruolo ricoperto.

La sicurezza delle registrazioni di protocollo e dei documenti allegati è garantita da un sistema di autenticazione centralizzato attraverso l'uso del profilo utente e di una *password*.

L'accesso al sistema avviene a seguito di un processo di autenticazione effettuato mediante richiesta di username e password.

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

Gli utenti interni accedono al sistema in base alle autorizzazioni stabilite all'interno dell'A.O.O. che possono riguardare:

1. tutti i protocolli, compresi i riservati sulla base della competenza;
2. tutti i protocolli della Struttura/Servizio di appartenenza;

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

Al fine di garantire la sicurezza del sistema, nonché la riservatezza delle informazioni registrate, la password va modificata con cadenza almeno trimestrale e, in nessun caso, va comunicata ad altri utenti.

6. Formati dei documenti

Con riferimento ai formati utilizzati per la formazione del documento informatico si rinvia alla lettura del documento "Manuale di Conservazione" ALLEGATO 03 al presente manuale.

7. Protocollo informatico e registrazioni particolari

7.1 Annullamento delle registrazioni di protocollo

I dati obbligatori relativi alla registrazione di protocollo non sono modificabili. La necessità di eventuali modifiche, comporta l'obbligo di annullare l'intera registrazione di protocollo.

Solo il ***Responsabile del Protocollo informatico,*** sentito eventualmente il Direttore Amministrativo, è autorizzato ad annullare ovvero a dare disposizioni di annullamento delle registrazioni di protocollo. L'annullamento di una registrazione di protocollo deve essere richiesto con specifica e-mail, adeguatamente motivata, indirizzata alla casella mail dell'Ufficio Protocollo.

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

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

Il sistema informatico utilizzato per la componente di protocollo informatico garantisce l'immodificabilità delle registrazioni di protocollo nonché la contemporaneità della stessa con l'operazione di segnatura.

7.3 Registro di emergenza

Nel caso di interruzioni del funzionamento del sistema di protocollo informatico per cause tecniche accidentali o programmate, ai sensi dell'art. 63 del DPR 455/2000, le registrazioni di protocollo vengono effettuate su un registro di emergenza.

In particolare, il Responsabile del Protocollo informatico autorizza la predisposizione del registro di emergenza in forma cartacea oppure in forma digitale e, al ripristino della funzionalità del sistema di protocollo informatico, tutte le registrazioni effettuate vengono inserite a sistema, continuando la numerazione del protocollo generale raggiunta al momento dell'interruzione del servizio.
Sul registro di emergenza sono riportate la causa, la data e l'ora di inizio dell'interruzione del funzionamento del sistema di protocollo.

Qualora l'interruzione del funzionamento del sistema di protocollo si prolunghi per più di ventiquattro ore, il Responsabile del Protocollo informatico, ai sensi della normativa vigente, autorizza l'uso del registro di emergenza per periodi successivi di non più di una settimana.

Quando viene ripristinata la piena funzionalità del sistema, il Responsabile del Protocollo informatico o un suo delegato provvede alla chiusura del registro di emergenza, annotando sullo stesso il numero delle registrazioni effettuate nonché la data e l'ora di ripristino della funzionalità del sistema.

7.4 Elenco dei documenti esclusi dalla registrazione di protocollo

Con riferimento ai documenti esclusi dalla registrazione di protocollo si rinvia alla lettura del documento ALLEGATO 06 "Elenco documenti esclusi dalla registrazione di protocollo".

7.5 Metadati associati ai documenti soggetti a registrazione particolare

I metadati associati alle registrazioni dei documenti:

- Fatture emesse;
- Fatture ricevute;
- Delibere;
- Determine;

sono conformi alla normativa vigente e specificati nei contratti di fornitura attivi.

7.6 Registri particolari per la gestione del trattamento delle registrazioni particolari

Sono gestiti i registri particolari relativi alle registrazioni di:

- Delibere
- Determine

Per le Delibere e le Determine il progressivo riparte dal n. 1 all'inizio di ogni anno solare.

8. Piano di classificazione

8.1 Titolario di classificazione

La ASST ha adottato come titolario di classificazione quello messo a disposizione dalla Regione Lombardia, allegato al presente documento (allegato 1 IOG01).

9. Classificazione e formazione dei fascicoli informatici e delle aggregazioni documentali

9.1 Classificazione dei documenti

La classificazione è l'operazione finalizzata all'organizzazione dei documenti, secondo un ordine logico, in relazione alle funzioni e alle competenze dell'ASST.

La classificazione dei documenti ricevuti e prodotti dall'ASST si avvale del Piano di classificazione o Titolario.

Mediante la classificazione si assegna al documento, oltre al codice completo dell'indice di classificazione (titolo, classe), il riferimento al fascicolo.

Le operazioni di classificazione vengono svolte dall'operatore addetto alla registrazione di protocollo che inserisce la classificazione fino al 3° livello.

E' onere della Struttura/Servizio di competenza verificare l'esattezza dell'attribuzione del titolo e delle classi.

Il Piano di classificazione adottato dall'ASST è quello predisposto dalla Regione Lombardia con Decreto n. 15229 dell'1.12.2017 della Direzione Generale Welfare avente ad oggetto "Approvazione della versione 4 del titolario e massimario del sistema sociosanitario lombardo, già sistema sanitario e sociosanitario di Regione Lombardia".

Il Titolario è uno strumento suscettibile di aggiornamento: esso deve infatti descrivere le funzioni e le competenze dell'ASST, soggette a modifiche in forza delle leggi e dei regolamenti.

Il Titolario non è retroattivo: non si applica, cioè, ai documenti protocollati prima della sua introduzione.

9.2 Fascicolazione dei documenti

Ogni documento, dopo la classificazione, viene inserito a cura della Struttura/Servizio competente nel fascicolo di riferimento. Ai sensi dell'art. 52 del Testo Unico il sistema di protocollo informatico fornisce, tra l'altro, anche *«le informazioni sul collegamento esistente tra ciascun documento ricevuto e i documenti dalla stessa formati nell'adozione del provvedimento finale».*

Pertanto, il fascicolo informatico è lo strumento che consente l'accorpamento dei documenti all'interno del sistema di protocollo in base al procedimento o alla specifica questione trattata; essi sono archiviati all'interno di ciascun fascicolo secondo l'ordine cronologico di registrazione.

La fascicolazione viene gestita attraverso le funzioni ad essa dedicate nel sistema di protocollo informatico.

Quando un nuovo documento viene recapitato all'ASST, la Struttura/Servizio assegnatari stabilisce, con l'ausilio delle funzioni di ricerca del sistema di protocollo, se il documento stesso debba essere collegato a un procedimento o specifica questione in corso e, pertanto, debba essere inserito in un fascicolo esistente oppure se il documento si riferisce a un nuovo procedimento o questione per cui è necessario aprire unnuovo fascicolo.

A seconda delle ipotesi, si procede come segue:

- se il documento si ricollega ad un procedimento o questione in corso, l'addetto della Struttura/Servizio competente:
  - seleziona il relativo fascicolo;
  - collega la registrazione di protocollo del documento al fascicolo selezionato;
- se il documento dà avvio ad un nuovo fascicolo, il soggetto preposto:
  - esegue l'operazione di apertura del fascicolo;
  - collega la registrazione di protocollo del documento al nuovo fascicolo aperto.

L'operazione di "apertura" di un nuovo fascicolo comprende la registrazione di alcune informazioni essenziali, quali:

- oggetto del fascicolo;
- ufficio titolare del procedimento;
- indice di classificazione (titolo e classe);
- numero del fascicolo (assegnato automaticamente dal sistema di protocollo);
- data di apertura del fascicolo;

Il fascicolo viene chiuso al termine del procedimento amministrativo o all'esaurimento dell'affare. La datadi chiusura si riferisce alla data dell'ultimo documento prodotto.

9.3 Metadati associati

Metadati relativi alla fascicolazione:

- Classificazione: titolo, categoria e classe;
- Data apertura;
- Oggetto.

10. Flussi di lavorazione dei documenti protocollati

10.1Flusso dei documenti ricevuti

10.1.1 Ricezione dei documenti informatici

Di norma la ricezione dei documenti informatici è assicurata tramite la casella PEC istituzionale, protocollo@pec.asst-settelaghi.it e altresì dalla casella PEO istituzionale ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it, accessibile in ingresso, solo al personale addetto al Servizio di Protocollo.

Le mail/PEC la cui tipologia documentale ed Ufficio destinatario sono individuabili automaticamente tramite mittente e/o parole chiave all'interno del campo "oggetto", sono registrate e protocollate in ingresso nonché assegnate direttamente all'Ufficio competente.

Nel caso in cui il messaggio pervenuto sia illeggibile, incompleto o affetto da virus, il personale del Servizio di Protocollo deve segnalare la circostanza al mittente, indicando che lo stesso non verrà sottoposto a protocollazione.

I documenti informatici in arrivo possono essere dotati di firma elettronica (semplice o avanzata, qualificata o digitale) o non firmati.

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

In particolare, la firma elettronica utilizzata per inviare e ricevere documenti da e per l'ASST e per sottoscrivere documenti o qualsiasi altro file digitale con valenza giuridico-probatoria costituisce l'unico strumento che soddisfa i requisiti di sicurezza dell'identificabilità del sottoscrittore, nonché dell'integrità ed immodificabilità del documento.

Secondo quanto stabilito dall'art. 24 del CAD, l'apposizione di firma digitale integra e sostituisce l'apposizione di sigilli, punzoni, timbri, contrassegni e marchi di qualsiasi genere ad ogni fine previsto dalla normativa vigente (comma 2). Per la generazione della firma digitale deve adoperarsi un certificato qualificato che, al momento della sottoscrizione, non risulti scaduto di validità ovvero non risulti revocato o sospeso (comma 3). Proprio tale certificato qualificato deve permettere di rilevare, secondo le regole tecniche di cui all'art. 71 dello stesso CAD, la validità del certificato stesso, nonché gli elementi identificativi del titolare di firma digitale e del certificatore e gli eventuali limiti d'uso. Le linee guida definiscono altresì le modalità, anche temporali, di apposizione della firma (comma 4). L'apposizione a un documento informatico di una firma digitale o di un altro tipo di firma elettronica qualificata basata su un certificato elettronico revocato, scaduto o sospeso equivale a mancata sottoscrizione, salvo che lo stato di sospensione sia stato annullato (comma 4-*bis*).

10.1.2 Ricezione di documenti cartacei a mezzo posta convenzionale

I documenti analogici che pervengono quotidianamente a mezzo posta sono sottoposti dal personale addetto al Servizio di Protocollo ad una preliminare verifica in merito all'indirizzo ed al destinatario sugli stessi apposti.

I documenti ricevuti via telegramma o via fax, per ciò che concerne la registrazione di protocollo, sono trattati come un documento cartaceo.

Dopo aver accuratamente separato i documenti esclusi dalla registrazione del protocollo di cui all'art. 53, comma 5, del Testo Unico (gazzette ufficiali, bollettini ufficiali e notiziari della pubblica amministrazione, note di ricezione delle circolari e altre disposizioni, materiali statistici, atti preparatori interni, giornali, riviste, le newsletter, libri, materiali pubblicitari, inviti) il personale del Servizio di Protocollo provvede alla registrazione, segnatura e classificazione dei documenti, fino al 3° livello del Titolario.

I documenti vengono scannerizzati, con acquisizione del relativo file nel sistema, ed assegnati alla Struttura/Servizio di competenza.

10.1.3 Ricezione di documenti a mezzo posta elettronica ordinaria (PEO)

Le caselle di posta elettronica convenzionale in uso agli Uffici sono presidiate dagli stessi che valutano, di volta in volta, se è necessario inoltrare alla casella PEO istituzionale la specifica comunicazione ai fini della sua protocollazione da parte degli addetti al Servizio di Protocollo. In generale, tenuto conto che il sistema di posta elettronica non certificata non consente la certa identificazione del mittente, questa tipologia di corrispondenza è trattata come di seguito descritto:

- in caso di acquisizione di un documento fornito di firma digitale, l'atto viene valutato alla stregua di un documento elettronico;
- in caso di acquisizione di un documento scansionato e dotato di firma autografa resta fermo l'onere in capo al Responsabile del procedimento amministrativo della verifica della sicura provenienza del documento; in caso, poi, di mittente non verificabile, il Responsabile del procedimento amministrativo valuta discrezionalmente l'opportunità di utilizzare o meno il documento così pervenuto;

- in caso di acquisizione di una e-mail contenente un testo non sottoscritto, quest'ultima sarà considerata come missiva anonima**.**

10.1.4 Errata ricezione di documenti analogici

Qualora al Servizio di Protocollo pervengano erroneamente documenti indirizzati ad altri Enti, vanno restituiti senza procedere alla protocollazione.

10.1.5 Errata ricezione di documenti digitali

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

10.1.6 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici

Nel caso di ricezione di documenti informatici mediante la casella di posta PEC, la notifica al mittente dell'avvenuto recapito del messaggio è assicurata dagli specifici standard del servizio di PEC stessa dell'A.O.O.

10.1.7 Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti cartacei

Il personale addetto al Servizio di Protocollo non può rilasciare ricevute per i documenti che non sono soggetti a protocollazione.

Nel caso, invece, si tratti di documenti soggetti a protocollazione, gli operatori del Servizio di Protocollo rilasciano la ricevuta o fotocopiano gratuitamente la pagina del documento su cui è stata apposta la segnatura di protocollo.

10.1.8 Ricezione e trasmissione di documenti cartacei a mezzo fax

L'utilizzo del fax è ammesso solo con riferimento alla ricezione di corrispondenza da parte di privati, dal momento che, sulla base di quanto stabilito dall'art. 47 del CAD le comunicazioni di documenti tra pubbliche amministrazioni avvengono mediante l'utilizzo della posta elettronica o in

cooperazione applicativa. Sulla base di ciò, al documento ricevuto mediante fax di norma, non deve far seguito la trasmissione dell'originale in quanto rispetta il requisito della forma scritta.

Nel caso in cui, pervenga in un momento successivo l'originale su quest'ultimo viene apposta la seguente dicitura; "già pervenuto via fax il giorno…".

10.1.9 Termini per la registrazione di protocollo

Le registrazioni di protocollo dei documenti ricevuti sono effettuate di norma nell'arco della giornata lavorativa e comunque non oltre due giorni lavorativi dal ricevimento, salvo situazioni eccezionali.

10.1.10 Diritto di accesso e tutela dei dati personali

I procedimenti amministrativi unitamente al sistema di protocollo informatico sono ispirati al rispetto delle norme in materia di diritto di accesso e di protezione dei dati personali e sensibili di cui al Codice in materia di protezione dei dati personali e al GDPR n. 679/2016, soprattutto con particolare riferimento al concetto di accountability ed alla capacità di adottare un processo efficace per la protezione degli stessi in grado di ridurre al minimo i rischi di una loro possibile violazione.

L'ASST disciplina il diritto di accesso e la consultazione per fini amministrativi da parte di terzi dei documenti amministrativi e dei fascicoli formati o detenuti stabilmente dall'Azienda, in conformità alla normativa vigente. Valgono in tal senso le disposizioni contenute nel *"Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato*".

Il documento è pubblicato sul sito web dell'ASST e contiene tutte le indicazioni necessarie per esercitare le diverse tipologie di accesso agli atti.

L'ASST disciplina le modalità di accesso civico e di accesso civico generalizzato ai dati e documenti detenuti attraverso il succitato Regolamento.

L'ASST, quale Amministrazione a cui sono riconducibili i dati di protocollo e quelli personali contenuti nella documentazione amministrativa di propria competenza, dà attuazione alle

disposizioni contenute nel GDPR e nel Codice in materia di protezione dei dati personali, con atti aventi rilevanza interna ed esterna.

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

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

Qualora la corrispondenza riservata personale venga recapitata per errore ad una Struttura/Servizio diversi da quello competente o presso il quale il soggetto presta servizio, a tutela dei dati personali e/o sensibili eventualmente contenuti, va restituita integra (non vanno aperte le buste o i plichi) nella stessa giornata, al personale del Servizio di Protocollo.

10.2 Flusso dei documenti inviati dalla AOO

10.2.1Trasmissione dei documenti informatici

Per documenti in uscita s'intendono quelli prodotti dalle Strutture/Servizi nell'esercizio delle proprie funzioni, aventi rilevanza giuridico-probatoria e destinati a essere trasmessi a soggetti terzi o a altre pubbliche amministrazioni.

Ai fini di una maggiore efficienza gestionale l'ASST utilizza di norma PEC e firma digitale.

Per la spedizione dei documenti informatici, l'ASST utilizza la casella di PEC istituzionale: protocollo@pec.asst-settelaghi.it.

I documenti in partenza verso destinatari esterni ad ASST, sono classificati secondo il Titolario di classificazione ed allegati ai dati di registrazione di protocollo e protocollati con il sistema di protocollo informatico da parte del personale della Struttura/Servizio addetto alla protocollazione in partenza, che ha,altresì, la responsabilità:

- del loro inserimento nel fascicolo relativo allo specifico procedimento;
- della loro archiviazione.

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

I documenti informatici sono trasmessi tramite PEC, salvo il caso in cui non sia possibile risalire all'indirizzoPEC del destinatario. Solo la trasmissione dalla casella PEC istituzionale ad una casella PEC del destinatario costituisce evidenza giuridico-probatoria dell'invio e della consegna del messaggio (art. 47 del CAD).

Al fine di garantire la riservatezza dei dati sensibili o giudiziari di cui all'art. 4, comma l, lettere ii*)* ed *e),* del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i, l'art. 46 del CAD dispone che «*i documenti informatici trasmessi ad altre pubbliche amministrazioni per via telematica possono contenere soltanto le informazioni relative a stati, fatti e qualità personali previste da legge o da regolamento e indispensabili per il perseguimento delle finalità per le quali sono acquisite*».

Le ricevute digitali del sistema di posta elettronica certificata utilizzata per lo scambio dei documenti digitali, sono associate alla spedizione.

Ciascuna registrazione di protocollo deve contenere, almeno, i seguenti dati obbligatori in forma non modificabile:

- il numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema;
- la data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema;
- il mittente che ha prodotto il documento;
- il destinatario del documento;
- l'oggetto del documento, da formulare in maniera tale da consentire un'intuitiva e certa identificazione del protocollo anche a posteriori;
- la classificazione del documento utilizzando le voci del Titolario;
- il riferimento al numero di protocollo del documento o dei documenti che ha (hanno) originato il procedimento, attraverso l'indicazione degli specifici "Riferimenti".

10.2.2 Trasmissione di documenti analogici

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

- servizio di posta ordinaria o posta raccomandata;
- consegna diretta al destinatario.

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

10.3 Formazione dei documenti - Aspetti operativi

Il contenuto minimo dei documenti formati dall'ASST deve garantire la presenza delle seguenti informazioni:

a. la denominazione e il logo
b. l'indirizzo completo
c. il codice fiscale
d. l'indicazione completa dell'ufficio che ha prodotto il documento corredata dai numeri di telefono ed indirizzo di posta elettronica.

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

e. il luogo di redazione del documento;
f. la data (giorno, mese, anno);
g. il numero di protocollo;
h. l'oggetto del documento;
i. indicazione di allegati (se presenti);
j. se trattasi di documento informatico, la firma elettronica qualificata da parte del Responsabile del Procedimento Amministrativo (RPA);

k. se trattasi di documento cartaceo, la sigla autografa da parte del RPA e/o del Responsabile del provvedimento finale.

10.4 Registrazione e segnatura di protocollo dei documenti ricevuti

10.4.1 Registrazione di protocollo

I documenti dai quali possano nascere diritti, doveri o legittime aspettative di terzi vanno registrati. La numerazione delle registrazioni di protocollo è unica e rigidamente progressiva. Essa si chiude al 31 dicembre di ogni anno e ricomincia da 1 all'inizio dell'anno successivo.

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

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

- il numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema e registrato in forma non modificabile;
- la data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema e registrata in forma non modificabile;
- il mittente per i documenti ricevuti o, in alternativa, il destinatario o i destinatari per i documenti spediti, registrati in forma non modificabile;
- l'oggetto del documento, registrato in forma non modificabile;
- la data e il numero di protocollo del documento ricevuto, se disponibili;
- classificazione del documento di norma fino al 3° livello;
- l'impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, costituita dalla sequenza di simboli binari in grado di identificarne univocamente il contenuto, registrata in forma non modificabile.

10.4.2 Segnatura di protocollo

L'operazione di segnatura di protocollo è effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione e avviene attraverso l'apposizione sul documento di un "segno" grafico (realizzato attraverso la stampa di un codice a barre contenente gli estremi di registrazione del protocollo o per i documenti cartacei con una etichetta autoadesiva corredata del medesimo codice a barre) sul quale vengono riportate le seguenti informazioni relative alla registrazione di protocollo:

- codice identificativo o denominazione per esteso dell'ASST;
- data e numero di protocollo del documento.

L'operazione di segnatura dei documenti ricevuti in formato cartaceo viene effettuata dal personale del Servizio di Protocollo successivamente all'acquisizione del documento in formato elettronico.

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

Il personale del Servizio di Protocollo provvede, contestualmente alla segnatura dei documenti ricevuti, a classificare il documento.

Nel caso di ricezione di documenti afferenti questioni già in trattazione da parte dell'ASST, il personale del Servizio di Protocollo, nell'ottica della collaborazione tra Uffici e dell'ottimizzazione dei procedimenti, prima di procedere all'operazione di registrazione ha cura di evidenziare i legami esistenti tra i documenti sulla base delle informazioni reperibili dai documenti stessi, da banche dati interne disponibili in consultazione al personale del Servizio di Protocollo o dal sistema di protocollazione mediante l'utilizzo della specifica funzione "riferimenti". In particolare, nel predetto campo ("riferimenti") saranno visionabili tutti gli atti facenti parte di uno stesso procedimento.

Nel caso in cui, invece, un medesimo documento afferisca a più procedimenti, lo stesso viene posto in condivisione tra gli Uffici interessati, eventualmente con l'apposizione di un'annotazione nel sistema di protocollo informatico.

Per dettagliare meglio le motivazioni dell'assegnazione di un documento a una particolare Struttura/Servizio o per inserire note valide ai fini di un'istruttoria o per includere la motivazione in caso di rifiuto o riassegnazione di un documento da parte di Struttura/Servizio si utilizza il campo *"Retroscheda" del sistema di protocollo*.

10.5 Scansione dei documenti cartacei

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

10.6 Registro giornaliero di protocollo

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

Il registro giornaliero di protocollo si genera quotidianamente, mediante produzione automatica, su supporto informatico, dell'elenco dei protocolli e delle informazioni ad essi connesse, registrati nell'arco di un giorno. Al fine di garantire l'immodificabilità del contenuto, il registro giornaliero di protocollo viene automaticamente trasmesso entro la giornata lavorativa successiva al sistema di conservazione dei documenti.

10.7 Documenti soggetti a protocollo riservato

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

I documenti soggetti a questa particolare procedura sono i seguenti:

- atti dei procedimenti amministrativi in relazione ai quali sussistano particolari esigenze di protezione della riservatezza di terzi, persone, gruppi, imprese ed associazioni e dalla cui contestuale pubblicità possa derivare pregiudizio a terzi o al buon andamento dell'attività amministrativa;
- atti contenenti informazioni classificate o coperte da segreto di Stato;
- documenti relativi a vicende di persone o a fatti privati o particolari;

- documenti di carattere politico e di indirizzo che, se resi di pubblico dominio, possono ostacolare il raggiungimento degli obbiettivi prefissati;
- tipologie di documenti individuati dall'art. 24 della legge n. 241/1990;
- documenti afferenti a segnalazioni di cui all'art. 54 *bis* d.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. (*whistleblowers*).

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

10.8 Casistica

Qui di seguito vengono fornite alcune indicazioni pratiche riguardo ai comportamenti organizzativi da adottare di fronte ad alcune situazioni che accadono comunemente negli uffici di registratura in relazione a particolari casi di corrispondenza in entrata.

10.8.1 Allegati

Tutti gli allegati pervenuti all'Ufficio Protocollo vanno registrati. Sugli allegati non vanno applicate copie dell'etichetta utilizzata come segnatura di protocollo del documento di accompagnamento.
Il sistema informatico prevede una funzione specifica che permette di gestire ogni singolo allegato come un documento a sé stante; in alternativa, gli allegati vengono scansionati unitamente al documento principale.

10.8.2 Fax

Per i documenti ricevuti e inviati via fax si seguono le medesime indicazioni fornite relativamente ai documenti pervenuti o trasmessi attraverso altri mezzi di spedizione e quindi, nei casi già descritti, devono essere registrati dall'Ufficio Protocollo.

La segnatura viene riportata non tanto sulla copertina di trasmissione, quanto piuttosto sul documento. A questo proposito si sottolinea l'inutilità della copertina di trasmissione qualora essa abbia una funzione prevalentemente informativa e non giuridico- probatoria. Se la copertina del fax

riporta un commento, un'indicazione o una frase significativa, la segnatura va posta sulla copertina e il documento dovrà essere trattato come allegato.

Ogni documento deve essere individuato all'interno dell'Ente da un solo numero di protocollo, indipendentemente dal supporto e dal mezzo di trasmissione; qualora successivamente al fax pervenisse anche l'originale del documento, a questo dovrà essere attribuito lo stesso numero di protocollo e su di esso dovrà essere applicata l'etichetta con la segnatura (comprensiva di codice a barre). Il fax potrà quindi essere distrutto tranne nel caso in cui su di esso siano state apposte informazioni ritenute importanti (note del dirigente, appunti, ecc.) o si discosti significativamente dal documento pervenuto in seguito.

10.8.3 Documenti pervenuti in copie plurime

Nel caso di documenti pervenuti in più copie (documenti uguali indirizzati a destinatari plurimi) si darà ad ognuno di essi lo stesso numero di protocollo (applicando l'etichetta con la segnatura solo sul primo documento originario ricevuto e apponendo sulle altre copie a penna gli estremi del protocollo) e successivamente dovranno essere assegnati ai singoli destinatari.

10.8.4 Invio massivo

Disposizioni generali, ordini di servizio e tutte le altre comunicazioni interne che abbiano più destinatari e di cui è richiesta la protocollazione, si registrano con un solo numero di protocollo generale. I destinatari, se in numero consistente, possono essere contenuti in appositi elenchi allegati al documento.

Le stesse disposizioni si applicano per i documenti in partenza con più destinatari.

10.8.5 Documenti anonimi o con firma illeggibile

I documenti anonimi o con firma illeggibile sono sottoposti alla valutazione del Direttore Amministrativo prima dell'eventuale di registrazione e segnatura di protocollo con l'indicazione nel campo "mittente" dell'apposta dicitura "anonimo".

10.8.6 Posta Elettronica Certificata(PEC)/Posta Elettronica Ordinaria(PEO) con mittente non identificabile

Le PEC/PEO per le quali non sia identificabile il mittente devono essere protocollate. Nel campo mittente va indicata l'anagrafica "Mittente non identificato" inserendo l'indirizzo della PEC/PEO di provenienza.

10.8.7 Atti giudiziari

Con il termine "atti giudiziari" si intende tutta la corrispondenza proveniente da:

- Procure della Repubblica
- Tribunali di ogni ordine e grado
- Commissariati di Polizia
- Arma dei Carabinieri
- Polizia locale

Tale corrispondenza deve essere protocollata al pari della corrispondenza ordinaria.

10.8.8 Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'ASST

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

In questo caso la corrispondenza viene consegnata in busta chiusa al destinatario che, se reputa che i documenti acquisiti debbano essere protocollati, provvede a trasmetterli al Servizio di Protocollo.

10.8.9 Documenti non firmati

I documenti in arrivo identificabili ma privi di firma del mittente sono regolarmente sottoposti alle operazioni di registrazione di protocollo e di segnatura.

Analogamente si registrano al protocollo i documenti in arrivo privi della firma del mittente. Tali documenti vanno assegnati all'UO competente per materia.

10.8.10 Corrispondenza di particolare rilevanza

I documenti in ingresso vengono assegnati alle Strutture/Servizi ratione materiae.

La corrispondenza che presenta una particolare rilevanza in considerazione del mittente, dell'oggetto, del valore economico e/o della gravità dei fatti segnalati è inviata sempre anche alla Direzione Strategica.

11. Flussi documentali non protocollati

Per i flussi documentali non protocollati si rinvia alla lettura del ALLEGATO05 Flussi documentali non protocollati.

12. Organizzazione dei documenti informatici, dei fascicoli informatici e delle serie informatiche

All'interno del sistema di gestione informatica dei documenti vengono formati, gestiti e utilizzati tipologie di aggregazioni documentali informatiche diverse dai fascicoli: serie che aggregano documenti e serie che aggregano fascicoli.

L'aggregazione documentale consiste nell'insieme di documenti o insieme di fascicoli riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente. Distinguiamo tre tipi di aggregazioni documentali, di seguito descritte: i fascicoli, le serie documentali e le serie di fascicoli.

Fascicolo: aggregazione documentale strutturata e univocamente identificata. Si possono costituire diverse tipologie di fascicoli (per affare, per persona fisica o giuridica, per attività, per procedimento). I fascicoli sono aperti di norma al livello più basso del titolario di classificazione. Nel caso del fascicolo per persona fisica o giuridica il fascicolo può essere aperto anche al livello di titolo (primo livello), quindi esso potrà contenere documenti appartenenti a classi diverse.

Serie documentale: aggregazione di documenti con caratteristiche omogenee, raggruppati ad esempio in base alla tipologia documentaria (es. delibere, decreti, fatture) o alla provenienza o all'oggetto. I documenti all'interno di una serie, non essendo aggregati utilizzando il titolario di classificazione come nel caso dei fascicoli, possono appartenere a titoli e classi differenti tra loro.

Serie di fascicoli: Le serie di fascicoli possono essere utilizzate per aggregare fascicoli omogenei per oggetto o tipologia o comunque per ragioni funzionali all'organizzazione del lavoro. I fascicoli accorpati per ragioni funzionali in base alla classe di riferimento (es. tutti i fascicoli aperti all'interno del titolo I classe 6) o alla tipologia di fascicoli (es. tutti i fascicoli del personale).

13. Misure di sicurezza e protezione dei dati personali

Per le misure di sicurezza e protezione dei dati personali si fa riferimento al documento di "Piano di miglioramento della sicurezza informatica" agli atti di questa Azienda.

14. Piano di conservazione

Per il piano di conservazione si fa riferimento alle informazioni inserite nel documento " Manuale di conservazione" (ALLEGATO 03) e al "Manuale del Conservatore" (ALLEGATO 07) allegati al presente documento.

15. Tenuta e conservazione della componente analogica

Per le modalità di gestione e conservazione dei documenti e fascicoli cartacei si fa riferimento al documento "Istruzione operativa generale 01- Archiviazione, gestione e scarto dei documenti cartacei" allegata al presente documento.

16. Riferimenti interni

- IOG01 "ARCHIVIAZIONE, GESTIONE E SCARTO DEI DOCUMENTI CARTACEI".
- IOG07PG37 "GESTIONE DELLE VIOLAZIONI DI DATI PERSONALI (DATA BREACH)

- REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO E DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO .

17. Riferimenti esterni

Si veda ALLEGATO 02 REG50 "Riferimenti normativi"

18. Allegati

- ALLEGATO 01 REG50 Glossario dei termini e degli acronimi
- ALLEGATO 02 REG50 Riferimenti normativi
- ALLEGATO 03 REG50 Manuale di conservazione
- ALLEGATO 04 REG50 Elenco nomine dei soggetti responsabili
- ALLEGATO 05 REG50 Flussi documentali non protocollati
- ALLEGATO 06 REG50 Elenco documenti esclusi dalla registrazione di protocollo
- ALLEGATO 07 REG50 Manuale del conservatore Aruba

GLOSSARIO DEI TERMINI E DEGLI ACRONIMI

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

Glossario dei Termini	
Accesso	Operazione che consente di prendere visione dei documenti informatici.
Affidabilità	Caratteristica che, con riferimento a un sistema di gestione documentale o conservazione, esprime il livello di fiducia che l'utente ripone nel sistema stesso, mentre con riferimento al documento informatico esprime la credibilità e l'accuratezza della rappresentazione di atti e fatti in esso contenuta.
Aggregazione documentale informatica	Insieme di documenti informatici o insieme di fascicoli informatici riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente.
Archivio	Complesso dei documenti prodotti o acquisiti da un soggetto pubblico o privato durante lo svolgimento della propria attività.
Archivio informatico	Archivio costituito da documenti informatici, organizzati in aggregazioni documentali informatiche.
Area Organizzativa Omogenea	Un insieme di funzioni e di uffici individuati dall'ente al fine di gestire i documenti in modo unitario e coordinato, secondo quanto disposto dall'art. 50 comma 4 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445. Essa rappresenta il canale ufficiale per l'invio di istanze e l'avvio di procedimenti amministrativi.
Attestazione di conformità delle copie per immagine su supporto informatico di un documento analogico	Dichiarazione rilasciata da notaio o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato allegata o asseverata al documento informatico.
Autenticità	Caratteristica in virtù della quale un oggetto deve considerarsi come corrispondente a ciò che era nel momento originario della sua produzione. Pertanto un oggetto è autentico se nel contempo è integro e completo, non avendo subito nel corso del tempo o dello spazio alcuna modifica non autorizzata. L'autenticità è valutata sulla base di precise evidenze.
Certificazione	Attestazione di terza parte relativa alla conformità ai requisiti specificati di prodotti, processi, persone e sistemi.

Classificazione	Attività di organizzazione di tutti i documenti secondo uno schema costituito da un insieme di voci articolate in modo gerarchico e che individuano, in astratto, le funzioni, competenze, attività e/o materie del soggetto produttore.
Codec	Algoritmo di codifica e decodifica che consente di generare flussi binari, eventualmente imbustarli in un file o in un wrapper (codifica), così come di estrarli da esso (decodifica).
Conservatore	Soggetto pubblico o privato che svolge attività di conservazione dei documenti informatici.
Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello organizzativo adottato, garantendo nel tempo le caratteristiche di autenticità,integrità, leggibilità, reperibilità dei documenti
Coordinatore della Gestione Documentale	Soggetto responsabile della definizione di criteri uniformi di classificazione ed archiviazione nonché di comunicazione interna tra le AOO ai sensi di quanto disposto dall'articolo 50 comma 4 del DPR 445/2000 nei casi di amministrazioni che abbiano istituito più AOO.
Documento amministrativo informatico	Ogni rappresentazione, grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie, del contenuto di atti, anche interni, formati dalle pubbliche amministrazioni, o, comunque, da queste ultime utilizzati ai fini dell'attività amministrativa
Documento elettronico	Qualsiasi contenuto conservato in forma elettronica, in particolare testo o registrazione sonora, visiva o audiovisiva
Documento informatico	Documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti
Esibizione	operazione che consente di visualizzare un documento conservato
Estrazione statica dei dati	Estrazione di informazioni utili da grandi quantità di dati (es. database, datawarehouse ecc...), attraverso metodi automatici o semi-automatici
Evidenza informatica	Sequenza finita di bit che può essere elaborata da una procedura informatica.
Fascicolo informatico	Aggregazione documentale informatica strutturata e univocamente identificata contenente atti, documenti o dati informatici prodotti e funzionali all'esercizio di una attività o allo svolgimento di uno specifico procedimento.
File	Insieme di informazioni, dati o comandi logicamente correlati, raccolti sotto un unico nome e registrati, per mezzo di un programma di elaborazione o di scrittura, nella memoria di un computer.
Filesystem	Sistema di gestione dei file, strutturato mediante una o più gerarchie ad albero, che determina le modalità di assegnazione dei nomi, memorizzazione e organizzazione all'interno di uno storage.

Firma elettronica	Vedi articolo 3 del Regolamento eIDAS.
Firma elettronica avanzata	Vedi articoli 3 e 26 del Regolamento eIDAS.
Firma elettronica qualificata	Vedi articolo 3 del Regolamento eIDAS.
Formato contenitore	Formato di file progettato per consentire l'inclusione ("imbustamento" o wrapping), in uno stesso file, di una o più evidenze informatiche soggette a differenti tipi di codifica e al quale possono essere associati specifici metadati.
Formato del documento informatico	Modalità di rappresentazione della sequenza di bit che costituiscono il documento informatico; comunemente è identificato attraverso l'estensione del file.
Formato "deprecato"	Formato in passato considerato ufficiale il cui uso è attualmente sconsigliato a favore di una versione più recente.
Funzioni aggiuntive del protocollo informatico	Nel sistema di protocollo informatico, componenti supplementari rispetto a quelle minime, necessarie alla gestione dei flussi documentali, alla conservazione dei documenti nonché alla accessibilità delle informazioni.
Funzioni minime del protocollo informatico	Componenti del sistema di protocollo informatico che rispettano i requisiti di operazioni ed informazioni minime di cui all'articolo 56 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
Funzione di hash crittografica	Funzione matematica che genera, a partire da una evidenza informatica, una impronta crittografica o digest (vedi) in modo tale che risulti computazionalmente difficile (di fatto impossibile), a partire da questa, ricostruire l'evidenza informatica originaria e generare impronte uguali a partire da evidenze informatiche differenti.
Gestione Documentale	Processo finalizzato al controllo efficiente e sistematico della produzione, ricezione, tenuta, uso, selezione e conservazione dei documenti.
hash	Termine inglese usato, impropriamente, come sinonimo d'uso di "impronta crittografica" o "digest" (vedi).
Identificativo univoco	Sequenza di numeri o caratteri alfanumerici associata in modo univoco e persistente ad un'entità all'interno di uno specifico ambito di applicazione.
Impronta crittografica	Sequenza di bit di lunghezza predefinita, risultato dell'applicazione di una funzione di hash crittografica a un'evidenza informatica.
Integrità	Caratteristica di un documento informatico o di un'aggregazione documentale in virtù della quale risulta che essi non hanno subito nel tempo e nello spazio alcuna alterazione non autorizzata. La caratteristica dell'integrità, insieme a quella della completezza, concorre a determinare la caratteristica dell'autenticità.

Interoperabilità	Caratteristica di un sistema informativo, le cui interfacce sono pubbliche e aperte, e capaci di interagire in maniera automatica con altri sistemi informativi per lo scambio di informazioni e l'erogazione di servizi.
Leggibilità	Caratteristica di un documento informatico che garantisce la qualità di poter essere decodificato e interpretato da un'applicazione informatica.
Manuale di conservazione	Documento informatico che descrive il sistema di conservazione e illustra dettagliatamente l'organizzazione, i soggetti coinvolti e i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, la descrizione del processo, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture.
Manuale di gestione	Documento informatico che descrive il sistema di gestione, anche ai fini della conservazione, dei documenti informatici e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.
Metadati	Dati associati a un o documento informatico, a un fascicolo informatico o a un'aggregazione documentale per identificarli, descrivendone il contesto, il contenuto e la struttura - così da permetterne la gestione del tempo - in conformità a quanto definito nella norma ISO 15489-1:2016 e più nello specifico dalla norma ISO 23081-1:2017.
Oggetto di conservazione	Oggetto digitale versato in un sistema di conservazione.
Oggetto digitale	Oggetto informativo digitale, che può assumere varie forme tra le quali quelle di documento informatico, fascicolo informatico, aggregazione documentale informatica o archivio informatico.
Pacchetto di archiviazione	Pacchetto informativo generato dalla trasformazione di uno o più pacchetti di versamento coerentemente con le modalità riportate nel manuale di conservazione.
Pacchetto di distribuzione	Pacchetto informativo inviato dal sistema di conservazione all'utente in risposta ad una sua richiesta di accesso a oggetti di conservazione.
Pacchetto di file (file package)	Insieme finito di più file (possibilmente organizzati in una struttura di sottoalbero all'interno di un filesystem) che costituiscono, collettivamente oltre che individualmente, un contenuto informativo unitario e auto-consistente.
Pacchetto di versamento	Pacchetto informativo inviato dal produttore al sistema di conservazione secondo il formato descritto nel manuale di conservazione.
Pacchetto informativo	Contenitore logico che racchiude uno o più oggetti di conservazione con i relativi metadati, oppure anche i soli metadati riferiti agli oggetti di conservazione.
Pathname	Concatenazione ordinata del percorso di un file e del suo nome.
Percorso	Informazioni relative alla localizzazione virtuale del file all'interno del file system espressa come concatenazione ordinata del nome dei nodi del percorso.

Piano della sicurezza del sistema di conservazione	Documento che, nel contesto del piano generale di sicurezza, descrive e pianifica le attività volte a proteggere il sistema di conservazione dei documenti informatici da possibili rischi.
Piano della sicurezza del sistema di gestione Informatica dei documenti	Documento che, nel contesto del piano generale di sicurezza, descrive e pianifica le attività volte a proteggere il sistema di gestione informatica dei documenti da possibili rischi.
Piano di classificazione (Titolario)	Struttura logica che permette di organizzare documenti e oggetti digitali secondo uno schema desunto dalle funzioni e dalle attività dell'amministrazione interessata.
Piano di conservazione	Documento, allegato al manuale di gestione e integrato con il sistema di classificazione, in cui sono definiti i criteri di organizzazione dell'archivio, di selezione periodica e di conservazione ai sensi dell'articolo 68 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
Piano di organizzazione delle aggregazioni documentali	Strumento integrato con il sistema di classificazione a partire dai livelli gerarchici inferiori di quest'ultimo e finalizzato a individuare le tipologie di aggregazioni documentali (tipologie di serie e tipologie di fascicoli) che devono essere prodotte e gestite in rapporto ai procedimenti e attività in cui si declinano le funzioni svolte dall'ente
Piano generale della sicurezza	Documento che pianifica le attività volte alla realizzazione del sistema di protezione e di tutte le possibili azioni indicate dalla gestione del rischio nell'ambito dell'organizzazione di appartenenza.
Presa in carico	Accettazione da parte del sistema di conservazione di un pacchetto di versamento in quanto conforme alle modalità previste dal manuale di conservazione e, in caso di affidamento del servizio all'esterno, dagli accordi stipulati tra il titolare dell'oggetto di conservazione e il responsabile del servizio di conservazione.
Processo	Insieme di attività correlate o interagenti che trasformano elementi in ingresso in elementi in uscita.
Produttore dei PdV	Persona fisica, di norma diversa dal soggetto che ha formato il documento, che produce il pacchetto di versamento ed è responsabile del trasferimento del suo contenuto nel sistema di conservazione. Nelle pubbliche amministrazioni, tale figura si identifica con il responsabile della gestione documentale.
Rapporto di versamento	Documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di conservazione dei pacchetti di versamento inviati dal produttore.
Registro di protocollo	Registro informatico ove sono memorizzate le informazioni prescritte dalla normativa per tutti i documenti ricevuti e spediti da un ente e per tutti i documenti informatici dell'ente stesso.
Registro particolare	Registro informatico individuato da una pubblica amministrazione per la memorizzazione delle informazioni relative a documenti soggetti a registrazione particolare.

Regolamento eIDAS	Electronic IDentification Authentication and Signature, Regolamento (UE) № 910/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23 luglio 2014, in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE.
Repertorio	Registro su cui vengono annotati con un numero progressivo i fascicoli secondo l'ordine cronologico in cui si costituiscono all'interno delle suddivisioni del piano di classificazione.
Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione	Soggetto che coordina i sistemi informativi all'interno del conservatore, in possesso dei requisiti professionali individuati da AGID.
Responsabile del servizio di conservazione	Soggetto che coordina il processo di conservazione all'interno del conservatore, in possesso dei requisiti professionali individuati da AGID
Responsabile della conservazione	Soggetto che definisce e attua le politiche complessive del sistema di conservazione e ne governa la gestione con piena responsabilità ed autonomia.
Responsabile della funzione archivistica di conservazione	Soggetto che coordina il processo di conservazione dal punto di vista archivistico all'interno del conservatore, in possesso dei requisiti professionali individuati da AGID
Responsabile della gestione documentale	Soggetto responsabile della gestione del sistema documentale o responsabile del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, ai sensi dell'articolo 61 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.
Responsabile della protezione dei dati	Persona con conoscenza specialistica della normativa e delle prassi in materia di protezione dei dati, in grado di assolvere i compiti di cui all'articolo 39 del Regolamento (UE) 2016/679.
Responsabile della sicurezza dei sistemi di conservazione	Soggetto che assicura il rispetto dei requisiti di sicurezza all'interno del conservatore, in possesso dei requisiti professionali individuati da AGID
Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione	Soggetto che assicura lo sviluppo e la manutenzione del sistema all'interno del conservatore, in possesso dei requisiti professionali individuati da AGID
Riferimento temporale	Insieme di dati che rappresenta una data e un'ora con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC).
Riversamento	Procedura mediante la quale uno o più documenti informatici sono convertiti da un formato di file (ovvero di busta, ovvero di pacchetto di file) ad un altro, lasciandone invariato il contenuto per quanto possibilmente permesso dalle caratteristiche tecniche del formato (ovvero dei formati) dei file e delle codifiche di destinazione.

Scarto	Operazione con cui si eliminano definitivamente, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i documenti ritenuti non più rilevanti ai fini giuridico- amministrativo e storico-culturale.
Serie	Raggruppamento di documenti con caratteristiche omogenee (vedi anche aggregazione documentale informatica).
Sigillo elettronico	Dati in forma elettronica, acclusi oppure connessi tramite associazione logica ad altri dati in forma elettronica, per garantire l'origine e l'integrità di questi ultimi.
Sistema di conservazione	Insieme di regole, procedure e tecnologie che assicurano la conservazione dei documenti informatici in attuazione a quanto previsto dall'art. 44, comma 1, del CAD.
Sistema di gestione informatica dei documenti	Insieme delle risorse di calcolo, degli apparati, delle reti di comunicazione e delle procedure informatiche utilizzati dalle organizzazioni per la gestione dei documenti. Nell'ambito della pubblica amministrazione è il sistema di cui all'articolo 52 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445
Titolare dell'oggetto di conservazione	Soggetto produttore degli oggetti di conservazione.
Trasferimento	Passaggio di custodia dei documenti da una persona o un ente ad un'altra persona o un altro ente.
TUDA	Testo Unico della Documentazione Amministrativa, Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni e integrazioni.
Ufficio	Riferito ad un'area organizzativa omogenea, un ufficio dell'area stessa che utilizza i servizi messi a disposizione dal sistema di protocollo informatico.
Utente abilitato	Persona, ente o sistema che interagisce con i servizi di un sistema di gestione informatica dei documenti e/o di un sistema per la conservazione dei documenti informatici, al fine di fruire delle informazioni di interesse.
Versamento	Passaggio di custodia, di proprietà e/o di responsabilità dei documenti. Nel caso di un organo giudiziario e amministrativo dello Stato operazione con la quale il responsabile della conservazione trasferisce agli Archivi di Stato o all'Archivio Centrale dello Stato della documentazione destinata ad essere ivi conservata ai sensi della normativa vigente in materia di beni culturali.

Glossario degli Acronimi	
AGID	Agenzia per l'Italia digitale
AOO	Area Organizzativa Omogenea
CAD	Codice dell'Amministrazione Digitale - Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni.

eIDAS	Regolamento (UE) № 910/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 23 luglio 2014, in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE.
FEA	Vedi firma elettronica avanzata.
FEQ	Vedi firma elettronica qualifica.
GDPR	Regolamento (UE) № 679/2016 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 ("General Data Protection Regulation"), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.
PdA (AiP)	Pacchetto di Archiviazione.
PdD (DiP)	Pacchetto di Distribuzione.
PdV (SiP)	Pacchetto di Versamento.
UOR	Unità Organizzativa Responsabile
UO	Unità Operativa
RPA	Responsabile del Procedimento Amministrativo

RIFERIMENTI NORMATIVI

- **Legge del 7 agosto 1990, n. 241 e successivi aggiornamenti-** Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- **Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. (TUDA)** – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;
- **Decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 -** Codice in materia di protezione dei dati personali;
- **Decreto legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42 -** Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n.137;
- **Decreto legislativo del 7 marzo 2005, n. 82** e successivi aggiornamenti – Codice dell'Amministrazione digitale;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 febbraio 2013 -** Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71;
- **Decreto legislativo del 14 marzo 2013, n.33 e successivi aggiornamenti** - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 -** Individuazione di particolari tipologie di documenti analogici originali unici per le quali, in ragione di esigenze di natura pubblicistica, permane l'obbligo della conservazione dell'originale analogico oppure, in caso di conservazione sostitutiva, la loro conformità all'originale deve essere autenticata da un notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato con dichiarazione da questi firmata digitalmente ed allegata al documento informatico, ai sensi dell'art. 22, comma 5, del Codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni;

- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 dicembre 2013 -** Regole tecniche per il protocollo informatico: art. 2 comma 1, Oggetto e ambito di applicazione; art. 6, Funzionalità; art. 9, Formato della segnatura di protocollo; art. 18 commi 1 e 5, Modalità di registrazione dei documenti informatici; art. 20, Segnatura di protocollo dei documenti trasmessi; art. 21, Informazioni da includere nella segnatura;
- **Reg. UE 910/2014**, in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE - Regolamento eIDAS;
- **Reg. UE 679/2016** (GDPR), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;
- **Circolare AgID del 18 aprile 2017, n. 2 -** recante le misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni;
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 2 –** Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA;
- **Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 3 –** Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 giugno 2019, n. 76 -** Regolamento di organizzazione del Ministero per i beni e le attività culturali, degli uffici di diretta collaborazione del Ministro e dell'Organismo indipendente di valutazione della performance;
- **Linee guida del 15 aprile 2019** dell'indice dei domicili digitali delle pubbliche amministrazioni e dei gestori di pubblici servizi;
- **Linee guida del 6 giugno 2019** contenenti le Regole Tecniche e Raccomandazioni afferenti la generazione di certificati elettronici qualificati, firme e sigilli elettronici qualificati e validazioni temporali elettroniche qualificate;
- **Linee guida del 9 gennaio 2020** sull'Accessibilità degli strumenti informatici;

- **Linee Guida AgID del 9 settembre 2020** sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici e relativi allegati;
- **Circolare AgID n. 2/2021 del 29 marzo 2021,** recante integrazioni alla circolare AgID n. 2 del 9 aprile 2018 "Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA» e alla circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018 «Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA";
- **Legge n. 90 del 28.6.2024 –** Disposizioni in materia di rafforzamento della cybersicurezza nazionale e di reati informatici.

Manuale di Conservazione ASST Sette Laghi

Redatto dal Responsabile della Conservazione dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Sette Laghi

Registro delle versioni

N°Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
Rev. 0	**23/06/2025**	**Prima emissione**	

Indice

1. Scopo e Ambito del Documento 3
2. Terminologia (Glossario dei Termini e degli Acronimi) 6
3. Normativa e Standard di riferimento 14
3.1 Normativa di riferimento 14
3.2 Standard di riferimento 15
4. Ruoli e Responsabilità 17
4.1 Profili professionali responsabili del Conservatore 21
5. Struttura organizzativa per il Servizio di Conservazione 24
5.1 Strutture Organizzative 24
6. Oggetti sottoposti a conservazione 26
6.1 Oggetti conservati 26
6.1.1 Fatture PA Attive 28
6.1.2 Fatture PA Passive 29
6.1.3 Notifiche SDI Fatture PA Attive 29
6.1.4 Notifiche SDI Fatture PA Passive 30
6.1.5 Delibere 30
6.1.6 Determine 31
6.1.7 Repertori 31
6.1.8 Ricevute telematiche RT 32
6.1.9 Richiesta di pagamento telematico - RPT 32
6.1.10 S INTEL 5/10/20 anni e illimitati 33
6.1.11 Ricette Dematerializzate Erogate 35
6.1.12 Ricette Dematerializzate Erogate Annullate 35
6.1.13 Ricette Dematerializzate Prescritte 36
6.1.13 Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate 37
6.2 Metadati minimi dei documenti conservati 37
6.3 Pacchetti informativi 68
6.3.1 Pacchetto di versamento 68
6.3.2 Pacchetto di Archiviazione 69
6.3.3 Pacchetto di distribuzione 69
7. Processo di conservazione 69
7.1 Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione 70
7.2 Presa visione del RdV 75
7.3 Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV 76
7.4 Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione 76
7.5 Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto 76
8. Procedure per la produzione di duplicati o copie 77
9. Intervento del Pubblico Ufficiale 77
10. Sistema di conservazione 77
10.1 Componenti Logiche 77
10.2 Componenti Tecnologiche 77
10.3 Componenti Fisiche 77
10.4 Procedure di gestione e di evoluzione 77
11. Monitoraggio e Controlli 77
11.1 Procedure di monitoraggio 78
11.2 Verifiche sugli archivi 78
11.3 Soluzioni adottate in caso di anomalie 78

1. Scopo e Ambito del Documento

Il presente Manuale di Conservazione (d'ora in poi Manuale) descrive il processo di Conservazione dei documenti digitali dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Sette Laghi (d'ora in poi ASST), che sottopone a conservazione digitale alcune tipologie documentali, affidando il processo di conservazione in outsourcing ai conservatori ai sensi dell'art. 44-bis del C AD (art. 5, comma 3).
Nella tabella successiva sono indicati i dati identificativi dell'ASST.

RagioneSociale	Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi
Partita Iva e CF	03510050127
Sede	Viale Borri, 57 Varese
Codice IPA	asstsl
Indirizzo PEC	protocollo@pec.asst-settelaghi.it
Telefono	0332.278.111

Codiceunivovo	AOO	PEC
A310A5C	DirezioneGenerale	protocollo@pec.asst-settelaghi.it

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

- i dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto la responsabilità del servizio di conservazione, descrivendo in modo puntuale, in caso di affidamento, i soggetti, le funzioni e gli ambiti oggetto dell'affidamento stesso;
- la struttura organizzativa comprensiva delle funzioni, delle responsabilità e degli obblighi dei diversi soggetti che intervengono nel processo di conservazione;
- la descrizione delle tipologie dei documenti informatici sottoponibili a conservazione, comprensiva dell'indicazione dei formati gestiti, dei metadati da associare alle diverse

tipologie di documenti e delle eventuali eccezioni;

- la descrizione delle modalità di presa in carico di uno o più pacchetti di versamento, comprensiva della predisposizione del rapporto di versamento e della descrizione dei controlli effettuati su ciascuno specifico formato adottato;
- la descrizione del processo di conservazione e del trattamento dei pacchetti di archiviazione;
- la modalità di svolgimento del processo di esibizione e di esportazione dal sistema di conservazione con la produzione del pacchetto di distribuzione;
- la descrizione del sistema di conservazione, comprensivo di tutte le componenti tecnologiche, fisiche e logiche, opportunamente documentate e delle procedure di gestione e di evoluzione delle medesime;
- la descrizione delle procedure di monitoraggio della funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi con l'evidenza delle soluzioni adottate in caso di anomalie;
- la descrizione delle procedure per la produzione di duplicati o copie;
- i tempi entro i quali le diverse tipologie di documenti informatici devono essere oggetto di scarto/cancellazione;
- le modalità con cui viene richiesta la presenza di un pubblico ufficiale, indicando anche quali sono i casi per i quali è previsto il suo intervento;
- le normative in vigore nei luoghi dove sono conservati i documenti.

Il presente Manuale integra, per le parti specifiche di competenza dell'ASST, il Manuale di conservazione del conservatore, che costituisce parte integrante e sostanziale del citato Manuale di conservazione anche se non materialmente allegato allo stesso.

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

Costituiscono parte integrante e sostanziale del presnete manuale, anche se non materilamente allegati allo stesso, i documenti riportati di seguito, che entrano più nel dettaglio dei diversi aspetti del Sistema di Conservazione:

- Specificità di contratto: È il disciplinare tecnico che contiene le specifiche forniture del

servizio di Conservazione per i produttori dei documenti. È parte integrante del contratto di servizi sottoscritto tra le parti e del Manuale di Conservazione, contenente i requisiti essenziali del Servizio, le relative specifiche tecnico-funzionali e procedurali per le varie fase del sevizio (attivazione, versamento, conservazione, post-produzione, distribuzione) oltre ai livelli di Servizio (SLA); tale documento è redatto in fase di analisi, prima del primo processo di Conservazione. Ogni variazione delle modalità di erogazione del Servizio, dovuta a richieste dell'ASST o a evoluzioni del Sistema di Conservazione, comporta la necessità di aggiornare le Specificità del Contratto.

- Piano di sicurezza: È il documento che analizza il contesto in cui l'ASST opera riportando i fattori interni ed esterni che lo influenzano ed evidenzia le principali criticità legate alla gestione della sicurezza delle informazioni gestite. In esso è descritto anche il dettaglio del processo di Gestione degli incidenti/malfunzionamenti.
- Manuale del conservatore
- Titolario di classificazione e Piano di conservazione (Massimario di scarto)
- Atto di affidamento

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

2. Terminologia (Glossario dei Termini e degli Acronimi)

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

Glossariodei termini	
Accesso	Operazione che consente a chi ne ha diritto di prendere vision dei documenti informatici conservati
Aggregazione documentale informatica	Raccolta di documenti informatici o di fascicoli informatici, riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente
Archivio	Complesso organico di documenti, di fascicoli e di aggregazioni documentali di qualunque natura e formato, prodotti o comunque acquisiti da un soggetto produttore durante lo svolgimento dell'attività
Archivio informatico	Archivio intestato dal Soggetto Produttore al Titolare nel quale sono conservati costituito da documenti informatici, fascicoli informatici non ce aggregazioni documentali informati che gestiti e conservati in ambiente informatico e di cui il medesimo è giuridicamente responsabile
Area organizzativa omogenea	Un insieme di funzioni e di strutture, individuate dalla amministrazione, che opera su tematich eomogenee e che presenta esigenze di gestione della documentazione in modo unitario e coordinato ai sensi dell'articolo 50, comma 4, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.
Autenticità	Caratteristica di un document informatico che garantisce di essere ciò che dichiara di essere, senza aver subito alterazioni o modifiche. L'autenticità può essere valutata analizzando l'identità del sottoscrittore e l'integrità del document informatico
Base di dati	Collezione di dati registrati e correlate tra loro
Ciclo di gestione	Arco temporale di esistenza del document informatico, del fascicolo informatico, dell'aggregazione documentale informatica o dell'archivio informatico dalla sua formazione alla sua eliminazione o conservazione nel tempo
Classificazione	Attività di organizzazione logica di tutti i documenti secondo uno schema articolato in voci individuate attraverso specifici metadati

Codice o CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni
Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello organizzativo adottato e descritto nel Manuale di conservazione
Destinatario	Identifica il soggetto/sistema al quale il document informatico è indirizzato.
Documentoanalogico	La rappresentazione non informatica di atti, fatti o datigiuridicamenterilevanti.
Documento analogico originale	Documento analogico che può essere unico oppure non unico se, in questo secondo caso, sia possible risalire al suo contenuto attraverso alter scritture o documenti di cui sia obbligatoria la conservazione, anche se in possesso di terzi.
Documento informatico	La rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
Esibizione	Operazione che consente di visualizzare un document conservato e di ottenerne copia
Evidenza informatica	Una sequenza di simbolibinari (bit) che può essere elaborata da una procedura informatica.
Fascicolo informatico	Raccolta, individuata con identificativo univoco, di atti, documenti e dati informatici, da chiunque formati, del procedimento amministrativo.
Firma digitale	Un particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificate qualificato e su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.
Firmatario delegato	Responsabile del servizio di conservazione o Persona formalmente delegate adapporre la propria firma digitale sui Pacchetto di Archiviazione
Formato	Modalità di rappresentazione del document informatico mediante codifica binaria; comunemente è identificato attraverso l'estensione del file e/o il tipo MIME.
Funzione di hash	Una funzione matematica che genera, a partire da una evidenza informatica, una sequenza di bit (impronta) in modo tale che risulti di fatto impossibile, a partire da questa, ricostruire l'evidenza informatica originaria e generare impronte uguali a partire da evidenze informatiche differenti.

Identificativo univoco	Sequenza di caratteri alfanumerici associata in modo univoco e persistente al document informatico, al fascicolo informatico, all'aggregazione documentale informatica, in modo da consentirne l'individuazione.
Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV)	Indice che contiene le informazioni relative al pacchetto di versamento in formato xml.
Impronta	La sequenza di simboli binari (bit) di lunghezza predefinita generate mediante l'applicazione alla prima di una opportune funzione di hash.
Insieme minimo di metadata del document informatico	Complesso dei metadati da associare al document informatico per identificarne provenienza e natura e per garantirne la tenuta.
Integrità	Insieme delle caratteristiche di un document informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato.
Interoperabilità	Capacità di un sistema informatico di interagire con altri sistemi informatici analoghi sulla base di requisiti minimi condivisi.
Leggibilità	Insieme delle caratteristiche in base alle quali le informazioni contenute nei documenti informatici sono fruibili durante l'intero ciclo di gestione dei documenti.
Log di sistema	Registrazione cronologica delle operazioni eseguite su di un sistema informatico per finalità di controllo e verifica degli accessi, oppure di registro e tracciatura dei cambiamenti che le transazioni introducono in una base di dati.
Memorizzazione	Processo di trasposizione su un qualsiasi idoneo supporto, attraverso un processo di elaborazione, di documenti analogici o informatici.
Marca temporale	Evidenza informatica che consente di rendere opponibile a terzi un riferimento temporale; la marca temporal prova l'esistenza in un certo momento di una determinate informazione, sotto forma di struttura dati firmata da una Time Stamping Authority.
Metadati	Insieme di dati associati a un document informatico, o a un fascicolo informatico, o ad un'aggregazione documentale informatica per identificarlo e descriverne il contesto, il contenuto e la struttura, nonché per permetterne la gestione nel tempo nel sistema di conservazione.
Pacchetto di Archiviazione	Pacchetto informative compost dalla trasformazione di uno o più pacchetti di versamento secondo le specifiche e le modalità riportate nel Manuale di

	conservazione.
Pacchetto di Distribuzione	Pacchetto di informative inviato dal sistema di conservazione all'utente in risposta ad una suarichiesta.
Pacchetto di inviodocumenti	Pacchetto informative utilizzato per inviarei documenti fisici al sistema di conservazione a seguito dell'avvenuta accettazione di un pacchetto di versamento.
Pacchetto di versamento	Pacchetto informative inviato dal produttore al sistema di conservazione secondo un format predefinito e concordato descritto nel Manuale di conservazione;
Pacchettoinformativo	Contenitore che racchiude uno o più oggetti da conservare (documenti informatici, documenti amministrativi informatici, documenti informatici rilevanti ai fini tributari, fascicoli informatici, aggregazioni documentali informatiche), oppure anche i soli metadata riferiti agli oggetti da conservare.
Piano di conservazione	Strumento, integrato con il sistema di classificazione per la definizione dei criteri di organizzazione dell'archivio, di selezione periodica e di conservazione ai sensi dell'articolo 68 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Presa in carico	Accettazione da parte del sistema di conservazione di un pacchetto di versamento in quanto conforme alle modalità previste dal Manuale di conservazione;
Processo di conservazione	Insieme delle attivitàf inalizzate alla conservazione dei documenti informatici;
Produttore del pdv	E' il soggetto che in proprio o attraverso le persone fisiche da egli stesso incaricate produce il Pacchetto di versamento ed è responsabile del trasferimento del suo contenuto nel sistema di conservazione; nel caso della Pubblica Amministrazione è identificato nella figura del responsabile della gestione documentale.
Rapporto di versamento	Documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di conservazione dei pacchetti di versamento inviati dal produttore.
Responsabile della gestione documentale	Dirigente o funzionario, comunque in possesso di idonei requisiti professionali o di professionalità tecnico archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

Responsabile della sicurezza	Soggetto al quale compete la definizione delle soluzioni tecniche ed organizzative in attuazione delle disposizioni in materia di sicurezza.
Riferimento temporale	Informazione contenente la data e l'ora con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC), della cui apposizione è responsabile il soggetto che forma il documento.
Scarto	Operazione con cui si eliminano, secondo quanto previsto dalla normative vigente, I documenti ritenuti privi di valore amministrativo e di interesse culturale.
Scheda/e di conservazione	Elenco dei documenti informatici sottoposti a conservazione con il Contratto.
Sistema di classificazione	Strumento che permette di organizzare tutti I documenti secondo un ordinamento logico
Sistema di conservazione	Insieme di hardware, software, politiche, procedure, line guida, regolament iinterni, infrastrutture fisiche e organizzative, volto ad assicurare la conservazione elettronica dei documenti per il periodo di tempo specificato nel Contratto. Detto sistema tratta I documenti informatici in conservazione in pacchetti informative che si distinguono in pacchetti di versamento, pacchetti di archiviazione e pacchetti di distribuzione;
Sistema di gestione informatica dei documenti	Nell'ambito della pubblica amministrazione è il sistema di cui all'articolo 52 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i..
Staticità	Caratteristica che indica l'assenza di tutti gli elementi dinamici, quail macroistruzioni, riferimenti esterni o codici eseguibili, e l'assenza delle informazioni di ausilio alla redazione, quail annotazioni, revisioni, segnalibri, gestite dal prodotto software utilizzato per la redazione;
Testo unico	Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni.
Utente	Persona, ente o sistema che interagisce con I servizi di un sistema di gestione informatica dei documenti e/o di un sistema per la conservazione dei documenti informatici, al fine di fruire delle informazioni di interesse.
Validazionetemporale	Il risultato della procedura informatica con cui si attribuiscono, ad uno o più documenti informatici, una data ed un orario opponibili ai terzi

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

Glossario degli Acronimi	
AgID	Agenzia per l'Italia Digitale
CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni - "Codice dell' amministrazione digitale";
CA-Certification Authority	Soggetto autorizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale che garantisce l'identità dei soggetti che utilizzano la firma digitale;
C.M.	Circolare Ministeriale;
D.L GS.	Decreto Legislativo;
D.M.	Decreto Ministeriale;
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri;
D.P.R.	Decreto Presidente della Repubblica;
ETS I	European Telecommunications Standards Institute
FTP server	Programma che permette di accettare connessioni in entrata e di comunicare con un Client attraverso il protocollo FTP
HTTP (Hypertext Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, che permette lo scambio di file (testi, immagini grafiche, suoni, video e altri documenti multimediali) su World Wide Web;
HTTPS(Secure Hypertext Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, sviluppato da Netscape Communications Corporation, per la cifratura e decifratura dei dati trasmessi durante la consultazione di siti e pagine Internet. Corrisponde ad un'estensione del protocollo Internet standard HTTP (Hypertext Transfer Protocol), attraverso il protocollo SSL;
ICT - Information and Communication Technology	Tecnologia dell'Informazione e delle Telecomunicazioni. Il dipartimento che gestisce I sistemi informatici e telematici;
ISO – International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la standardizzazione, costituita da organism nazionali provenienti da più di 75 paesi. Ha stabilito numerosi standard nell'area dei sistemi informativi. L'ANSI (American National Standards Institute) è uno dei principali organism appartenent iall'ISO;
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze;
OAIS	ISO 14721:2012; Space Data information transfer system
PdV	Pacchetto di Versamento

PdA	Pacchetto di Archiviazione
PdD	Pacchetto di Distribuzione
PU	Pubblico Ufficiale
PIN–Personal Identification Number	Codice di sicurezza riservato che permette l'identificazione del soggetto abbinato ad un dispositivo fisico. Permette ad esempio l'attivazione delle funzioni del dispositivo di firma;
SSL – Secure Socket Layer	Protocollo standard per la gestione di transazioni sicure su Internet, basato sull'utilizzo di algoritmi crittografici a chiave pubblica;
TUDA	DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni - "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";
URL–Uniform Resource Locator	Sistema standard di nomenclatura specificante un sito, dominio o altrooggetto (file, gruppo di discussione, ecc.) su Internet. La prima partedell'URL (http, ftp, file, telnet, news) specifica il protocollo di accesso all'oggetto;
XML	Extensible Markup language;

3. Normativa e Standard di riferimento

3.1 Normativa di riferimento

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

- Codice Civile [Libro Quinto Del lavoro, Titolo I I Del lavoro nell'impresa, Capo I II Delle imprese commerciali e delle altre imprese soggette a registrazione, Sezione I II Disposizioni particolari per le imprese commerciali, Paragrafo 2 Delle scritture contabili], articolo 2215 bis - Documentazione informatica.
- Legge del 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. – Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/C E (regolamento generale sulla protezione dei dati).
- Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che ha dettato disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.
- Decreto Legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. – Codice in materia di protezione dei dati personali.
- Decreto Legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42 e s.m.i. – Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio.
- Decreto Legislativo del 7 marzo 2005 n. 82 e s.m.i – Codice dell'amministrazione digitale (CAD).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 febbraio 2013 – Regole tecniche

in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e
71.[20] Manuale di conservazione

- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 17 giugno 2014 - Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto - articolo 21, comma 5, del decreto legislativo n. 82/2005.
- Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 2 – Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA
- Circolare AgID del 9 aprile 2018, n. 3 – Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA
- Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, pubblicate da AgID il 9 settembre 2020 e relativi allegati
- Circolare AgID n. 2/2021 del 29 marzo 2021, recante integrazioni alla circolare AgID n. 2 del 9 aprile 2018 «Criteri per la qualificazione dei Cloud Service Provider per la PA» e alla circolare AgID n. 3 del 9 aprile 2018 «Criteri per la qualificazione di servizi SaaS per il Cloud della PA».

3.2 Standard di riferimento

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

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

- UNI 11386 - Standard S In CRO - Supporto all'Interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti digitali.
- I SO 14721 - OAIS (Open Archival Information System), Sistema informativo aperto per l'archiviazione.

- ISO 15836 - Information and documentation - The Dublin Core metadata element set, Sistema di metadata del Dublin Core
- ISO/TR 18492 - Long-termpreservation of electronicdocument-based information.
- ISO 20652 - Space data and information transfer systems - Producer-Archive interface - Methodology abstract standard.
- ISO 20104 - Space data and information transfer systems — Producer-Archive Interface Specification (PAIS).
- ISO/CDTR 26102 - Requirements for long-termpreservation of electronicrecords.
- SIARD Software Independent Archiving of Relational Databases 2.0
- Ministère de la culture et de la communication, Service interministérieldes Archives de France, Standard d'échange de donnéès pour l'archivage. Transfert – Communication – Élimination – Restitution - Modification, ver. 2.1, 2018
- METS - Metadata Encoding and Transmission Standard
- PREMIS – PREservation Metadata: Implementation Strategies.
- EAD (3)/ISAD (G)
- EAC (CPF)/ISAAR (CPF)/N IE RA (CPF)
- SCONS2/EAG/ISDIAH
- ISO 16363 - Space data and information transfer systems -- Audit and certification of trustworthy digital repositories
- ISO 16919 - Space data and information trans:fer systems -- Requirements for bodies providing audit and certification of candidate trustworthy digital repositories
- ISO 17068 - Information and documentation -- Trustedthird party repository for digital records
- ISO/IEC 27001 - Information technology - Security techniques - Information security management systems – Requirements, Requisiti di un ISMS (Information Security Management System);
- ISO/IEC 27017 - Information technology -- Security techniques -- Code of practice for information security controls based on ISO/IEC 27002 for cloud services;

- ISO/IEC 27018 - Information technology -- Security techniques -- Code of practice for protection of personallyidentifiable information (P II) in public clouds actingas PII processors;
- ETSITS 101 533-1 V1.2.1 - Technical Specification, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 1: Requirements for Implementation and Management, Requisiti per realizzare e gestire sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni;
- ETSITR101533-2 V1.2.1 - Technical Report, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 2: Guidelines for Assessors, Linee guida per valutare sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni.

4. Ruoli e Responsabilità

In linea con quanto indicato dalle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici, pubblicate da AgID, l'ASST individua i seguenti ruoli principali nel processo di conservazione:

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

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

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

Responsabile della conservazione: Il responsabile della conservazione opera secondo quanto previsto dall'art. 44, comma 1-quater, del CAD (L'art. 44, comma 1-quater, del CAD prevede che:

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

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

- definisce le politiche di conservazione, in conformità alla normativa vigente e tenuto conto degli standard internazionali;
- sottoscrive il rapporto di versamento, secondo le modalità previste dal manuale;
- assicura la presenza di un pubblico ufficiale, nei casi in cui sia richiesto il suo intervento, garantendo allo stesso l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività al medesimo attribuite;
- provvede per le amministrazioni statali centrali e periferiche a versare i documenti informatici, le aggregazioni informatiche e gli archivi informatici, nonché gli strumenti che ne garantiscono la consultazione, rispettivamente all'Archivio centrale dello Stato e agli archivi di Stato territorialmente competenti, secondo le tempistiche fissate dall'art. 41, comma 1, del Codice dei beni culturali;
- predispone il manuale di conservazione e ne cura l'aggiornamento periodico in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti.

Il Responsabile della conservazione ha delegato al responsabile del servizio di conservazione del conservatore le seguenti funzioni e attività specificate nell'Atto di Affidamento:

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

- assicura agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e di vigilanza;
- in presenza di cambiamenti normativi, organizzativi, procedurali o tecnologici rilevanti, cura l'aggiornamento periodico del Manuale di Conservazione del conservatore.

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

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

La tabella successiva riassume i ruoli previsti.

Ruolo	**Dettaglio**
Titolare dell'oggetto della conservazione	Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Sette Laghi
Soggetto Produttore del PdV	Per il soggetto produttore del PdVsi fa riferimento al decreto del direttore generale n.1496 del 28/12/2021
Utente abilitato	Gli utenti abilitati sono indicate all'interno delles pecificità di contratto allegate al presente documento.
Responsabile della conservazione	Per il Responsabile della Conservazione si fa riferimento al decreto del direttore generale n. 549 del 23/06/2022
Conservatore (Responsabile del servizio di conservazione)	Per il conservatoresi fa riferimento all'Atto di Affidamento.

4.1 Profili professionali responsabili del Conservatore

Il processo di conservazione prevede inoltre le seguenti figure responsabili:

- Responsabile del servizio di conservazione;
- Responsabile della funzione archivistica di conservazione;
- Responsabile del trattamento dei dati personali, ora Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)
- Responsabile della sicurezza dei sistemi per la conservazione;
- Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione;
- Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione

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

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

Ruoli	**Attività di competenza**
Responsabile del servizio di conservazione	Le attività affidate dal Responsabile della conservazione con l'Atto di Affidamento e indicate sopra.
Responsabile Sicurezza dei sistemi per la conservazione	Rispetto e monitoraggio dei requisiti di sicurezza del sistema di conservazione stability dagli standard, dalle normative e dale politiche e procedure interne di sicurezza; segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarye azioni correttive.

Responsabile funzione archivistica di conservazione	Definizione e gestione del processo di conservazione, incluse le modalità di trasferimento da parte del produttore, di acquisizione, verifica di integrità e descrizione archivistica dei documenti e delle aggregazioni documentali trasferiti, di esibizione, di accesso e fruizione del patrimonio documentario e informative conservato; definizione del set di metadati di conservazione dei documenti e dei fascicoli informatici; monitoraggio del processo di conservazione e analisi archivistica per lo sviluppo di nuove funzionalità del sistema di conservazione; collaborazione col Produttore ai fini del trasferimento in conservazione, della selezione e della gestione dei rapporti con il Ministero dei beni e delle attività culturali per quanto di competenza.
Responsabile trattamento dati personali	Garanzia del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali; garanzia che il trattamento dei dati affidati dal Produttore avverrà nel rispetto delle istruzioni impartite dal titolare del trattamento dei dati personali, con garanzia di sicurezza e di riservatezza. In particolare tenuto a: - informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679 nonché da alter disposizioni relative alla protezione dei dati; - sorvegliare l'osservanza del Regolamento UE 2016/679, di alter disposizioni relative alla protezione dei dati non ce delle politiche del titolare del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle esponsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo; - fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione

	d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del Regolamento UE 2016/679; - cooperare con l'autorità di controllo; efungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36 del Regolamento UE 2016/679, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione. Nell'eseguire I propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente I rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.
Responsabile sistemi informativi per la conservazione	Gestione dell'esercizio delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; monitoraggio del mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con il fornitore; segnalazione delle eventuali difformitàdegli SLA al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive; pianificazione dello sviluppo delle infrastrutture tecnologiche del sistema di conservazione; controllo e verifica dei livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione.
Responsabile sviluppo e manutenzione del sistema di conservazione	Coordinamento dello sviluppo e manutenzione delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; pianificazione e monitoraggio dei progetti di sviluppo del sistema di conservazione; monitoraggio degli SLA relative alla manutenzione del sistema di conservazione; interfaccia col Produttore relativamente alle modalità di trasferimento dei documenti e fascicoli informatici in merito ai formati elettronici da utilizzare, all'evoluzione tecnologica hardware e software, alle eventuali migrazioni verso nuove piattaforme tecnologiche; gestione

	dello sviluppo di siti web e portal connessial servizio di conservazione.

5. Struttura organizzativa per il Servizio di Conservazione

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

5.1 Strutture Organizzative

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

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

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

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

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

Nella Tabella successiva sono dettagliate le funzioni e le responsabilità in capo a ciascun soggetto

coinvolto nel processo di conservazione.

Funzioni/Responsabilità del processo di Conservazione	**Responsabile della Conservazione**	**Responsabile della Gestione Documentale**	**Conservatore**
Creazionedel Pacchetto di Versamento (PdV)		X	
Trasferimento del PdV al sistema di conservazione		X	
Acquisizione e presa in carico del PdV			X
VerifichesulPdV			X
Accettazione del PdV e generazione del Rapporto di Versamento (RdV) di presa in carico			X
Sottoscrizione del RdV con FD, FEQ o FEA			X
Rifiuto del PdV e comunicazionedelleanomalie			X
Presa visione del RdV		X	
Presa vision delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV		X	
Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di Archiviazione			X
Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione	X		
Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di			X

distribuzione ai finidell'esibizione			
Produzione di duplicati e copie informatiche ed eventuale intervento del pubblico ufficiale nei casi previsti			X
Predisposizione elenco pacchetti di archiviazione da scartare			X
Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto	X		
Scarto dei pacchetti di archiviazione			X
Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori			X
Audit Log			X
Verifica a campionedei PDV conservati	X		

6. Oggetti sottoposti a conservazione

In questo capitolo sono descritte le tipologie degli oggetti e dei pacchetti in essi contenuti sottoposti a conservazione.

6.1 Oggetti conservati

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

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

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

- Documenti amministrativi informatici: sono la "rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti" come definito dal Codice dell'Amministrazione Digitale costituenti atti amministrativi con rilevanza interna al procedimento amministrativo;
- Documenti clinici: possono contenere informazioni su osservazioni cliniche dirette, quali rivelazioni di anamnesi, segni vitali o sintomi, osservazioni indirette, derivanti, ad esempio da diagnostica strumentale, esami di laboratorio o rappresentazione iconografica di resoconti radiologici, oppure opinioni mediche quali valutazioni di osservazioni cliniche, consulti e consulenze, obiettivi da raggiungere o piani diagnostico terapeutici, azioni di natura clinico-sanitaria atte a generare osservazioni cliniche ed opinioni mediche.

La Tabella successiva riassume le classi documentali gestite dal conservatore.

Classi documentali	**Tipologia**
Fatture PA Attive	Documento Informatico
Fatture PA Passive	Documento Informatico
Notifiche SDI Fatture PA Attive	Documento Informatico
Notifiche SDI Fatture PA Passive	Documento Informatico
Delibere	Documento Informatico
Determine	Documento Informatico
Repertori	Documento Informatico
Ricevute Telematiche RT	Documento Informatico
Richiesta Pagamento Telematico RPT	Documento Informatico
SINTE L 5/10/20 anni e illimitati	Documento Informatico
Ricette Dematerializzate Erogate	Documento Clinico
Ricette Dematerializzate Erogate Annullate	Documento Clinico
Ricette Dematerializzate Prescritte	Documento Clinico
Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate	Documento Clinico

Per ciascuna classe documentale sono riportati di seguito i dettagli.

6.1.1 Fatture PA Attive

Classedocumentale	**Fatture PA Attive**
Livello 1	DAE2
Descrizione	FattureAttive verso la PA
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M
Frequenza di versamento	Annuale

Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Entro l'anno successivo la data di competenza
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.2 Fatture PA Passive

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

6.1.3 Notifiche SDI Fatture PA Attive

Class edocumentale	**Notifiche SDI Fatture PA Attive**
Livello 1	DAE2
Descrizione	Notifiche SDI relative a FattureAttive verso la PA
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	XML, P7M

Frequenza di versamento	Annuale
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Entro due anni successivi la data di competenza
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.4 Notifiche SDI Fatture PA Passive

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

6.1.5 Delibere

Classe documentale	**Delibere**
Livello 1	DAE
Descrizione	Atti di direzione - Delibere
Sistema Alimentante	Lapis
Fornitore del sistema alimentante	Software Uno

Formato	PDF, P7M, M7M, TSD
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Iltermine del periodo di pubblicazione sull'albo pretorio (15gg)
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	.01

6.1.6 Determine

Classe documentale	**Determine**
Livello 1	DAE
Descrizione	Atti di direzione - Determine
Sistema Alimentante	Lapis
Fornitore del sistema alimentante	Software Uno
Formato	PDF, P7M, M7M, TSD
Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Iltermine del periodo di pubblicazione sull'albo pretorio (15gg)
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	.01

6.1.7 Repertori

Classe documentale	**Repertori**
Livello 1	DAE
Descrizione	Registri giornalieri di protocollo
Sistema Alimentante	Lapis
Fornitore del sistema alimentante	Software Uno
Formato	PDF, PDF/A, P7M

Frequenza di versamento	Giornaliera
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Entro 3 giorni
Tempo di scarto	Illimitato
Codice prontuario di scarto	.01

6.1.8 Ricevute telematiche RT

Classe documentale	**RT**
Livello 1	DAE
Descrizione	Ricevute Telematiche
Sistema Alimentante	My Pay
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	xml, p7m, pdf
Frequenza di versamento	Ognitre ore
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	in giornata (al netto dei documenti pregressi)
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	1.5.03 TITOLO 1 - Area Amministrativa 5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.9 Richiesta di pagamento telematico - RPT

Classe documentale	**RPT**
Livello 1	DAE

Descrizione	Richiesta di PagamentoTelematico
Sistema Alimentante	My Pay
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	xml, p7m, pdf
Frequenza di versamento	Ognitre ore
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	in giornata (al netto dei documenti pregressi)
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	1.5.03 TITOLO 1 - Area Amministrativa 5. Risorse finanziarie e gestione contabile .03 Gestione entrate-uscite

6.1.10 S INTEL 5/10/20 anni e illimitati

Classe documentale	**SINTEL 5/10/20 anni e illimitati**
Livello 1	DAE
Descrizione	Documentazione presente nella piattaforma SINTEL: Documentazione di gara caricata dagli utenti dellaStazione Appaltante Tutti i report generati in automatico da Sintel (di proposta di aggiudicazione, di aggiudicazione, verbale dellacommissione,..) o su richiesta della SA (report intermedi) (per le procedure multilottosia a livello multilottoche a livello di singolo lotto) Verbali della commissione giudicatrice caricatid urante il percorso di valutazione delle offerte

	Documentazione relativa alle offerte "valide" pervenute nell'ambito della procedura (tutti gli allegati ed il document di offerta che costituiscono ogni singola offerta sottomessa dal singolo operatore economico) (per le procedure multi lotto sia a livello multi lotto che a livello di singolo lotto) Documentazione relativa alle offerte "non valide" (in stato "sostituita", "offerta ritirata",..) cifrate. Documentazione relativa alle "Comunicazioni di procedura" effettuate attraverso la funzionalità Comunicazioni di procedura" (1 documento per ciascuna coppia mittente /destinatario) con riferimento ad eventuali allegati1 Allegati alle comunicazioni di procedura Documento "report messaggi PEC" (relativo a tutti I messaggi PEC che sono stati inviati da Sintel nell'ambito della procedura). Eventuale file opzionale "password.txt.zip" Documento di indice del fascicolo in formato XML
Sistema Alimentante	Sintel
Fornitore del sistema alimentante	Aria
Formato	.pdf, .p7m,.m7m (Documento di offerta) Scelto dal fornitore (allegati)
Frequenza di versamento	Al momento della creazione.
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione
Tempo di scarto	5/10/20 o illimitato
Codice prontuario di scarto	1.6.03 Titolo 1 – Area Amministrativa 6. Gestione e organizzazione del patrimonio.

	.03 Acquisizione e gestione di benimobili/ generi di consumo e di servizi

6.1.11 Ricette Dematerializzate Erogate

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

6.1.12 Ricette Dematerializzate Erogate Annullate

Classe documentale	**Ricette Dematerializzate Erogate Annullate**
Livello 1	RD
Descrizione	Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate
Sistema Alimentante	Hub Regionale
Fornitore del sistema alimentante	Aria

Formato	ZIP, XML
Frequenza di versamento	Al momento della creazione del documento
Tempo entro il quale trasferire I documenti al sistema di conservazione	Al momento della creazione del documento
Tempo di scarto	10 anni
Codice prontuario di scarto	3.4.01 TITOLO 3 - Area Ospedaliera 4. Assistenza ambulatoriale .01 Prestazioni ambulatoriali- Prescrizione – proposta - ricetta per richieste di prestazioni sanitarie

6.1.13 Ricette Dematerializzate Prescritte

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

6.1.13 Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate

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

6.2 Metadati minimi dei documenti conservati

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

Documento Informatico				
Metadato	**Descrizione**	**Campi/ Sottocampi**	**ValoriAmmessi**	**Tipo dato**
Id Doc	Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanente al document informatico in modo da consentirne l'identificazione. Inoltre, rappresenta le informazioninecessarie per verificarel'integrità del documento. L'impronta è generate impiegando la funzione di hash, come da definizione nell'Allegato 6 delle Linee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento". Il metadato è costituito da: Impronta: sottocampo in cui viene memorizzato l'hash del documento Algoritmo: sotto campo nel quale deve essere indicata la tipologia dell'algoritmo	Impronta crittografica del documento		
		Impronta	Rappresenta l'hash del documento	Alfanumerico
		Algoritmo	Rappresenta l'algoritmo applicato	Alfanumerico
		Identificativo	Come da sistema di identificazionef ormalmente definito	Alfanumerico

	applicator riportati nell'Allegato 6 delleLinee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento" Identificativo: come da sistema di identificazione formalmente definito			
Modalità formazione document o	Indica la modalità di generazione del document informatico. Sono previste le seguenti modalità secondo quanto riportato nelle Lineeguida: creazione tramitel'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato 2 delle LineeGuida; acquisizione di un documento informatico per via telematica o susupporto informatico, acquisizione della copia per imagine susupporto informatico di un document analogico, acquisizione della copia informatica di un		a, b, c, d	Alfanumerico

	document analogico; memorizzazione susupporto informatico in format digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulary residisponibili all'utente; generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata ememorizzata in forma statica			
Tipologia document ale	Metadatotestuale libero per indicare le tipologie documentali trattate		Es. Fatture, Delibere, Determine, etc	Alfanumerico
Dati di Registrazi o ne	Metadato che comprende I dati di registrazione del document sia nel caso di document protocollato che non protocollato. Si intende per registrazio nel'operazione che,	Tipologia di flusso	U = In Uscita; E = In Entrata; I = Interno	Alfanumerico
		Tipo Registro	Nessuno, Protocollo Ordinario/Protocollo Emergenza, Repertorio/Registro	Alfanumerico

	in senso lato, associa ad document all'atto della registrazione Numero documento: Numero identificativo del document nel caso di documento non protocollato (ad esempio, numero fattura), numero di protocollo nel caso di document protocollato. Codice Registro: Identificativo del registro nel caso in cui il tipo registro sia protocollo ordinario/ protocollo emergenza, o Repertorio/Registro.	Data di Registrazione	nelcaso di documento non protocollato: Data di registrazione del Documento/Ora di registrazione del Documento nelcaso di document protocollato: Data di registrazione di protocollo/Ora di protocollazione del Documento	Date Time
		Numero Documento	Nel caso di documento non protocollato: Numero di registrazione del documento nel caso di document protocollato: Numero di protocollo	Alfanumerico
		Codice Registro	Codice identificativo del registro in cui il document viene registrato	Alfanumerico
Soggetti	Indica il metadata che consente di individuare le informazioni relative a tutti I soggetti coinvolti e competent sul documento a vario titolo e definiti dal campo Ruolo. Sono definite quindi I seguenti	Ruolo	Assegnatario Autore Destinatario Mittente Operatore Produttore RGD	Alfanumerico

	attributi: Ruolo: consente di indicare, a seconda delle necessità, l'autore del documento, il mittente, il destinatario, l'assegnatario. Al fine di		(ResponsabiledellaGestioneDocumentale) RSP (Responsabile del Servizio diProtocollo) Soggettocheeffettua la registrazione	
	rendereidati di registrazione univoci deve essere sempre indicato il Soggetto che effettua la registrazione del documento (tipicamente l'Organizzazione che protocolla). Obbligatorio inoltre indicare almeno l'autore o il mittente. Nel caso di document protocollato deve essere obbligatoriamente indicato il mittente. Per "Operatore" si intende il soggetto autorizzato ad apportare modifiche/integrazioni al documento, la cui definizione si renderà obbligatoria nel caso in cui venga compilato il metadato "Tracciature modifiche documento".	Tipo soggetto	Se Ruolo = Assegnatario AS Se Ruolo = Soggetto che effettua la registrazione PF per Persona Fisica PG per Organizzazione Se Ruolo = Mittente o Destinatario o Altro PF per Persona Fisica PG per Organizzazione PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane (valido solo come mittente nei flussi in entrata, come destinatario neiflussi in uscita) PAE per le Amministrazioni Pubbliche estere (valido solo come mittente nei flussi in entrata, come destinatario nei flussi in uscita) Se Ruolo = Autore PF per Persona Fisica	Alfanumerico

	Tipo soggetto: consente di tipizzare I soggetti come persone fisiche, giuridiche, amministrazioni pubbliche (italiane ed estere). Il Tipo Soggetto = S W è indicabile solo se si è indicato il ruolo = ”Produttore”. Per ogni Tipo Soggetto sono indicate imetadati di riferimento. Il metadato ha una strutturari corsiva.		PG per Organizzazione PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane (valido solo neiflussi in entrata) PAE per le Amministrazioni Pubbliche estere (valido solo nei flussi in entrata) Se Ruolo = Operatore o Responsabile della Gestione Documentale o Responsabile del Servizio Protocollo PF per Persona Fisica Se Ruolo = Produttore SW per I documenti prodotti automaticamente	
		PF	Cognome	Alfanumerico
			Nome	Alfanumerico
		PG	Denominazione Organizzazione	Alfanumerico
		PAI	Denominazione Amministrazione\ Codice IPA	Alfanumerico
		PAE	Denominazione Amministrazione	Alfanumerico
		AS	Denominazione Amministrazione\ Codice IPA	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione	Alfanumerico

			AOO\Codice IPA AOO	
			Denominazione Amministrazione UOR \ Codice IPA UOR	Alfanumerico
		SW	Denominazione Sistema	Alfanumerico
Chiave descrittiva	Metadato funzionale volto a riassumere il contenuto del documento o comunque a chiarirne la natura. È costituito da seguenti campi: Oggetto: testo libero; Parole Chiave: da compilare facoltativamente attingendo da thesauri o da vocabolari controllati, per evitare ambiguità terminologiche e avere la possibilità di utilizzare il metadato come chiave di ricerca del documento. Il metadato è ricorsivofino ad un massimo di 5 occorrenze.	Oggetto	Testo Libero	Alfanumerico
Allegati	Indica il numero di allegati al documento e, nell'eventualità che il numero di allegati indicate sia maggiore di zero, devono essere compilati, in modalità ricorsiva, I dati: Id Doc: Identificativo del	Numero allegati	Inserire un numerointerocompresotra 0 e 9999	Numerico
		Indice allegati	Da indicare per ogniallegato se Numero allegati> 0	Alfanumerico
		Id Doc	Identificativo del document	

	documento relative all'allegato Descrizione: Titolo dell'allegato		relativoall'allegato	
		Descrizione	Testo libero	Alfanumerico
Riservato	Rappresenta il livello di sicurezza di accesso al documento: Vero: se il documento è considerate riservato Falso: se il documento non è considerate riservato Consente di gestire gli accessi al documento al solo personale autorizzato.		Vero: se il documento è considerate riservato Falso: se il documento non è considerate riservato	Boolean
Identificativo del formato	Indica il formato del documento e la versione del software utilizzato per la creazione del document stesso. É costituito dai seguenti campi: Formato: secondo quanto previsto dall'Allegato 2 delle LineeGuida. Prodotto software: Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relative versione, suddiviso a sua volta in tre sottocampi: Nome prodotto Versione prodotto	Formato	Previsti dall'Allegato 2 delle Linee guida	Alfanumerico
		Prodotto software	Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativa versione	
		Nome prodotto		Alfanumerico
		Versione prodotto		Alfanumerico
		Produttore		Alfanumerico

	Produttore			
Verifica	Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie imagine nelle modalità di formazione del document informatico previste nelle Linee Guida.	Firmato Digitalmente	Vero Falso	Boolean
		Sigillato Elettronicamente	Vero Falso	Boolean
		Marcatura Temporale	Vero Falso	Boolean
		Conformità copie imagine su supporto informatico	Vero Falso	Boolean
Aggregazione documentale	Identificativo univoco dell'Aggregazione come definite nella tabella dedicata alle aggregazioni documentali. Metadato ricorsivo.		Identificativo del fascicolo o della serie.	Alfanumerico
Documento Primario	Identificativo univoco e persistente del Documento primario.		Id Doc del document primario	
Nome del documento\file	Nome del documento\file così comericonosciutoall'esterno.			Alfanumerico
Versione deldocumento	Versione del documento		Indicare la versione del documento	Alfanumerico

Tracciatura modifiche documento	Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui esses ono state effettuate. L'autore delle modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo "Operatore".	Tipo modifica	Annullamento Rettifica Integrazione Annotazione	Alfanumerico
		Soggetto autore della modifica	Come da ruolo = Operatore definite nel metadata Soggetti	Alfanumerico
		Data modifica/ Ora modifica		Date/Time
		Id Doc versione precedente	Identificativo document versione precedente	

Documento Amministrativo informatico				
Metadato	**Dettaglio**	**Campi/ Sottocampi**	**ValoriAmmessi**	**Tipo dato**
Id Doc	Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanente al document amministrativo informatico in modo da consentirne l'identificazione. Inoltre, rappresenta le informazioni necessarie per verificare l'integrità del documento. Il metadato è	Impronta crittografica del documento		
		Impronta	Rappresenta l'hash del documento	Binary
		Algoritmo	Rappresenta l'algoritmo applicato Default = S HA-256	Alfanumerico
		Identificativo	Come da sistema di	Alfanumeri

	costituito dai campi: Impronta crittografica del documento: a sua volta suddiviso in: Impronta: sotto campo in cui viene memorizzato l'hash del documento Algoritmo: sotto campo nel quale deve esserei ndicata la tipologia dell'algoritmo applicato secondo quanto riportato nell'Allegato 6 delle Linee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento" Identificativo: come da sistema di identificazione formalmente definito Segnatura: segnatura di protocollo, da indicare obbligatoriamente nel caso di document amministrativo protocollato, a sua volta strutturato come da Allegato 6 delle Linee Guida.		identificazione formalmente definito	co
		Segnatura	Segnatura del protocollo	Alfanumerico
Modalità di formazione	Indica la modalità di generazione del document amministrativo informatico. Sono previste le seguenti modalità secondo		Indicare creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti	Alfanumerico

	quanto riportato nelle Linee guida: a) creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato2 delle Linee Guida; acquisizione di un document informatico per via telematica o susupporto informatico, acquisizione della copia per imagine su support informatico di un document analogico, acquisizione della copia informatica di un document analogico; memorizzazione su support informatico in format digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulary residisponibili all'utente; generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più		nei formati previsti nell'Allegato 2 delle Linee; acquisizione di un document informatico per via telematica o susupporto informatico, acquisizione della copia per imagine susupporto informatico di un document analogico, acquisizione della copia informatica di un document analogico; memorizzazione susupporto informatico in format digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulary resi disponibili all'utente; generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una	

	soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica.		struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica	
Tipologia documentale	Metadato funzionale che indica la tipologia del document tra quelle trattate per lo svolgimento delle attività.		Metadato testuale libero per indicare le tipologie documentali trattate (ad esempio, fatture, delibere, determine, etc)	Alfanumerico
Dati di registrazione	Sono previsti I seguenti campi: Tipologia di flusso: indica se si tratta di un documento in uscita, in entrata o interno. Per documento interno si intende un documento scambiato tra le diverse UOR afferenti alla stessa AOO Tipo registro: indica il sistema di registrazione adottato: protocollo ordinario/protocollo emergenza, o Repertorio/Registro. Data: è la data associata al document all'atto della registrazione Numero documento: Numero identificativo del document nel caso di documento non protocollato (ad esempio, numero	Tipologia di flusso	"U" = In uscita "E" = In entrata "I" = Interno Per documentiinternisiintendeid ocumentiscambiatiall'intern odellamedesima AOO	Alfanumerico
		Tipo registro	Protocollo Ordinario /Protocollo Emergenza Repertorio/Registro	Alfanumerico
		Data registrazione	Nel caso di documento non protocollato: Data di registrazione del Documento/Ora di registrazione del Documento nel caso di document protocollato:	Date/Time

	fattura), numero di protocollo nelcaso di document protocollato. Codice Registro: Identificativo del registro in cui il document viene registrato.		Data di registrazione di protocollo/Ora di protocollazione del Documento	
		Numero Documento	Nel caso di documento non protocollato: Numero di registrazione del documento nel caso di documento protocollato: Numero di protocollo	Alfanumerico
		Codice Registro	Codice identificativo del registro in cui il documento viene registrato.	Alfanumerico
Soggetti	Indica il metadata che consente di individuare le informazioni relative a tutti I Soggetti coinvolti e competenti sul documento a vario titolo e definiti dal campo Ruolo. Sono definite quindi I seguenti attributi: Ruolo: consente di indicare, a seconda delle necessità, l'autore del documento, il mittente, il destinatario, l'assegnatario. Al fine di rendere I dati di registrazione univoci	Ruolo	Amministrazione che effettua la registrazione Assegnatario Autore Destinatario Mittente Operatore Produttore RGD (Responsabile della Gestione Documentale) RSP (Responsabile del Servizio di Protocollo) RUP	Alfanumerico

	deve essere sempre indicata l'Amministrazione che effettua la registrazione del documento. Obbligatorio inoltre indicare almeno l'autore o il mittente. Nel caso di documento protocollato deve essere obbligatoriamente indicato il mittente. Per "Operatore" si intende il soggetto autorizzato ad apportare modifiche/integrazioni al documento, la cui definizione si renderà obbligatoria nel caso in cui venga compilato il metadato "Tracciature modifiche documento". Nel caso di ruoloAssegnatario si prevede l'indicazione della UOR di riferimento con l'indicazione, a completamento, della persona fisica. Nel caso di ruolo RUP le informazioni relative alla persona fisica e alla UOR di appartenenza diventano obbligatorie. Tipo soggetto: consente di tipizzare I soggetti come persone fisiche, giuridiche, amministrazioni pubbliche (italiane ed estere). Il Tipo	Tipo soggetto	Se Ruolo = Assegnatario ü AS Se Ruolo = Amministrazione che effettua la registrazione ü PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane Se Ruolo = Mittente o Destinatario ü PF per Persona Fisica ü PG per Organizzazione ü PAI per le Amministrazioni Pubbliche Italiane ü PAE per le AmministrazioniPubblicheEstere Se Ruolo = Autore ü PF per Persona Fisica ü PG per Organizzazione (valido solo neiflussi in entrata) ü P AI per le AmministrazioniPubblicheitaliane ü PAE per le AmministrazioniPubblicheEstere (valido solo neiflussi	Alfanumerico

	Soggetto = S W è indicabile solo se si è indicato il ruolo= ”Produttore”. Per ogni Tipo Soggetto sono indicate I metadati di riferimento. Il metadato ha una struttura ricorsiva.		in entrata) Se Operatore o Responsabile della Gestione Documentale o Responsabile del Servizio Protocollo ü PF per Persona Fisica Se Ruolo = RUP ü RUP Se Ruolo = Produttore ü SW per I documenti prodotti automaticamente	
		PF	Cognome	Alfanumerico
			Nome	Alfanumerico
		PG	Denominazione Organizzazione	Alfanumerico
		PAI	Denominazione Amministrazione\ Codice I PA	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione AOO \ Codice I PA AOO	Alfanumerico
			Indirizzi Digitali Di	Alfanumeri

			Riferimento	co
		PAE	Denominazione Amministrazione	Alfanumeri co
			Indirizzi Digitali Di Riferimento	Alfanumeri co
		AS	Denominazione Amministrazione\ Codice I PA	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione AOO\ Codice IPA AOO	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione UOR \ Codice IPA UOR	Alfanumeri co
			Indirizzi Digitali Di Riferimento	Alfanumeri co
		RUP	Nome	Alfanumeri co
			Codice Fiscale	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione AOO\ Codice IPA AOO	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione UOR \ Codice IPA UOR	Alfanumeri co
			Indirizzi Digitali Di Riferimento	Alfanumeri co

		SW	Denominazione Sistema	Alfanumerico
Chiave descrittiva	Metadato funzionale volto a riassumere il contenuto del documento o comunque a chiarirne la natura. È costituito da seguenti campi: Oggetto: testo libero; Parole Chiave: da compilare facoltativamente attingendo da thesauri o da vocabolari controllati, per evitare ambiguità terminologiche e avere la possibilità di utilizzare il metadato come chiave di ricerca del documento. Il metadato è ricorsivo fino ad un massimo di 5 occorrenze.	Oggetto	Testo libero	Alfanumerico
Allegati	Indica il numero di allegati al documento e, nell'eventualità che il numero di allegati indicate sia maggiore di zero, devono essere compilati, in modalità ricorsiva, idati: Id Doc: Identificativo del documento relative all'allegato Descrizione: Titolo dell'allegato	Numero allegati	Inserire un numero intero compreso tra 0 e 9999	Numerico
		Indice allegati	Da indicare per ogni allegato se Numero allegati> 0	
		Id Doc	Identificativo del document relative all'allegato	Alfanumerico
		Descrizione	Testo libero	Alfanumerico
Classificazio	Classificazione del documento	Indice di	Codifica del documento	Alfanumeri

ne	secondo il Piano di classificazione utilizzato, da indicare sia nel caso di document protocollato che nel caso di documento non protocollato: Indice di classificazione: Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato Descrizione: Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato. Piano di classificazione: riportarel'URI di pubblicazione del Piano di classificazione	classificazione	secondo il Piano di classificazioneutilizzato	co
		Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	Alfanumerico
Riservato	Rappresenta il livello di sicurezza di accesso al documento: Vero: se il documento è considerate riservato Falso: se il documento non è considerate riservato Consente di gestire gli accessi al documento al solo personale autorizzato.		Vero: se il documento è considerate riservato Falso: se il documento non è considerate riservato	Boolean
Identificativo del formato	Indica il formato del documento e la versione del software utilizzato per la creazione del	Formato	Previstidall'Allegato 2 delle Linee guida	Alfanumerico
		Prodotto	Prodotto software utilizzato	

	document stesso. É costituitodaiseguenticampi: Formato: secondo quantoprevistodall'Allegato 2 delleLineeGuida. Prodotto software: Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relative versione, suddiviso a sua volta in tre sotto campi: Nome prodotto Versione prodotto Produttore	software	per lacreazione del documento e relative versione	
		Nome prodotto		Alfanumerico
		Versione prodotto		Alfanumerico
		Produttore		Alfanumerico
Verifica	Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie imagine nelle modalità di formazione del document informatico previste nelle Linee Guida.	Firmato Digitalmente	Vero Falso	Boolean
		Sigillato Elettronicamente	Vero Falso	Boolean
		Marcatura Temporale	Vero Falso	Boolean
		Conformità copie imagine su support informatico	Vero Falso	Boolean
Aggregazione documentale	Identificativo univoco dell'Aggregazione come definite nella tabella dedicata alle aggregazioni documentali.		Identificativo del fascicolo della serie.	Alfanumerico

	Metadatoricorsivo.			
Documento Primario	Identificativo univoco e persistente del Documento primario.		Id Doc del document primario	
Nome del documento\file	Nome del documento\file così come riconosciuto all'esterno.			Alfanumerico
Versione del documento	Versione del documento		Indicare la versione del documento	Alfanumerico
Tracciature modifichedocumento	Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui essesono state effettuate. L'autore delle modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo "Operatore".	Tipo modifica	Annullamento Rettifica Integrazione Annotazione	Alfanumerico
		Soggetto autore della modifica	Come da ruolo = Operatore definite nel metadata Soggetti	Alfanumerico
		Data modifica/Ora modifica		Date/Time
		Id Doc versione precedente	Identificativo document versione precedente	

Aggregazioni documentali Informatiche				
Metadato	**Dettaglio**	**Campi/ Sottocampi**	**ValoriAmmessi**	**Tipo dato**
Identificativ	L' Identificativo	Tipo	Indicare:	Alfanumeri

o dell' Aggregazione	dell'Aggregazione documentale è una sequenza di caratteri alfa numerici associata in modo univoco all'aggregazione documentale informatica in modo da consentirne l'identificazione, indica se sitratta di un Fascicolo o di una Serie Documentale o di una Serie di Fascicoli. Il fascicolo è una aggregazione documentale informatica strutturata e univocamente identificata contenenteatti, documenti o dati informatici prodotti e funzionali all'esercizio di una attività o allo svolgimento di uno specific procedimento. Le serie documentarie sono costituite da documenti singoli accorpati per ragioni funzionali in base alla tipologia di riferimento. Le serie di fascicoli sono costituite da fascicoli accorpati per ragioni funzionali in base alla classe di riferimento o alla tipologia di fascicoli.	Aggregazione	Fascicolo Serie Documentale Serie Di Fascicoli	co
		Id Aggregazione	Come da sistema di identificazione formalmentedefinito.	Alfanumerico

Tipologia fascicolo	I fascicoli sono organizzati per: affare: conserva I documenti relativi a una competenza non proceduralizzata, ma che nella consuetudine amministrativa la PA deve concretamente portare a buon fine. Il fascicolo per affare ha una data di apertura e una durata circoscritta. attività: comprende I documenti prodotti nello svolgimento di un'attività amministrativa semplice che implica risposte obbligate o meri adempimenti, per la quale quindi non è prevista l'adozione di un provvedimento finale. Ha in genere durata annuale. persona fisica: comprende tutti I documenti, anche con classifiche diverse, che si riferiscono a una persona fisica. Quasi sempre I fascicoli intestati alle persone restano correnti per molti anni, costituendo serie aperte. persona giuridica: comprende tutti I documenti, anche con classifiche diverse, che si riferiscono a una persona giuridica. Quasi sempre I	NON Applicabile	Solo in caso di Tipo Aggregazione = 'Fascicolo' Tipologia del fascicolo: affare attività persona fisica persona giuridica procedimento amministrativo	Alfanumerico

	fascicoli intestati alle persone restano correnti per molti anni, costituendo seriea perte procedimento amministrativo: conserva una pluralità di documenti che rappresentano azioni amministrative omogenee e destinate a concludersi con un provvedimento amministrativo.			
Soggetti	Indica il metadata che consente di individuare le informazioni relative a tutti I soggettiche, a vario titolo, sono coinvolti nella costituzioned ell'aggregazione. Sono definite quindi i seguenti attributi: Ruolo: Amministrazione titolare Amministrazioni partecipanti Assegnatario Soggetto intestatario persona fisica Soggetto intestatario persona giuridica RUP: da indicare solo in caso di Tipo Aggregazione = 'Fascicolo' Tipo soggetto: consente di tipizzare I soggetti come persone fisiche, giuridiche,	Ruolo	Amministrazione che effettua lar egistrazione Assegnatario Autore Destinatario Mittente Operatore Produttore RGD (Responsabile della Gestione Documentale) RSP (Responsabile del Servizio di Protocollo) RUP	Alfanumerico

	amministrazioni pubbliche (italiane ed estere) in funzione del Ruolo. Per ogni tipo soggetto sono indicate imetadati di riferimento. Nel caso in cui sia stato definito un Ruolo=RUP è obbligatorio indicare anche l'UORc orrispondente.			
		Tipo soggetto	Se Ruolo = Amministrazione titolare ü PAI per le Amministrazioni Pubbliche italiane Se Ruolo = Amministrazioni partecipanti ü PAI per le Amministrazioni Pubblicheitaliane ü PAE per le Amministrazioni Pubblicheestere Se Ruolo = Assegnatario ü AS Se Ruolo = Soggetto intestatario persona giuridica PG per Organizzazione	Alfanumerico

			PAI per le Amministrazioni PubblicheItaliane PAE per le Amministrazioni Pubbliche estere Se Ruolo = Soggetto intestatario persona fisica ü PF per Persona Fisica Se Ruolo = RUP ü RUP	
		PF	Cognome	Alfanumerico
			Nome	Alfanumerico
		PG	Denominazione Organizzazione	Alfanumerico
		PAI	Denominazione Amministrazione\ Codice IPA	Alfanumerico
			Denominazione Amministrazione AOO\ Codice IPA AOO	Alfanumerico
			Indirizzi Digitali Di Riferimento	Alfanumerico
		PAE	Denominazione Amministrazione	Alfanumerico
			Indirizzi Digitali Di	Alfanumeri

			Riferimento	co
		AS	Denominazione Amministrazione\ Codice IPA	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione AOO \ Codice IPA AOO	Alfanumeri co
			Denominazione AmministrazioneUOR \ Codice IPA UOR	Alfanumeri co
			Indirizzi Digitalidi Riferimento	Alfanumeri co
		R U P	Cognome	Alfanumeri co
			Nome	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione\ Codice IPA	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione AOO \ Codice IPA AOO	Alfanumeri co
			Denominazione Amministrazione UOR \ Codice IPA UOR	Alfanumeri co
			Indirizzi Digitali di Riferimento	Alfanumeri co
Assegnazion	Indica il metadata che consente di	Tipo	Per competenza	Alfanumeri

e	individuare le informazioni relative all'assegnazione per conoscenza o per competenza. I Soggetti indicati in questo metadata devono essere stati dichiarati nel metadata Soggetti. Sono definite quindi I seguenti attributi: Tipo assegnazione Soggetto assegnatario Data inizio assegnazione Data fine assegnazione Il metadato ha una struttura ricorsiva.	assegnazione	Per conoscenza	co
		Soggetto Assegnatario	Come da Ruolo = Assegnatario definito del metadatoSoggetti.	Alfanumerico
		Data inizio assegnazione / Ora inizio assegnazione	Data inizio assegnazione	Date/Time
Data Apertura	Data di aperture dell'aggregazione documentale		Data di aperture dell'aggregazione documentale	Date
Classificazione	Classificazione dell'aggregazione: Indice di classificazione: Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato Descrizione: Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato. Piano di classificazione: se presente, riportare eventualmentel'URI di pubblicazione del Piano di	Indice di classificazione	Codifica secondo il Piano di classificazioneutilizzato	Alfanumerico
		Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	Alfanumerico

	classificazione			
Progressivo	Progressivo numerico calcolato nell'ambito della chiave della classificazione o in ordine cronologico nell'ambito dell'anno			Numerico
Chiave descrittiva	Metadato funzionale volto a chiarire la natura del fascicolo o della serie. È costituito da seguenti campi: Oggetto: testo libero; Parole Chiave: da compilare facoltativamente attingendo da thesauri o da vocabolari controllati, per evitare ambiguità terminologiche e avere la possibilità di utilizzare il metadato come chiave di ricerca. Il metadato è ricorsivo fino ad un massimo di 5 occorrenze.	Oggetto	Testo libero	Alfanumerico
Data Chiusura	Data di chiusura dell'aggregazione documentale		Data di chiusura dell'aggregazioned ocumentale	Date
Procedimento Amministrativo	Metadato funzionale volto adi ndicare il procedimento a cui il fascicolo afferisce, nonché lo stato di avanzamento e le relative fasi.	Materia\ Argomento\ Struttura	Indicare la materia o l'argomento o la struttura per la quale sono stati catalogati I procedimenti	Alfanumerico

	Il campo “Fase”, a sua volta costituito da “Tipo Fase”: Preparatoria Istruttoria Consultiva Decisoria o deliberativa Integrazione dell’efficacia e da “Data iniziofase” e “Data fine fase” deve considerarsi dinamico, destinato ad esserea ggiornato con lo stato di avanzamento dell’iter del procedimento\processo.		amministrativi	
		Procedimento	Denominazione del Procedimento	Alfanumerico
		Catalogoprocedimenti	URI di pubblicazione del catalogo	Alfanumerico
		Fasi	A sua volta suddiviso, in una strutturaricorsiva:	
		Tipo Fase	Preparatoria Istruttoria Consultiva Decisoria o deliberativa Integrazione dell’efficacia	Alfanumerico
		Data inizio fase	Secondo le regole indicate per I documenti informatici o I documenti ammnistrativii nformatici	Date
Indice documenti	Elenco degli identificativi dei documenti contenuti nell’aggregazione, definiti secondo le regole indicate per I documenti informatici o I document iamministrativi informatici. Metadato ricorsivo	Tipo documento	Documento amministrativo informatico documento informatico	
		Id Doc		
Posizione fisica Aggregazione	Posizione fisica dell’aggregazione. Nel caso di fascicoli ibridi indica la posizione della component cartacea del fascicolo.		Testo libero	Alfanumerico

Documentale				

6.3 Pacchetti informativi

6.3.1 Pacchetto di versamento

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

- documento/i stesso oggetto della conservazione;
- file di metadati relativo ai documenti da conservare;
- Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV), cioè un'evidenza informatica (file .xml), che descrive il versamento stesso e i documenti che ne fanno parte attraverso l'uso di metadati.

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

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

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

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

Inoltre, poiché il sistema di conservazione controlla la tipologia di documento per valutarne l'aderenza alle condizioni espresse in fase di contratto, è indicato il M IM E type del documento. Per rimanere poi aderenti alla norma vigente è anche indicato un identificativo univoco dei singoli

documenti del pacchetto e la data di chiusura degli stessi.

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

6.3.2 Pacchetto di Archiviazione

Per la descrizione della struttura dati del pacchetto di archiviazione completa delle ulteriori strutture collegate ai diversi elementi "More Info" previsti dallo standard SInCRO, si rimanda al manuale di conservazione del Conservatore.

6.3.3 Pacchetto di distribuzione

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

7. Processo di conservazione

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

Funzioni/Responsabilità del processo di Formazione	ASST	Conservatore
Creazione del Pacchetto di Versamento (PdV)	X	
Trasferimento del PdV al sistema di conservazione	X	
Acquisizione e presa in carico del PdV		X
VerifichesulPdV		X
Accettazione del PdV e generazione del Rapporto di Versamento (RdV) di presa in carico		X
Sottoscrizione del RdV con FD, FEQ o FEA		X
Rifiuto del PdV e comunicazione delle anomalie		X
Presa visione del RdV	X	
Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV	X	

Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di Archiviazione		X
Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai finidell'esibizione	X	
Preparazione, gestione e Sottoscrizione con FD, FEQ o FEA del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione		X
Produzione di duplicati e copieinformatiche ed eventuale intervento del pubblico ufficiale nei casi previsti		X
Predisposizione elenco pacchetti di archiviazione da scartare		X
Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto	X	
Scarto dei pacchetti di archiviazione		X
Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori		X
Audit Log		X

Per la descrizione delle fasi del processo di conservazione in carico al Conservatore si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.
Nei paragrafi successivi sono altresì descritte le fasi inerenti il processo di conservazione in carico all'ASST.

7.1 Creazione del PdV e trasferimento al sistema di conservazione

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

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

- Web Services: la creazione del pacchetto è effettuata dal sistema alimentante tramite appositi Web Services che mettono a disposizione il/i documento/i corredato/i dei relativi metadati formato csv/json. Nel caso di invio di più documenti questi sono inseriti all'interno di un archivio zip.
- Manuale: l'ASST può creare il PdV direttamente dal sistema di conservazione tramite due procedure
  - Manuale guidata
  - Manuale non guidata

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

L'ASST può inoltre usufruire dell'utilizzo del Flyadapter. Il Fly Adapter fornisce un frontend locale che permette di rendere il collegamento tra sistema alimentante e componente centrale del sistema di conservazione (CSC) più efficace e performante svolgendo un ruolo "home- based services" direttamente nelle architetture dell'ASST. In particolare tale modalità prevede il versamento tramite rete locale dell'ASST direttamente sul Flyadapter che poi successivamente provvede in modo asincrono a versare sul CSC. Il vantaggio significativo è rappresentato dalla possibilità di avere un servizio Always-on che non dipenda da elementi terzi quali connettività ed accesso internet che potrebbero rendere l'accesso intermittente da parte dell'ASST con conseguente ritardo nello svolgimento delle funzioni da parte del personale.

Il sistema di conservazione prende in carico un PdV solo dopo che tutte le sue parti (IPdV e relativi documenti) sono correttamente ricevute e superano con esito positivo i relativicontrolli.
L'operazione è sancita dalla generazione di un Rapporto di Versamento (RdV) relativo a ciascun pacchetto di versamento effettuato, cioè un documento informatico in formato
.xml marcato temporalmente e firmato dal responsabile del servizio di conservazione. In caso di

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

La produzione del Rapporto di Versamento (RdV) rappresenta formalmente la presa in carico del Pacchetto di Versamento (PdV) da parte del sistema di conservazione e la trasformazione di quest'ultimo in pacchetto di archiviazione, cioè un documento informatico che attesta il caricamento dei documenti in un determinato momento e la loro conservazione a norma di legge.

Inoltre, i sistemi alimentanti dei documenti amministrativi (Data Processing) e documenti clinici elettronici (Repository aziendale Galileo) acquisiscono il flag di ritorno a seguito della conservazione e la possibilità di inviare nuovamente eventuali documenti in errore.

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

Classidocumentali	**Sistema alimentante**	**Modalità di creazione del PDV (Automatica / Manuale)**	**Modalità di trasferimento (Attiva/ Passiva)**	**Utilizzo del Fly Adapter (Si/No)**	**Modalità di acquisizione del pacchetto di versamento**
Fatture PA Attive	HubRegionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP ,Interfacce RESTful
Fatture P A Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services SOAP ,Interfacce RESTful
Notifiche SDI Fatture PA Attive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web ServicesSOAP ,Interfacce RESTful
Notifiche SDI Fatture PA Passive	Hub Regionale	Automatica	Passiva	Si (Adapter EDK)	Web Services S OA P ,Interfacce RESTful
Delibere	Lapis	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP,

					Interfacce RESTful
Determine	Lapis	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce R ES Tful
Repertori	Lapis	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Documenti Protocollati	Lapis	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Cedolini	Sigma / GPI	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Ricevute Telematiche RT	MyPay	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP
RichiestaPagamentoTelematico RPT	MyPay	Automatica	Passiva	Si	Web Services SOAP
SINTEL 5/10/20 anni e illimitati	Sintel	Automatica	Passiva	Si	--
Aria	Hub Regionale	Automatica	Attiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
.pdf,.p7m,.m7m (Documento di offerta) Scelto dal fornitore (allegati)	Hub Regionale	Automatica	Attiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Al momento della creazione.	Hub Regionale	Automatica	Attiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
Al momento della creazione	Hub Regionale	Automatica	Attiva	Si	Web Services SOAP, Interfacce RESTful
5/10/20 o illimitato	Repository Aziendale	Automatica	Passiva	Si	HL7

	Galileo				
1.6.03 Titolo1– Area Amministrativa 6. Gestione e organizzazione del patrimonio. .03 Acquisizione e gestione di beni mobili/ generi di consumo e di servizi	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
Referti Ambulatoriali	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
Referti Anatomia Patologica	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
Referti di Laboratorio	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
Referti di Radiologia	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
Verbali di Pronto Soccorso	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7

VerbaliOperatori	Repository Aziendale Galileo	Automatica	Passiva	Si	HL7
D ICOM	PACS - AGFA	Automatica	Attiva	Si	DICOM 3.0

7.2 Presa visione del RdV

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

Il rapporto di versamento è strutturato secondo lo standard UNI-S In CRO e ha ad oggetto:

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

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

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

Il sistema di conservazione invia giornalmente una mail all'indirizzo PEC conservazione@pec.asst-sette laghi.it contenenti la reportistica relativa all'archivio Sanitario Amministrativo, in cui viene indicato per ognuna delle classi documentali il numero di PdV ricevuti, quanti hanno dato esito positivo e quanti negativo.

Inoltre, per le classi documentali Delibere, Determine, Repertori e Documenti Protocollati viene registrato l'esito del RdV sul sistema alimentante di Data Processing mentre per le classi DCE viene registrato l'esito del RdV sul Repository Aziendale Galileo.

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

7.3 Presa visione delle anomalie a seguito del rifiuto del PdV

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

7.4 Richiesta del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione

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

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

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

7.5 Richiesta alla soprintendenza di autorizzazione allo scarto

Per le istruzioni relative allo scarto della documentazione cartacea secondo le indicazioni di Regione Lombardia e della Soprintendenza Archivistica della Lombardia si rinvia alla lettura del documento "Istruzione operativa generale 01-Archiviazione, gestione e scarto dei documenti

cartacei" parte integrante del Manuale di gestione documentale.

8. Procedure per la produzione di duplicati o copie

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

9. Intervento del Pubblico Ufficiale

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

10. Sistema di conservazione

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

10.1 Componenti Logiche

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

10.2 Componenti Tecnologiche

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

10.3 Componenti Fisiche

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

10.4 Procedure di gestione e di evoluzione

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

11. Monitoraggio e Controlli

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

11.1 Procedure di monitoraggio

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

11.2 Verifiche sugli archivi

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

11.3 Soluzioni adottate in caso di anomalie

Si rimanda al Manuale di conservazione del conservatore.

ELENCO FIGURE RESPONSABILI ED ESTREMI DEGLI ATTI DI NOMINA

Soggetti responsabili	Estremi atti di nomina
Responsabile della gestione documentale	Delibera n. 433 del 26.06.2025
Responsabile della conservazione	Delibera n. 382 del 7.07.2022
Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Delibera n. 1 del 4.01.2022
Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)	Delibera n. 405 del 15.07.2022
Responsabile della transizione al digitale	Delibera n. 596 del 4.11.2022
Referente per la cybersicurezza	Delibera n. 137 del 28.2.2025

FLUSSI DOCUMENTALI NON PROTOCOLLATI

In questo allegato sono indicati i flussi documentali che non sono soggetti a protocollazione e gli applicativi software e/o portali utilizzati.

I processi legati alla fase di conservazione sono descritti nel Manuale di conservazione della ASST e del Conservatore.

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

Le Direzioni Mediche aziendali hanno la responsabilità dell'archivio clinico.

Flusso documentale	Applicativo software/Portali
Provvedimenti (Delibere e Determine)	Lapis
Protocollo	Lapis
Segnalazioni alla Corte dei conti	DAeD (portale)
Gestione Sinistri	GEFESO/GEDISS (portale regionale)
Contrattualistica	Sperimentazione clinica (portale)
Informazioni relative ai pagamenti	PCC – MEF (portale)
Moduli ispezione Collegio Sindacale	Portale Pisa – MEF (portale)
Dichiarazioni e comunicazioni fiscali	Desktop Telematico - Agenzia Entrate (portale)
Rendiconti senza nota trasmissione protocollata	Scriba (Portale regionale)
Invio Razionalizzazione partecipazioni	MEF Partecipazioni (portale)
Ruoli (upload, download) ed estratti dei ruoli	Agenzia delle Entrate-Riscossione (portale)
Uscite da Tesoreria settimanali e mensili	Conto disponibilità – MEF (portale)
Fatture attive/passive	AREAS
Rendicontazione interventi PNRR	ReGis (portale)

Gare	Sintel (portale regionale)
Pratiche edilizie	Portali comunali
Pratiche prevenzione incendi	Portale Vigili del fuoco
Flusso monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali (attività istituzionali e ALPI)	Dedalus (portale SMAF)
Aborti e IVG	GINO
Neonati	CEDAP
Anagrafe e ricettari medici	NAR
Rifiuti	RENTRI
Cartella clinica	CSA e MICRODISEGNO
Malattie infettive e morsicature animali	SMI
Flusso attività Pronto Soccorso con AREU	EUOL
Prestazioni riferite all'Assistenza Domiciliare Integrata /Assistenza Domiciliare Programmata /Piano di Sorveglianza Domiciliare - Gestione PIPP (Prestazioni di Particolare Impegno Professionale) eseguite a cura del MMG verso i propri assistiti.	TEKNE-ADIWEB
Compilazione "Allegato M" a cura del MCA = Referto dell'intervento sanitario eseguito dal Medico di CA. Tracciabilità interventi di C.A. remunerazione prestazioni.	EMMAWEB/BETA 80
Dati anagrafci e sanitari (incluso) esenzioni dell'assistito - anagrafica medici prescrittori.	NAR (Nuova Anagrafe Regionale)/GAIA
Gestione richieste dosi vaccini e remunerazione Medici MMG/PLS per somministrazione vaccini anti-Covid 19, antinfluenzale, antipneumococco e anti herpes-zoster. Registrazione vaccinazioni. Monitoraggio delle coperture vaccinali e gestione degli inviti.	software vaccinale ARVAX

Gestionale per estrazione presenze dei Medici di CA e redazione degli stipendi dei Medici MMG - PLS e Medici di CA.	GPI (ex HR Suite)
Permette ai MMG e PLS, dietro credenziali fornite da AREU, di operare per accedere alle cure intermedie dei propri pazienti che vengono dimessi dall'Ospedale.	Portale “PRIAMO”
Consente al Medico MMG non più presente/ o non ancora presente nel SISTEMA SISS e che ricopre un AMT (Ambulatorio Medico Temporaneo) l'accesso all'anagrafica NAR.	Portale “Medico 2000”
Permette di operare all'interno del Sistema Informativo Sanitario a livello di sistema operativo. Si tratta di acquisire i dati, elaborarli e poi restituirli sotto forma di informazioni utili al soggetto interessato.	SISS (Sistema Informativo Socio Sanitario)
Prescrizioni di protesica.	ASSISTANT RL/PROTESICA
Accesso per compilazione Certificati Malattia e Certificazioni di Invalidità.	INPS
Accesso per compilazione Certificazioni di Infortunio.	INAIL

ELENCO DOCUMENTI ESCLUSI DALLA REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO

Non sono soggette a protocollazione le seguenti tipologie documentali:

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

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

- gazzette Ufficiali;
- bollettini ufficiali P.A;
- notiziari P.A;
- note di ricezione circolari;
- note di ricezione altre disposizioni;
- materiali statistici;
- atti preparatori interni;
- giornali;
- riviste;
- libri;
- materiali pubblicitari;
- inviti a manifestazioni che non attivino procedimenti amministrativi;
- tutti i documenti già soggetti a registrazione particolare della PA.

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

- delibere;
- determine;
- fatture emesse;
- fatture ricevute.

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

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

- mandati di pagamento;
- reversali di incasso;
- denunce di infortunio;
- contratti e convenzioni;
- documenti di occasione (biglietti augurali, condoglianze, ecc.);
- lettere accompagnatorie di fatture;
- ricevute di ritorno delle raccomandate;
- cedolini stipendiali;
- modelli CU;
- cartellini delle presenze/assenze;
- RT Mypay;
- RPT Mypay.

I documenti clinici, non protocollati sono:

- ricette Dematerializzate Erogate;
- ricette Dematerializzate Erogate Annullate;
- ricette Dematerializzate Prescritte;
- ricette Dematerializzate Prescritte Annullate;
- lettere di Dimissione;
- referti Ambulatoriali;
- referti Anatomia Patologica;
- referti di Laboratorio;
- referti di Radiologia;
- verbali di Pronto Soccorso;
- DICOM.

ALLEGATO 07 REG 50

Andrea
Sassetti
Firmato
digitalmente
il 18/03/2022
13:09:36 CET

Aruba PEC S.p.A.

Manuale di Conservazione

Versione: 1.9
Data approvazione: 16/03/2022
Redazione: Alessandro Capobianco
Verificato da: Nicole Mazzoni, Federico Ciofi
Approvato da: Andrea Sassetti
Classificazione documento: pubblico

VERSIONE N°	DATA	NATURA DELLA MODIFICA
1.0	26/11/2014	Prima versione documento
1.1	02/02/2016	Revisione del manuale a seguito della pubblicazione del nuovo schema sul sito istituzionale dell'Agid
1.2	04/04/2016	Modifiche su terminologie utilizzate
1.3	20/09/2017	Par.3.1: aggiornata normativa di riferimento Par.4.1: aggiornati Responsabili del Servizio e date di nomina Par.6.3: rimosso Par.7.6: modificata terminologia (da "materiali" a documenti"); Inserimento Par.7.7.3: Produzione copie o duplicati su supporti rimuovibili Par. 7.11: inserito paragrafo "audit log" Par.8.6: migliorata descrizione della soluzione di conservazione Par.8.6.1: migliorata descrizione change management e inserito riferimento test di Quality Assurance Par.9.2.: modificata cadenza verifica periodica dell'integrità degli archivi. Modificata descrizione procedura leggibilità archivi. Par.9.2.1 modificata frequenza verifica integrità degli archivi Cap.11: Cambiata descrizione specifiche tecniche per "invio in conservazione del PdA" Par.12.7: ridefinite modalità di isolamento delle componenti critiche Par.12.8.3: migliorata descrizione della sicurezza organizzativa e aggiornati riferimenti normativi 12.8.4: aggiornate regole password utente Tutto il documento: aggiornati riferimenti a documenti interni e procedure di sistema

1.4	11/12/2017	Tutto il documento: inseriti testi alternativi per le immagini e verificata accessibilità Par. 1.1: Specificata denominazione societaria del Conservatore Accreditato e inseriti dati identificativi della società Par. 2.1: Uniformata terminologia relativa a IdC, IPdA e IPdV Par. 6.3.2: Aggiornata tabella formati consigliati Par 6.6.1: Aggiornati riferimenti alle specifiche specifiche del Pacchetto di Versamento Par. 6.7.1: Aggiornata terminologia relativa a IdC Par.7.5.2: Inserito paragrafo relativo a gestione PdA incompleti o non validi Par. 7.6.1: Aggiornato paragrafo e corretto refuso di terminologia sul secondo punto Par. 7.8.3: Descritta procedura per scarto immediato Par.9.2: Modificato titolo paragrafo Par. 9.2.1: Rivista descrizione delle attività di verifica dell'integrità degli archvi Par 10.1.2: Aggiornati i contenuti della Scheda di Conservazione Cap. 11: Rivisti ed aggiornati livelli di servizio (SLA)
1.5	11/10/2018	Aggiornamenti Terminologia, Normativa e Standard di Riferimento Par.4.1: Aggiornati Ruoli e Reponsabilità Par.6.4: Precisazione su inserimento delle c.d. extrainfo nell' IdC. Par. 7.1: Aggiornamento modalità di acquisizione dei PdV. Inserito par. 7.5.3 Rettifica dei pacchetti di archiviazione Par.12.5: Rimosso riferimento a protocollo SSL Par. 12.6: Rivisti dettagli gestione dei backup del sistema Tutto il documento: aggiornamenti riferimenti a normativa trattamento dati personali
1.6	17/04/2019	Nuovo Template Cap.1: Aggiornato Rappresentante Legale Par.4.1: Aggiornati Ruoli e Responsabilità
1.7	19/06/2020	Par.4.1: Aggiornati Ruoli e Responsabilità
1.8	22/12/2021	Par. 1: Aggiornamento Scopo e ambito del documento Par. 2: Revisione del Glossario Par. 3 Aggiornamento della normativa di riferimento e degli Standard di riferimento Par. 4: Revisione dei Ruoli e responsabilità Par. 5: Aggiornamento delle strutture organizzative Par. 6.3: Revisione dei formati attualmente gestiti Par. 7.1: Correzioni alle modalità di acquisizione dei pacchetti di versamento per la loro presa in carico. Par. 7.7.2: Rivisitazioni relative alla produzione di copie Par. 7.8.2: Aggiunta di dettagli relativamente allo scarto dei pacchetti di archiviazione Par. 7.11: Aggiunta di dettagli relativamente alla produzione degli audit log Par. 9.2.2: Correzioni al mantenimento della firma per il periodo di conservazione Par. 10.1.1: Correzioni alla nomina di Aruba quale responsabile del servizio di conservazione e del trattamento dei dati
1.9	16/03/2022	Sommario: rivista la numerazione di alcuni paragrafi Par. 4.1: modificato il responsabile della sicurezza per il servizio di conservazione Par. 12.3.1: Aggiunto il capitolo

Sommario

Sommario 3
1 Scopo e ambito del documento 6
2 Terminologia (glossario e acronimi) 7
2.1 Glossario dei termini e acronimi 7
2.2 Abbreviazioni e termini tecnici 13
3 Normativa e standard di riferimento 15
3.1 Normativa di riferimento 15
3.2 Standard di riferimento 16
4 Ruoli e responsabilità 16
4.1 Profili professionali all'interno della struttura organizzativa ARUBA 17
5 Struttura organizzativa per il servizio di conservazione 22
5.1 Organigramma 22
5.2 Strutture organizzative 22
5.3 Responsabilità e funzioni nel processo di conservazione 24
6 Oggetti sottoposti a conservazione 26
6.1 Descrizione delle tipologie dei documenti sottoposti a conservazione 26
6.2 Copie informatiche di documenti analogici originali unici 26
6.3 Formati gestiti 28
6.3.1 Caratteristiche generali dei formati 28
6.3.2 Formati consigliati per la conservazione 28
6.3.3 Identificazione 35
6.4 Metadati da associare alle diverse tipologie di documenti 36
6.5 Modalità di assolvimento dell'imposta di bollo sui documenti posti in conservazione 36
6.6 Pacchetto di versamento 36
6.6.1 Specifiche Pacchetto di Versamento 37
6.7 Pacchetto di Archiviazione 37
6.7.1 Specifiche Pacchetto di Archiviazione 37
6.8 Pacchetto di Distribuzione 37
6.9 Documenti rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie 38
6.9.1 Modalità di assolvimento dell'imposta di bollo sui DIRT 39
6.10 Trattamento dei pacchetti di archiviazione contenenti documenti rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie 39
7 Il processo di conservazione 40
7.1 Modalità di acquisizione dei pacchetti di versamento per la loro presa in carico 40
7.1.1 Ricezione dell'indice del pacchetto di versamento 40
7.1.2 Ricezione documenti associati ad un pacchetto di versamento 41
7.2 Verifiche effettuate sui pacchetti di versamento e sugli oggetti in essi contenuti 42

7.3 Accettazione dei pacchetti di versamento e generazione del rapporto di versamento di presa in carico 44
7.3.1 Specifiche rapporto di versamento 44
7.4 Rifiuto dei pacchetti di versamento e modalità di comunicazione delle anomalie 44
7.5 Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione 44
7.5.1 Chiusura anticipata (in corso d'anno) del Pacchetto di Archiviazione 45
7.5.2 Gestione dei Pacchetti di Archiviazione non validi o non completi 45
7.5.3 Rettifica dei pacchetti di archiviazione 45
7.6 Preparazione e gestione del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione 46
7.6.1 Attività conseguenti alla cessazione del contratto 46
7.7 Produzione di duplicati e copie informatiche e descrizione dell'eventuale intervento del pubblico ufficiale nei casi previsti 47
7.7.1 Produzione di duplicati 47
7.7.2 Produzione di copie 47
7.7.3 Produzione copie o duplicati su supporti rimuovibili 47
7.7.4 Intervento del Pubblico Ufficiale 48
7.8 Scarto dei pacchetti di archiviazione 48
7.8.1 Trasferimento dei documenti informatici in conservazione 48
7.8.2 Scarto dei documenti informatici conservati 48
7.8.3 Richiesta di scarto immediato 49
7.9 Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori 49
7.10 Tabella riepilogativa delle fasi del processo di conservazione 49
7.11 Audit Log 51
8 Il sistema di conservazione 51
8.1 Infrastruttura informatica datacenter 51
8.2 Caratteristiche generali della soluzione di conservazione 51
8.3 Componenti Logiche 52
8.4 Componenti tecnologiche 53
8.5 Componenti fisiche 54
8.5.1 Sito Primario (Produzione) 54
8.5.2 Sito Secondario (DR) 55
8.6 Procedure di gestione e di evoluzione 56
8.6.1 Change management 56
8.6.2 Verifica periodica di conformità a normativa e standard di riferimento 57
9 Monitoraggio e controlli 58
9.1 Procedure di monitoraggio 58
9.2 Verifiche sugli archivi 58
9.2.1 Pianificazione delle verifiche periodiche da effettuare 59
9.2.2 Mantenimento della firma per il periodo di conservazione 59
9.3 Soluzioni adottate in caso di anomalie 59
10 Specifiche contrattuali 60
10.1.1 Nomina di Aruba quale responsabile del servizio di conservazione e del trattamento dei dati 60

10.1.2 Scheda di conservazione 60
10.1.3 Elenco Persone 60
10.2 Modello di funzionamento del servizio 60
10.2.1 Obblighi del Cliente 61
10.2.2 Obblighi di ARUBA 62
10.2.3 Compiti organizzativi 62
10.2.4 Compiti di manutenzione e controllo 62
10.2.5 Compiti operativi 63
10.2.6 Fasi del processo di conservazione e responsabilità 63
11 Livelli di servizio (SLA) 64
12 Sicurezza del sistema di conservazione 65
12.1 Privacy e requisiti di sicurezza dei dati 65
12.2 Analisi dei Rischi 65
12.3 Controllo Accessi 65
12.4 Monitoraggio Eventi e Vulnerabilità di Sicurezza 66
12.5 Cifratura 66
12.6 Backup 66
12.7 Isolamento delle componenti critiche 66
12.8 Sicurezza fisica datacenter del Gruppo Aruba 67
12.8.1 Sicurezza Fisica Data Center Primario 67
12.8.2 Sicurezza fisica Data Center Secondario 69
12.9 Sicurezza organizzativa comune ai due data center 69
12.10 Sicurezza Logica dei sistemi e degli apparati 70
12.11 Piano di Disaster Recovery e Continuità operativa 71
12.11.1 Business Impact Analisys (BIA) 72
12.11.2 Analisi dei Rischi 72
12.11.3 Classificazione dei Sistemi e delle Risorse 72
12.11.4 Modalità tecniche per la Business Continuity ed il Disaster Recovery 72
13 Disposizioni finali 73
13.1 Nullità o inapplicabilità di clausole 73
13.2 Interpretazione 73
13.3 Nessuna rinuncia 73
13.4 Comunicazioni 73
13.5 Intestazioni e Appendici e Allegati del presente Manuale Operativo 73
13.6 Modifiche del Manuale di conservazione 74
13.7 Violazioni e altri danni materiali 74
13.8 Norme Applicabili 74

1 Scopo e ambito del documento

Il presente documento è il Manuale del sistema di conservazione del Conservatore Aruba PEC S.p.a. (da ora in avanti "ARUBA"). Di seguito i dati identificativi della società:

Denominazione sociale:	**Aruba PEC S.p.A.**
Indirizzo della sede legale ed operativa:	**Via S. Clemente, 53** **24036 Ponte San Pietro (BG)**
Legale rappresentante:	**Giorgio Cecconi** (Amministratore Unico)
N° di iscrizione al Registro Imprese di Bergamo:	**01879020517 (REA n. 445886)**
Codice Fiscale e Partita IVA:	**01879020517**
N° di telefono (centralino):	**+39 0575 050.350**
ISO Object Identifier (OID):	**1.3.6.1.4.1.29741**
Sito web principale:	**https://www.pec.it**
E-mail (generale):	**info@arubapec.it**

Il Manuale illustra l'organizzazione, i soggetti coinvolti e i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, la descrizione dei processi, in particolare le modalità di versamento, archiviazione e distribuzione, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture utilizzate, le misure di sicurezza adottate ed ogni altra informazione utile alla gestione e alla verifica del funzionamento, nel tempo, del sistema di conservazione digitale di documenti informatici.

In particolare, nel presente Manuale sono riportati:

a) i dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto la responsabilità del servizio di conservazione, descrivendo in modo puntuale, in caso di affidamento, i soggetti, le funzioni e gli ambiti oggetto dell'affidamento stesso;
b) la struttura organizzativa comprensiva delle funzioni, delle responsabilità e degli obblighi dei diversi soggetti che intervengono nel processo di conservazione;
c) la descrizione delle tipologie dei documenti informatici sottoponibili a conservazione,
d) l'indicazione dei formati gestiti, dei metadati da associare alle diverse tipologie di documenti e delle eventuali eccezioni;
e) la descrizione delle modalità di presa in carico di uno o più pacchetti di versamento, comprensiva della predisposizione del rapporto di versamento e della descrizione dei controlli effettuati su ciascuno specifico formato adottato;
f) la descrizione del processo di conservazione e del trattamento dei pacchetti di archiviazione;
g) la modalità di svolgimento del processo di esibizione e di esportazione dal sistema di conservazione con la produzione del pacchetto di distribuzione;
h) la descrizione del sistema di conservazione, comprensivo di tutte le componenti tecnologiche, fisiche e logiche, opportunamente documentate e delle procedure di gestione e di evoluzione delle medesime;
i) la descrizione delle procedure di monitoraggio della funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi con l'evidenza delle soluzioni adottate in caso di anomalie;
j) la descrizione delle procedure per la produzione di duplicati o copie;
k) i tempi entro i quali le diverse tipologie di documenti informatici devono essere oggetto di scarto/cancellazione;
l) le modalità con cui viene richiesta la presenza di un pubblico ufficiale, indicando anche quali sono i casi per i quali è previsto il suo intervento;
m) le normative in vigore nei luoghi dove sono conservati i documenti;

Il Manuale recepisce le disposizioni di cui al D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, e s.m.i. (Codice dell'amministrazione digitale), di seguito per brevità chiamato anche "Codice" o "CAD", oltre alle indicazioni riportate nei provvedimenti di legge o di prassi richiamati nel capitolo "Riferimenti normativi e di prassi" nonché i provvedimenti di natura tecnica richiamati nel capitolo "Riferimenti tecnici".
Il Cliente è tenuto a leggere con la massima attenzione il presente Manuale predisposto da ARUBA. Il Cliente in qualità di unico Responsabile della conservazione approva e fa propri i contenuti del presente Manuale di conservazione. Per una più agevole e scorrevole lettura del presente Manuale si raccomanda la consultazione del capitolo dedicato alle definizioni, abbreviazioni e termini tecnici.
Torna al sommario

2 Terminologia (glossario e acronimi)

Secondo la normativa vigente e ai fini dell'interpretazione del presente Manuale, i termini e le espressioni sotto elencate avranno il significato descritto nelle definizioni in esso riportate. Qualora le definizioni adottate dalla normativa di riferimento non fossero riportate nell'elenco che segue, si rimanda ai testi in vigore per la loro consultazione.
I termini e le espressioni non definiti avranno il significato loro attribuito all'interno del paragrafo o sezione che li contiene.
Ai fini della fruizione del Servizio di conservazione digitale dei documenti informatici descritto nel presente Manuale, valgono ad ogni effetto anche le definizioni contenute nel Contratto, da intendersi, pertanto, qui interamente riportate e trascritte, nonché le seguenti:
Torna al sommario

2.1 Glossario dei termini e acronimi

Glossario dei termini e Acronimi	
AgID	Agenzia per l'Italia Digitale
Accesso	Operazione che consente a chi ne ha diritto di prendere visione dei documenti informatici conservati
Agente di alterazione	Qualsiasi codice contenuto in un documento informatico potenzialmente idoneo a modificare la rappresentazione dell'informazione senza alterarne il contenuto binario (in via meramente esplicativa e non esaustiva: macro, codici eseguibili nascosti, formule di foglio di lavoro occulte in tutto o in parte, sequenze di caratteri occultate all'interno dei documenti informatici)
Aggregazione documentale informatica	Raccolta di documenti informatici o di fascicoli informatici, riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni dell'ente
Archivio	Complesso organico di documenti, di fascicoli e di aggregazioni documentali di qualunque natura e formato, prodotti o comunque acquisiti da un soggetto produttore durante lo svolgimento dell'attività
Archivio informatico	Archivio intestato dal Cliente al/i Titolare/i nel quale sono conservati costituito da documenti informatici, fascicoli informatici nonché aggregazioni documentali informatiche gestiti e conservati in ambiente informatico e di cui il/i medesimo/i è/sono giuridicamente responsabile/i
Area organizzativa omogenea	Un insieme di funzioni e di strutture, individuate dalla amministrazione, che opera su tematiche omogenee e che presenta esigenze di gestione della documentazione in modo unitario e coordinato ai sensi dell'articolo 50, comma 4, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Attestazione di conformità delle copie per immagine su supporto informatico di un documento analogico	Dichiarazione rilasciata da notaio o altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato allegata o asseverata al documento informatico

Autenticità	Caratteristica di un documento informatico che garantisce di essere ciò che dichiara di essere, senza aver subito alterazioni o modifiche. L'autenticità può essere valutata analizzando l'identità del sottoscrittore e l'integrità del documento informatico
Base di dati	Collezione di dati registrati e correlati tra loro
Ciclo di gestione	Arco temporale di esistenza del documento informatico, del fascicolo informatico, dell'aggregazione documentale informatica o dell'archivio informatico dalla sua formazione alla sua eliminazione o conservazione nel tempo
Chiusura del Pacchetto di Archiviazione	Operazione consistente nella sottoscrizione del Pacchetto di Archiviazione con firma digitale apposta da un Firmatario Delegato di ARUBA e apposizione di una validazione temporale con marca temporale alla relativa impronta
Classificazione	Attività di organizzazione logica di tutti i documenti secondo uno schema articolato in voci individuate attraverso specifici metadati
Codice o CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e successive modificazioni e integrazioni
Codice eseguibile	Insieme di istruzioni o comandi software direttamente elaborabili dai sistemi informatici
Conservatore	Soggetto pubblico o privato che svolge attività di conservazione dei documenti informatici
Conservazione	Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello organizzativo adottato e descritto nel Manuale di conservazione
Contrassegno a stampa	Contrassegno generato elettronicamente, apposto a stampa sulla copia analogica di un documento amministrativo informatico per verificarne provenienza e conformità all'originale
Coordinatore della Gestione Documentale	Responsabile della definizione di criteri uniformi di classificazione ed archiviazione nonché di comunicazione interna tra le AOO ai sensi di quanto disposto dall'articolo 50 comma 4 del DPR 445/2000 e s.m.i. nei casi di amministrazioni che abbiano istituito più Aree Organizzative Omogenee
Copia informatica di documento analogico	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento analogico da cui è tratto
Copia per immagine su supporto informatico di documento analogico	Il documento informatico avente contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto
Copia informatica di documento informatico	Il documento informatico avente contenuto identico a quello del documento da cui è tratto su supporto informatico con diversa sequenza di valori binari.
Copia di sicurezza	Copia di backup degli archivi del sistema di conservazione.
Descrittore evidenze	Vedi pacchetto informativo.
Destinatario	Identifica il soggetto/sistema al quale il documento informatico è indirizzato.
DIRT	Documenti informatici rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie.
Documento analogico	La rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
Documento analogico originale	Documento analogico che può essere unico oppure non unico se, in questo secondo caso, sia possibile risalire al suo contenuto attraverso altre scritture o documenti di cui sia obbligatoria la conservazione, anche se in possesso di terzi.
Documento originale unico	E' quel documento analogico il cui contenuto non può essere desunto da altre scritture o documenti di cui sia obbligatoria la tenuta, anche presso terzi e che non soddisfa, dunque, alcuna delle condizioni elencate nella definizione di "Documento analogico originale".
Documento informatico	La rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.
Duplicato informatico	Il documento informatico ottenuto mediante la memorizzazione, sullo stesso supporto o su supporti diversi, della medesima sequenza di valori binari del documento originario.
Duplicazione dei documenti informatici	Produzione di duplicati informatici.
Elenco Persone	Elenco delle persone designate dal Cliente ad operare in suo nome, conto e interesse con ARUBA per l'esecuzione del contratto.
Esibizione	Operazione che consente di visualizzare un documento conservato e di ottenerne copia;
Estratto per riassunto	Documento nel quale si attestano in maniera sintetica ma esaustiva fatti, stati o qualità desunti da dati o documenti in possesso di soggetti pubblici

Evidenza informatica	Una sequenza di simboli binari (bit) che può essere elaborata da una procedura informatica.
Fascicolo informatico	Raccolta, individuata con identificativo univoco, di atti, documenti e dati informatici, da chiunque formati, del procedimento amministrativo, nell'ambito della pubblica amministrazione. Per i soggetti privati è da considerarsi fascicolo informatico ogni aggregazione documentale, comunque formata, funzionale all'erogazione di uno specifico servizio o prestazione.
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.
Fruibilità di un dato	La possibilità di utilizzare il dato anche trasferendolo nei sistemi informativi automatizzati di un'altra amministrazione.
Firmatario delegato	Responsabile del servizio di conservazione o Persona formalmente delegata ad apporre la propria firma digitale sui Pacchetto di Archiviazione per conto di ARUBA; questa persona può essere interna o esterna ad ARUBA, laddove è giuridicamente possibile.
Formato	Modalità di rappresentazione del documento informatico mediante codifica binaria; comunemente è identificato attraverso l'estensione del file e/o il tipo MIME.
Fornitore esterno	Organizzazione che fornisce ad ARUBA servizi relativi al suo sistema di conservazione dei documenti.
Funzionalità aggiuntive	Le ulteriori componenti del sistema di protocollo informatico necessarie alla gestione dei flussi documentali, alla conservazione dei documenti nonché alla accessibilità delle informazioni.
Funzionalità interoperative	Le componenti del sistema di protocollo informatico finalizzate a rispondere almeno ai requisiti di interconnessione di cui all'articolo 60 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Funzionalità minime	La componente del sistema di protocollo informatico che rispetta i requisiti di operazioni ed informazioni minime di cui all'articolo 56 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Funzione di hash	Una funzione matematica che genera, a partire da una evidenza informatica, una sequenza di bit (impronta) in modo tale che risulti di fatto impossibile, a partire da questa, ricostruire l'evidenza informatica originaria e generare impronte uguali a partire da evidenze informatiche differenti.
Generazione automatica di documento informatico	Formazione di documenti informatici effettuata direttamente dal sistema informatico al verificarsi di determinate condizioni.
Identificativo univoco	Sequenza di caratteri alfanumerici associata in modo univoco e persistente al documento informatico, al fascicolo informatico, all'aggregazione documentale informatica, in modo da consentirne l'individuazione.
Indice di Conservazione (IdC)	L'Indice del Pacchetto di Archiviazione (IPdA)
Indice del Pacchetto di Archiviazione (IPdA)	Indice che contiene le informazioni relative al Pacchetto di Archiviazione in formato xml, anche indicato nello standard SInCRO come IdC (Indice di Conservazione)
Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV)	Indice che contiene le informazioni relative al pacchetto di versamento in formato xml.
Immodificabilità	Caratteristica che rende la rappresentazione del documento informatico non alterabile nella forma e nel contenuto durante l'intero ciclo di gestione e ne garantisce la staticità nella conservazione del documento stesso.
Impronta	La sequenza di simboli binari (bit) di lunghezza predefinita generata mediante l'applicazione alla prima di una opportuna funzione di hash.
Insieme minimo di metadati del documento informatico	Complesso dei metadati da associare al documento informatico per identificarne provenienza e natura e per garantirne la tenuta.
Integrità	Insieme delle caratteristiche di un documento informatico che ne dichiarano la qualità di essere completo ed inalterato.
Interoperabilità	Capacità di un sistema informatico di interagire con altri sistemi informatici analoghi sulla base di requisiti minimi condivisi.

Leggibilità	Insieme delle caratteristiche in base alle quali le informazioni contenute nei documenti informatici sono fruibili durante l'intero ciclo di gestione dei documenti.
Linee Guida	Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici emanate da AgID
Log di sistema	Registrazione cronologica delle operazioni eseguite su di un sistema informatico per finalità di controllo e verifica degli accessi, oppure di registro e tracciatura dei cambiamenti che le transazioni introducono in una base di dati.
Manuale del sistema di conservazione	Il presente documento, per brevità indicato anche come il "Manuale"
Manuale di gestione	Strumento che descrive il sistema di gestione informatica dei documenti.
Memorizzazione	Processo di trasposizione su un qualsiasi idoneo supporto, attraverso un processo di elaborazione, di documenti analogici o informatici.
Marca temporale	Evidenza informatica che consente di rendere opponibile a terzi un riferimento temporale; la marca temporale prova l'esistenza in un certo momento di una determinata informazione, sotto forma di struttura dati firmata da una Time Stamping Authority.
Metadati	Insieme di dati associati a un documento informatico, o a un fascicolo informatico, o ad un'aggregazione documentale informatica per identificarlo e descriverne il contesto, il contenuto e la struttura, nonché per permetterne la gestione nel tempo nel sistema di conservazione.
Normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici	Si intende: il D.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e s.m.i. (Codice dell'amministrazione Digitale "CAD") e i relativi decreti attuativi, le regole tecniche e aggiungendo, per il documento informatico a rilevanza tributaria, le disposizioni di cui al DMEF 17 giugno 2014 e s.m.i., il DPR 26 ottobre 1972 n. 633 e s.m.i., il DPR 29 settembre 1973 n. 600 e s.m.i., i provvedimenti interpretativi emessi dagli organi competenti.
Originali non unici	I documenti per i quali sia possibile risalire al loro contenuto attraverso altre scritture o documenti di cui sia obbligatoria la conservazione, anche se in possesso di terzi.
Pacchetto di Archiviazione	Pacchetto informativo composto dalla trasformazione di uno o più pacchetti di versamento secondo le specifiche e le modalità riportate nel Manuale di conservazione.
Pacchetto di Distribuzione	Pacchetto informativo inviato dal sistema di conservazione all'utente in risposta ad una sua richiesta.
Pacchetto di invio documenti	Pacchetto informativo utilizzato per inviare i documenti fisici al sistema di conservazione a seguito dell'avvenuta accettazione di un pacchetto di versamento.
Pacchetto di versamento	Pacchetto informativo inviato dal produttore al sistema di conservazione secondo un formato predefinito e concordato descritto nel Manuale di conservazione;
Pacchetto informativo	Contenitore che racchiude uno o più oggetti da conservare (documenti informatici, documenti amministrativi informatici, documenti informatici rilevanti ai fini tributari, fascicoli informatici, aggregazioni documentali informatiche), oppure anche i soli metadati riferiti agli oggetti da conservare.
Piano della sicurezza del sistema di conservazione	Documento che, nel contesto del piano generale di sicurezza, descrive e pianifica le attività volte a proteggere il sistema di conservazione dei documenti informatici da possibili rischi nell'ambito dell'organizzazione di appartenenza.
Piano della sicurezza del sistema di gestione informatica dei documenti	Documento, che, nel contesto del piano generale di sicurezza, descrive e pianifica le attività volte a proteggere il sistema di gestione informatica dei documenti da possibili rischi nell'ambito dell'organizzazione di appartenenza.
Piano di conservazione	Strumento, integrato con il sistema di classificazione per la definizione dei criteri di organizzazione dell'archivio, di selezione periodica e di conservazione ai sensi dell'articolo 68 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.
Presa in carico	Accettazione da parte del sistema di conservazione di un pacchetto di versamento in quanto conforme alle modalità previste dal Manuale di conservazione;
Processo di conservazione	Insieme delle attività finalizzate alla conservazione dei documenti informatici;
Processo/servizio di marcatura temporale	E' il processo/servizio che associa in modo affidabile un'informazione e un particolare momento, al fine di stabilire prove attendibili che indicano il momento in cui l'informazione esisteva.
Produttore	E' il Cliente, di norma diverso dal Titolare, che in proprio o attraverso le persone fisiche da egli stesso incaricate produce il Pacchetto di versamento ed è responsabile del

	trasferimento del suo contenuto nel sistema di conservazione; nel caso di Pubblica Amministrazione è identificato nella figura del responsabile della gestione documentale.
Rapporto di versamento	Documento informatico che attesta l'avvenuta presa in carico da parte del sistema di conservazione dei pacchetti di versamento inviati dal produttore.
Registrazione informatica	Insieme delle informazioni risultanti da transazioni informatiche o dalla presentazione in via telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili in vario modo all'utente.
Registro particolare	Registro informatico specializzato per tipologia o per oggetto; nell'ambito della pubblica amministrazione è previsto ai sensi dell'articolo 53, comma 5 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.;
Registro di protocollo	Registro informatico della corrispondenza in ingresso e in uscita che permette la registrazione e l'identificazione univoca del documento informatico all'atto della sua immissione cronologica nel sistema di gestione informatica dei documenti.
Referente/i del Cliente	E'/sono le persone fisiche che il Cliente indica ad ARUBA quali punti di riferimento tecnico ed organizzativo per gli aspetti che riguardano le comunicazioni relative all'erogazione del servizio di conservazione.
Repertorio informatico	Registro informatico che raccoglie i dati registrati direttamente dalle procedure informatiche che trattano il procedimento, ordinati secondo un criterio che garantisce l'identificazione univoca del dato all'atto della sua immissione cronologica.
Responsabile della gestione documentale o responsabile del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi	Dirigente o funzionario, comunque in possesso di idonei requisiti professionali o di professionalità tecnico archivistica, preposto al servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.
Responsabile della sicurezza	Soggetto al quale compete la definizione delle soluzioni tecniche ed organizzative in attuazione delle disposizioni in materia di sicurezza.
Riferimento temporale	Informazione contenente la data e l'ora con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC), della cui apposizione è responsabile il soggetto che forma il documento.
Scarto	Operazione con cui si eliminano, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i documenti ritenuti privi di valore amministrativo e di interesse culturale.
Scheda/e di conservazione	Elenco dei documenti informatici che il Cliente sottopone a conservazione con il Contratto.
Sistema di classificazione	Strumento che permette di organizzare tutti i documenti secondo un ordinamento logico con riferimento alle funzioni e alle attività dell'amministrazione interessata.
Sistema di conservazione	Insieme di hardware, software, politiche, procedure, linee guida, regolamenti interni, infrastrutture fisiche e organizzative, volto ad assicurare la conservazione elettronica dei documenti del Cliente per il periodo di tempo specificato nel Contratto. Detto sistema tratta i documenti informatici in conservazione in pacchetti informativi che si distinguono in pacchetti di versamento, pacchetti di archiviazione e pacchetti di distribuzione;
Sistema di gestione informatica dei documenti	Nell'ambito della pubblica amministrazione è il sistema di cui all'articolo 52 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.; per i privati è il sistema che consente la tenuta di un documento informatico.
Staticità	Caratteristica che indica l'assenza di tutti gli elementi dinamici, quali macroistruzioni, riferimenti esterni o codici eseguibili, e l'assenza delle informazioni di ausilio alla redazione, quali annotazioni, revisioni, segnalibri, gestite dal prodotto software utilizzato per la redazione;
Titolare dell'oggetto della conservazione	Soggetto produttore degli oggetti di conservazione.
Transazione informatica	Particolare evento caratterizzato dall'atomicità, consistenza, integrità e persistenza delle modifiche della base di dati.
Testo unico	Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni.

Titolare/i	La/e persona/e fisica/che o giuridica/che o altro tipo di società o ente che è/sono giuridicamente responsabili/e della formazione dei documenti da conservare formati in proprio ovvero formati da terzi in suo/loro nome, conto e interesse.
Ufficio utente	Riferito ad un area organizzativa omogenea, un ufficio dell'area stessa che utilizza i servizi messi a disposizione dal sistema di protocollo informatico.
Utente	Persona, ente o sistema che interagisce con i servizi di un sistema di gestione informatica dei documenti e/o di un sistema per la conservazione dei documenti informatici, al fine di fruire delle informazioni di interesse.
Validazione temporale	Il risultato della procedura informatica con cui si attribuiscono, ad uno o più documenti informatici, una data ed un orario opponibili ai terzi.
Versamento agli archivi di stato	Operazione con cui il responsabile della conservazione di un'amministrazione statale effettua l'invio agli Archivi di Stato o all'Archivio Centrale dello Stato della documentazione destinata ad essere ivi conservata ai sensi della normativa vigente in materia di beni culturali.

Torna al sommario

2.2 Abbreviazioni e termini tecnici

Abbreviazioni e termini tecnici	
Agenzia per l'Italia Digitale (già DigitPA)	Ente pubblico non economico, con competenza nel settore delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nell'ambito della pubblica amministrazione. L'Ente, opera secondo le direttive per l'attuazione delle politiche e sotto la vigilanza del Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione, con autonomia tecnica e funzionale, amministrativa, contabile, finanziaria e patrimoniale;
ASP - Application Service Provider	Fornitore di Servizi Applicativi;
CAD	Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni - "Codice dell'amministrazione digitale";
CA - Certificatore Accreditato	Soggetto autorizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale che garantisce l'identità dei soggetti che utilizzano la firma digitale;
CC - Common Criteria	Criteri per la valutazione della sicurezza nei sistemi informatici, con riconoscimento internazionale in quanto evoluzione dei criteri europei (ITSEC), statunitensi (Federal Criteria), e canadesi (Canadian Criteria);
C.M.	Circolare Ministeriale;
CSCD - contratto di servizio di conservazione dei documenti	Contratto di servizio di conservazione dei documenti, ove sono esplicitate chiaramente l'ambito dell'affidamento conferito, le specifiche funzioni, le attività e le responsabilità affidate dal Cliente ad ARUBA;
D.LGS.	Decreto Legislativo;
D.M.	Decreto Ministeriale;
DNS – Domain Name System	Sistema di gestione dei nomi simbolici associati ad indirizzi di siti e domini Internet. Quando un messaggio di posta elettronica (e-mail), o un applicativo di consultazione di siti internet (browser) punta ad un dominio, il DNS traduce il nome inserito sotto forma di URL (es. http//www.....it)/ in un indirizzo costituito da una sequenza numerica convenzionale (es. 123.123.23.3).
D.P.C.M.	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri;
D.P.R.	Decreto Presidente della Repubblica;
DPS	Documento Programmatico per la Sicurezza;
ETSI	European Telecommunications Standards Institute;
HSM - Hardware Security Module	Dispositivi hardware dedicati per la sicurezza crittografica e la gestione delle chiavi in grado di garantire un elevato livello di protezione;
HTTP (Hypertext Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, che permette lo scambio di file (testi, immagini grafiche, suoni, video e altri documenti multimediali) su World Wide Web;
HTTPS (Secure Hypertext Transfer Protocol)	Protocollo di trasmissione, sviluppato da Netscape Communications Corporation, per la cifratura e decifratura dei dati trasmessi durante la consultazione di siti e pagine Internet. Corrisponde ad un'estensione del protocollo Internet standard HTTP (Hypertext Transfer Protocol), attraverso il protocollo SSL;
ICT - Information and Communication Technology	Tecnologia dell'Informazione e delle Telecomunicazioni. Il dipartimento che gestisce i sistemi informatici e telematici;
INTERNET	Un sistema globale di reti informatiche nel quale gli utenti di singoli computer possono ottenere informazioni da luoghi diversi. Lo sua grande diffusione è stata determinata principalmente dall'introduzione dei protocolli di trasmissione di documenti con riferimenti ipertestuali (HTTP) e dallo sviluppo del World Wide Web (WWW);
ISO – International Organization for Standardization	Organizzazione internazionale per la standardizzazione, costituita da organismi nazionali provenienti da più di 75 paesi. Ha stabilito numerosi standard nell'area dei sistemi informativi. L'ANSI (American National Standards Institute) è uno dei principali organismi appartenenti all'ISO;
ITSEC – Information Technology Security Evaluation Criteria	Criteri europei per la valutazione della sicurezza nei sistemi informatici;
MEF	Ministero dell'Economia e delle Finanze;

NTP – Network Time Protocol	Protocollo per la sincronizzazione del tempo;
OID – Object IDentifier	Sequenza numerica univoca che identifica un oggetto (struttura, algoritmo, parametro, sistema) nell'ambito di una gerarchia generale definita dall'ISO;
PdV	Pacchetto di Versamento
PdA	Pacchetto di Archiviazione
PdD	Pacchetto di Distribuzione
PU	Pubblico Ufficiale
PIN – Personal Identification Number	Codice di sicurezza riservato che permette l'identificazione del soggetto abbinato ad un dispositivo fisico. Permette ad esempio l'attivazione delle funzioni del dispositivo di firma;
POP – Point of Presence	Punto di accesso alla rete internet;
PSCD - Prestatore di Servizi di Conservazione dei Dati	Nella fattispecie, ARUBA;
RdV	Rapporto di Versamento
SSL – Secure Socket Layer	Protocollo standard per la gestione di transazioni sicure su Internet, basato sull'utilizzo di algoritmi crittografici a chiave pubblica;
TSA	***Time Stamping Authority;***
TSS	***Time Stamping Service;***
TUDA - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e successive modificazioni -	***"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";***
URL – Uniform Resource Locator	Sistema standard di nomenclatura specificante un sito, dominio o altro oggetto (file, gruppo di discussione, ecc.) su Internet. La prima parte dell'URL (http , ftp, file, telnet, news) specifica il protocollo di accesso all'oggetto;
XML	***Extensible Markup language;***
WWW – World Wide Web	Insieme di risorse interconnesse da hyperlink accessibili tramite Internet

Torna al sommario

3 Normativa e standard di riferimento

3.1 Normativa di riferimento

Il sistema di conservazione digitale di ARUBA, è stato realizzato in conformità alla normativa vigente in materia di conservazione dei documenti informatici. Alla data l'elenco dei principali riferimenti normativi italiani in materia, ordinati secondo il criterio della gerarchia delle fonti, è costituito da:

- **Codice Civile** [Libro Quinto Del lavoro, Titolo II Del lavoro nell'impresa, Capo III Delle imprese commerciali e delle altre imprese soggette a registrazione, Sezione III Disposizioni particolari per le imprese commerciali, Paragrafo 2 Delle scritture contabili], articolo 2215 bis - Documentazione informatica;
- **Legge 7 agosto 1990**, n. 241 e s.m.i. – Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- **Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000**, n. 445 e s.m.i. – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;
- **Regolamento (UE) 2016/679** del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.
- **Regolamento (UE) N. 910/2014** del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23 luglio 2014 in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE
- **Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196** e s.m.i. – Codice in materia di protezione dei dati personali;
- **Decreto Legislativo 22 gennaio 2004, n. 42** e s.m.i. – Codice dei Beni Culturali e del Paesaggio;
- **Decreto Legislativo 7 marzo 2005 n. 82** e s.m.i. – Codice dell'amministrazione digitale (CAD);
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 febbraio 2013** – Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71;
- **D.M. 17 giugno 2014** - Modalità di assolvimento degli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto - articolo 21, comma 5, del decreto legislativo n. 82/2005;
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013** - Regole tecniche in materia di sistema di conservazione ai sensi degli articoli 20, commi 3 e 5-bis, 23-ter, comma 4, 43, commi 1 e 3, 44 , 44-bis e 71, comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005;
- **Circolare AGID 10 aprile 2014, n. 65** - Modalità per l'accreditamento e la vigilanza sui soggetti pubblici e privati che svolgono attività di conservazione dei documenti informatici di cui all'articolo 44-bis, comma 1, del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82.
- **Il DPR nr. 1409 del 30 settembre 1963 -** (Legge archivistica) all'art. 30 prevede che le cartelle cliniche siano conservate illimitatamente. Secondo le norme vigenti, inoltre, gli originali cartacei delle cartelle cliniche in quanto originali unici, non possono essere distrutti;
- **Circolare Ministero della Sanità 19 dicembre 1986, n. 61 -** Circolare avente per oggetto il periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura
- **DM 14.2.1997 -** Norma di attuazione del D.lgs n.230/95, "Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche, ai sensi dell'art. 111, comma 10, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230"
- **D.lgs 26 maggio 2000, n. 187 -** Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche
- **Prontuario di selezione per gli archivi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, 2005**
  Atto di indirizzo che reca indicazioni sui tempi di conservazione dei documenti generati e/o custodita Aziende Sanitarie pubbliche ed accreditate, redatto dal Ministero per i Beni e la Attività Culturali
- **Consiglio dei Ministri – Conferenza Stato Regioni 02 Marzo 2012 -** Linee Guida per la dematerializzazione della documentazione clinica in diagnostica per immagini. Normativa e prassi.
- **Linee Guida** sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

Torna al sommario

3.2 Standard di riferimento

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

- **ISO 14721:2012 OAIS** (Open Archival Information System), Sistema informativo aperto per l'archiviazione;
- **ISO/IEC 27001:2013**, Information technology - Security techniques - Information security management systems – Requirements, Requisiti di un ISMS (Information Security Management System);
- **ETSI TS 101 533-1 V1.3.1 (2012-04)** Technical Specification, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 1: Requirements for Implementation and Management, Requisiti per realizzare e gestire sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni;
- **ETSI TR 101 533-2 V1.3.1 (2012-04)**Technical Report, Electronic Signatures and Infrastructures (ESI); Information Preservation Systems Security; Part 2: Guidelines for Assessors, Linee guida per valutare sistemi sicuri e affidabili per la conservazione elettronica delle informazioni;
- **UNI 11386:2020 Standard SInCRO** - Supporto all'interoperabilità nella conservazione e recupero degli oggetti digitali
- **ISO 15836:2009** Information and documentation - The Dublin Core metadata element set, Sistema di metadata del Dublin Core.
- **Dicom 3.0** (Digital Imaging and Communications in Medicine, immagini e comunicazione digitali in medicina)
- **Health Level 7 (HL7)** versione 2.3.1 e 2.5
- Integrating the Healthcare Enterprise (IHE)
- **UNI ISO 15489-1: 2006** Information and documentation -- Records management -- Part 1: General
- **UNI ISO 15489-2: 2007** Information and documentation—Records management. Part 2: Guidelines
- **ISO 9001:2015** – Quality management systems – Requirements;

Torna al sommario

4 Ruoli e responsabilità

Nel sistema di conservazione si individuano i seguenti ruoli principali:

Ruolo	Organizzazione di appartenenza
Titolare dell'oggetto della conservazione	Cliente
Produttore dei PdV	Cliente
Responsabile della conservazione	Cliente
Referenti del Cliente	Cliente
Conservatore	ARUBA
Utente	Cliente/Terzi autorizzati

ARUBA, quale **Responsabile del servizio di conservazione** digitale dei documenti informatici del Cliente, agisce nei limiti dell'affidamento conferito e nell'osservanza degli obblighi ivi previsti nonché nel rispetto della normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici e delle presenti prescrizioni; in particolare, essa agirà attraverso persone fisiche dalla stessa formalmente incaricate.
L'attività di ARUBA riguarda la sola conservazione digitale dei documenti informatici del Cliente, senza alcuna responsabilità e possibilità di intervento ed accesso al contenuto degli stessi.
A carico del Responsabile del servizio di conservazione, non è posto alcun obbligo/dovere di elaborare i documenti informatici versati in conservazione al fine di estrarre i relativi metadati che, pertanto, dovranno essere forniti e associati ai rispettivi documenti a cura e carico del Cliente.
Il Responsabile del servizio di conservazione opera altresì nell'osservanza di quanto stabilito nel presente *Manuale*, al quale, se necessario, è sin da ora autorizzato ad apportare le modifiche, le integrazioni e gli aggiornamenti ritenuti necessari e/o conseguenti al mutato contesto tecnico-giuridico della normativa in materia. Tutto il personale di ARUBA è stato assunto nel rispetto di politiche rigorose volte ad accertarne, tra l'altro, l'alto grado di professionalità nonché i requisiti morali e di onorabilità.
L'utente è il soggetto che richiede al sistema di conservazione l'accesso ai documenti per acquisire le informazioni di

interesse nei limiti previsti dalla legge. Tali informazioni vengono fornite dal sistema di conservazione secondo le modalità previste nel presente *Manuale*.
Come già anticipato, il processo di conservazione impone al Cliente l'istituzione di una struttura ed una organizzazione interna, coerente con le proprie politiche di efficienza gestionale, che garantisca la piena osservanza alle disposizioni normative di riferimento e di quanto previsto dal presente *Manuale,* dal *Contratto* e dai rispettivi allegati.
A tale scopo, in base alle specifiche necessità, il Cliente deve, sia dal punto di vista dell'impostazione operativa delle attività propedeutiche alla conservazione digitale dei propri documenti informatici sia dal punto di vista della scelta delle risorse coinvolte nel processo, organizzare il lavoro all'interno della propria organizzazione affinché esso venga svolto secondo i principi stabiliti dalla normativa in materia nonché dalle specifiche regole tecniche.
Torna al sommario

4.1 Profili professionali all'interno della struttura organizzativa ARUBA

Qui di seguito si dà conto della struttura organizzativa del processo di conservazione adottato evidenziando, nel contempo, le funzioni, le responsabilità e gli obblighi dei diversi soggetti che intervengono nel suddetto processo. Il processo di conservazione prevede una serie di attività che implicano il concorso di numerosi soggetti, a differenti livelli e con diverse responsabilità.

Qui di seguito vengono dettagliate per singola attività i diversi compiti e responsabilità delle figure preposte alla gestione e controllo del sistema di conservazione.

Il processo di conservazione, prevede, le seguenti **figure responsabili**:

1. Responsabile del servizio di conservazione;
2. Responsabile della funzione archivistica di conservazione;
3. Responsabile del trattamento dei dati personali, ora Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)
4. Responsabile della sicurezza dei sistemi per la conservazione;
5. Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione;
6. Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione

Qui di seguito si riportano le **attività associate a ciascuna delle figure sopra elencate**:

- **Responsabile del servizio di conservazione**

Le attività affidate dal Responsabile della conservazione con l'Atto di Affidamento.

- **Responsabile della funzione archivistica di conservazione**

Definizione e gestione del processo di conservazione, incluse le modalità di trasferimento da parte del Cliente, di acquisizione, verifica di integrità e descrizione archivistica dei documenti e delle aggregazioni documentali trasferiti, di esibizione, di accesso e fruizione del patrimonio documentario e informativo conservato; definizione del set di metadati di conservazione dei documenti e dei fascicoli informatici; monitoraggio del processo di conservazione e analisi archivistica per lo sviluppo di nuove funzionalità del sistema di conservazione; collaborazione col Cliente ai fini del trasferimento in conservazione, della selezione e della gestione dei rapporti con il Ministero dei beni e delle attività culturali per quanto di competenza.

- **Responsabile del trattamento dei dati personali, ora Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)**

Garanzia del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali; garanzia che il trattamento dei dati affidati dai Clienti avverrà nel rispetto delle istruzioni impartite dal titolare del trattamento dei dati personali, con garanzia di sicurezza e di riservatezza.

In particolare tenuto a:

a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679 nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati;
b) sorvegliare l'osservanza del Regolamento UE 2016/679, di altre disposizioni relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo;
c) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del Regolamento UE 2016/679;
d) cooperare con l'autorità di controllo; e

e) fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36 del Regolamento UE 2016/679, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione.

Nell'eseguire i propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.

- **Responsabile della sicurezza dei sistemi per la conservazione**

Rispetto e monitoraggio dei requisiti di sicurezza del sistema di conservazione stabiliti dagli standard, dalle normative e dalle politiche e procedure interne di sicurezza; segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive.

- **Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione**

Gestione dell'esercizio delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; monitoraggio del mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con il fornitore e segnalazione delle eventuali difformità degli SLA al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive; pianificazione dello sviluppo delle infrastrutture tecnologiche del sistema di conservazione; controllo e verifica dei livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione.

- **Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione**

Coordinamento dello sviluppo e manutenzione delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; pianificazione e monitoraggio dei progetti di sviluppo del sistema di conservazione; monitoraggio degli SLA relativi alla manutenzione del sistema di conservazione; interfaccia col Cliente relativamente alle modalità di trasferimento dei documenti e fascicoli informatici in merito ai formati elettronici da utilizzare, all'evoluzione tecnologica hardware e software, alle eventuali migrazioni verso nuove piattaforme tecnologiche; gestione dello sviluppo di siti web e portali connessi al servizio di conservazione.

Ciascuno dei responsabili sopra elencati può avvalersi, per lo svolgimento delle attività al medesimo attribuite, di addetti ed operatori formalmente incaricati.
Nella pagina seguente sono riportati i dati dei soggetti che nel tempo hanno assunto particolari funzioni e responsabilità con riferimento al sistema di conservazione.
Torna al sommario

Ruoli e responsabilità					
Ruolo	**Cognome**	**Nome**	**Responsabilità**	**Data nomina**	**Data cessazione**
Responsabile del servizio di conservazione	Sassetti	Andrea	Definizione e attuazione delle politiche complessive del sistema di conservazione, nonché del governo della gestione del sistema di conservazione; definizione delle caratteristiche e dei requisiti del sistema di conservazione in conformità alla normativa vigente; corretta erogazione del servizio di conservazione al Cliente; gestione delle convenzioni, definizione degli aspetti tecnico-operativi e validazione dei disciplinari tecnici che specificano gli aspetti di dettaglio e le modalità operative di erogazione dei servizi di conservazione.	04/01/2019	
	Braccagni	*Simone*	*Come sopra*	*01/09/2014*	*03/01/2019*
Responsabile della funzione archivistica di conservazione	Boschi	Serena	Definizione e gestione del processo di conservazione, incluse le modalità di trasferimento da parte del Cliente, di acquisizione, verifica di integrità e descrizione archivistica dei documenti e delle aggregazioni documentali trasferiti, di esibizione, di accesso e fruizione del patrimonio documentario e informativo conservato; definizione del set di metadati di conservazione dei documenti e dei fascicoli informatici; monitoraggio del processo di conservazione e analisi archivistica per lo sviluppo di nuove funzionalità del sistema di conservazione; collaborazione col Cliente ai fini del trasferimento in conservazione, della selezione e della gestione dei rapporti con il Ministero dei beni e delle attività culturali per quanto di competenza.	01/09/2014	

Responsabile del trattamento dei dati personali, ora Responsabile della protezione dei dati personali (DPO)	Giommoni	Roberta	Garanzia del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali; garanzia che il trattamento dei dati affidati dai Clienti avverrà nel rispetto delle istruzioni impartite dal titolare del trattamento dei dati personali, con garanzia di sicurezza e di riservatezza.In particolare tenuto a: a) informare e fornire consulenza al titolare del trattamento o al responsabile del trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento UE 2016/679 nonché da altre disposizioni relative alla protezione dei dati; b) sorvegliare l'osservanza del Regolamento UE 2016/679, di altre disposizioni relative alla protezione dei dati nonché delle politiche del titolare del trattamento in materia di protezione dei dati personali, compresi l'attribuzione delle responsabilità, la sensibilizzazione e la formazione del personale che partecipa ai trattamenti e alle connesse attività di controllo; c) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati e sorvegliarne lo svolgimento ai sensi dell'articolo 35 del Regolamento UE 2016/679; d) cooperare con l'autorità di controllo; e e) fungere da punto di contatto per l'autorità di controllo per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'articolo 36 del Regolamento UE 2016/679, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente a qualunque altra questione. Nell'eseguire i propri compiti il responsabile della protezione dei dati considera debitamente i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo.	24/05/2018	
Responsabile del trattamento dei dati personali	*Braccagni*	*Simone*	*Garanzia del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali; garanzia che il trattamento dei dati affidati dai Clienti avverrà nel rispetto delle istruzioni impartite dal titolare del trattamento dei dati personali, con garanzia di sicurezza e di riservatezza.*	*01/09/2014*	*23/05/2018*
Responsabile della sicurezza dei sistemi per la conservazione	David	Neumarker	Rispetto e monitoraggio dei requisiti di sicurezza del sistema di conservazione stabiliti dagli standard, dalle normative e dalle politiche e procedure interne di sicurezza; segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive.	28/02/2022	
	Tacconi	*Nicola*	*Come sopra*	*13/05/2020*	*28/02/2022*
	Corsi	*Matteo*	*Come sopra*	*06/09/2017*	*13/05/2020*
	Santoni	*Adriano*	*Come sopra*	*01/09/2014*	*05/09/2017*
Responsabile dei sistemi informativi per la conservazione	Gaverini	Angelo	Gestione dell'esercizio delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; monitoraggio del mantenimento dei livelli di servizio (SLA) concordati con il fornitore; segnalazione delle eventuali difformità degli SLA al Responsabile del servizio di conservazione e individuazione e pianificazione delle necessarie azioni correttive; pianificazione dello sviluppo delle infrastrutture tecnologiche del sistema di conservazione; controllo e verifica dei livelli di servizio erogati da terzi con segnalazione delle eventuali difformità al Responsabile del servizio di conservazione.	06/09/2017	
	Ravazza	*Roberto*	*Come sopra*	*01/09/2014*	*05/09/2017*

Responsabile dello sviluppo e della manutenzione del sistema di conservazione	Mauro	Manetti	Coordinamento dello sviluppo e manutenzione delle componenti hardware e software del sistema di conservazione; pianificazione e monitoraggio dei progetti di sviluppo del sistema di conservazione; monitoraggio degli SLA relativi alla manutenzione del sistema di conservazione; interfaccia col Cliente relativamente alle modalità di trasferimento dei documenti e fascicoli informatici in merito ai formati elettronici da utilizzare, all'evoluzione tecnologica hardware e software, alle eventuali migrazioni verso nuove piattaforme tecnologiche; gestione dello sviluppo di siti web e portali connessi al servizio di conservazione.	06/09/2017	
	Pulvirenti	*Salvatore*	*Come sopra*	*01/09/2014*	*05/09/2017*

Torna al sommario

5 Struttura organizzativa per il servizio di conservazione

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

5.1 Organigramma

La figura in basso riporta le strutture organizzative coinvolte nel servizio di conservazione:

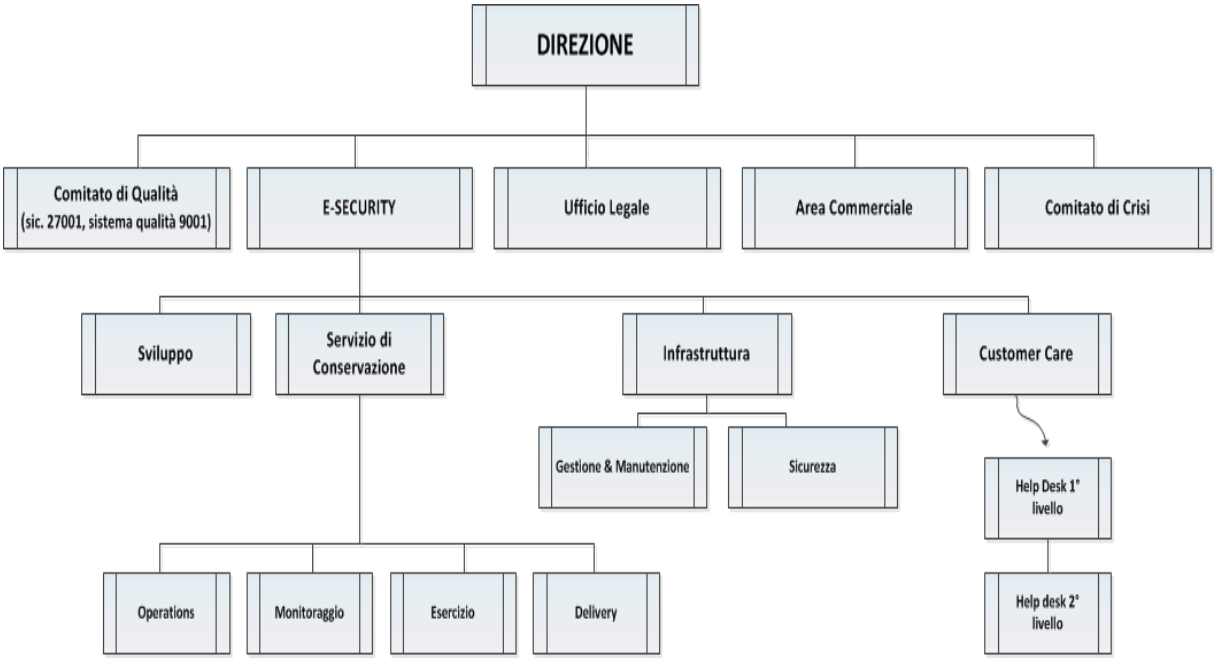


Figura 1: Rappresentazione delle strutture organizzative coinvolte nel servizio di conservazione

Torna al sommario

5.2 Strutture organizzative

Nello specifico le strutture funzionali dell'organizzazione operano in sinergia come segue:

- **Direzione**
  - ✓ la Direzione Aziendale garantisce la continuità generale dell'organizzazione
- **Comitato di Qualità**
  - ✓ garantisce la qualità operativa dei servizi ed il miglioramento di processi/procedure
- **Trust Service Regulatory & Design**
  - ✓ rappresenta la Business Line che si occupa dei servizi e soluzioni di sicurezza in ambito digitale
- **Ufficio legale e Compliance**
  - ✓ garantisce la verifica periodica di conformità a normativa e standard di riferimento

- **Area Commerciale**
  - ✓ promuove il servizio di conservazione ai clienti
  - ✓ fornisce il supporto ai clienti in fase di prevendita (pre-sales)
  - ✓ partecipa attivamente al miglioramento dei servizi erogati in termini di definizione dell'offerta

- **Infrastruttura**
  - ✓ garantisce la sicurezza degli accessi logici e fisici, predisponendo appositi asset nel perimetro del data center
  - ✓ garantisce la sicurezza dell'infrastruttura tramite sistemi dedicati (video-sorveglianza, anti-intrusione, anti-incendio, etc)
  - ✓ designa, gestisce e provvede alla manutenzione delle aree sicure
- **Sviluppo**
  - ✓ fornisce know-how e supporto per lo sviluppo dei sistemi informativi
  - ✓ provvede alla progettazione di nuovi servizi e fornisce supporto per la manutenzione dei servizi attivi
  - ✓ si occupa dello studio di fattibilità per l'implementazione di nuovi servizi
  - ✓ fornisce interventi di analisi ed attività di assistenza nella fase di pre-vendita dei servizi
- **Servizio di Conservazione**
  - ✓ garantisce la gestione degli asset (hardware e software), occupandosi dell'intero processo di supply-chain del servizio di conservazione
  - ✓ provvede alla gestione delle informazioni, per l'intero ciclo di vita (dalla classificazione, al monitoraggio del sistema, fino alla protezione dei log)
  - ✓ si occupa della manutenzione ed assistenza, a garanzia della continuità operativa del servizio di conservazione
  - ✓ garantisce l'esecuzione del processo di conservazione in conformità ai requisiti tecnici normativi
  - ✓ provvede alla gestione operativa degli accessi logici e fisici, seguendo apposite procedure e mantenendo aggiornata la documentazione
  - ✓ garantisce l'attivazione e consegna dei servizi ai clienti, rispettando KPI e SLA concordati
- **Customer Care**
  - ✓ provvede all'assistenza tecnica rivolta ai clienti proprietari dei servizi
  - ✓ fornisce il supporto operativo sui servizi dei clienti
  - ✓ partecipa al miglioramento dei processi di comunicazione verso i clienti

Torna al sommario

5.3 Responsabilità e funzioni nel processo di conservazione

Di seguito sono indicati i compiti, le responsabilità e le funzioni di firma in relazione alle diverse fasi del processo di conservazione digitale.

Fasi del processo	Descrizione delle fasi del processo di conservazione		COMPITI	RESPONSABILITA'	FIRMA
FASE 1	**Acquisizione da parte del sistema di conservazione del pacchetto di versamento per la sua presa in carico**				
	Descrizione sintetica	Il sistema di conservazione riceve l'indice del pacchetto di versamento contenente le informazioni sugli oggetti digitali che saranno inviati in conservazione.	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 2	**Verifica che il pacchetto di versamento e gli oggetti contenuti siano coerenti con le modalità previste nel presente Manuale di conservazione e con i formati di conservazione**				
	Descrizione sintetica	Viene verificato che l'oggetto ricevuto sia formalmente un indice xml in linea con lo standard DocFly. Viene verificato che il PdV è versato nei termini contrattuali e di servizio stabiliti col produttore	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 3	**Preparazione del rapporto di conferma**				
	Descrizione sintetica	Il sistema, una volta effettuate le verifiche dell'idPdV rimane in attesa dell'invio dei documenti	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 4	**Eventuale rifiuto del pacchetto di versamento, nel caso in cui le verifiche di cui alla FASE 2 abbiano evidenziato anomalie e/o non conformità**				
	Descrizione sintetica	Il sistema scarta l'intero pacchetto e invia notifica in automatico	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 5	**Ricezione e verifica dei documenti**				
	Descrizione sintetica	Per ognuno di documenti inviati viene verificato che l'hash del documento informatico sia corrispondente all'hash dichiarato all'interno del medesimo indice del pacchetto al fine di avere garanzia che la trasmissione del pacchetto sia avvenuta correttamente e che l'integrità del documento informatico ricevuto sia assicurata. Vengono inoltre effettuati controlli di leggibilità, integrità e che i documenti non siano già presenti a sistema	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 7	**Generazione automatica del rapporto di versamento relativo a ciascun pacchetto di versamento, univocamente identificato dal sistema di conservazione e contenente un riferimento temporale, specificato con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC), e una o più impronte, calcolate sull'intero contenuto del pacchetto di versamento, secondo le modalità di seguito descritte**				
	Descrizione sintetica	Il sistema genera in automatico il rapporto di versamento per ognuno dei PdV che ha superato i controlli qualitativi	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 8	**Sottoscrizione del rapporto di versamento con firma digitale apposta da ARUBA**				
	Descrizione sintetica	Il sistema provvede in automatico alla sottoscrizione digitale del rapporto di versamento con certificato del RSC e alla marcatura temporale del rapporto.	**SC**	**RMGO**	**RSC**
FASE 9	**Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione (c.d. Pacchetto di Archiviazione)**				

	Descrizione sintetica	Il sistema genera il Pacchetto di Archiviazione secondo le modalità descritte al cap. 7	**SC**	**RMGO**	**==**
FASE 10	**Sottoscrizione del Pacchetto di Archiviazione con firma digitale apposta da ARUBA e apposizione di una validazione temporale con marca temporale alla relativa impronta. Tale operazione viene in breve chiamata anche "Chiusura del Pacchetto di Archiviazione"**				
	Descrizione sintetica	Come previsto da normativa l'Indice di Conservazione, viene sottoscritto digitalmente dal RSC, una volta passato nello stato "conservato".	**SC**	**RMGO**	**RSC**
FASE 11	**Preparazione e sottoscrizione con firma digitale del Responsabile del servizio di conservazione del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione richiesta dall'utente**				
	Descrizione sintetica	Come previsto da normativa il PdD viene sottoscritto digitalmente dal RSC	**SC**	**RER**	**RSC**
FASE 12	**Produzione di duplicati informatici o di copie informatiche effettuati su richiesta del Cliente in conformità a quanto previsto dalle regole tecniche in materia di formazione del documento informatico**				
	Descrizione sintetica	Richieste di duplicati o copie informatiche vengono sottoscritte digitalmente dal RSC in modo da attestarne l'autenticità rispetto al documento sorgente	**SC**	**RER**	**RSC**
FASE 13	**Eventuale scarto del Pacchetto di Archiviazione dal sistema di conservazione alla scadenza dei termini di conservazione previsti dal contratto di servizio, dandone preventiva informativa al Cliente al fine di raccoglierne il consenso**				
	Descrizione sintetica	Una volta scaduti i termini di conservazione previsti dal contratto, il sistema provvede a inviare una mail di notifica al client, il quale potrà decidere in autonomia se cancellarli dal sistema.	**SC**	**RCD** **DPO**	**==**

Legenda:
- **RMGO** - responsabile del monitoraggio della gestione ordinaria del sistema e dei processi di base di conservazione
- **RER** - responsabile dell'esibizione/restituzione dei documenti informatici conservati
- **RIS** - responsabile dell'infrastruttura sistemistica, del piano di Disaster Recovery / Piano di continuità operativa (Business Continuity Plan) e della sicurezza
- **RCD** - responsabile della cancellazione dei documenti e dei dati digitali
- **DPO** - responsabile della protezione dei dati personali
- **RSC** - responsabile del servizio di conservazione
- **SC** - Sistema di conservazione

Torna al sommario

6 Oggetti sottoposti a conservazione

6.1 Descrizione delle tipologie dei documenti sottoposti a conservazione

Come chiaramente esplicitato nel *Contratto*, il servizio di conservazione digitale dei documenti informatici non riguarda la conservazione di documenti analogici di alcun tipo e genere.

Prima dell'attivazione del servizio il Cliente esplicita la tipologia di documenti che intende sottoporre a conservazione mediante il servizio offerto da ARUBA, evidenziandone le caratteristiche nell'apposito allegato del *Contratto*.

Per ogni formato definito viene individuato anche il **software necessario per la visualizzazione** del documento informatico.

ARUBA configura sul servizio un profilo di conservazione per ogni tipologia/classe di documenti su indicazione del Cliente, classificato come omogeneo in base ai dati da utilizzare per l'indicizzazione ed i termini di conservazione (vedi apposito allegato al *Contratto*).

Ogni variazione di formato di documento e di software associato per la visualizzazione oppure dei dati utilizzati per l'indicizzazione deve essere preventivamente concordato con ARUBA e configurato sul servizio.

Il sistema di conservazione digitale è impostato per accettare le seguenti tipologie di documento:

- **documenti informatici** sono la "rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti" come definito dal Codice dell'Amministrazione Digitale;
- **documenti amministrativi** costituenti atti amministrativi con rilevanza interna al procedimento amministrativo;
- **documenti rilevanti ai fini tributari** come stabilito nel DM del MEF del 17 giugno 2014;
- **documenti clinici** che possono contenere informazioni su osservazioni cliniche dirette, quali rivelazioni di anamnesi, segni vitali o sintomi, osservazioni indirette, derivanti, ad esempio da diagnostica strumentale, esami di laboratorio o rappresentazione iconografica di resoconti radiologici, oppure opinioni mediche quali valutazioni di osservazioni cliniche, consulti e consulenze, obiettivi da raggiungere o piani diagnostico terapeutici, azioni di natura clinico-sanitaria atte a generare osservazioni cliniche ed opinioni mediche;
- **altri documenti in genere**

Le diverse tipologie di documenti sono prodotti/formati/emessi a cura e sotto l'esclusiva responsabilità del Cliente mediante una delle seguenti principali modalità:

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

Al fine di garantire l'identificazione certa del soggetto che ha formato il documento, i documenti informatici posti in conservazione saranno in genere sottoscritti con firma digitale del Cliente e dovranno essere identificati in modo univoco e persistente.

E' prevista la possibilità di depositare in conservazione documenti informatici non sottoscritti. In tal caso deve necessariamente essere preventivamente dichiarata, per ogni classe/tipo di documento, nell'apposito allegato del *Contratto*.

Torna al sommario

6.2 Copie informatiche di documenti analogici originali unici

Come noto, l'art. 22 del CAD stabilisce che:

a) (comma 2) le copie per immagine su supporto informatico di documenti originali formati in origine su supporto analogico hanno la stessa efficacia probatoria degli originali da cui sono estratte, se la loro conformità è attestata da un notaio o da altro pubblico ufficiale a ciò autorizzato, con dichiarazione allegata al documento informatico e

asseverata secondo le regole tecniche stabilite ai sensi dell'articolo 71.

b) (comma 3) le copie per immagine su supporto informatico di documenti originali formati in origine su supporto analogico nel rispetto delle regole tecniche di cui all'articolo 71 hanno la stessa efficacia probatoria degli originali da cui sono tratte se la loro conformità all'originale non è espressamente disconosciuta.

Pertanto, alla luce di quanto sopra, il Cliente qualora intendesse depositare in conservazione copie per immagine su supporto informatico di documenti originali formati in origine su supporto analogico è tenuto, a propria cura e spese, a predisporre quanto necessario per ottemperare a quanto previsto dalle richiamate disposizioni.

In particolare, sarà cura e carico del Cliente:

a) produrre la copia per immagine su supporto informatico del documento analogico mediante processi e strumenti che assicurino che il documento informatico abbia contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto;

successivamente:

b) (ai fini di quanto stabilito dall'articolo 22, co. 3, del CAD), dovrà sottoscrivere con firma digitale la copia per immagine del documento analogico;

oppure

c) laddove richiesto dalla natura dell'attività, (art. 22, comma 2, del CAD), dovrà inserire nel documento informatico contenente la copia per immagine, l'attestazione di conformità all'originale analogico. Il documento informatico così formato dovrà poi essere sottoscritto con firma digitale del notaio o con firma digitale o firma elettronica qualificata di pubblico ufficiale a ciò autorizzato.

Si tenga presente che l'attestazione di conformità delle copie per immagine su supporto informatico di uno o più documenti analogici, effettuata per raffronto dei documenti o attraverso certificazione di processo nei casi in cui siano adottate tecniche in grado di garantire la corrispondenza della forma e del contenuto dell'originale e della copia, può essere prodotta, sempre a cura e carico del Cliente, come documento informatico separato contenente un riferimento temporale e l'impronta di ogni copia per immagine. Tale documento informatico separato dovrà essere sottoscritto con firma digitale del notaio o con firma digitale o firma elettronica qualificata del pubblico ufficiale a ciò autorizzato.

In sostanza, in questi casi il Cliente dovrà alternativamente depositare in conservazione:

- la copia per immagine su supporto informatico dell'originale analogico contenente l'attestazione di conformità all'originale analogico debitamente sottoscritto come sopra riportato;

oppure

- le copie per immagine su supporto informatico unitamente all'attestazione di conformità prodotta come documento informatico separato contenente un riferimento temporale e l'impronta di ogni singola copia per immagine, debitamente sottoscritto come sopra riportato.

Torna al sommario

6.3 Formati gestiti

Come noto, la leggibilità di un documento informatico dipende dalla possibilità e dalla capacità di interpretare ed elaborare correttamente i dati binari che costituiscono il documento, secondo le regole stabilite dal formato con cui esso è stato rappresentato. Il formato di un documento informatico è la convenzione usata per rappresentare il contenuto informativo mediante una sequenza di byte.

Il sistema di conservazione ARUBA garantisce la conservazione dei documenti prodotti nei formati previsti dall'allegato 2 "Formati di File e Riversamento" delle Linee Guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici .

I formati ammessi alla conservazione, devono essere specificati dal Cliente prima del versamento in conservazione e per tale ragione vengono esplicitati all'interno di uno specifico allegato, facente parte del Contratto di servizio stipulato con ARUBA (come descritto al par 10.1.2).

Torna al sommario

6.3.1 Caratteristiche generali dei formati

I formati scelti devono essere, puntualmente richiamati nell'apposito allegato al *Contratto.* ARUBA, comunque raccomanda un insieme di formati che sono stati dalla stessa valutati in funzione di alcune caratteristiche quali:

CARATTERISTICA		DESCRIZIONE DELLA CARATTERISTICA
1	**APERTURA**	Un formato si dice "aperto" quando è conforme a specifiche pubbliche, cioè disponibili a chiunque abbia interesse ad utilizzare quel formato. La disponibilità delle specifiche del formato rende sempre possibile la decodifica dei documenti rappresentati in conformità con dette specifiche, anche in assenza di prodotti che effettuino tale operazione automaticamente. Questa condizione si verifica sia quando il formato è documentato e pubblicato da un produttore o da un consorzio al fine di promuoverne l'adozione, sia quando il documento è conforme a formati definiti da organismi di standardizzazione riconosciuti. In quest'ultimo caso tuttavia si confida che quest'ultimi garantiscono l'adeguatezza e la completezza delle specifiche stesse. In relazione a questo aspetto, ARUBA ha privilegiato formati già approvati dagli Organismi di standardizzazione internazionali quali ISO e OASIS.
2	**SICUREZZA**	La sicurezza di un formato dipende da due elementi: - il grado di modificabilità del contenuto del file; - la capacità di essere immune dall'inserimento di codice maligno.
3	**PORTABILITÀ**	Per portabilità si intende la facilità con cui i formati possano essere usati su piattaforme diverse, sia dal punto di vista dell'hardware che del software, inteso come sistema operativo. Di fatto si ottiene mediante l'impiego fedele di standard documentati e accessibili e dalla loro diffusione sul mercato.
4	**FUNZIONALITÀ**	Per funzionalità si intende la possibilità da parte di un formato di essere gestito da prodotti informatici, che prevedono una varietà di funzioni messe a disposizione del Cliente per la formazione e gestione del documento informatico.
5	**SUPPORTO ALLO SVILUPPO**	Il supporto allo sviluppo è la modalità con cui si mettono a disposizione le risorse necessarie alla manutenzione e sviluppo del formato e i prodotti informatici che lo gestiscono (organismi preposti alla definizione di specifiche tecniche e standard, società, comunità di sviluppatori, ecc.).
6	**DIFFUSIONE**	La diffusione è l'estensione dell'impiego di uno specifico formato per la formazione e la gestione dei documenti informatici. Questo elemento influisce sulla probabilità che esso venga supportato nel tempo, attraverso la disponibilità di più prodotti informatici idonei alla sua gestione e visualizzazione.

Torna al sommario

6.3.2 Formati consigliati per la conservazione

Oltre al soddisfacimento delle caratteristiche suddette, nella scelta dei formati idonei alla conservazione, ARUBA è stata estremamente attenta affinché i formati stessi fossero capaci a far assumere al documento le fondamentali caratteristiche di immodificabilità e staticità.

Pertanto, alla luce delle suddette considerazioni, i formati indicati dalla normativa per la conservazione delle diverse tipologie di documenti informatici sono i seguenti:

FORMATO	DESCRIZIONE	
PDF - PDF/A	Il PDF (Portable Document Format) è un formato creato da Adobe nel 1993 che attualmente si basa sullo standard ISO 32000. Questo formato è stato concepito per rappresentare documenti complessi in modo indipendente dalle caratteristiche dell'ambiente di elaborazione del documento. Il formato è stato ampliato in una serie di sotto-formati tra cui il PDF/A.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Testo formattato, immagini, grafica vettoriale 2D e 3D, filmati.
	Sviluppato da	Adobe Systems - http://www.adobe.com/
	Estensione	.pdf
	Tipo MIME	Application/pdf
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubbliche
	Standard	ISO 32000-1 (PDF) ISO 19005-1:2005 (vers. PDF 1.4) ISO 19005-2:2011 (vers. PDF 1.7)
	Altre caratteristiche	Assenza di collegamenti esterni
		Assenza di codici eseguibili
		Assenza di contenuti crittografati
		Il file risulta indipendente da codici e collegamenti esterni che ne possono alterare l'integrità e l'uniformità nel lungo periodo
		Le più diffuse suite d'ufficio permettono di salvare direttamente i file nel formato PDF/A
		Sono disponibili prodotti per la verifica della conformità di un documento PDF al formato PDF/A.
	Software necessario alla visualizzazione	Adobe Reader

FORMATO	DESCRIZIONE	
TIFF	Il TIFF è un formato utilizzato per la rappresentazione delle immagini mediante grafica raster (l'immagine digitale è formata da un insieme pixel, ordinate secondo linee e colonne).	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Immagini
	Sviluppato da	Aldus Corporation in seguito acquistata da Adobe
	Estensioni	.tif
	Tipo MIME	image/tiff
	Formato aperto	NO
	Specifiche tecniche	Pubbliche
	Ultime versioni	TIFF 6.0 del 1992 TIFF Supplement 2 del 2002
	Standard	ISO 12639 (TIFF/IT) ISO 12234 (TIFF/EP)
	Altre caratteristiche	Formato immagine raster, in versione non compressa o compressa senza perdita di informazione
		Formato utilizzato per la conversione in digitale di documenti cartacei
		Esistono parecchie versioni, alcune delle quali proprietarie (che ai fini della conservazione nel lungo periodo sarebbe bene evitare)
		In genere le specifiche sono pubbliche e non soggette ad alcuna forma di limitazione
	Software necessario alla visualizzazione	ImageGlass

FORMATO	DESCRIZIONE
JPG	Il JPG è un formato utilizzato per la rappresentazione delle immagini mediante grafica raster (l'immagine digitale è formata da un insieme pixel, ordinate secondo linee e colonne).
	Caratteristiche e dati informativi

	Informazioni gestibili	Immagini
	Sviluppato da	Joint Photographic Experts Group
	Estensioni	.jpg, .jpeg
	Tipo MIME	image/jpeg
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubbliche
	Ultima versione	2009
	Standard	ISO/IEC 10918:1
	Altre caratteristiche	Formato immagine raster, in versione compressa. Può comportare una perdita di qualità dell'immagine originale.
		JPG è il formato più utilizzato per la memorizzazione di fotografie ed è quello più comune su World Wide Web.
		Lo stesso gruppo che ha ideato il JPG ha prodotto il JPEG 2000 con estensione .jp2 (ISO/IEC 15444-1) che può utilizzare la compressione senza perdita di informazione. Il formato JPEG 2000 consente, inoltre, di associare metadati ad un'immagine. Nonostante queste caratteristiche la sua diffusione è tutt'oggi relativa.
	Software necessario alla visualizzazione	ImageGlass

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
Office Open XML (OOXML)	Offine Open XML, comunemente abbreviato in OOXML, è un formato di file, sviluppato da Microsoft, basato sul linguaggio XML per la creazione di documenti di testo, fogli di calcolo, presentazioni, grafici e database.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Documenti di testo, fogli di calcolo, presentazioni, grafici e database
	Sviluppato da	Microsoft
	Estensioni principali	.docx, .xlsx, .pptx
	Tipo MIME	*application/vnd.openxmlformats-officedocument.wordprocessingml.document,application/x-tika-ooxml,application/zip* *application/vnd.ms-powerpoint,application/vnd.openxmlformats-officedocument.presentationml.template,application/vnd.ms-powerpoint.addin.macroEnabled.12,application/vnd.ms-powerpoint.presentation.macroEnabled.12,application/vnd.ms-powerpoint.template.macroEnabled.12,application/vnd.ms-powerpoint.slideshow.macroEnabled.12* *application/vnd.ms-excel,application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.template,application/vnd.ms-excel.sheet.macroEnabled.12,application/vnd.ms-excel.template.macroEnabled.12,application/vnd.ms-excel.addin.macroEnabled.12,application/vnd.ms-excel.sheet.binary.macroEnabled.12,application/x-tika-msoffice* *application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet,application/x-tika-ooxml*
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubblicate da Microsoft dal 2007
	Ultima versione	1.1
	Standard	ISO/IEC DIS 29500:2008
	Altre caratteristiche	Open XML è adottato dalla versione 2007 della suite Office di Microsoft
		MS Office 2007 legge e scrive file conformi a ECMA-376 Edition 1
		MS Office 2010 legge e scrive file conformi a ISO/IEC 29500:2008 transitional (norme transitorie) e legge file conformi a ISO/IEC 29500:2008 strict (indicazioni fondamentali)
		Documenti conformi ad ISO/IEC 29500:2008 strict sono supportati da diversi prodotti informatici disponibili sul mercato

		Il formato Office Open XML dispone di alcune caratteristiche che lo rendono adatto alla conservazione nel lungo periodo, tra queste l'embedding dei font, la presenza di indicazioni di presentazione del documento, la possibilità di applicare al documento la firma digitale XML.
		I metadati associabili ad un documento che adotta tale formato sono previsti dallo standard ISO 29500:2008
	Software necessario alla visualizzazione	https://openxmlviewer.codeplex.com/

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
Open Document Format	ODF (Open Document Format, spesso referenziato con il termine OpenDocument) è uno standard aperto, basato sul linguaggio XML, sviluppato dal consorzio OASIS per la memorizzazione di documenti corrispondenti a testo, fogli elettronici, grafici e presentazioni.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Documenti di testo, fogli di calcolo, presentazioni e grafici.
	Sviluppato da	OASIS
	Estensioni principali	.ods, .odp, .odg, .odb
	Tipo MIME	application/vnd.oasis.opendocument.text
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubblicate da OASIS dal 2005
	Ultima versione	1.0
	Standard	ISO/IEC 26300:2006 UNI CEI ISO/IEC 26300
	Altre caratteristiche	Formato basato sul linguaggio XML
		Un documento è descritto da più strutture XML, relative a contenuto, stili, metadati ed informazioni per l'applicazione
		Lo standard ISO/IEC IS 26300:2006 è ampiamente usato come standard documentale nativo, oltre che da OpenOffice.org, da una ampia serie di altri prodotti disponibili sulle principali piattaforme: Windows, Linux. Mac.
		È stato adottato come standard di riferimento da moltissime organizzazioni governative e da diversi governi ed ha una "penetrazione" di mercato che cresce giorno per giorno.
	Software necessario alla visualizzazione	Open Office

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
XML	Extensible Markup Language (XML) è un formato di testo flessibile derivato da SGML (ISO 8879). Su XML si basano numerosi linguaggi standard utilizzati nei più diversi ambiti applicativi. Ad esempio: SVG usato nella descrizione di immagini vettoriali, XBRL usato nella comunicazione di dati finanziari, ebXML usato nel commercio elettronico, SOAP utilizzato nello scambio dei messaggi tra Web Service	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Contenuto di evidenze informatiche, dei pacchetti di versamento, archiviazione e distribuzione, ecc.
	Sviluppato da	W3C - http://www.w3.org/
	Estensione	.xml
	Tipo MIME	Application/xml Text/xml
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubblicate da W3C – http://www.w3.org/XML/
	Altre caratteristiche	Formato di testo flessibile derivato da SGML (ISO 8879).
	Software necessario alla visualizzazione	Qualsiasi editor di testo. Inoltre è possibile, concordando con il Cliente le caratteristiche di un opportuno file xslt, produrne una copia human readable con Microsoft Internet Explorer / Firefox / Google Chrome o altri browser

FORMATO	**DESCRIZIONE**

EML	Electronic Mail Message (EML) è un formato di testo che definisce la sintassi di messaggi di posta elettronica scambiati tra utenti	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Messaggi di posta elettronica e PEC
	Sviluppato da	Internet Engineering Task Force (IETF) - http://www.ietf.org/
	Estensione	.eml
	Tipo MIME	Message/rfc2822
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pubblicate da IETF - http://www.ietf.org/rfc/rfc2822.txt
	Altre caratteristiche	è un formato di testo flessibile derivato da SGML (ISO 8879).
	Software necessario alla visualizzazione	La maggior parte dei client di posta elettronica supportano la visualizzazione di file eml

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
ODT	Il formato OpenDocument Text (ODT) è una particolare implementazione del più generale formato OpenDocument	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Messaggi di testo
	Sviluppato da	Organization for the Advancement of Structured Information Standards
	Estensione	.odt
	Tipo MIME	application/vnd.oasis.opendocument.text
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Famiglia di standard 26300 della ISO/IEC: • ISO/IEC 26300-1:2015, ODF for Office Applications v1.2 – Part 1: OpenDocument Schema • ISO/IEC 26300-3:2015, ODF for Office Applications v1.2 – Part 3: Packages • OASIS, Open Document Format for Office Applications (OpenDocument), v1.2 (2015)
	Altre caratteristiche	è un formato estendibile, de iure, binario.
	Software necessario alla visualizzazione	Libre Office

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
DWG	Il formato DWG è proprietario ma ampiamente utilizzato per lo scambio di immagini vettoriali (prevalentemente bidimensionali) nel campo del disegno tecnico e dell'architettura	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Immagini vettoriali utilizzabili in ambito edile
	Sviluppato da	Autodesk
	Estensione	.dwg, .dwt
	Tipo MIME	application/acad, image/vnd.dwg
	Formato aperto	NO
	Specifiche tecniche	• Autodesk, AutoCAD .dwg file format • Open Design, Specification for .dwg, v5.4.1 (2018)
	Altre caratteristiche	è un formato libero, de facto, binario.
	Software necessario alla visualizzazione	DWG TrueView

FORMATO	**DESCRIZIONE**

XSLT	File per la descrizione del linguaggio di stile (in caso si tratti di un linguaggio diverso da XML) o del dialetto (in caso si tratti di una specializzazione di XML) — in XSL (.xsl).	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Messaggi di trasformazione XML di testo semplice.
	Sviluppato da	World Wide Web Consortium
	Estensione	.xslt
	Tipo MIME	application/xslt+xml, text/xml
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	W3C Recommendation XSL Transformations (XSLT) v2.0, 2007
	Altre caratteristiche	è un formato estendibile, de iure, testuale.
	Software necessario alla visualizzazione	Notepad++

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
EXCEL 2007	File per la generazione e gestione di fogli di calcolo.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Fogli di calcolo
	Sviluppato da	Microsoft Corporation
	Estensione	.xlsx
	Tipo MIME	application/vnd.openxmlformats-officedocument.spreadsheetml.sheet
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	- Microsoft, Excel (.xlsx) extensions to SpreadsheetML file format v16.0 (2018) - officeopenxml.com, Anatomy of a SpreadsheetML file
	Altre caratteristiche	proprietario (libero), estendibile, de facto
	Software necessario alla visualizzazione	Excel viewer

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
MS-XLS	Il formato XLS è una specializzazione usata nei file di metadati all'interno di un pacchetto compresso in formato CFB (§2.3), specializzato per la rappresentazione di fogli di calcolo (estensione .xls).	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Fogli di calcolo
	Sviluppato da	Microsoft Corporation
	Estensione	.xls
	Tipo MIME	application/vnd.ms-excel
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Microsoft, [MS-XLS]: Excel Binary file format (.xls) structure v8.0 (2018)
	Altre caratteristiche	è un formato proprietario (libero), estendibile, de facto, deprecato, binario
	Software necessario alla visualizzazione	Microsoft Office e visualizzatori open source

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
PNG	Il formato PNG è particolarmente raccomandato per la rappresentazione di immagini raster che non hanno bisogno di essere accompagnate da metadati particolarmente complessi (come quelli colorimetrici, geometrico-fisico o ottici).	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Immagini e fotografie
	Sviluppato da	ACME
	Estensione	.png
	Tipo MIME	image/png
	Formato aperto	SI

	Specifiche tecniche	ISO/IEC 15948:2004 • W3C Recommendation PNG Specification (2nd Ed.), 2003 • RFC-2083 • www.libpng.org
	Altre caratteristiche	è un formato `aperto, de iure, binario, muto`
	Software necessario alla visualizzazione	Image Glass

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
Word 2007	Documenti, prevalentemente di testo, impaginati.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Fogli di lavoro di testo
	Sviluppato da	Microsoft Corporation; ISO; ECMA
	Estensione	.docx
	Tipo MIME	application/vnd.openxmlformats-officedocument.wordprocessingml.document application/vnd.openxmlformats-officedocument.wordprocessingml.template
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	• Microsoft, Word extensions to OOXML (.docx) file format v11.1 (2018) • officeopenxml.com, Anatomy of a WordProcessingML file
	Altre caratteristiche	è un formato di testo flessibile derivato da SGML (ISO 8879).
	Software necessario alla visualizzazione	Word Mobile

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
HTML	Particolare dialetto di XML è HTML (ufficialmente codificato come XML puro a partire dalle sue versioni "XHTML" e "HTML5"), che serve a rappresentare il contenuto di pagine web.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	File di testo per gestione delle pagine html
	Sviluppato da	World Wide Web Consortium
	Estensione	.htm o .html
	Tipo MIME	Text/html
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	• W3C Recommendation HTML 5.2, 2017 • validator.w3.org • W3C Recommendation XML 1.0 (5th Ed.), 2013
	Altre caratteristiche	è un formato aperto, estendibile, de iure, testuale
	Software necessario alla visualizzazione	Notepad++

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
JSON	Il formato JavaScript Object Notation (JSON) è un altro formato estremamente versatile ed estendibile che, come XML, è usato in moltissimi ambiti informatici e viene dunque impiegato per svariate applicazioni.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	File di testo semplici
	Sviluppato da	Dominio pubblico
	Estensione	.json
	Tipo MIME	application/json
	Formato aperto	SI

	Specifiche tecniche	• RFC-8259 • ECMA-404 • json.org • ISO/IEC 8825-8:2018, ASN.1 encoding rules,part 8: JSON
	Altre caratteristiche	è un formato di testo. aperto, estendibile, de iure
	Software necessario alla visualizzazione	Notepad++

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
ZIP	Il formato consiste in un pacchetto di file, suddiviso in più cartelle, imbustato e compresso con un algoritmo ZIP e presentato come un unico file.	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Archivio compresso
	Sviluppato da	PKWARE
	Estensione	.zip
	Tipo MIME	application/zip
	Formato aperto	NO
	Specifiche tecniche	• ISO/IEC 21320-1:2015 • PKWARE, .ZIP File Format Specification, v6.3.5 (2018)
	Altre caratteristiche	è un formato proprietario (libero), retrocompatibile, de iure, binario
	Software necessario alla visualizzazione	7-zip

FORMATO	**DESCRIZIONE**	
7Z	7-Zip compressed archive format	
	Caratteristiche e dati informativi	
	Informazioni gestibili	Archivio compresso
	Sviluppato da	Igor Pavlov
	Estensione	.7z
	Tipo MIME	application/x-7z-compressed
	Formato aperto	SI
	Specifiche tecniche	Pavlov I., LZMA SDK (2018)
	Altre caratteristiche	è un formato aperto (GNU LGPL), retrocompatibile, de facto, binario
	Software necessario alla visualizzazione	7-zip

Per quanto concerne il formato degli allegati al messaggio di posta elettronica, valgono le indicazioni di cui sopra. I formati XML ed EML sono accettati solamente per le classi documentali di tipo “PEC”.
Torna al sommario

6.3.3 Identificazione

L’associazione del documento informatico al suo formato può avvenire, attraverso varie modalità, tra cui le più impiegate sono:

1. l’estensione: una serie di lettere, unita al nome del file attraverso un punto, ad esempio [nome del file].doc identifica un formato sviluppato dalla Microsoft;
2. il magic number: i primi byte presenti nella sequenza binaria del file, ad esempio 0xffd8 identifica i file immagine di tipo .jpeg;
3. verifica della corrispondenza tra il tipo MIME ricavato dall’estensione del file ed il tipo MIME ricavato dal magic

number;

4. l'utilizzo di tool automatici specifici come Apache TIKA

Per identificare il formato dei files posti in conservazione occorre procedere all'analisi di ogni singolo documento informatico contenuto all'interno dei pacchetti di versamento. ARUBA procede come segue:

1	**Fase di IDENTIFICAZIONE**	Ogni documento che viene inviato al sistema di conservazione deve essere stato precedentemente ed espressamente indicato dal sistema versante. In questo modo tutti i documenti non noti vengono automaticamente non riconosciuti e quindi rifiutati
2	**Fase di RICEZIONE**	Il sistema Aruba, una volta noti i documenti che il Cliente vuole mettere in conservazione si mette in attesa, secondo i canali concordati, della loro ricezione
3	**Fase di VALIDAZIONE**	Una volta che i documenti vengono recepiti dal sistema di conservazione la prima elaborazione effettuata sugli stessi è quella del rilevamento della tipologia corretta del documento. Solo se questo esame restituisce esito positivo vengono realizzate ulteriori validazioni atte a garantire la correttezza formale del documento, secondo gli standard qui esposti e gli accordi convenuto col Cliente

Torna al sommario

6.4 Metadati da associare alle diverse tipologie di documenti

Con il termine "metadati" si indicano tutte le informazioni significative associate al documento informatico, escluse quelle che costituiscono il contenuto del documento stesso. I metadati riguardano principalmente, ma non esclusivamente, i modi, i tempi ed i soggetti coinvolti nel processo della formazione del documento informatico, della sua gestione e della sua conservazione.

Metadati sono anche le informazioni riguardanti gli autori, gli eventuali sottoscrittori e le modalità di sottoscrizione e la classificazione del documento. I metadati devono essere associati al documento dal Cliente prima del versamento in conservazione e per tale ragione vengono esplicitati all'interno di uno specifico allegato, facente parte del Contratto di servizio stipulato con ARUBA (come specificato al par. 10.1.2).
I metadati forniti dal Cliente restano di proprietà del Cliente medesimo.

I metadati, seppur chiaramente associati al documento informatico, possono essere gestiti indipendentemente dallo stesso. In relazione ai diversi tipi di documenti informatici posti in conservazione, è previsto un "**set minimo"** di metadati.

Oltre al set minimo di metadati, il Cliente potrà decidere di associare al documento informatico eventuali ulteriori metadati c.d. "*extrainfo*". Le extra info verranno inserite, al pari degli altri metadati, nell'indice di conservazione che. I metadati *extrainfo* dovranno essere puntualmente individuati nello spazio ad essi riservato nell'apposito allegato del *Contratto* e verranno opportunamente gestiti da Aruba come in esso concordato.

Torna al sommario

6.5 Modalità di assolvimento dell'imposta di bollo sui documenti posti in conservazione

Il Cliente è tenuto al pagamento dell'imposta di bollo eventualmente dovuta sui documenti depositati in conservazione.

Pertanto, il versamento dell'imposta dovuta dovrà essere effettuata dal Cliente nei termini previsti dall'art. 6 del DMEF 17 giugno 2014 e nei modi di cui all'art. 17 del D.Lgs. 9 luglio 1997, n. 241 e loro successive modificazioni e/o integrazioni.

Tutti i relativi e conseguenti obblighi, adempimenti e formalità per l'assolvimento dell'imposta di bollo sui documenti informatici posti in conservazione sono ad esclusivo onere e carico del Cliente, il quale dovrà attenersi alle disposizioni di legge ed ai documenti di prassi emanati ed emanandi.

Allo stesso modo, sono ad esclusivo onere e carico del Cliente tutte le comunicazioni da presentare al competente Ufficio delle entrate in forza di quanto stabilito dalla normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici.

Torna al sommario

6.6 Pacchetto di versamento

In questo paragrafo sono fornite le tipologie di pacchetto di versamento gestite e per ciascuna di esse descritta la

struttura dati.
Il nostro standard prevede l' indice di un pacchetto di versamento che si caratterizza per le seguenti parti:
- area di identificazione del PDV
- area di identificazione dei documenti costituenti il pacchetto e composta dai seguenti elementi:
  - metadato obbligatori
  - metadati extra-info

Nella prima parte il dato importante e obbligatorio è il *pdvid* ovvero l'identificativo del PDV. Esso deve essere unico all'interno dello spazio gestito dal produttore, quindi indipendentemente dall'archivio.

La seconda parte prevede una lista di elementi, uno per ogni documento da versare. Ogni singolo file deve essere per prima cosa identificato. A questo scopo sono necessari i seguenti dati:
- nome file
- algoritmo di hashing per la generazione dell'impronta
- impronta del documento

Inoltre, poiché il sistema deve controllare la tipologia di documento per valutarne l'aderenza alle condizioni espresse in fase di contratto, deve essere indicato il MIME type del documento.
Per rimanere poi aderenti alla norma vigente devono essere passati anche un id unico dei singoli documenti del pacchetto e la data di chiusura degli stessi.

L'ultima parte dell'Indice contiene un insieme di metadati extra-info, così come definiti in fase contrattuale col Produttore
Torna al sommario

6.6.1 Specifiche Pacchetto di Versamento

Le specifiche del Pacchetto di Versamento secondo lo standard definito da ARUBA, sono disponibili all'interno di specifiche sezioni pubblicate sui siti web www.pec.it e guide.pec.it.
Torna al sommario

6.7 Pacchetto di Archiviazione

In questo paragrafo viene resa la struttura del Pacchetto di Archiviazione nonché il trattamento dei pacchetti di archiviazione.
Torna al sommario

6.7.1 Specifiche Pacchetto di Archiviazione

Il Pacchetto di Archiviazione è composto da varie parti:

- l'insieme degli elementi (documenti e/o altri PdA) che compongono il pacchetto
- l'Indice del Pacchetto di Archiviazione (IPdA) che elenca tutti gli elementi del pacchetto. Il formato dell'indice è aderente allo standard UNI SInCRO (nel quale è indicato come IdC – Indice di Conservazione) ed è marcato temporalmente e firmato elettronicamente con certificato del Responsabile del Sistema di Conservazione.

Torna al sommario

6.8 Pacchetto di Distribuzione

Il Pacchetto di Distribuzione contiene l'insieme degli elementi (documenti e/o PdA) precedentemente ricercati e selezionati dall'utente.

Viene offerto sotto forma di un archivio .zip che per ogni elemento contiene:

- una cartella contenente l'elemento stesso. Nel caso di un documento il documento stesso, nel caso di un PdA

l'intero PdA, ovvero tutti gli elementi di cui è costituito

- un'altra cartella che contiene l'indice relativo all'elemento individuato, marcato temporalmente e firmato elettronicamente con certificato del Responsabile del Sistema di Conservazione

Torna al sommario

6.9 Documenti rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie

In considerazione di quanto previsto dall'art. 21, co. 5, del CAD[1], i documenti informatici rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie (di seguito, per brevità chiamati anche "**DIRT**") sono conservati nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni in materia, attualmente riconducibili al Decreto del 17 giugno 2014 del Ministero dell'Economia e delle Finanze e successive modificazioni ed integrazioni.

Il Cliente, pertanto, è tenuto a conoscere le disposizioni relative alla normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici in vigore ed a controllare l'esattezza dei risultati ottenuti con l'utilizzo del Servizio di conservazione fornito da ARUBA.

Formazione, emissione e trasmissione dei documenti fiscalmente rilevanti

Ai fini tributari, la formazione, l'emissione, la trasmissione, la copia, la duplicazione, la riproduzione, l'esibizione, la validazione temporale e la sottoscrizione dei documenti informatici, deve avvenire a cura del Cliente nel rispetto delle regole tecniche adottate ai sensi dell'art. 71 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e dell'art. 21, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, in materia di fatturazione elettronica

Immodificabilità, integrità, autenticità e leggibilità dei documenti fiscalmente rilevanti

I documenti informatici rilevanti ai fini tributari devono avere le caratteristiche dell'immodificabilità, dell'integrità, dell'autenticità e della leggibilità, e devono essere utilizzati i formati previsti dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 e dai decreti emanati ai sensi dell'art. 71 del predetto decreto legislativo nonché quelli individuati nel presente Manuale. Detti formati devono essere idonei a garantire l'integrità, l'accesso e la leggibilità nel tempo del documento informatico.

Pertanto, tutti i DIRT che vengono versati in conservazione devono essere statici ed immodificabili, ossia privi di qualsiasi agente di alterazione.

Il Cliente dovrà assicurarsi e garantire che i DIRT che versa in conservazione abbiano le suddette caratteristiche sin dalla loro formazione e, in ogni caso, prima che siano depositati nel sistema di conservazione.

A tale fine, i DIRT, salvo diverso e circostanziato accordo col Responsabile del servizio di conservazione, devono essere prodotti nel formato PDF/A in conformità a quanto previsto nel capitolo 12 del presente *Manuale*.

Ordine cronologico e non soluzione di continuità per periodo di imposta

Posto che l'art. 3 del Decreto MEF 17.06.2014 stabilisce che i documenti informatici devono essere conservati in modo tale da rispettare le norme del codice civile, le disposizioni del codice dell'amministrazione digitale e delle relative regole tecniche e le altre norme tributarie riguardanti la corretta tenuta della contabilità, il Cliente deve farsi carico di versare in conservazione i propri documenti informatici assicurando, ove necessario e/o previsto dalle norme e/o dai principi contabili nazionali, l'ordine cronologico dei medesimi e senza che vi sia soluzione di continuità in relazione a ciascun periodo d'imposta o anno solare.

In altre parole, gli obblighi richiamati dall'art. 3 del DM 17.06.2014, essendo riferibili a norme riguardanti la corretta tenuta della contabilità, sono posti a completo ed esclusivo carico del Cliente.

Ciò comporta che il Cliente, nell'eseguire il versamento in conservazione dei DIRT, dovrà rispettare le regole di corretta tenuta della contabilità e procedere secondo regole uniformi, nell'ambito del medesimo periodo d'imposta o anno solare.

Funzioni di ricerca

ARUBA non fornisce, in fase di formazione dei documenti, alcuna funzionalità di indicizzazione degli stessi che, quindi, è posta ad esclusivo carico e sotto la responsabilità del Cliente il quale al documento informatico immodificabile il Cliente dovrà associare, in relazione ad ogni classe/tipologia documentale, i metadati previsti dalla legge (anche tributaria) e dalle regole tecniche di cui all'art. 71 del CAD e, più in generale, dalla vigente normativa in materia o gli eventuali ulteriori metadati riportati nell'Elenco documenti in conservazione; i suddetti metadati dovranno essere generati dal Cliente durante la fase di produzione/formazione/emissione dei documenti informatici.

[1] Art. 21, co. 5 del CAD: "Gli obblighi fiscali relativi ai documenti informatici ed alla loro riproduzione su diversi tipi di supporto sono assolti secondo le modalità definite con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie.";

Pertanto, è il Sistema di Gestione documentale del Cliente che deve assicurare l'indicizzazione dei DIRT in merito al formato, allo stato, alle caratteristiche (fiscali) di ogni singolo DIRT ed ai metadati "minimi" previsti dal Decreto MEF del 17 giugno 2014 (nome, cognome, denominazione, codice fiscale, partita IVA, data e associazioni logiche di questi) e dal presente *Manuale* nel capitolo 12.

Per sfruttare appieno le potenzialità del processo di conservazione dei DIRT non è sufficiente attenersi alle regole tecniche previste dalla norma, ma è necessario che il Cliente si attenga scrupolosamente ad un progettato ciclo di gestione dei DIRT, con il fine di predisporli ed organizzarli sin dalla loro formazione in modo tale da massimizzare la facilità del loro reperimento, prestando particolare attenzione alla fase di classificazione ed organizzazione. Dal puntuale svolgimento di quanto sopra dipende la facilità del loro reperimento.

A tale fine, è necessario che, in relazione ad ogni classe documentale, il Cliente associ ad ogni DIRT i metadati previsti dal presente *Manuale* (ed, eventualmente, degli ulteriori previsti nell'apposito allegato del *Contratto*) necessari per adempiere agli obblighi imposti dalle disposizioni in materia.

Il sistema di conservazione garantisce, come riportato nel capitolo 16, le necessarie funzioni di ricerca dei DIRT conservati sulla scorta dei metadati ad essi associati.

Classificazione dei DIRT secondo aggregazioni per "Tipo documento"

Il Sistema di Gestione documentale del Cliente, oltre ad assicurare il formato, l'indicizzazione, l'apposizione del riferimento temporale, la sottoscrizione con firma digitale di ogni DIRT dallo stesso prodotto, deve provvedere altresì alla classificazione per tipologia di documento in conformità a quanto previsto dall'Allegato 1 al presente Manuale.

Torna al sommario

6.9.1 Modalità di assolvimento dell'imposta di bollo sui DIRT

Come precisato nel precedente capitolo 12, l'imposta di bollo nonché tutti gli obblighi e le formalità per l'assolvimento dell'imposta sui DIRT, qualora dovuta, sono ad esclusivo onere e carico del Cliente, il quale dovrà attenersi alle disposizioni di legge (art. 6, del DMEF del 17 giugno 2014) ed ai documenti di prassi emanati ed emanandi.

Torna al sommario

6.10 Trattamento dei pacchetti di archiviazione contenenti documenti rilevanti ai fini delle disposizioni tributarie

Il processo di conservazione dei DIRT è effettuato nel rispetto delle regole di cui al DMEF del 17 giugno 2014 e successive modificazioni ed integrazioni.

Nello specifico, il processo di conservazione, prende avvio con il versamento in conservazione del pacchetto di versamento prodotto dal Cliente e termina (ergo, "viene chiuso in conservazione") termina con l'apposizione di una marca temporale sul Pacchetto di Archiviazione.

Con riferimento ai DIRT, il processo di conservazione, in forza di quanto stabilito dall'art. 3 del DMEF del 17 giugno 2014, è effettuato entro il termine previsto dall'art. 7, comma 4-ter, del decreto-legge 10 giugno 1994, n. 357, convertito con modificazioni dalla legge 4 agosto 1994, n. 489 e s.m.i..

Pertanto, il Cliente dovrà provvedere a trasmettere ad ARUBA il pacchetto di versamento, contenente i DIRT da sottoporre a conservazione, rigorosamente entro i termini stabiliti nell'apposito allegato del Contratto; tale termine è necessario ad ARUBA per "chiudere" in conservazione il Pacchetto di Archiviazione entro i termini perentori previsti dalla legge.

Torna al sommario

7 Il processo di conservazione

In questo capitolo sono riportate tutte le fasi inerenti il processo di conservazione dei documenti informatici
Torna al sommario

7.1 Modalità di acquisizione dei pacchetti di versamento per la loro presa in carico

Come già anticipato in altre parti del presente *Manuale*, unico responsabile del contenuto del pacchetto di versamento è il Cliente (Produttore), che deve formarlo, sottoscriverlo con firma digitale (ove previsto) e trasmetterlo al sistema di conservazione secondo le modalità operative di versamento definite nel presente *Manuale,* nel *Contratto* e nei rispettivi allegati.
L'operazione di versamento consiste nella trasmissione dei documenti da conservare e dei metadati che li specializzano, così come già accennato precedentemente.
La ricezione e presa in carico di un pacchetto di versamento segue uno schema logico di funzionamento che si articola in due fasi distinte: ricezione dell'Indice del Pacchetto di Versamento (IPdV) e ricezione dei documenti che fanno parte del Pacchetto di Versamento (PdV).

L'uno e gli altri possono essere trasmessi al sistema di conservazione attraverso canali diversi. Alternativamente essi possono essere:

- interfaccia web
- invocazione di metodi tramite web service REST
- trasferimento via protocollo FTP

Ogni canale messo a disposizione è provvisto di opportuni accorgimenti per la trasmissione dei dati in modalità sicura:

- l'interfaccia web viaggia su protocollo HTTPS
- il web service REST è contattabile tramite protocollo HTTPS
- la PEC nativamente garantisce autenticità della provenienza e notifica di consegna in modalità sicura
- il server FTP è raggiungibile via FTPS

Per il completamento delle operazioni di conservazione di un PdV non è necessario scegliere esclusivamente uno dei canali sopra citati. La ricezione, anche in maniera asincrona, dei singoli componenti di un PdV possono arrivare anche da canali diversi.

Il sistema di conservazione prende in carico un PdV solo dopo che tutte le sue parti (IPdV e relativi documenti) vengono correttamente ricevuti e superano con esito positivo i relativi controlli.

Tale operazione viene ufficialmente sancita dalla produzione del cosiddetto Rapporto di Versamento (RdV) che viene consegnato al cliente.

Poiché la produzione del RdV rappresenta formalmente la presa in carico del PdV da parte del sistema di conservazione, il RdV viene marcato temporalmente e firmato digitalmente direttamente o via delega dal Responsabile del servizio di Conservazione.

Torna al sommario

7.1.1 Ricezione dell'indice del pacchetto di versamento

L'IPdV è un'evidenza informatica, ovvero un file, che descrive il versamento stesso e i documenti che ne fanno parte attraverso l'uso di metadati. Questi sono di carattere diverso a seconda che descrivano proprietà e qualità del pacchetto in genere o dei singoli documenti.

E' bene sottolineare che ogni PdV può contenere esclusivamente documenti della stessa tipologia, ovvero della stessa Classe Documentale. In questo senso l'elenco dei metadati dei singoli documenti è in qualche modo omogeneo.

Per consentire l'elaborazione automatica dei metadati il sistema di conservazione Aruba richiede l'incapsulamento degli stessi in un determinato formato XML, che di fatto costituisce l'IPdV.

In tale file sono contenute sezioni diverse che identificano la qualità dei metadati. Essi infatti possono essere caratteristici del PdV e del soggetto versante, rappresentare direttive speciali di elaborazione per la conservazione, descrittivi dei singoli documenti che si vogliono conservare, a loro volta distinti in standard, come indicato nel paragrafo 12.4, o definiti insieme al Cliente in fase di stipula del contratto e infine caratteristici del formato del documento.

La struttura dell'indice del pacchetto di versamento è definita nel paragrafo 6.6.1.
La funzione di ricezione degli indici dei pacchetti di versamento nel sistema di conservazione effettua, per ogni indice, i seguenti controlli:

- abilitazione alla conservazione da parte del sistema di gestione documentale versante e in particolare dell'utente che effettua il versamento. In caso di esito negativo il sistema rifiuta il tentativo di versamento
- controllo formale dell'indice versato. In particolare viene verificato che sia un formato XML valido per una elle Classi Documentali registrate a sistema. In caso di esito negativo il sistema rifiuta il tentativo di versamento
- verifica, tramite l'id univoco contenuto nell'indice, dell'eventuale presenza del PdV già nel sistema. In caso di esito positivo il nuovo indice sostituisce in toto il vecchio. Di conseguenza vengono aggiornati tutti i metadati, tutti i documenti eventualmente versati e non più presenti nel nuovo indice vengono cancellati dal sistema
- controllo sulla completezza e correttezza formale dei metadati, in relazione alla Classe Documentale rilevata. In caso di esito negativo il sistema rifiuta il tentativo di versamento
- controllo sulla tipologia di documenti che si vuole versare. Ogni documento deve appartenere ad almeno uno dei formati ammessi dalla tipologia di Classe Documentale. In caso di esito negativo il sistema rifiuta il tentativo di versamento
- eventuali controlli supplementari definiti insieme al Cliente. La gestione degli esiti negativi va formalizzato in sede contrattuale

Torna al sommario

7.1.2 Ricezione documenti associati ad un pacchetto di versamento

La ricezione dell'IPdV permette al sistema di conservazione di registrare i metadati del PdV e di mettersi in attesa dei documenti per la conservazione del pacchetto.
Relativamente al singolo documento tra i metadati indicati nell'IPdV sono di particolare importanza quelli utili all'identificazione dello stesso. Essi sono principalmente due: un identificativo univoco utile all'identificazione human readable del documento e un hash del file stesso, ovvero una stringa di caratteri che normalizza con un particolare algoritmo in maniera univoca il documento stesso.
In particolare l'hash, che per il sistema di conservazione Aruba deve essere in formato SHA256 base64, garantisce la riconoscibilità e incorruttibilità del documento in forma automatica e univoca.
Nel momento in cui un documento viene ricevuto da uno qualsiasi dei canali esposti precedentemente, ne viene calcolato l'hash in SHA265 e base64. Se il risultato è tra quelli precedentemente comunicati in uno dei IPdV ricevuti e non ancora in conservazione, allora il file viene accettato.
Successivamente la funzione di ricezione dei documenti informatici nel sistema di conservazione effettua una serie di controlli atti a verificare formalmente leggibilità, integrità e la corrispondenza del documento alle regolamentazioni stabilite per la Classe Documentale di appartenenza. Per operare ciò il sistema determina il formato dello stesso sulla base di quanto esposto in precedenza (estensione e mimetype).
La mancata identificazione del formato del file causa il rifiuto dello stesso con conseguente restituzione di un errore.
Una volta individuato il formato del documento viene controllato che questo sia tra i formati ammessi per la Classe Documentale di appartenenza. Nel caso di esito negativo il file viene rifiutato e viene restituito un errore. Superati i primi controlli, ne vengono operati degli altri relativamente alla qualità dello stesso.
In relazione a ciascun documento informatico infine:

- viene verificato che non sia già presente nel sistema di conservazione;
- viene verificato che il salvataggio avvenga correttamente all'interno del sistema di conservazione.

Tutti i documenti informatici che non superano anche uno solo dei precedenti controlli **vengono rifiutati**. In questo caso non viene salvata alcuna informazione sul sistema di conservazione ed il documento non conforme viene immediatamente eliminato.

Quando tutti i documenti di un pacchetto di versamento vengono ricevuti correttamente viene reso disponibile il rapporto di versamento sottoscritto con firma digitale dal Responsabile del servizio di Conservazione.

Tale rapporto viene anche inviato via email da un indirizzo PEC all'indirizzo PEC fornito dal cliente in fase contrattuale.
Torna al sommario

7.2 Verifiche effettuate sui pacchetti di versamento e sugli oggetti in essi contenuti

Le funzionalità attivate nel processo di versamento/acquisizione del pacchetto di versamento prevedono dei controlli sia nella fase di ricezione dell'indice del PdV che sui singoli documenti inviati e corrispondenti a quanto previsto nell'indice stesso. La tabella riportata in basso elenca le diverse tipologie di controlli effettuati e per ognuna di esse indica l'azione prevista da sistema. Quest'ultima può tradursi in una operazione di scarto o notifica di un warning.

Controlli dell'indice del Pacchetto di versamento

Il deposito di un pacchetto di versamento è distinto per ciascun pacchetto di documenti informatici omogenei (documenti omogenei, ossia aventi la stessa classe documentale). Pertanto, a classi documentali diverse corrispondono diversi PdV e versamenti, uno per ogni classe.

Controlli nella fase di ricezione dell'indice del PdV

ID	Oggetto del controllo	Azione in caso di check negativo
Verifica Autorizzazioni		
1.01	viene verificato che l'utente che effettua il versamento sia abilitato all'invio dei Pdv	Il sistema scarta l'intero pacchetto
Verifica formale indice del PdV		
2.01	viene verificato che l'oggetto ricevuto sia formalmente un indice xml in linea con lo standard DocFly	Il sistema scarta l'intero pacchetto
2.02	viene verificato che il PdV è versato nei termini contrattuali e di servizio stabiliti col produttore	WARNING: Il sistema accetta il PdV ma non garantisce la conservazione nei termini concordati
Verifica presenza dati-documenti nell'indice del PdV		
3.01 **3.02**	viene verificato che l'indicazione del sistema di conservazione sia corretta viene verificato che l'identificativo specificato nel Pdv non sia già presente nel sistema di conservazione	Il sistema scarta il PdV poiché il metadato contenuto nell'indice indica un sistema di conservazione diverso da DocFly Il sistema verifica se il PdV (che contiene lo stesso ID) non sia già stato conservato. In questo caso il sistema considera il nuove indice in sostituzione del precedente. Viene invece scartato qualora il PdV risulta essere in stato 'conservato'.
3.04	viene effettuato un controllo semantico sui metadati presenti nell'indice del PdV	Il sistema scarta il PdV poiché uno o più metadati non rispettano il formato condiviso nel contratti di servizio
3.05	viene controllato che per ciascun documento dichiarato e descritto all'interno dell'indice del Pdv: a. tutti i metadati minimi obbligatori siano presenti e nel formato corretto; b. il formato del documento è un formato ammesso c. l'estensione del documento sia tra quelle ammesse per il tipo documento; d. il formato dichiarato sia corrispondente all'estensione del nome file	Il sistema scarta il PdV perché le verifiche formali sui documenti dichiarati nell'indice del PdV hanno avuto esito negativo
Verifiche Paternità		
4.01	viene verificato che il Pdv, nel caso abbia estensione P7M, sia firmato con certificato valido	Il sistema scarta il PdV perché le verifiche formali sui certificati di firma hanno avuto esito negativo
4.02	viene verificato che tutte le firme apposte al Pdv siano valide	Il sistema scarta il PdV perché le verifiche formali sui certificati di firma hanno avuto esito negativo

Controlli nella fase di ricezione dei documenti

A seguito della corretta ricezione dell'indice del PdV, il sistema di conservazione è pronto per la ricezione dei relativi documenti informatici (files) descritti nel pacchetto stesso

Controlli nella fase di ricezione dei documenti (files)

ID	Oggetto del controllo	Azione in caso di check negativo
Controllo ricezione documenti		
1.01	viene verificato che l'hash del documento informatico inviato sia corrispondente all'hash dichiarato all'interno del medesimo indice del pacchetto al fine di avere garanzia che la trasmissione del pacchetto sia avvenuta correttamente e che l'integrità del documento informatico ricevuto sia assicurata	Il sistema scarta il documento poiché non atteso
1.02	in caso di file P7M viene verificata la validità della firma apposta su ogni singolo documento: • Controllo di conformità. • Controllo Crittografico. • Controllo Catena Trusted. • Controllo Certificato. • Controllo CRL	Il sistema scarta il documento qualora il certificato di firma non sia valido WARNING: in caso di documenti firmati e il certificato di firma utilizzato è prossimo alla scadenza, il sistema evidenzia un warning.
1.03	viene verificato che il documento sia leggibile	Il sistema scarta il documento nel caso questo non sia leggibile
1.04	viene verificato che il formato del documento informatico sia effettivamente valido e corrispondente a quanto dichiarato nel pacchetto di versamento. In tal caso i controlli eseguiti variano in funzione del formato atteso per ciascuno specifico documento.	Il sistema scarta il documento poiché il formato non è quello atteso
1.05	viene verificato che i documenti ricevuti non siano già presenti nel sistema di conservazione;	WARNING: il documento viene accettato e il sistema invia una notifica
1.06	viene verificato che la ricezione dei documenti si sia correttamente conclusa entro la data limite di ricezione stabilita col produttore nel contratto di servizio	WARNING: il documento viene accettato ma il sistema non garantisce la conservazione nei termini concordati

Le eventuali anomalie e/o scarti riscontrate durante le verifiche effettuate sull'indice del pacchetto di versamento e documenti contenuti al suo interno, saranno comunicate via PEC sia al responsabile della conservazione indicato dal cliente (nel contratto di servizio) che all'utente che ha effettuato l'operazione di versamento.

Tali comunicazioni saranno conservate all'interno del sistema di posta per tutta la durata del contratto sottoscritto dal cliente.

Torna al sommario

7.3 Accettazione dei pacchetti di versamento e generazione del rapporto di versamento di presa in carico

Il sistema di conservazione predispone, per ciascun pacchetto di versamento, un **rapporto di versamento** che viene firmato dal Responsabile del Sistema di Conservazione. Lo schema del rapporto di versamento è illustrato nel paragrafo successivo (par. 7.3.1).

In particolare il rapporto di versamento contiene, tra l'altro, le seguenti informazioni:

- identificativo unico del PdV, come indicato nel relativo IPdV
- identificativo unico del PdV fornito dal sistema di conservazione
- data di ricezione dell'IPdV
- per ogni documento accettato viene indicato:
  - id univoco, come indicato nell'IPdV
  - id univoco fornito dal sistema di conservazione
  - hash
  - data di ricezione
  - esito della ricezione (accettato o warning)
  - descrizione warning, ove necessario

Torna al sommario

7.3.1 Specifiche rapporto di versamento

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

Esso viene prodotto nel momento in cui tutti gli elementi utili per la conservazione del pacchetto di versamento sono stati consegnati al sistema.

In esso sono presenti sempre i seguenti dati:

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

Il Rapporto di Versamento viene sempre firmato digitalmente con certificato del Responsabile di Conservazione. In questo modo viene reso non modificabile.

Torna al sommario

7.4 Rifiuto dei pacchetti di versamento e modalità di comunicazione delle anomalie

Per la gestione dei rifiuti dei pacchetti di versamento e modalità di comunicazione delle anomalie si rimanda al par. 7.2.

Torna al sommario

7.5 Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione

Il Pacchetto di Archiviazione (PdA) è quello conservato dal sistema di conservazione e possiede un insieme completo di metadati utili alla conservazione a lungo termine.

Il Pacchetto di Archiviazione viene realizzato secondo lo standard di riferimento SInCRO - Supporto all'Interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti digitali (UNI 11386:2010), che rappresenta lo standard nazionale riguardante la struttura dell'insieme dei dati a supporto del processo di conservazione.

Uno più pacchetti di versamento vengono trasformati in un Pacchetto di Archiviazione (PdA) in base alle regole tecniche standard del sistema conservazione previste e agli accordi contrattuali.

Il sistema di conservazione a lungo termine ha, fra le altre, la prerogativa di conservare l'autenticità dei documenti in esso contenuti.

La preservazione della suddetta autenticità non può però basarsi tout court sulla firma digitale in quanto quest'ultima:

- ha una validità slegata dall'architettura e dalla struttura del sistema di conservazione;
- ha una validità limitata nel tempo e pari al certificato emesso dalla CA;
- vede la propria sicurezza legata ad algoritmi soggetti ad obsolescenza tecnologica.

È pertanto fondamentale che il sistema di conservazione a lungo termine verifichi la validità ed il valore delle firme digitali apposte dal Cliente sui documenti informatici oggetto di conservazione.

A tale fine, il Cliente dovrà accertarsi che le firme digitali apposte sui documenti informatici inviati in conservazione:

a) siano valide al momento di sottoscrizione del documento informatico;

b) e mantengano piena validità sino al termine ultimo convenuto con ARUBA per la "chiusura" del Pacchetto di Archiviazione.

Con la sottoscrizione dei pacchetti di archiviazione ARUBA non sottoscrive il contenuto e la semantica dei documenti conservati ma asserisce solamente che il processo di conservazione è stato eseguito correttamente, nel rispetto della normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici

Torna al sommario

7.5.1 Chiusura anticipata (in corso d'anno) del Pacchetto di Archiviazione

In caso di accessi, verifiche ed ispezioni in corso d'anno, il sistema consente, dietro specifica richiesta del Cliente, l'anticipata chiusura del Pacchetto di Archiviazione rispetto ai tempi programmati.

Torna al sommario

7.5.2 Gestione dei Pacchetti di Archiviazione non validi o non completi

Nel caso di versamento di un PdA che non viene completato entro 4 ore dalla sua creazione, il sistema invia una email al Responsabile della Conservazione per avvertire l'utente e chiedere il completamento o la modifica del PdA.

Qualora il PdA non venga completato entro 7 giorni dalla sua creazione, il sistema provvederà a:

a) Rimuovere i PdV incompleti presenti nel PdA e/o documenti non collegati a nessun IPdV;
b) Conservare il PdA con i soli PdV completi e validi (con conseguente RdC);
c) Eliminare l'intero PdA nel caso in cui non contenga alcun PdV valido;
d) Inviare una mail di notifica all'utente dell'avvenuta cancellazione dei PdV incompleti ed eventuale conservazione del PdA con i soli PdV validi e completi;
e) Registrare sui log il dettaglio di tutte le operazioni e dei file cancellati.

Torna al sommario

7.5.3 Rettifica dei pacchetti di archiviazione

Il sistema di conservazione prevede la possibilità di eseguire la rettifica del pacchetto di archiviazione, inviando un documento successivo rispetto a quello inviato in precedenza in conservazione. Tale operazione, riservata solamente al produttore o titolare con diritti di scrittura sulla classe documentale relativa, permette al cliente di sostituire un documento inviato in conservazione con un nuovo documento dello stesso tipo, lasciandone invariati i metadati.

Il cliente, una volta indicato il PDA sul quale applicare la rettifica, potrà procedere alla sostituzione di uno o più documenti ed inserire la motivazione relativa all'operazione. Il documento sarà sottoposto ai medesimi controlli di verifica previsti dal processo di conservazione sui documenti originariamente inviati al servizio di conservazione. Una volta sostituiti i documenti, il sistema mostrerà a video l'esito della rettifica: in caso di errori riscontrati, verrà indicato per ciascun documento la tipologia di errore, permettendo al cliente di apportare le modifiche necessarie per concludere l'operazione, altrimenti sarà confermato l'esito positivo della rettifica.

Il PDA rettificato conterrà l'IPDV ed i documenti modificati, mentre il PDA originale rimarrà a disposizione sul sistema di conservazione nel PDD e consultabile dal cliente in qualsiasi momento.

Le operazioni di rettifica verranno registrate nei log di sistema.

Torna al sommario

7.6 Preparazione e gestione del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione

Nel modello OAIS e in linea con la normativa vigente, il Pacchetto di Distribuzione è strutturato nel modello dati come il Pacchetto di Archiviazione. La differenza sta nella sua destinazione in quanto esso viene concepito per essere fruito ed utilizzato dall'utente finale (esibizione).

In questo caso, un PdD può anche non coincidere con il Pacchetto di Archiviazione originale conservato: anzi, molto spesso, ragioni di opportunità inducono a distribuire pacchetti informativi che sono un'estrazione del contenuto informativo di un PdA. Può anche verificarsi il caso di Pacchetto di Distribuzione che sono il frutto di più PdA che vengono "spacchettati" e reimpacchettati per un più fruibile utilizzo da parte dell'utente.

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

In risposta alla richiesta iniziale di esibizione, da parte dell'utente, il sistema di conservazione risponderà restituendo un PdD che nel caso più completo conterrà:

- I file/documenti richiesti così come sono stati archiviati dal sistema al momento della messa in conservazione
- Indici dei Pacchetti di Archiviazione, marcati temporalmente e firmati come all'origine, con cui sono stati conservati i documenti richiesti. Al loro interno sono contenuti tutti i metadati di tutti i documenti messi in conservazione nello stesso PdA

A fronte di una richiesta di produzione del Pacchetto di Distribuzione, il sistema effettua delle verifiche di coerenza e correttezza del pacchetto e dei documenti in esso contenuti. A tal proposito, il sistema di conservazione verifica che le impronte dei documenti restituiti nel PdD corrispondano a quelle presenti nel relativo indice del Pacchetto di Archiviazione; in modo da garantire che i documenti stessi non abbiano subito alterazioni o modifiche nei contenuti.

La richiesta di produzione di un PdD implica l'invio di una comunicazione via PEC all'utente finale e altri destinatari eventualmente comunicati dal cliente nel contratto di servizio. Le comunicazioni via PEC, relative alle ricevute di invio e consegna, vengono conservate al fine di tracciare l'intera trasmissione.

La richiesta di esibizione può avvenire da due tra i canali messi a disposizione: interfaccia web e web service.

In entrambi i casi il flusso di selezione dei documenti da esibire è il medesimo:

1. ricerca dei documenti attraverso opportuni filtri
2. selezione e spostamento dei riferimenti dei documenti individuati all'interno di un area di lavoro
3. richiesta di esibizione a partire dai documenti nell'area di lavoro
4. produzione del link di download da cui scaricare il Pacchetto di Distribuzione

La ricerca dei documenti avviene tramite la selezione di filtri sui metadati. Una volta individuata la classe documentale di interesse l'utente può effettuare le ricerche inserendo i valori su cui filtrare per uno o più metadati di riferimento.

La ricerca contemporanea su più metadati implica un filtro più forte, ovvero una restrizione del numero dei documenti risultanti.

Inoltre è possibile effettuare una ricerca tra documenti di classi documentali differenti ma che sono accomunati per un particolare metadato.

Se ad esempio si volessero cercare tutti i documenti afferenti a un determinato numero pratica, dotando classi documentali di tipo differente dello stesso metadato "numero pratica" è possibile effettuare una ricerca di questo tipo.

Tutti i documenti di interesse risultanti dalle ricerche vengono quindi spostati in un'area di lavoro. Finita l'operazione di selezione l'utente può ulteriormente chiedere di esibire solo una parte dei documenti messi nell'area di lavoro.

Il Pacchetto di Distribuzione risultante dalla richiesta di esibizione contiene:

- i documenti da esibire
- gli indici dei PdA, marcati temporalmente e firmati elettronicamente così come al momento della conservazione, del flusso di conservazione relativo ai documenti scelti

Nel caso in cui tra i documenti figurino interi PdA, il Pacchetto di Distribuzione contiene tutti i documenti che lo compongono.

Torna al sommario

7.6.1 Attività conseguenti alla cessazione del contratto

In tutti i casi di cessazione del rapporto contrattuale, ARUBA consente al Cliente, nei termini previsti dalle Condizioni di

fornitura, il recupero dei propri documenti.

Non incombe su ARUBA alcun obbligo di provvedere alla materiale restituzione dei documenti informatici conservati, dal momento che l'attività di recupero dovrà essere effettuata dal Cliente con le modalità descritte di seguito:

1. Accedendo al sistema, il Cliente effettua esplicita richiesta di chiusura dell'intero Archivio
2. Il sistema in automatico genera il Pacchetto di Distribuzione contenente tutte le evidenze dei PdA (Pacchetti di Archiviazione) conservati.
3. Il Cliente riceve comunicazione via mail PEC del buon esito della procedura
4. Il Cliente, da sistema, richiede la produzione del Pacchetto di Distribuzione relativo all'intero archivio
5. Entro i termini stabiliti da contratto, il sistema rende disponibile il Pacchetto di Distribuzione che potrà essere scaricato dal cliente

Torna al sommario

7.7 Produzione di duplicati e copie informatiche e descrizione dell'eventuale intervento del pubblico ufficiale nei casi previsti

Nei successivi paragrafi vengono descritte le procedure adottate per la produzione di duplicati o copie.
Torna al sommario

7.7.1 Produzione di duplicati

La produzione di duplicati informatici dei documenti conservati può avvenire a seguito di una richiesta proveniente dal dipartimento tecnico oppure da una richiesta effettuata direttamente all'interno del sistema di conservazione.

In entrambe le situazioni, il passo iniziale consiste nella ricerca del documento informatico di interesse sfruttando le funzionalità messe a disposizione dal sistema di conservazione. Individuato il documento informatico di interesse, una apposita funzione consente di effettuare il download del documento stesso, producendo quindi un duplicato.

Il documento informatico richiesto viene infatti estratto dal sistema in formato binario controllando che l'estrazione sia eseguita senza errori e quindi inviata all'utente che ne ha fatto richiesta.

Torna al sommario

7.7.2 Produzione di copie

La produzione di copie si rende necessaria solamente a seguito di obsolescenza tecnologica di un formato accettato in conservazione e determina, quale diretta conseguenza, l'avvio di una procedura di riversamento sostitutivo. In ogni caso il sistema di conservazione non consente l'invio dello stesso PdV per più di una volta. Una volta conclusa la fase di presa in carico del PdV e la conseguente creazione del RdV, così come descritto al cap. 7.1, non sarà possibile effettuare alcuna modifica e/o cancellazione.

In tale contesto ARUBA, previo perfezionamento di specifico accordo scritto (dove saranno concordati ruoli, modalità, tempi e corrispettivi), si renderà disponibile a collaborare col Cliente nell'effettuare le copie informatiche dei documenti informatici depositati in conservazione secondo quanto stabilito dalle regole tecniche vigenti.

Torna al sommario

7.7.3 Produzione copie o duplicati su supporti rimuovibili

In caso di richiesta di produzione di copie o duplicati su supporto rimuovibile, viene prodotto un insieme di DVD (o altro supporto), ognuno autoconsistenze, e consegnati al responsabile della conservazione che ne ha fatto richiesta.

Il processo prevede l'uso di un apposito applicativo che permette la generazione di immagini complete o parziali degli archivi di conservazione che poi vengono riversate su supporto ottico da un operatore. Il software richiede in input l'identificativo dell'archivio di conservazione, le classi documentali desiderate e il periodo temporale coinvolto. L'output

generato è dato dal contenuto selezionato dagli archivi di conservazione, lottizzato in pacchetti di dimensione compatibile alla capienza del supporto ottico. I supporti creati vengono etichettati con una codifica generata automaticamente che in nessun modo riporta informazioni sul contenuto.

In ogni singolo pacchetto sono presenti i documenti protetti con criptazione e il software di ricerca e accesso. Il software di ricerca e accesso permette previo inserimento di una password da parte dell'utente, di poter visionare l'indice di quanto contenuto nei pacchetti prodotti, eseguire ricerche su metadati e decriptare e visionare i singoli documenti. Qualora il cliente desiderasse anche l'evidenza della conservazione verrà consentito lo scarico, ovviamente decriptando in linea, del documento con il relativo Indice di Conservazione e tutte le evidenze necessarie.

La protezione dei documenti è quindi ottenuta tramite criptazione con un certificato pubblico, generato allo scopo. La decriptazione è eseguita tramite la chiave privata, abbinata al certificato, rilasciata col software di ricerca e accesso, e un PIN che viene recapitato a mezzo telematico al responsabile della conservazione. Insieme al PIN viene anche recapitata una descrizione del contenuto di ogni supporto: codice del supporto, evidente sull'etichetta dello stesso, archivio, classi documentali data conservazione primo Pacchetto di Archiviazione, data conservazione ultimo Pacchetto di Conservazione.

Torna al sommario

7.7.4 Intervento del Pubblico Ufficiale

ARUBA richiede la presenza di un pubblico ufficiale nei casi in cui sia previsto il suo intervento assicurando allo stesso l'assistenza tecnica necessaria per l'espletamento delle attività al medesimo attribuite.

Ogni risorsa, comprese quelle di natura economica, necessaria per l'espletamento delle attività attribuite al pubblico ufficiale dovranno essere garantite e sostenute dal Cliente; pertanto, qualora il Cliente non se ne sia fatto carico direttamente, ARUBA è sin da ora autorizzata ad addebitare al Cliente tutti i costi e le spese, compresi gli onorari inerenti le attività prestate dal Pubblico Ufficiale, qualora la normativa ne richieda obbligatoriamente la presenza.

Torna al sommario

7.8 Scarto dei pacchetti di archiviazione

7.8.1 Trasferimento dei documenti informatici in conservazione

Nella scheda di conservazione, parte integrante del contratto di servizio e sottoscritta dal cliente, sono indicati i tempi entro i quali le diverse tipologie di documenti devono essere trasferite in conservazione, ove, nel caso delle pubbliche amministrazioni, non già presenti nel Manuale di gestione.

Torna al sommario

7.8.2 Scarto dei documenti informatici conservati

Relativamente alla possibilità di scarto, ossia di eliminare legalmente i documenti informatici conservati digitalmente a norma di legge, occorre distinguere preliminarmente la tipologia dei soggetti (Clienti) produttori, pubblici o privati.

Va preliminarmente osservato che in ambito privato, con l'eccezione degli archivi "dichiarati di notevole interesse storico", che divengono archivi specificatamente disciplinati, l'obbligo di conservazione dei documenti è disciplinato dall'ordinamento vigente e, in particolare, dai termini prescrittivi del codice civile nonché, per le scritture contabili, le fatture, le lettere e i telegrammi ricevuti e le copie delle fatture, delle lettere e dei telegrammi spediti, segnatamente dall'art. 2220 del c.c., il quale stabilisce l'obbligo di conservazione di dieci anni dalla data dell'ultima registrazione.

Il processo di scarto è composto di queste fasi:

1. l'elenco dei pacchetti di archiviazione contenenti i documenti destinati allo scarto è generato da Aruba PEC e trasmesso al responsabile della conservazione;
2. il responsabile della conservazione, verificato il rispetto dei termini temporali stabiliti dal piano di conservazione, lo comunica al responsabile della gestione documentale o al coordinatore della gestione documentale;
3. il Titolare dell'oggetto di conservazione, una volta ricevuta l'autorizzazione, che può essere concessa anche

solo su una parte dell'elenco proposto, provvede a trasmetterlo ad Aruba PEC;
4. Aruba PEC provvede alla distruzione dei pacchetti di archiviazione.

I documenti informatici e le aggregazioni documentali informatiche possono essere oggetto di selezione e scarto nel sistema di conservazione nel rispetto della normativa sui beni culturali.

In ambito pubblico, oltre alle prescrizioni civilistiche, si rendono applicabili una serie di altre disposizioni specifiche, una su tutte, il Codice dei beni culturali e ambientali, emanato con il D.Lgs. 10 gennaio 2004, n. 42.

Inoltre, con riferimento agli archivi pubblici o privati, che rivestono interesse storico-artistico particolarmente importante, lo scarto del Pacchetto di Archiviazione avviene previa autorizzazione del Ministero per i beni e le attività culturali rilasciata al produttore secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Al termine delle operazioni di distruzione dal sistema di conservazione dei pacchetti di archiviazione scartati, il Titolare dell'oggetto di conservazione deve notificare l'esito della procedura di scarto agli organi preposti alla tutela come già indicato in precedenza. Analoga comunicazione è inviata al Ministero dell'interno in caso di eliminazione di pacchetti di archiviazione contenenti documenti e/o dati di carattere riservato.

Torna al sommario

7.8.3 Richiesta di scarto immediato

I clienti possono richiedere ad ARUBA lo scarto di alcuni Pacchetti di Archiviazione dal sistema di conservazione. Fermo quanto definito nel precedente paragrafo, riguardante il rispetto della normativa vigente in materia, il Responsabile della Conservazione potrà, previa compilazione della modulistica messa a disposizione da ARUBA, richiedere lo scarto di uno o più PdA.

Il richiedente dovrà indicare nel modulo i riferimenti all'archivio ed ai pacchetti di archiviazione che intende scartare, unitamente alle motivazioni dello scarto ed alla conferma di disporre di tutte le autorizzazioni necessarie per l'operazione.

Il modulo dovrà essere accompagnato da firma valida ed inviato tramite email all'indirizzo pec scarto@docfly.it.

Le operazioni di scarto verranno registrate nei log di sistema.

Torna al sommario

7.9 Predisposizione di misure a garanzia dell'interoperabilità e trasferibilità ad altri conservatori

In analogia allo standard SInCRO, la struttura prevista per il PdV prevede una specifica al fine di raggiungere un soddisfacente grado d'interoperabilità nei processi di migrazione, la struttura dell'Indice di Conservazione viene realizzata da ARUBA in conformità con quanto previsto dallo standard "*Supporto all'Interoperabilità nella Conservazione e nel Recupero degli Oggetti digitali*", (c.d. SInCRO), ossia dalla norma UNI 11386 dell'ottobre 2010.

I pacchetti di archiviazione generati dal sistema di conservazione vengono trattati al solo scopo di soddisfare i requisiti della conservazione digitale dei documenti ed al soddisfacimento delle richieste di produzione di pacchetti di distribuzione e di esibizione.

Il soddisfacimento dei requisiti della conservazione digitale implica che i pacchetti di archiviazione vengano firmati digitalmente dal responsabile del servizio di conservazione o da un suo delegato e marcati temporalmente per assicurarne la validità nel corso del tempo.

La produzione di pacchetti di distribuzione o l'esibizione di pacchetti di archiviazione comporta invece la produzione di duplicati degli stessi che sono successivamente utilizzati nei processi. Il Pacchetto di Archiviazione memorizzato all'interno del sistema non subisce più alcuna modifica successiva alla firma digitale e all'apposizione della marca temporale.

Torna al sommario

7.10 Tabella riepilogativa delle fasi del processo di conservazione

Il processo di conservazione si articola nelle seguenti fasi:

FASE 1	**Acquisizione da parte del sistema di conservazione del pacchetto di versamento per la sua presa in carico**	
	Descrizione sintetica	Consiste nella ricezione dell'IPdV
FASE 2	**Verifica che il pacchetto di versamento e gli oggetti contenuti siano coerenti con le modalità previste nel presente Manuale di conservazione e con i formati di conservazione**	
	Descrizione sintetica	In questa fase vengono condotti i controlli sull'IPdV
FASE 3	**Preparazione del rapporto di conferma**	
	Descrizione sintetica	A seconda dell'esito del controllo sull'IPdV viene prodotto un rapporto di conferma che viene restituito al sistema versante. **NOTA BENE:** il rapporto di conferma non implica la presa in carico del versamento da parte del sistema
FASE 4	**Eventuale rifiuto del pacchetto di versamento, nel caso in cui le verifiche di cui alla FASE 2 abbiano evidenziato anomalie e/o non conformità**	
	Descrizione sintetica	Alternativamente alla fase 3 viene restituito al sistema versante l'indicazione di eventuali anomalie. In tale caso il versamento viene rifiutato
FASE 5	**Ricezione dei documenti**	
	Descrizione sintetica	Il sistema si mette in attesa dei documenti del PdV
FASE 6	**Verifica dei documenti**	
	Descrizione sintetica	In questa fase vengono condotti i controlli specifici del documento ricevuto
FASE 7	**Generazione automatica del rapporto di versamento relativo a ciascun pacchetto di versamento, univocamente identificato dal sistema di conservazione e contenente un riferimento temporale, specificato con riferimento al Tempo Universale Coordinato (UTC), e una o più impronte, calcolate sull'intero contenuto del pacchetto di versamento, secondo le modalità di seguito descritte**	
	Descrizione sintetica	Una volta ricevuti correttamente, o con warning, tutti i documenti del PdV viene prodotto il PdV
FASE 8	**Sottoscrizione del rapporto di versamento con firma digitale apposta da ARUBA**	
	Descrizione sintetica	Il RdV viene firmato digitalmente dal Responsabile del servizio di Conservazione o da un suo delegato. Infine il RdV viene inviato al Cliente. In questa fase Aruba prende in carico il versamento ufficialmente
FASE 9	**Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione (c.d. Pacchetto di Archiviazione)**	
	Descrizione sintetica	Il Pacchetto di Archiviazione è un insieme di metadati in grado di fornire prova dell'integrità dell'insieme dei documenti, ad esso correlati la cui conservazione decorre da una data determinata, la cui prova di integrità è fornita tramite una firma elettronica qualificata, corroborata da una marca temporale. La struttura del Pacchetto di Archiviazione è costruita sulla base delle specifiche della struttura dati (UNI 11386:2010) contenute nell'allegato 4 alle regole tecniche e secondo le modalità riportate nel manuale della conservazione
FASE 10	**Sottoscrizione del Pacchetto di Archiviazione con firma digitale apposta da ARUBA e apposizione di una validazione temporale con marca temporale alla relativa impronta. Tale operazione viene in breve chiamata anche "Chiusura del Pacchetto di Archiviazione"**	
	Descrizione sintetica	Il Pacchetto di Archiviazione (PdA), che viene costruito dal versamento di uno o più PdV, viene "chiuso" nel momento in cui tutti i PdV sono stati presi in carico dal sistema. La chiusura viene sancita dall'apposizione di opportuna marca temporale, per stabilirne l'istante di creazione, e firma digitale del Responsabile del servizio di Conservazione o di un suo delegato, per garantirne l'immodificabilità. Con la suddetta firma apposta in calce al Pacchetto di Archiviazione e la suddetta dichiarazione il conservatore NON SOTTOSCRIVE il contenuto e la semantica dei documenti conservati ma asserisce solamente che il processo di conservazione è stato eseguito correttamente, nel rispetto delle norme giuridiche e delle indicazioni contrattuali di servizio.
FASE 11	**Preparazione e sottoscrizione con firma digitale di ARUBA del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione richiesta dall'utente**	
	Descrizione sintetica	Il Pacchetto di Distribuzione (PdD) è definito in base alle esigenze del richiedente e può contenere anche un set parziale di metadati. È generato a partire dai pacchetti di archiviazione. Nel caso più semplice il PdD contiene dei duplicati del PdA. In alternativa esso può essere costituito da una scelta di documenti conservati selezionati attraverso una o più interrogazioni. I risultati di tali ricerche possono essere raccolti in un'area di lavoro e da qui può essere prodotto il PdD voluto.

FASE 12	**Produzione di duplicati informatici effettuati su richiesta del Cliente in conformità a quanto previsto dalle regole tecniche in materia di formazione del documento informatico**	
	Descrizione sintetica	Per duplicato informatico si intende il documento informatico ottenuto mediante la memorizzazione, sullo stesso dispositivo o su dispositivi diversi, della medesima sequenza di valori binari del documento originario. I duplicati informatici hanno il medesimo valore giuridico, ad ogni effetto di legge, del documento informatico da cui sono tratti, se prodotti in conformità alle regole tecniche in materia di formazione del documento informatico, ovvero se contiene la stessa sequenza di bit del documento informatico di origine.
FASE 13	**Eventuale scarto del Pacchetto di Archiviazione dal sistema di conservazione alla scadenza dei termini di conservazione previsti dal *Contratto* di servizio, dandone preventiva informativa al Cliente al fine di raccoglierne il consenso**	
	Descrizione sintetica	Alla scadenza dei termini di conservazione, il cliente in autonomia può decidere di cancellar ei documenti in conservazione.

Torna al sommario

7.11 Audit Log

Il sistema di conservazione registra per ogni evento rilevante a quanto definito nella normativa relativa al processo di conservazione.
In particolare sono gestiti i seguenti eventi:

- Creazione PDA
- Conservazione PDA
- Invio Rapporto di Versamento
- Invio Rapporto di Conservazione
- Esibizione PDD
- Download Documento
- Scarto PDA
- Verifica Integrità PDA

Il log di audit è consultabile tramite applicativo dal produttore e attraverso il sistema di back office a chi gestisce il servizio o a pubblico ufficiale che ne faccia richiesta.
Il log viene salvato in apposito database e rimane disponibile nel tempo per consultazione. Oltre al log di audit sono presenti altri log di servizio relativi ad altri eventi generati dal sistema durante il processo di conservazione.
Il Rapporto di Conservazione è l'attestazione di avvenuta conservazione da parte del Conservatore del/i PdV ricevuti e della loro effettiva conservazione nel sistema. Le evidenze del Rapporto di Conservazione vengono inviate via mail ordinaria.
Torna al sommario

8 Il sistema di conservazione

8.1 Infrastruttura informatica datacenter

I Data Center dal quale sono erogati i servizi si trovano sul territorio nazionale e sono conformi ai requisiti della normativa ISO/IEC 27001:2013.

Nelle due strutture che verranno messe a disposizione per l'erogazione dei servizi viene data grande importanza alla sicurezza degli ambienti e dei dati in essi contenuti. Per questo sono presenti tutta una serie di sistemi che permettono di garantire integrità degli ambienti e dei servizi.

Torna al sommario

8.2 Caratteristiche generali della soluzione di conservazione

La soluzione, come meglio descritto in seguito, presenta le seguenti caratteristiche peculiari:

- architettura di produzione implementata su infrastruttura virtuale e storage dedicati predisposta totalmente ridondata (HA) presso il Data Center di proprietà del gruppo Aruba, certificato **ANSI/TIA 942-A Rating IV (ex Tier)**, sito in via Gobetti 96, Arezzo;
- architettura secondaria predisposta per consentire la doppia scrittura del dato, effettuata attraverso procedura applicativa, e la replica sincrona storage based della piattaforma virtuale, inclusi i DB documentali e gestionali,

situata presso il Data Center di proprietà del gruppo Aruba, sito in via Ramelli, Arezzo;

Il Sistema di Conservazione è sviluppato in modo modulare consentendo una facile scalabilità semplicemente aggiungendo unità e potenza elaborativa ai moduli sottoposti al maggior carico. Vista l'esperienza del Gruppo Aruba nell'ambito della gestione di grandi volumi di dati è sempre stato un obiettivo per il Gruppo creare architetture che possiamo definire elastiche: "espandibili" in caso di aumento del carico di lavoro oppure "limitabili" nel caso di una riduzione delle necessita.

L'intera soluzione è stata progettata per essere quindi in grado di gestire l'elaborazione di grandi volumi di dati, scalando sia verticalmente che orizzontalmente in ognuna delle sue singole componenti, con un elevato livello di affidabilità, distribuendo su più server fisici nodi con il medesimo ruolo ed evitando single point of failure.

L'architettura modulare del sistema è implementata al 100% su infrastruttura di virtualizzazione con hypervisor VMware e garantisce i sintesi i seguenti vantaggi:

Affidabilità - Totale ridondanza ai guasti HW

- Funzionalità di HA implementata dall'architettura virtuale.
- Almeno due moduli con il medesimo ruolo posizionati su server fisici separati.
- DBMS in configurazione Master-Master.
- Utilizzo di sistemi di firma e marca ad alte prestazioni in HA

Architettura scalabile

- Nodi di Front-End ed Application multipli e contemporaneamente attivi.
- Storage di livello Enterprise ad alte prestazioni per la piattaforma VMware e le componenti DB
- Funzionalità di replica

Torna al sommario

8.3 Componenti Logiche

Di seguito riportiamo l'immagine rappresentativa delle componenti logiche del sistema di conservazione:

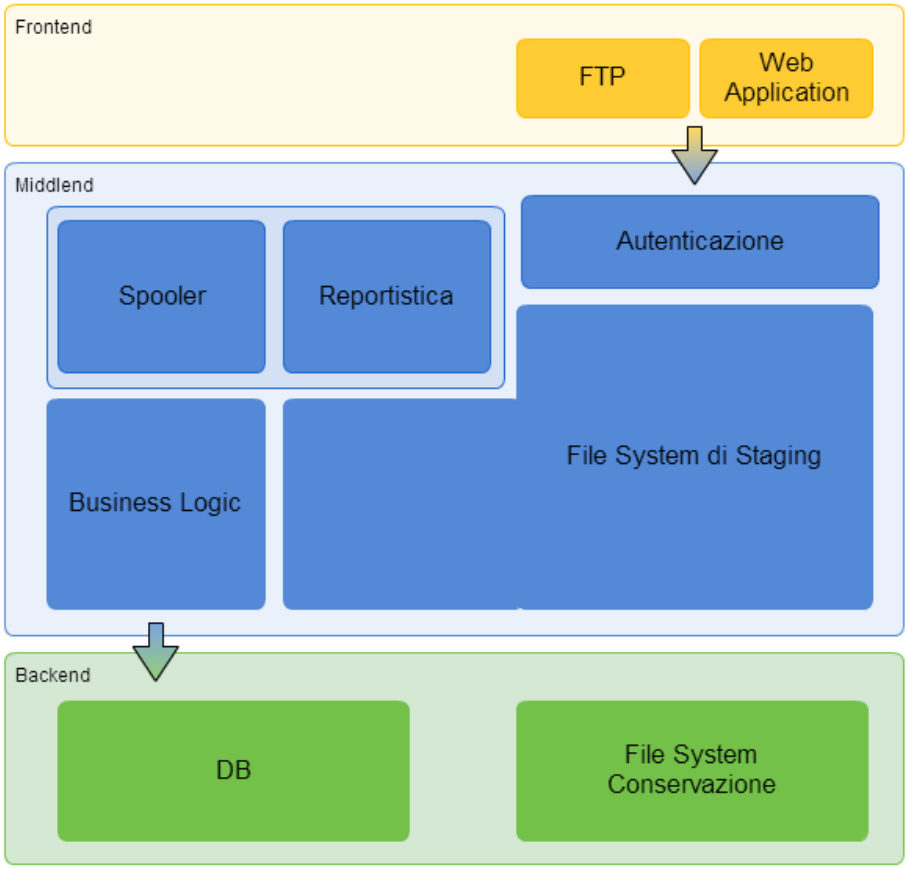


Figura 2: Rappresentazione delle componenti logiche

Come si evince dalla figura l'architettura è basata su una soluzione multi-tier a 3 livelli:

- **Presentation layer**: L'applicazione è pensata per essere scalabile, aumentando il numero dei Web container attraverso una logica di server clustering, gestita automaticamente dal sistema, che, a seconda del livello di carico di ciascun server, distribuirà al meglio le richieste dei client

- **Business logic (o application) layer**: La Business Logic implementa l'intelligenza necessaria per gestire le varie istanze di backend sia in scrittura, sia in fase di ricerca, distribuendo le query sulle varie istanze disponibili. Tutte le istanze backend sono sempre disponibili almeno in lettura

- **Store (& Database) layer**: la parte di back end è composta da diverse istanze. Ogni istanza è costituita dal DB e dal relativo file system. Il DB è duplicato in modalità Master-Master su due nodi predisposti sull'ambiente virtuale e contiene i metadati conservati; il FS contiene l'archivio (dati conservati) e viene replicato con strumenti di basso livello.

Torna al sommario

8.4 Componenti tecnologiche

Il sistema di conservazione Aruba PEC è composto da varie parti e tecnologie, con l'obiettivo di trarre il meglio dalla loro sinergia.

Le principali componenti software che interagiscono all'interno del sistema sono:

- Sistema documentale quale CMS di riferimento
- DB per la gestione dei dati di sistema e dei metadati legati ai materiali in conservazione
- Sistema LDAP per le operazioni di registrazione, autenticazione e controllo degli accessi degli utenti al sistema, indipendentemente dall'interfaccia scelta

- Web server e servlet container per le interfacce di frontiera (Web e Web Service)
- Un sistema di message broker per la gestione delle code in ingresso dei documenti in conservazione sulle interfacce di caricamento massivo (FTP e Web Service)
- Motore di Ricerca per la gestione dei dati di audit

Torna al sommario

8.5 Componenti fisiche

La soluzione è composta da due infrastrutture fra loro interconnesse:

- un sito di Produzione completamente autosufficiente e con tutte le componenti ridondate in HA e collegato tramite fibre ottiche dedicate e di proprietà, con doppia via, al sito secondario,
- un sito Secondario di DR predisposto alla replica dei dati e con le componenti necessarie ad una ripartenza del servizio.

Tutte le componenti utilizzate sono di tipologia enterprise e, come tutte le soluzioni implementate da ARUBA, utilizzano prodotti di marche ampliamente riconosciute e leader del mercato di riferimento.

Torna al sommario

8.5.1 Sito Primario (Produzione)

Il sito di produzione ospita una infrastruttura virtuale basata su soluzione VMware sul quale vengono istallati:

- i nodi di Front-End (almeno due) per le interfacce di caricamento, esibizione e gestione,
- gli Application o Business Logic server (almeno due),
- i backend server, un singolo nodo per ogni istanza,
- un nodo virtuale dedicato al DB server di ogni istanza di backend, la seconda copia in Master-Master è installata sul sito secondario,
- un nodo virtuale per la gestione delle code del sistema di caricamento,
- un nodo virtuale che implementa il DB che contiene tutte le informazioni per la gestione dell'infrastruttura (configurazione, accounting, etc.), la seconda copia in Master-Master è installata sul sito secondario,
- Storage di livello enterprise per l'archiviazione dei documenti;
- Link ed interfacce verso i sistemi di Firma e Marcatura presenti nel medesimo data Center

La figura sottostante schematizza quanto implementato sul sito principale senza entrare nelle specifiche modalità di replica.

Al fine di garantire i ridondanza e bilanciamento del traffico vengono utilizzati dispositivi di load balancing in grado di distribuire il carico di lavoro su un numero di macchine virtualmente illimitato. Questo meccanismo permette di risolvere oltre a problemi prestazionali con la semplice aggiunta a caldo di nuove macchine, anche problemi relativi ad eventuali guasti delle componenti bilanciate, nonché la manutenzione programmata dei singoli nodi.

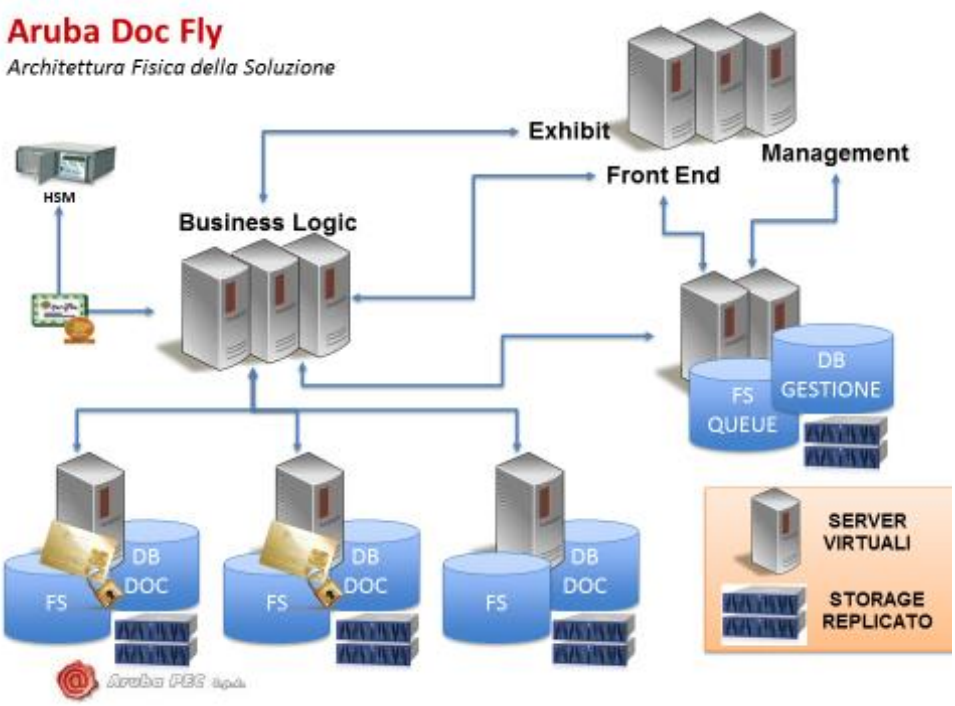


Figura 3: Rappresentazione architettura fisica della soluzione

Torna al sommario

8.5.2 Sito Secondario (DR)

Il sito secondario ospita un'infrastruttura virtuale basata su VMWare sulla quale vengono installati:

- Server di backend corrispondente ad uno dei nodi ridondati dell'ambiente di produzione
- Server DB sincronizzato in maniera sincrona (master-master) con i DB di produzione
- Storage enterprise su cui vengono sincronizzati i dati in maniera asincrona che saranno resi disponibili ai server del sito secondario per ripristinare il servizio
- Collegamenti verso i sistemi esterni di firma e Marcatura temporale (sempre situati nel sito secondario)
- Macchine virtuali replicate dal sito primaro (1 per ciascuna tipologia)

Nello specifico le macchine replicate dal sito primario sono quelle che forniscono i seguenti servizi:

- Frontend Web
- Frontend WS
- Business Logic
- Indicizzazione
- Audit
- Autenticazione

La procedura di switch tra il sito primario ed il secondario è basata tramite il cambio dei puntamenti a livello di DNS.

La figura sottostante schematizza la modalità di replica delle componenti non replicate applicativamente, ad esclusione quindi dei dati archiviati, replicati con doppia scrittura e DB, configurati in Master-Master.

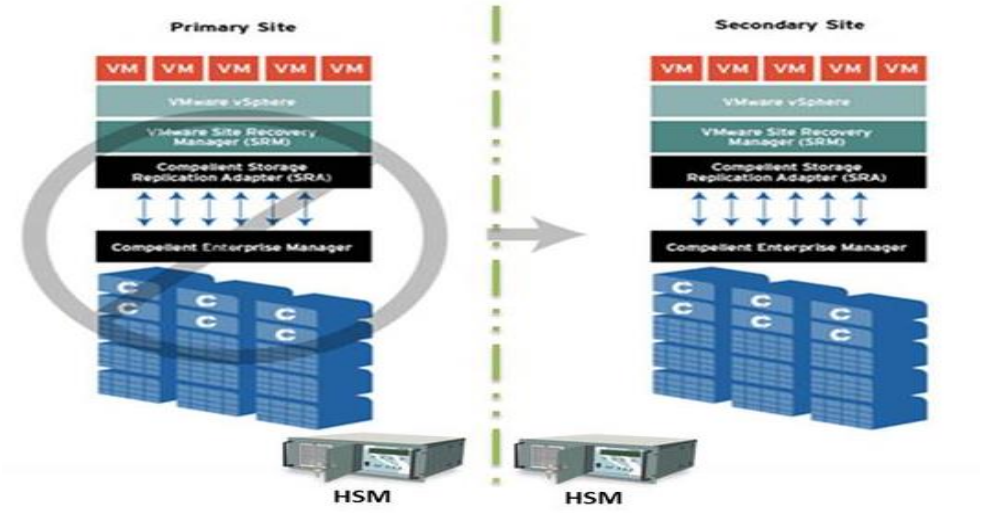


Figura 4 Schema logico della soluzione di Disaster Recovery

In caso di problemi sul sito di Produzione è possibile effettuare la riattivazione del servizio, senza perdita di dati entro 24 ore.

Torna al sommario

8.6 Procedure di gestione e di evoluzione

In linea con quanto previsto dalla circolare n° 65, nell'allegato "REQUISITI DI QUALITÀ E SICUREZZA PER L'ACCREDITAMENTO E LA VIGILANZA, sono descritte le procedure in riferimento a:

- conduzione e manutenzione del sistema di conservazione;
- gestione degli audit-log e loro conservazione;
- monitoraggio del sistema di conservazione:
- change management;
- verifica periodica di conformità a normativa e standard di riferimento

Riguardo i primi tre aspetti, si richiama il documento "MGA_A_38-01 Politica per la gestione dei beni, delle capacità e delle modifiche" I documenti in oggetto descrivono strategie di continuità, considerando tutte le componenti organizzative, operative, del business, tecnologiche, infrastrutturali che contribuiscono all'intero sistema e processo di conservazione.

Torna al sommario

8.6.1 Change management

Qualsiasi operazione di upgrade per evoluzione o bug fixing di una qualsiasi componente del sistema di conservazione Aruba PEC segue una procedura standardizzata atta a operare per garantire il minimo impatto su eventuali fermo servizio e la massima sicurezza possibile riguardo ai dati e documenti a sistema.

Tale procedura si basa sui seguenti assunti:

- ogni componente sviluppata è conservata in opportuno sistema di versionamento del codice
- i file di configurazione di ogni componente sono separati dai compilati in maniera da garantire un accesso più flessibile e veloce al personale addetto
- sono state predisposte apposite macchine di deploy per la compilazione e creazione dei pacchetti delle varie componenti da installare

Ogni aggiornamento del sistema passa da un flusso ben definito che consente contemporaneamente di mantenere stabile e sicura l'intera soluzione in uso dall'esterno e di sviluppare senza ostacoli nuove funzionalità.

Tale procedura risulta di particolare importanza anche per garantire l'accesso controllato e limitato a pochi addetti agli ambienti di produzione.

In particolare vengono messi a disposizione 4 ambienti di lavoro: sviluppo, test, collaudo e produzione.

Tutti gli sviluppi vengono condotti e testati nell'ambiente sviluppo che è di uso esclusivo agli sviluppatori per le sue caratteristiche di continua trasformazione.

Qualsiasi altro attore esterno al team di sviluppo non ha nessun accesso a tale ambiente.

Il codice sviluppato viene conservato all'interno di un sistema di versionamento organizzato in maniera da permettere qualora sia necessario l'estrazione di una qualsiasi versione del software. Una volta che un nuovo modulo software è pronto, esso viene registrato nel sistema di versionamento associandogli un tag/versione.

Per operare l'installazione sull'ambiente di test, deputato ai test pre-collaudo, i sorgenti vengono scaricati su un ambiente di deploy, esterno all'ambiente di test stesso, direttamente dal sistema di versionamento, insieme a eventuali script automatici di compilazione, installazione e configurazione.

Sull'ambiente di test il team della QA (Quality Assurance) effettua i test per verificare la corretta implementazione dei moduli rilasciati ed effettua anche i test regressione.

Solo se il processo di testing va a buon fine si procede con il rilascio dei nuovi moduli nell'ambiente di collaudo e produzione con la medesima procedura utilizzata per l'ambiente di test.

Torna al sommario

8.6.2 Verifica periodica di conformità a normativa e standard di riferimento

Aruba, in qualità di conservatore, svolge una verifica periodica della conformità alle normative ed agli standard. di riferimento. A tal proposito, viene effettuata una volta l'anno, una verifica sulla rispondenza ai requisiti di qualità e sicurezza avvalendosi dello strumento di check list, sulla base dell'allegato della circolare n° 65, attraverso il quale viene registrata l'aderenza o meno alla conformità richiesta.

Torna al sommario

9 Monitoraggio e controlli

In questo capitolo si riporta la descrizione delle procedure di monitoraggio della funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi con l'evidenza delle soluzioni adottate in caso di anomalie.

Torna al sommario

9.1 Procedure di monitoraggio

ARUBA assicura la verifica periodica del funzionamento, nel tempo, del sistema di conservazione. Tali verifiche, descritte in "MGA_A_38-01 Politica per la gestione dei beni, delle capacità e delle modifiche", sono riportate in maniera dettagliata all'interno dei documenti "MGA_A_25-03 Layout Logico" e "MGA_A_35-03 Politica di Backup".

Il controllo della buona funzionalità del sistema di conservazione avviene tramite apposite funzionalità di monitoraggio del software. Esse mostrano l'esito delle operazioni automatiche eseguite sul sistema di conservazione come la generazione dei pacchetti di archiviazione, la chiusura dei pacchetti di archiviazione e la verifica dell'integrità degli archivi.

Unitamente all'esito delle predette operazioni vengono controllati anche i log delle operazioni medesime al fine di avere maggiore certezza di quanto effettivamente eseguito dal sistema di conservazione. Tutte queste informazioni sono controllate per ciascun singolo cliente.

Il monitoraggio avviene inoltre anche a livello di processi di elaborazione sul sistema di conservazione. Questo permette di individuare eventuali casi di processi bloccati che potrebbero inficiare il funzionamento del sistema stesso.

Un ultimo controllo del buon funzionamento del sistema può avvenire tramite il monitoraggio delle tracciature che vengono effettuate a livello di database. Tutte le operazioni eseguite determinano infatti la creazione di apposite revisioni che registrano tutte le modifiche intervenute sul sistema permettendo eventualmente di ripristinare i dati a seguito di situazioni anomale.

Torna al sommario

9.2 Verifiche sugli archivi

ARUBA assicura la verifica periodica, con cadenza non superiore a 36 mesi, dell'integrità degli archivi e della leggibilità degli stessi; assicura, inoltre, agli organismi competenti previsti dalle norme vigenti l'assistenza e le risorse necessarie per l'espletamento delle attività di verifica e di vigilanza.

Il sistema di conservazione esegue periodicamente ed automaticamente le operazioni di controllo dell'integrità degli archivi. Tali operazioni vengono eseguite solo su una certa percentuale dell'archivio che viene definita nella configurazione del sistema di conservazione.

Il controllo eseguito è di due tipologie:

- **controllo di leggibilità:** consiste nel rendere disponibile attraverso una macchina virtuale un viewer per la visualizzazione dei documenti conservati. Il viewer specifico viene fornito sulla base dell'estensione del documento (mime type) e della versione del formato associato. Il dettaglio di tutte. La lista delle tipologie supportate è definita nella procedura "Registro dei formati supportati da DocFly2". Per ogni formato presente nel registro è individuato il relativo programma che ne permette la corretta visualizzazione(viewer). Il registro viene tenuto aggiornato sulla base dei nuovi formati o di quelli che diventano obsoleti. Conseguentemente sono aggiornati i viewer presenti sulla macchina virtuale per la corretta leggibilità dei documenti conservati. Ulteriori dettagli operativi sulla verifica della leggibilità sono disponibili sulla procedura MGA_A_77-01_Procedura leggibilità documenti in conservazione a norma.
- **controllo di integrità:** consiste nel ricalcolare l'hash di ciascun oggetto e verificare che corrisponda all'hash memorizzato nel sistema. Questo fornisce una ragionevole certezza dell'integrità degli oggetti dato che la funzione di hash restituisce un valore differente anche a seguito della modifica di un solo bit dell'oggetto.

La combinazione dei due tipi di controllo descritti non fornisce però garanzia di poter visualizzare correttamente il documento e che lo stesso sia effettivamente intellegibile dall'uomo.

Infatti questa garanzia non può essere fornita senza entrare nel merito del documento stesso. La garanzia della corretta visualizzazione del documento è d'altro canto garantita dalla scelta del formato PDF/A per i documenti conservati. Questo formato possiede infatti la caratteristica intrinseca di fornire leggibilità a lungo termine oltre all'ulteriore garanzia di essere basato su specifiche pubbliche (ISO 19005:2005).

Torna al sommario

9.2.1 Pianificazione delle verifiche periodiche da effettuare

La verifica dell'integrità degli archivi viene effettuata sui filesystems in cui i documenti sono replicati, controllando tutti i file presenti in nei PdA conservati.

Viene verificato che i file distribuiti nei filesystems siano identici mediante:

- controllo del nome e della dimensione dei file presenti sui filesystems;
- calcolo dell'hash di ogni singolo file. Il valore viene confrontato con l'hash del corrispondente file censito nell'IPdV del PdA.

Il controllo su ciascun PdA conservato viene effettuato a intervalli temporali. La prima dell'integrità del PdA verifica viene effettuata entro 36 mesi dalla conservazione del PdA. Le successive verifiche vengono effettuate entro 36 mesi dalla conclusione dell'ultima verifica effettuata.

Torna al sommario

9.2.2 Mantenimento della firma per il periodo di conservazione

Il sistema di conservazione si avvale di un fornitore terzo per le attività di firma digitale e di marcatura temporale. Questo fornitore garantisce che gli elaboratori che offrono il servizio di marcatura temporale e di firma digitale sono protetti da livelli di protezione logica estremamente elevati. La medesima collocazione fisica del sistema garantisce gli elaboratori dalla possibilità di compromissioni fisiche grazie agli accorgimenti tecnici atti ad impedire accessi non autorizzati da persone e danneggiamenti da eventi accidentali. Non è infatti consentito l'accesso e la permanenza di una sola persona. I locali ove si svolgono le procedure di firma e marca sono dotati di sofisticati impianti di allarme, telecamere, microfoni, rilevatori di movimento (che si attivano soltanto quando nessuna persona vi è presente), al fine di controllare ogni movimento all'interno degli stessi.

Torna al sommario

9.3 Soluzioni adottate in caso di anomalie

In caso di anomalie riscontrate a seguito del monitoraggio delle funzionalità del sistema di conservazione e delle verifiche sull'integrità degli archivi, sono presenti apposite procedure di emergenza (contingency) e piani di Business Continuity da applicare in attesa del ripristino del servizio (così come descritto dal Disaster Recovery Plan del Gruppo Aruba)

Torna al sommario

10 Specifiche contrattuali

I documenti costituenti l'impianto contrattuale del servizio di conservazione a norma sono riportati nelle condizioni/accordo di fornitura.

ARUBA, in linea con la normativa vigente, garantisce contratti o accordi scritti che specificano e disciplinano diritti e responsabilità delle Parti, versamento e acquisizione, mantenimento, accesso, ritiro, deposito, diritti e responsabilità di conservazione sui i documenti che tratta, natura economica e di servizio

Ai fini dell'attivazione ed erogazione del servizio di conservazione il Cliente sottoscrive e perfeziona il relativo Contratto. SI tratta del contratto con il quale il Cliente affida ad ARUBA la conservazione digitale dei documenti informatici di cui è titolare nonché dei documenti informatici di titolarità di terzi soggetti dallo stesso prodotti, sottoscritti digitalmente e versati in conservazione in virtù di specifico affidamento a tal fine sottoscritto dai suddetti terzi in favore del Cliente.

Torna al sommario

10.1.1 Nomina di Aruba quale responsabile del servizio di conservazione e del trattamento dei dati

Ai fini dell'erogazione del servizio di conservazione digitale a norma, il Cliente nomina e affida ad ARUBA quale Responsabile del Servizio di Conservazione e Responsabile esterno del trattamento dei dati come previsto dalla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.) e indicato all'art 3.9 delle Linee Guida. Pertanto, i ruoli di Responsabile della conservazione e di Titolare del trattamento sono ricoperti dal Cliente, mentre i ruoli di Responsabile del servizio di conservazione e di Responsabile del trattamento dei dati saranno ricoperti da ARUBA.

Torna al sommario

10.1.2 Scheda di conservazione

Il documento denominato "Scheda di conservazione" costituisce parte integrante e sostanziale del Contratto.

Il Produttore condivide con ARUBA le caratteristiche, le modalità ed i termini di versamento dei documenti informatici da sottoporre a conservazione digitale, approvando espressamente quanto indicato nelle scheda conservazione.

Il contenuto della Scheda di conservazione è volto a precisare:

- le tipologie di documenti da conservare;
- i metadati minimi riferiti ad ogni classe/tipo documento
- eventuali (metadati) extrainfo riferiti ad ogni classe/tipo documento sui quali effettuare specifici controlli;
- i formati da adottare per ogni classe/tipo documento.

Torna al sommario

10.1.3 Elenco Persone

Ai fini dell'affidamento del servizio di conservazione digitale di documenti informatici, il Cliente comunica l'identità delle persone fisiche dallo stesso ufficialmente incaricate di mantenere i rapporti con ARUBA e titolate ad operare in nome e per conto del Produttore medesimo, precisandone funzione e ruolo.

Torna al sommario

10.2 Modello di funzionamento del servizio

L'obiettivo ed il compito di ARUBA è quello di conservare i documenti informatici del Cliente con sistemi coerenti alla normativa regolante la conservazione digitale dei documenti informatici.

In particolare, il servizio di conservazione digitale di ARUBA soddisfa le seguenti funzioni d'uso:

- salvaguardia dell'integrità dei documenti informatici conservati mediante apposizione della firma digitale al Pacchetto di Archiviazione. Nel suddetto Pacchetto di Archiviazione è presente, fra l'altro, l'impronta di ogni singolo documento sottoposto a conservazione;
- prolungamento della validità del documento mediante apposizione della marca temporale al Pacchetto di Archiviazione;

- accesso diretto tramite interfaccia Web ai documenti informatici conservati;
- semplicità di invio e versamento dei documenti informatici da sottoporre a conservazione;
- totale sicurezza nella trasmissione dei documenti informatici da sottoporre a conservazione.

Il sistema di conservazione opera secondo un modello organizzativo che garantisce la sua distinzione logica dal sistema di gestione documentale, qualora esistente presso il Cliente.

In particolare, la conservazione è svolta affidando ad ARUBA il ruolo ed i compiti fissati nell'Atto di Affidamento.

A tal fine, ARUBA ed il Cliente hanno adottato il presente *Manuale* ove sono illustrati dettagliatamente l'organizzazione, i soggetti coinvolti ed i ruoli svolti dagli stessi, il modello di funzionamento, la descrizione dei processi, la descrizione delle architetture e delle infrastrutture utilizzate, le misure di sicurezza adottate ed ogni altra informazione utile alla gestione ed alla verifica del funzionamento, nel tempo, del sistema di conservazione.

Pertanto, al fine di attivare il servizio di conservazione digitale dei documenti informatici è necessario che il Cliente abbia sottoscritto il *Contratto* e gli allegati ad esso relativi, all'interno dei quali vengono, fra l'altro, specificati:

a) i contenuti e le caratteristiche generali del Servizio di conservazione digitale;
b) i termini di decorrenza e la durata del Servizio di conservazione digitale;
c) gli eventuali Servizi Estesi erogati su richiesta del Cliente;
d) le responsabilità e gli obblighi del Cliente;
e) le responsabilità e gli obblighi di ARUBA;
f) le modalità di produzione/formazione/emissione/sottoscrizione dei documenti informatici;
g) la descrizione delle tipologie e delle classi dei documenti informatici da sottoporre a conservazione, comprensiva dell'indicazione dei formati gestiti, dei metadati da associare alle diverse tipologie di documenti e delle eventuali eccezioni;
h) la definizione dell'intervallo di conservazione ossia dell'intervallo di tempo intercorrente tra la presa in carico del pacchetto di versamento e la chiusura del Pacchetto di Archiviazione.
i) Le modalità di distribuzione/esibizione dei documenti informatici conservati;

Torna al sommario

10.2.1 Obblighi del Cliente

Il processo di conservazione impone al Cliente l'istituzione di un'organizzazione interna idonea, che garantisca la piena osservanza delle disposizioni normative in tema di gestione documentale[2] e delle procedure da osservare per la corretta produzione/formazione/emissione e sottoscrizione dei documenti informatici destinati alla conservazione digitale in conformità alle regole tecniche di cui all'art. 71 del CAD ed a quanto stabilito dal presente *Manuale* e dal *Contratto*.

A tale scopo, in base alle specifiche necessità, il Cliente deve, sia dal punto di vista dell'impostazione operativa delle attività propedeutiche alla conservazione digitale dei documenti informatici che dal punto di vista della scelta delle risorse coinvolte nel processo, organizzare il lavoro affinché esso venga svolto secondo i principi stabiliti dalla normativa regolante la conservazione digitale dei documenti informatici.

Il Cliente, quindi, all'interno della propria struttura organizzativa, dovrà aver definito:

a) le procedure propedeutiche alla conservazione digitale a lungo termine dei documenti informatici;
b) le funzioni e le attività affidate, con particolare attenzione alla verifica della congruità e continuità dei processi di produzione/formazione/emissione dei documenti informatici destinati alla conservazione digitale a lungo termine;
c) la gestione delle responsabilità derivanti dalle funzioni ed attività affidate;
d) la documentazione delle deleghe ed il relativo mantenimento;
e) le misure organizzative e tecniche idonee ad evitare danno ad altri.

Il Cliente deve attenersi scrupolosamente alle regole previste dal presente *Manuale*, alle prescrizioni previste nel *Contratto* e negli allegati ad esso relativi.

Il Cliente deve altresì prendere visione del presente *Manuale* prima di inoltrare i pacchetti di versamento e/o qualsiasi altra richiesta a ARUBA.

[2] Si veda, a puro titolo di esempio, il DPR 28.12.2000, n. 445, il DPCM 3.12.2013 sul protocollo informatico, ove applicabili;

Torna al sommario

10.2.2 Obblighi di ARUBA

ARUBA, come analiticamente descritto nel *Contratto*, limitatamente alle attività ad essa affidate, è responsabile verso il Cliente per l'adempimento degli obblighi discendenti dall'espletamento delle attività previste dalla normativa vigente in materia di conservazione digitale di documenti informatici.

In particolare, ARUBA, ai fini dell'erogazione del Servizio oggetto del *Contratto*, svolge le attività ad essa affidate dal Cliente come in dettaglio riportate nel documento "*Atto di Affidamento*", nei modi e nei termini specificati nel presente *Manuale* e negli allegati ad esso relativi.

Pertanto è obbligo di ARUBA conservare digitalmente i documenti informatici del Cliente allo scopo di assicurare, dalla presa in carico e fino all'eventuale cancellazione, la loro conservazione a norma, garantendone, tramite l'adozione di regole, procedure e tecnologie, le caratteristiche di autenticità, integrità, affidabilità, leggibilità e reperibilità.

Il Sistema di conservazione di ARUBA è in grado di esibire tutti i documenti informatici in esso conservati in qualsiasi momento del periodo di conservazione; a tal fine, ARUBA ha in essere procedure adeguate a soddisfare, senza indebiti ritardi, le richieste di accesso, esibizione o consegna dei documenti conservati, effettuate dai soggetti debitamente autorizzati.

Oltre alla restituzione dei documenti informatici trasferiti e conservati presso ARUBA, viene garantita anche la restituzione delle relative evidenze informatiche che comprovano la corretta conservazione degli stessi, fornendo gli elementi necessari per valutare la loro autenticità e validità giuridica.

Non rientra fra i Servizi offerti da ARUBA la conservazione di documenti analogici.

Torna al sommario

10.2.3 Compiti organizzativi

ARUBA provvede alla realizzazione di una base di dati relativa ai documenti informatici che il Cliente versa in conservazione, gestita secondo i principi di sicurezza illustrati nel presente *Manuale* e nel *Contratto* attuati adottando procedure di tracciabilità tali da garantire la corretta conservazione, l'accessibilità a ogni singolo documento e la sua esibizione.

ARUBA si occupa altresì di definire:

a) le caratteristiche ed i requisiti del sistema di conservazione in funzione della tipologia dei documenti da conservare e organizzare gli stessi in modo da garantire la corretta conservazione e la sicurezza dei dati, anche al fine di poterli prontamente produrre, ove necessario;

b) le procedure di sicurezza e tracciabilità che consentano di risalire in ogni momento alle attività effettuate durante l'esecuzione operativa di conservazione.

c) le procedure informatiche ed organizzative per la corretta tenuta dei supporti su cui vengono memorizzati i documenti informatici oggetto di conservazione.

d) le procedure informatiche ed organizzative atte ad esibire la documentazione conservata, in caso di richieste formulate da chi ne abbia titolo.

ARUBA si occupa di redigere e sottoporre a revisione il presente *Manuale*. Il Cliente si dovrà dotare di un proprio Manuale della Conservazione costituito dalla descrizione di componenti, processi ed organizzazione propri, integrato e completato, se ritenuto necessario, dal presente *Manuale*.

Torna al sommario

10.2.4 Compiti di manutenzione e controllo

ARUBA provvede a:

- mantenere un registro cronologico del software dei programmi in uso nelle eventuali diverse versioni succedute nel tempo ed un registro cronologico degli eventi di gestione del sistema di conservazione comprensivo delle risoluzioni adottate per rimuovere eventuali anomalie;
- implementare specifici controlli di sistema per individuare e prevenire l'azione di software che possano alterare i programmi ed i dati;

- verificare la corretta funzionalità del sistema e dei programmi in gestione;
- analizzare e valutare periodicamente la registrazione degli eventi rilevanti ai fini della sicurezza (analisi del log di sistema);
- definire e documentare le procedure di sicurezza da rispettare per l'apposizione del riferimento temporale;
- mantenere e gestire i dispositivi di firma in conformità con le procedure stabilite dal certificatore qualificato che ha rilasciato i relativi certificati;
- verificare la validità delle marche temporali utilizzate dal sistema di conservazione;
- verificare il buon funzionamento del file system

Torna al sommario

10.2.5 Compiti operativi

ARUBA effettua le seguenti attività:

- supervisione dell'intero sistema di conservazione digitale, verificando accuratamente i processi di apposizione delle firme digitali, dei riferimenti temporali e delle marche temporali, in modo che la procedura rispetti la normativa, assicurandosi che tutto il processo si realizzi secondo le procedure descritte nel presente *Manuale*;
- sincronizzazione dell'ora di sistema di tutti i sistemi utilizzati, verifica e controllo della sincronizzazione del clock di sistema per consentire registrazioni accurate e comparabili tra loro;
- mantenimento della documentazione descrittiva del processo di conservazione aggiornata nel corso del tempo;

Torna al sommario

10.2.6 Fasi del processo di conservazione e responsabilità

Il servizio di conservazione digitale dei documenti informatici è erogato e sviluppato per rispondere alle esigenze di qualsiasi soggetto che abbia l'esigenza di conservare documenti informatici come imprese, professionisti, associazioni, Pubblica Amministrazione centrale e locale. Il servizio permette di conservare i documenti informatici del Cliente, garantendone l'integrità e la validità legale nel tempo nonché la loro "esibizione a norma".

Come già fatto osservare, il sistema di conservazione opera secondo i modelli organizzativi esplicitamente concordati con il Cliente e formalizzati nel Contratto e negli allegati ad esso relativi che garantiscono la sua distinzione logica dal sistema di gestione documentale del Cliente, qualora esistente.

Pertanto, la conservazione non viene svolta all'interno della struttura organizzativa del Cliente (soggetto titolare dei documenti informatici da conservare), ma è affidata ad ARUBA, che espleterà le attività per le quali ha ricevuto formale affidamento, nei limiti della stessa e per le quali opera in modo autonomo e ne è responsabile.

La sequenza di attività che vanno dalla fase propedeutica alla formazione dei documenti informatici alla fase di conservazione degli stessi è di seguito schematicamente rappresentata:

SISTEMI	FASE	DESCRIZIONE E MACRO FASI DEL PROCESSO DI CONSERVAZIONE	ATTIVITÀ A CARICO DI:	
			CLIENTE	ARUBA
Sistema di gestione documentale del Cliente	1	Produzione/formazione/emissione a norma dei documenti informatici e contestuale generazione dei relativi metadati	X	
	2	Produzione del pacchetto di versamento	X	
	3	Deposito in conservazione del pacchetto di versamento e dei relativi documenti informatici completi di metadati	X	
Servizio di Fatturazione Elettronic	1a	Produzione/formazione/emissione a norma dei documenti informatici e contestuale generazione dei relativi metadati		X
	2a	Produzione del pacchetto di versamento		X

	3a	Deposito in conservazione del pacchetto di versamento e dei relativi documenti informatici completi di metadati		X
Sistema di Firma Digitale	4	Servizio di Firma Automatica e di eventuale apposizione marca temporale, da effettuare sui documenti tributari prima dell'invio al sistema di conservazione.	X	X
Sistema di conservazione digitale dei documenti informatici	5	Acquisizione da parte del sistema di conservazione del pacchetto di versamento prodotto dal Cliente per la sua presa in carico		X
	6	Verifica che il pacchetto di versamento ed i documenti informatici in esso descritti siano coerenti e conformi alle prescrizioni stabilite dal Contratto di servizio		X
	7	Eventuale rifiuto del pacchetto di versamento o dei documenti informatici, nel caso in cui le verifiche di cui alla fase 6 abbiano evidenziato delle anomalie		X
	8	Generazione, in modo automatico, del rapporto di versamento relativo a ciascun pacchetto di versamento		X
	9	Invio al Cliente del rapporto di versamento		X
	10	Preparazione e gestione del Pacchetto di Archiviazione		X
	11	"Chiusura" del Pacchetto di Archiviazione mediante sottoscrizione con firma digitale di ARUBA e apposizione di marca temporale		X
	12	Richieste di esibizione dei documenti informatici conservati	X	
	13	Preparazione del Pacchetto di Distribuzione ai fini dell'esibizione richiesta dall'utente con tutti gli elementi necessari a garantire l'integrità e l'autenticità degli stessi		X
	14	Richiesta del Cliente di duplicati informatici	X	
	15	Produzione di duplicati informatici su richiesta del Cliente		X

Dal prospetto di cui sopra emerge chiaramente come ogni singola fase del processo è propedeutica alle altre.

In ogni caso, prima di dare corso al processo di conservazione, il Cliente e ARUBA dovranno definire, attraverso il perfezionamento del Contratto e degli allegati ad esso relativi, come configurare il servizio in base alle specifiche esigenze del Cliente concordando le modalità di gestione e fruizione oltre alla quantità e tipologia di documenti da conservare.

Torna al sommario

11 Livelli di servizio (SLA)

I livelli di servizio relativi all'offerta standard, sono riportati nella tabella in basso e rappresentano le metriche di servizio che devono essere rispettate dal conservatore ARUBA nei confronti dei propri clienti/utenti.

CARATTERISTICHE GENERALI DEL SERVIZIO	SPECIFICHE TECNICHE
Disponibilità complessiva del servizio	99,95%
Assistenza	Sistema di ticketing e canale telefonico
Periodo di fatturazione	Annuale
Durata minima contratto	Un anno (eventuali upgrade richiesti in seguito alla stipula del contratto vanno ad allinearsi alla scadenza riportata sul contratto stesso)
Datacenter su cui è attivabile il servizio	DC1-IT (http://datacenter.aruba.it)
FASI ELABORAZIONE PACCHETTI DI VERSAMENTO	**SPECIFICHE TECNICHE**
Presa in carico del PdV (Generazione del Rapporto di versamento)	Entro 48h dal ricevimento dell'ultimo documento contenuto nel pacchetto di versamento

Invio in conservazione del PdA	Entro 72h dalla presa in carico dell'ultimo PdV valido e completo contenuto nel PdA, nel caso in cui tutti i PdV contenuti nel PdA siano validi e completi[3].
RICHIESTA DI ESIBIZIONE	**SPECIFICHE TECNICHE**
Produzione del Pacchetto di Distribuzione	Entro 4h dalla richiesta di produzione del PdD

Torna al sommario

12 Sicurezza del sistema di conservazione

Aruba PEC ed il Gruppo Aruba hanno implementato un Sistema di Gestione della Sicurezza delle Informazioni (SGSI) conforme alla norma ISO 27001. Nell'ambito del Sistema di Conservazione proposto sono adottate misure di sicurezza fisica, logica e organizzativa coerenti con tale SGSI e con la normativa vigente in tema di protezione dei dati personali (Regolamento (UE) 2016/679 e D.lgs. 196/2003 e s.m.i.).

Torna al sommario

12.1 Privacy e requisiti di sicurezza dei dati

Aruba PEC tutela la riservatezza dei dati personali e garantisce ad essi la protezione necessaria da ogni evento che possa metterli a rischio di violazione, trattandoli secondo le specifiche previsioni della vigente normativa in materia.

Come previsto dal Regolamento dell'Unione Europea n. 2016/679 ("GDPR"), ed in particolare all'art. 13, sono fornite all'utente ("Interessato") tutte le informazioni richieste dalla normativa relative al trattamento dei propri dati personali mediante apposita, specifica e preventiva informativa, resa altresì sempre disponibile all'interno del proprio sito istituzionale. Con specifico riferimento ai compiti affidati con la nomina a Responsabile del trattamento dei dati personali, ARUBA comunica di ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente in materia ed alle prescrizioni di cui all'art. 28 del Regolamento (UE) 2016/679.

In conformità con le proprie politiche di sicurezza delle informazioni e del suo sistema di gestione ISO 27001, ARUBA s'impegna a non divulgare, comunicare o diffondere le informazioni e i dati dei quali verrà a conoscenza durante l'espletamento delle attività. Inoltre si impegna a rispettare, nello svolgimento delle attività oggetto del servizio di conservazione, tutti i principi, contenuti nelle disposizioni normative vigenti, relativi al trattamento dei dati personali e in particolare quelli contenuti nel Regolamento (UE) 2016/679 e garantisce che le informazioni personali, patrimoniali, statistiche, anagrafiche, e/o di qualunque altro genere, di cui verrà a conoscenza in conseguenza dei servizi resi, in qualsiasi modo acquisite, vengano considerati riservati e come tali trattati. Si impegnerà infine a dare istruzioni al proprio personale affinché tutti i dati e le informazioni vengano trattati nel rispetto della normativa di riferimento.

Torna al sommario

12.2 Analisi dei Rischi

Il Gruppo Aruba ha svolto un'analisi dei rischi sul Sistema di Conservazione estesa agli aspetti di sicurezza fisica, logica ed organizzativa, incluso il coinvolgimento di enti esterni (fornitori); l'analisi è riportata nel relativo **Piano della Sicurezza** .

Torna al sommario

12.3 Controllo Accessi

Gli utenti possono accedere – previa identificazione ed autenticazione – solamente alle risorse (es. sistemi, funzionalità, informazioni) per cui sono stati esplicitamente autorizzati in base al ruolo ricoperto. I permessi sono attribuiti alle utenze secondo il principio del "least privilege" e rivisti periodicamente per mitigare il rischio di abuso di privilegi. Ad ogni persona (interna od esterna) viene assegnata un'utenza personale e univoca. Le utenze di gruppo sono usate solo per esigenze particolari ed espressamente autorizzate.

Torna al sommario

[3] La gestione dei PdA non validi o non completi è descritta al paragrafo 0

12.3.1 Controlli sul personale non dipendente

Qualsiasi consulente indipendente o dipendente di una terza parte che partecipi al processo di conservazione è pienamente soggetto al presente Manuale, inclusi la conservazione dei documenti e la registrazione degli eventi (vedere il paragrafo 12.4).

Il personale non dipendente (es. consulenti) deve sottoscrivere un accordo di riservatezza (NDA) prima di iniziare a collaborare con Aruba PEC ed eventualmente accedere a dati confidenziali.

Torna al sommario

12.4 Monitoraggio Eventi e Vulnerabilità di Sicurezza

Nell'ambito del Servizio di Conservazione, viene conservata e periodicamente esaminata una traccia (audit log) delle operazioni svolte dagli utenti e dai processi, in modo che tali azioni possano essere documentate ed attribuite a chi le ha eseguite o causate (accountability), anche allo scopo di rilevare eventi di sicurezza, incidenti e vulnerabilità associati ai sistemi coinvolti nel processo di conservazione. Tali log vengono archiviati su supporto permanente e non è permesso agli utenti non autorizzati di accedervi.

Torna al sommario

12.5 Cifratura

Come previsto dal Piano della Sicurezza del Servizio di Conservazione di Aruba PEC, tutte le comunicazioni tra il Sistema e gli utenti (interattivi o applicativi) sono protette col protocollo sicuro TLS e pertanto sono cifrate. Per la cifratura del canale, si utilizzano algoritmi di cifratura con chiavi di lunghezza ≥ 128 bit.

Torna al sommario

12.6 Backup

Nell'ambito della gestione operativa del Servizio di Conservazione, sono definite ed applicate procedure di backup finalizzate alla creazione e conservazione di copie di sicurezza dei dati, dei software applicativi, delle loro configurazioni e di ogni altra informazione necessaria per ripristinare il servizio in caso di necessità (per es. a fronte di guasti hardware o incidenti più severi).

I dati vengono scritti e salvati sempre in duplice copia sincrona sui sistemi di storage distribuiti geograficamente con la garanzia dell'effettiva scrittura su entrambi i siti. Sui due storage utilizzati inoltre vengono effettuate copie di sicurezza attraverso meccanismi di snapshot per garantire la massima salvaguardia del dato.

I metadati e i dati utenti sono salvati su istanze dedicate distribuite su due siti geografici distinti e configurate in mirror transazionale in modo da avere una duplicazione non solo del dato ma anche di tutti i metadati necessari alla propria reperibilità e ricerca.

Per quanto riguarda i documenti, si fa presente che essi sono sempre conservati in doppia copia, ciascuna presso un data center separato (per i documenti, dunque, non vi è una reale distinzione tra copia di produzione e copia di backup).

Torna al sommario

12.7 Isolamento delle componenti critiche

I sistemi utilizzati per il Servizio di Conservazione, da un punto dell'architettura fisica, sono posti all'interno di rack dedicati ai servizi eSecurity di Aruba PEC e isolati dagli altri sistemi del datacenter.

In particolare i server e le componenti software del Sistema di Conservazione sono separati logicamente dagli altri Servizi per mezzo di macchine virtuali ed istanze dedicate.

Per quanto concerne il livello organizzativo, questo è parzialmente separato, coerentemente coi requisiti indicati nel Piano della Sicurezza e nel Manuale della Conservazione.

Torna al sommario

12.8 Sicurezza fisica datacenter del Gruppo Aruba

Nelle due strutture che verranno messe a disposizione per l'erogazione dei servizi viene data grande importanza alla sicurezza degli ambienti e dei dati in essi contenuti. Per questo sono presenti tutta una serie di sistemi che permettono di garantire integrità degli ambienti e dei servizi.



Figura 5: Immagine esterna del Datacenter

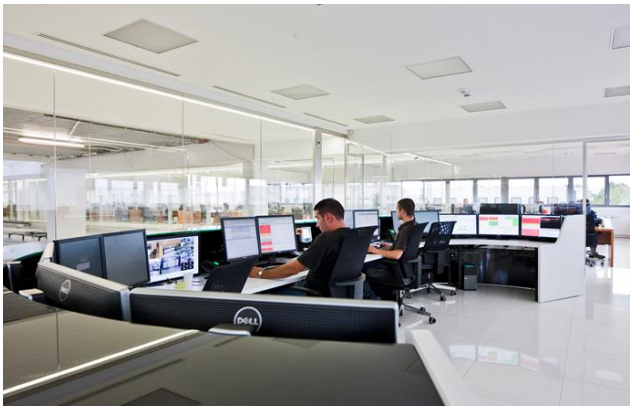


Figura 6: Immagine del Network Operations Center

I datacenter sono situati in un'area classificata come di "basso rischio idrogeologico", inoltre l'edificio è completamente antisismico ed è posto ad un piano rialzato dal livello stradale, in modo da risultare maggiormente protetto alle calamità naturali.

Sia il datacenter primario che quello secondario, sono continuamente monitorati e dotati delle soluzioni di sicurezza più avanzate descritte in seguito.

Torna al sommario

12.8.1 Sicurezza Fisica Data Center Primario

L'edificio primario è situato ad Arezzo in via Gobetti ed è certificato ANSI/TIA 942-A Rating IV (ex Tier). Il datacenter è stato progettato ponendo la massima attenzione alla **sicurezza fisica degli accessi**:

- le **porte esterne** sono di tipo blindato;
- le **finestre** e le **superfici vetrate esterne** a piano terra sono dotate di vetro antiproiettile dello spessore di 21 mm;
- le **griglie per il passaggio dell'aria** necessaria al raffreddamento della sala dati sono protette da sbarre trasversali in acciaio del diametro di 20 mm.

L'**accesso dei visitatori** avviene attraverso una "**bussola**" a due ante rotanti e interbloccate, analoga a quelle normalmente utilizzate negli istituti bancari - anch'essa dotata di vetri anti-proiettile da 21 mm di spessore. Una volta avuto accesso all'interno, è presente una seconda barriera, costituita da varchi motorizzati. Per attraversare tali varchi è necessario essere accreditati alla antistante Reception, con lo scopo di ottenere un badge abilitato. Per la registrazione dei visitatori, è istituito un apposito registro conservato in conformità con quanto previsto dalla **normativa ISO 27001**.

Superata la barriera dei varchi motorizzati, si trova davanti la sala dati principale, delimitata da una parete in vetro antiproiettile da 21 mm. L'accesso, consentito solo al personale abilitato, avviene tramite porte scorrevoli di sicurezza assoggettate al controllo accessi. L'intero stabile è circondato da una resede che lo separa su tutti i lati dalle altre proprietà, e protetto da una recinzione rigida in metallo dell'altezza di 260 cm. La struttura è presidiata e sorvegliata 24x7x365.

Il **data center** è dotato di un **sistema di controllo accessi** esteso a tutti i varchi, sia esterni (ingresso principale, uscite di sicurezza, magazzini, locali tecnici) che interni (sale dati, locali tecnici, uffici). Il riconoscimento è basato su un doppio

criterio di autenticazione, mediante l'utilizzo di una tessera di prossimità e la digitazione di un pin. Il sistema di gestione degli accessi prevede la possibilità di abilitare e disabilitare le singole tessere in base alle aree, agli orari ed ad altri parametri, in modo da garantire sia la massima sicurezza degli ambienti che la necessaria fluidità degli accessi. E' possibile generare dettagliati report (per utente, per varco, per data) in modo da ricostruire con la massima precisione - se necessario - i percorsi effettuati da ogni singolo visitatore.

L'edificio è dotato di un **sistema anti-intrusione** che utilizza sensori volumetrici a doppia tecnologia, assieme a sensori a contatti su infissi e sensori di vibrazione sui vetri delle sale dati.

L'impianto è integrato da sistemi evoluti di analisi delle immagini rese disponibili dall'impianto di video-sorveglianza (trattato di seguito). La resede esterna è protetta tramite barriere a raggi infrarossi applicate lungo tutto il perimetro della recinzione esterna. L'impianto anti-intrusione è integrato con il sistema di controllo accessi.

L'**impianto di video-sorveglianza** è costituito da un cospicuo numero di telecamere (oltre 120) posizionate sia all'interno dell'edificio (lungo tutti i punti di passaggio e all'interno dei locali sensibili) che all'esterno (lungo la recinzione, sulla copertura dell'edificio e nella zona dove sono ubicati i gruppi elettrogeni). Le telecamere utilizzate sono di tipologie diverse in base alle diverse esigenze derivanti dai singoli posizionamenti (angolo e distanza di visuale, tipologia di illuminazione, ecc). Le immagini vengono rese disponibili in real-time al personale di presidio mediante appositi monitor presenti all'interno del **NOC**.

Tutte le immagini acquisite vengono immagazzinate tramite videoregistratori digitali, situati in ambienti protetti e conservate per 24H, come previsto dalle vigenti **normative in ambito Privacy**.

Tutto l'edificio è dotato di un **sistema di rilevamento dei fumi** costituito da sensori ottici posizionati in ambiente, sotto al pavimento flottante e sopra il controsoffitto. I sensori sono collegati tra loro in loop e mediante cavo antifiamma, in modo da garantire il loro funzionamento anche in caso di interruzione di un collegamento. Sono stati previsti opportuni sensori in grado di verificare la presenza di fumo all'interno delle condotte per il ricambio dell'aria degli ambienti.

La gestione dell'impianto è demandata ad una centrale a 6 loop, con il compito di rilevare i segnali provenienti dai sensori, attivando gli allarmi ottici e acustici, nonché provvedendo all'attivazione dell'impianto di spegnimento mediante apposite unità di spegnimento. Le aree sensibili e/o a maggiore rischio (2 sale dati, 2 sale tlc, 6 power center, 6 sale trasformatori MT e 2 sale quadri MT) sono dotate di sistema di spegnimento a gas inerte (Azoto).

Il **metodo di spegnimento** è quello della diluizione d'ossigeno, ottenuto mediante una scarica di un'adeguata quantità di azoto in grado di ridurre la percentuale di ossigeno dal 23% presente normalmente in atmosfera al 12% circa, valore che non consente la combustione. Tale scarica non rappresenta un pericolo per la salute delle persone eventualmente ancora presenti nell'ambiente al momento della scarica (comunque annunciata con un anticipo di 60 secondi da allarmi acustici e ottici) e preserva gli apparati consentendo la continuità nell'erogazione dei servizi.

I gruppi elettrogeni di emergenza presenti, posizionati all'esterno, sono dotati di impianti di rilevazione e di spegnimento incendi (ad anidride carbonica) dedicati e autonomi. Tali gruppi sono dotati inoltre di sistema di intercettazione del carburante, in grado di interrompere l'afflusso in caso di incendio. E' inoltre presente la normale dotazione di estintori portatili e carrellati.

I vari locali dell'edificio sono dotati di sensori per il **rilevamento della presenza di liquidi**, posizionati sotto il pavimento flottante. Per quanto riguarda la possibilità di allagamento derivante da rottura delle tubazioni per l'acqua dei servizi igienici (o dalla dimenticanza di rubinetti aperti), è stato previsto un sistema costituito da sensori (flussostati e rilevatori di presenza) e da una logica che, nel caso in cui venga rilevato il flusso di acqua in assenza di persone all'interno dei singoli servizi igienici, provvede all'interruzione dell'erogazione dell'acqua nel medesimo ambiente tramite l'attivazione di una elettrovalvola, eliminando la possibilità di riversamento di acqua a terra.

Le eventuali problematiche derivanti da alluvioni sono scongiurate, in quanto la struttura è ubicata in zona pianeggiante ed in posizione rilevata di circa un metro rispetto al piano di campagna. In fase progettuale si è provveduto inoltre a evitare il posizionamento di impianti strategici o di parte di essi a quota inferiore a tale valore: ciò esclude la necessità di sistemi anti-allagamento dotati di pompe idrauliche.

I server dislocati presso il Centro Servizi saranno dotati di meccanismi di sicurezza fisica utili ad impedire il furto locale dei dati. Gli armadi rack sono tutti dotati di sportelli metallici con serratura a chiave e i supporti di memorizzazione contenenti dati sono conservati in luogo sicuro. Gli apparati attivi di rete saranno posizionati in armadi di cablaggio con chiusura a chiave che inibisce l'accesso fisico ai dischi locali e ne impedisce la rimozione.

Tutti gli impianti sopradescritti, assieme agli impianti e sistemi strategici (gruppi elettrogeni, ups, quadri elettrici, condizionamento di potenza) e agli impianti standard (illuminazione, condizionamento uffici) sono supervisionati da un sistema **BMS** (**Building Management System**) a mappe, in grado di gestire tutti gli eventi e gli allarmi, di interpretarli e di assegnare loro le opportune priorità, generando le conseguenti notifiche in modo da ridurre al massimo i tempi di interpretazione e individuazione degli eventi. Il **BMS** - controllato dal personale di presidio del **NOC** (**Network Operation Center**) - è accessibile anche da remoto ed in grado di provvedere alla notifica degli allarmi tramite i consueti canali (e-mail, SMS, ecc).

La pavimentazione flottante è realizzata mediante pannelli in conglomerato ad alta resistenza appoggiate su struttura composta da tubolari in acciaio ed offre adeguate capacità di carico e di resistenza. Al fine di verificare la corrispondenza con i dati del fornitore sono state eseguite prove di carico in laboratorio.

Torna al sommario

12.8.2 Sicurezza fisica Data Center Secondario

La **sicurezza fisica** del **data center** secondario viene garantita attraverso:

- un sistema di video-sorveglianza che utilizza telecamere motorizzate per tenere sotto controllo i punti nevralgici della struttura;
- un sistema di allarme che rileva automaticamente eventuali vibrazioni o aperture non autorizzate di ingressi e di infissi;
- un impianto anti-intrusione – monitorato dal NOC - che utilizza rilevatori di presenza a doppia tecnologia (micro-onde e raggi infrarossi), contatti magnetici e barriere a raggi infrarossi per proteggere le zone in cui gli ambienti sono suddivisi e prevenire l'apertura non autorizzata di ingressi ed infissi;
- sistema di controllo accessi che permette l'accesso al solo personale autorizzato, dotato di badge con tecnologia RFID e codice PIN personale;
- un sistema anti-incendio a gas inerti (non tossici) - connesso a rilevatori di fumo posti sopra e sotto al pavimento flottante – che si attiva automaticamente inondando di gas solo la zona colpita;
- un sistema di rilevazione liquidi che permette di intercettare - dal NOC e tramite appositi allarmi acustici in loco - eventuali fuoriuscite di liquido dagli impianti tecnologici;
- un sistema centrale server per archiviare e consultare (da personale autorizzato tramite accesso protetto) qualsiasi accesso ai locali, che solo avviene attraverso RFID associato a codice numerico.

Anche nel sito secondario, i server saranno dotati di meccanismi di sicurezza fisica utili ad impedire il furto locale dei dati: gli armadi rack sono provvisti di sportelli metallici con serratura a chiave; i supporti di memoria dati sono conservati in un luogo sicuro ed i server sono protetti da un apposito sportello con chiusura a chiave (come inibizione dell'accesso fisico e della rimozione).

Torna al sommario

12.9 Sicurezza Organizzativa comune ai due data center

Aruba garantisce inoltre la sicurezza organizzativa delle strutture, che viene continuamente adeguata in caso di evoluzioni delle normative. Il sistema di registrazione dei log per tutti i servizi erogati è infatti conforme alle normative vigenti ed adeguato in caso di evoluzioni.

A tale proposito viene garantito che:

- i processi attuati per il monitoraggio e la rilevazione di eventuali intrusioni o anomalie sono definiti ed attuati
- l'accesso alle informazioni riservate dell'Amministrazione viene permesso solo a personale autorizzato, in conformità al Regolamento (UE) 2016/679;

Aruba garantisce che tutti gli apparati necessari all'erogazione dei servizi vengano gestiti solo da personale univocamente individuato e che gli aspetti di sicurezza siano attuati in base a procedure documentate. Le procedure di sistema del Gruppo Aruba, redatte sulla base dello standard ISO27001 per la gestione della sicurezza delle informazioni, garantiscono che siano documentati:

- gli accessi fisici delle persone agli edifici in cui sono situati apparati;
- gli accessi fisici delle persone ai locali contenenti apparati;
- le regole per l'accesso da parte di personale esterno (fornitori, addetti alla manutenzione, visitatori, etc.);
- le modalità di gestione degli strumenti per l'accesso ad eventuali casseforti ed armadi blindati (combinazioni delle casseforti, chiavi degli armadi, etc.);
- le modalità di gestione degli archivi cartacei (regole per la conservazione, modalità di consultazione, eventuale registrazione degli accessi, etc.);
- la gestione di situazioni anomale;
- le modalità di ripristino a seguito di interruzione dell'erogazione di energia elettrica;
- le procedure di backup e di restore;
- le procedure di escalation.

Le **postazioni di lavoro** si trovano in uffici interdetti all'accesso del pubblico. Le postazioni condivise, messe a disposizione della clientela, risiedono su reti e uffici separati (sale riunioni attrezzate), e sono dotate di opportune limitazioni di accesso.

Per l'**accesso alle postazioni di lavoro**, i dipendenti dispongono di token hardware personali protetti da apposito **PIN** associato a credenziali nella forma nome.cognome e password, di tipo strong, conosciute solo dagli stessi. Attraverso l'**Active Directory aziendale** è possibile offrire cambio password con obbligo di password in base a policy standard condivise.

L'accesso ai server viene garantito attraverso le stesse credenziali personali sia per ambienti windows che per ambienti linux. Le password vengono mantenute nella massima riservatezza e non possono essere trascritte.

Torna al sommario

12.10 Sicurezza Logica dei sistemi e degli apparati

I protocolli ed i servizi utilizzati per la gestione degli apparati (SNMP, RADIUS, NTP, Log, LDAP) vengono erogati solo verso le reti di management mediante l'utilizzo di ACL (Access Control List). All'interno delle reti dedicate, se il protocollo/servizio lo supporta, è in ogni caso necessario autenticarsi.

Tutti i protocolli previsti per l'accesso ed il controllo dei sistemi sono di tipo sicuro cifrato, prevedendo ssh, https o rdp.

All'interno dei singoli apparati i servizi non necessari vengono disattivati e quelli necessari vengono erogati solo verso le interfacce che richiedono che tali servizi vengano resi disponibili.

Le politiche e le conseguenti architetture e configurazioni di rete adottate garantiscono fra l'altro:

- L'impossibilità di effettuare IP spoofing da un qualsiasi utente connesso direttamente alla rete
- L'impossibilità di effettuare attacchi smurf, fraggle, land tramite limitazione nell'accesso agli indirizzi di broadcast e filtraggio dei pacchetti che riportano un indirizzo sorgente palesemente scorretto
- La capacità di reagire tempestivamente a qualsiasi tipo di attacco alle proprie infrastrutture anche tramite la possibilità di configurare in qualsiasi punto della rete qualsiasi regola di filtraggio atta a mitigare il fenomeno evidenziato

Gli enti/gruppi che operano sulla configurazione dei sistemi hanno diverse esigenze in termini di necessità d'accesso alle classi d'apparati. L'autorizzazione all'accesso alla configurazione di un apparato è nominale, non di gruppo. L'accesso ad una specifica classe d'apparati dipende dall'appartenenza dell'utente ad uno specifico gruppo. L'associazione dell'utenza

al Gruppo permette di confinare l'accesso degli utenti ai soli apparati la cui gestione è in carico al Gruppo. Sulla base di tale appartenenza, l'utente potrà autenticarsi sull'apparato utilizzando una login ed una password personali nel caso di apparati con tecnologia IP mentre per quanto riguarda apparati di trasporto (SDH e DWDM) l'autenticazione si esegue a livello dei sistemi di gestione. Sono stati inoltre introdotti dei meccanismi di gestione delle password (lunghezza minima, presenza di caratteri numerici, ecc.) di enable e delle password locali in modo da ottenere un bilanciamento tra l'esigenza di avere un adeguato livello di sicurezza e le esigenze di implementazione/gestione delle linee guida.

L'inserimento di un nuovo utente in un gruppo deve essere richiesto dal responsabile del gruppo stesso. La richiesta deve pervenire via e-mail all'apposita casella di posta nel caso della rete IP o all'amministratore di rete nel caso di accesso agli apparati di rete di Trasporto.

Successivamente alla configurazione dell'utente, sarà inviata e-mail di conferma all'utente stesso ed al responsabile del gruppo. La rimozione di un utente da un gruppo deve essere richiesta dal responsabile del gruppo stesso. La richiesta deve pervenire via e-mail all'apposita casella di posta nel caso della rete IP o all'amministratore di rete nel caso di accesso agli apparati di rete di trasporto.

Successivamente alla rimozione dell'utente, sarà inviata e-mail di conferma all'utente stesso ed al responsabile del gruppo. Le password utilizzate dagli utenti dovranno seguire le seguenti regole:

- Non inferiori agli 8 caratteri.
- Non devono essere facilmente identificabili. Nomi propri, nomi di prodotti, nomi di Clienti ecc. sono da evitare
- Devono contenere caratteri misti: minuscole, maiuscole, numeri, spazi, caratteri speciali (@, %, $ ecc.)

L'utente viene invitato a cambiare con regolarità la sua password utente. Nel caso l'utente decidesse di non cambiare la propria password, riceverà quotidianamente, nelle ultime due settimane di validità della stessa, un avviso di richiesta di modifica password.

Torna al sommario

12.11 Piano di Disaster Recovery e Continuità operativa

Aruba ha sviluppato e adotta appositi piani di Disaster Recovery e Business Continuity allo scopo di gestire e mediare i rischi cui può essere soggetta.

Tali documenti definiscono ed elencano le azioni da intraprendere prima, durante e dopo una condizione di emergenza per assicurare il ripristino (Disaster Recovery) e la continuità (Business Continuity) dei servizi erogati. Essi forniscono indicazioni e dove possibile istruzioni passo-passo atte ad assicurare la continuità dei servizi critici di Aruba anche in presenza di eventi indesiderati che possano causare il fermo prolungato dei sistemi informatici.

I Piani di Disaster Recovery sono stati redatti tenendo presente le "Linee Guida per il disaster recovery delle PA" dell'Agenzia per l'Italia Digitale,ed è dunque ispirato al ciclo di Deming (Plan, Do, Check, Act) prevedendo, dopo la fase iniziale di studio/analisi del contesto, il disegno della soluzione tecnologico-organizzativa che meglio risponde alle esigenze di continuità richieste, la realizzazione e il mantenimento della soluzione. Tale piano viene dettagliato maggiormente in fase di setup dell'infrastruttura.

La continuità operativa sarà garantita anche in caso di blocchi prolungati, quali, a titolo esemplificativo:

- distruzione o inaccessibilità di una struttura nella quale sono allocate unità operative o apparecchiature critiche;
- indisponibilità di personale essenziale per il funzionamento dell'azienda;
- interruzione del funzionamento delle infrastrutture (tra cui energia elettrica, reti di telecomunicazione, ecc.);
- alterazione dei dati o indisponibilità dei sistemi a seguito di attacchi perpetrati dall'esterno attraverso reti telematiche;
- danneggiamenti gravi provocati da dipendenti

Torna al sommario

12.11.1 Business Impact Analisys (BIA)

Come prima cosa si valutano gli elementi che più risentirebbero dell'interruzione del servizio, ovvero si valuterà con il cliente quali sono gli aspetti maggiormente critici del servizio offerto.
La BIA valuta normalmente l'impatto di un evento sull'operatività economica, nel caso della conservazione documentale però l'interruzione dei servizi erogati comporta danni non immediatamente "monetizzabili". Le perdite (e dunque l'impatto) saranno valutate assieme al cliente tenendo conto dell'insieme dei seguenti aspetti:

- Aspetti economici
- Aspetti sociali
- Aspetti reputazionali;
- Aspetti normativi.

Torna al sommario

12.11.2 Analisi dei Rischi

In questa fase si identificheranno quali siano gli scenari di rischio che insistono sul patrimonio informativo attraverso i quali si qualificano gli eventi / minacce che presentano maggior probabilità di concretizzarsi (e.g. in funzione dei livelli di vulnerabilità, delle contromisure in essere, dell'appetibilità dei servizi offerti), generando un danno per il cliente. Si individueranno pertanto le possibili cause di indisponibilità quali ad esempio diffusione di virus, interruzione dell'alimentazione elettrica, incendio alla sala CED, etc...

Torna al sommario

12.11.3 Classificazione dei Sistemi e delle Risorse

Allo scopo di indirizzare le priorità di ripristino in caso di disastro, nonché realizzare un efficiente utilizzo delle risorse, si ritiene indispensabile classificare i sistemi presenti all'interno delle infrastrutture di ARUBA a seconda della loro criticità in caso di disastro.

Sono stati individuati quattro livelli di criticità, così definiti:

- **Sistemi critici:**
  Sono quei sistemi indispensabili per fornire un minimo ed accettabile livello di servizio in caso di evento disastroso e/o necessari per il funzionamento degli altri sistemi a minore criticità.
- **Sistemi importanti**:
  Sono quei sistemi necessari per garantire un livello standard di servizi, che quindi hanno una significativa importanza operativa.
- **Sistemi semi-importanti:**
  Si tratta di sistemi necessari per le normali operazioni, tuttavia risultano avere una minore importanza operativa rispetto a quelli del punto precedente.
- **Sistemi non-critici:**
  Sono i sistemi che rivestono la minore importanza (quali servizi accessori ecc.) operativa per cui il ripristino non riveste carattere di priorità.

Verrà inoltre fornito l'elenco del personale, il responsabile della Continuità Operativa e le procedure di escalation da utilizzare per dichiarare lo stato di disastro.

Torna al sommario

12.11.4 Modalità tecniche per la Business Continuity ed il Disaster Recovery

Come descritto nell'architettura fisica della soluzione il sistema implementa i seguenti livelli di sicurezza:

1) Il sistema di produzione è completamente ridondato senza alcun Single Point of Failure. Alcune componenti sono per convenienza distribuite sui due Data Center connessi in ambito metropolitano in modo tale da essere totalmente resilienti a qualsiasi guasto HW o SW che possa colpire un singolo nodo fisico o virtuale. Per come è costruito il sistema inoltre l'impatto sulle performance dovuto alla rottura di un singolo componente può essere considerato irrilevante e comunque la configurazione normale ripristinata nel giro di pochi minuti.
2) La presenza di un sito collegato in ambito metropolitano e già parzialmente attivo garantisce la piena operatività della soluzione anche nel caso di fermo del data center principale. Le uniche operazioni necessarie sono la riconfigurazione della rete, per il corretto raggiungimento del sistema, e la riattivazione dei nodi di Front-end ed Application sull'apposita infrastruttura virtuale. Per tutti gli eventi che abbiano impatto sul data center di produzione, che ricordiamo essere certificato **ANSI/TIA 942-A Rating IV (ex Tier)**, la riattivazione del servizio senza perdita di dati è prevista entro 24 ore. Nel caso di attivazione del sito secondario, questa viene eseguita manualmente seguendo apposite procedure, a seguito della dichiarazione di crisi prevista dalle procedure.

Torna al sommario

13 Disposizioni finali

13.1 Nullità o inapplicabilità di clausole

Se una qualsivoglia disposizioni del presente Manuale, o relativa applicazione, risulti per qualsiasi motivo o in qualunque misura nulla o inapplicabile, il resto del presente Manuale (così come l'applicazione della disposizione invalida o inapplicabile ad altre persone o in altre circostanze) rimarrà valido e la disposizione nulla o inapplicabile sarà interpretata nel modo più vicino possibile agli intenti delle parti.

Torna al sommario

13.2 Interpretazione

Salvo disposizioni diverse, questo Manuale dovrà essere interpretato in conformità alla correttezza, buona fede ed a quanto ragionevole anche in virtù degli usi commerciali nazionali.

Torna al sommario

13.3 Nessuna rinuncia

In nessun caso eventuali inadempimenti e/o comportamenti del Cliente difformi rispetto al Manuale potranno essere considerati quali deroghe al medesimo o tacita accettazione degli stessi, anche se non contestati da ARUBA. L'eventuale inerzia di ARUBA nell'esercitare o far valere un qualsiasi diritto, clausola o disposizione del Manuale, non costituisce rinuncia a tali diritti o clausole.

Torna al sommario

13.4 Comunicazioni

Qualora ARUBA o il Cliente desiderino o siano tenuti ad effettuare delle comunicazioni, domande o richieste in relazione al presente Manuale, tali comunicazioni dovranno avvenire nelle modalità ed ai riferimenti indicati nel Contratto.

Torna al sommario

13.5 Intestazioni e Appendici e Allegati del presente Manuale Operativo

Le intestazioni, sottotitoli e altri titoli del presente Manuale sono utilizzati solo per comodità e riferimento, e non saranno utilizzati nell'interpretazione o applicazione di qualsiasi disposizione ivi contenuta.

Le appendici, gli allegati, comprese le definizioni del presente Manuale, sono parte integrante e vincolante del presente Manuale a tutti gli effetti.

Torna al sommario

13.6 Modifiche del Manuale di conservazione

ARUBA si riserva il diritto di aggiornare periodicamente il presente Manuale in modo estensibile al futuro e non retroattivo. Le modifiche sostituiranno qualsiasi disposizione in conflitto con la versione di riferimento del Manuale di conservazione.

Torna al sommario

13.7 Violazioni e altri danni materiali

Il Cliente rappresenta e garantisce che i documenti oggetto di conservazione e le informazioni in essi contenute non interferiscano, danneggino e/o violino diritti di una qualsiasi terza parte di qualunque giurisdizione.

Torna al sommario

13.8 Norme Applicabili

Le attività di conservazione contenute nel presente Manuale sono assoggettate alle leggi dell'ordinamento italiano.

Il presente documento informatico è formato nel rispetto delle regole tecniche di cui all'art. 71 del D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e s.m.i. (Codice dell'amministrazione digitale) e sottoscritto con firma digitale del Sig. Andrea Sassetti.

Torna al sommario

ARCHIVIAZIONE, GESTIONE E SCARTO DEI DOCUMENTI CARTACEI

Preparato:	**Verificato:**	**Approvato:**
Dott.ssa Conti Rosangela *S.C. Affari Generali e Legali*	*Dott.ssa Clara Pelliccia* *Direttore S.C. Affari Generali e Legali* *Dott.ssa Anna Maddalena Iadini,* *Responsabile f.f. Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri* *Ing. Giovanni Poggialini* *Responsabile ad interim S.C. Gestione Acquisti* *Dott. Niccolò Valli* *Referente S.C. Area Accoglienza e Cup Aziendali* *Dott. Massimo Alonzo* *Direttore S.C. Medicina Legale* ***Per conformità a SGQ**:* *Dr. Avv. Ugo Palaoro* *Direttore ad Interim SC Qualità, Risk Management e Accreditamento*	*Dott. Avv. Ugo Palaoro* *Direttore Amministrativo ASST Sette Laghi* *Dott.ssa Adelina Salzillo* *Direttore Sanitario ASST Sette Laghi* *Data: 03/05/2024*

INDICE DELLE REVISIONI		
N. progressivo	*Descrizione della modifica*	*Data*
02		
01	Integrazione e aggiornamento	03/05/2024
00	Prima emissione	25/09/2018

Spazio riservato alla verifica annuale del documento

Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:
Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:
Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:
Data di verifica	☐ documento adeguato ☐ documento non adeguato, da revisionare	Firma del verificatore	Note:

Il presente documento è di proprietà della ASST Sette Laghi. E' fatto divieto di copiarne e divulgarne il contenuto all'esterno, salvo autorizzazione aziendale. Il Documento firmato in originale è conservato presso l'Archivio Centrale del Sistema di Gestione per la Qualità.

INDICE

Premessa 3
Articolo 1 – Scopo 4
Articolo2–Definizioni generali 5
Articolo 3 – Gli Archivi: suddivisione 6
Articolo4–Gliarchivicorrenti 7
Articolo5–Dall'archiviocorrenteall'archiviodi deposito: il cosiddettoscarto *in itinere* 7
5.1 Documentazione eliminabile durante lo scarto in itinere 8
Articolo6–Gliarchividideposito 9
6.1 Archivi di Deposito Aziendali 12
Articolo7 –Dall'archiviodidepositoall'archiviostorico:loscarto 14
7.1 Predisposizione della documentazione 15
7.2 Compilazione elenco documentazione per lo scarto 15
7.3 Frequenza delle operazioni di scarto 17
7.4 Responsabilità sull'osservanza delle norme sullo smaltimento 17
Articolo8–L'archiviostorico 18
Articolo 9 – Periodi minimi di conservazione 19
Articolo 10 – Documentazioneaconservazioneillimitata 19
Articolo11–Conservazionedell'archivio 19
Articolo12–Responsabilità sulla tenuta degli archivi 20
Articolo13–Emergenze e Calamità 21
13.1 Misure da adottare in caso di emergenza 22
Articolo 14 – Norma di Rinvio 23
Articolo 15 – Disposizioni Finali 23
Allegati 23

Premessa

Tutti i documenti, i fascicoli e gli archivi degli enti pubblici appartengono al patrimonio culturale nazionale, secondo quanto previsto dal Codice dei beni culturali (D.Lgs 22/01/2004 n. 41 artt. 2 e 10); ai sensi dell'art. 822 del Codice Civile tali documenti sono soggetti al regime del demanio pubblico e per tanto sono inalienabili.

Tutti i documenti prodotti, ricevuti o conservati a qualsiasi titolo da una Pubblica Amministrazione possiedono fin dall'origine la duplice natura di *atti pubblici* e di *beni culturali*. Pertanto, tali atti vanno preservati da ogni alterazione e sottrazione, evitando ogni forma di uso improprio.

Nel corso degli anni, un articolato *corpus* legislativo, non sempre di facile interpretazione, ha tentato di disciplinare i vari aspetti della gestione documentale, quali la produzione, la conservazione e la trasmissione degli atti (D.P.R.n.445/2000es.m.i.), la tenuta dei documenti informatici (D.L.gs. n. 82/2005 e s.m.i.), l'accesso alle informazioni (L. n. 241/1990 e s.m.i. e D. L.gs.n.33/2013es.m.i.) e la tutela dei dati personali e sensibili (D.L.gs.n.196/2003es.m.i.). Anche la normativa sui beni culturali ha prescritto l'obbligo di garantirne la protezione e la conservazione, l'integrità, la sicurezza e la pubblica fruizione,adottando nel contempo tutte le misure idonee "a limitare le situazioni di rischio"(artt.3,29 e30delD.L.gs.n.42/2004es.m.i.).

I soggetti pubblici detentori di archivi hanno il dovere di collaborare alla loro tutela e valorizzazione (D. L.gs. n. 42/2004, artt. 5 e 7). Agli stessi soggetti è poi attribuito l'obbligo specifico di conservare, ordinare e inventariare i propri archivi,da intendersi come dovere di predisporre mezzi e procedure perché l'archivio corrente nasca ben ordinato, nonché dovere di riordinare l'archivio già esistente ove si trovi in stato di disordine (art.30,c. 4).

Ogni azione contraria alle norme di buona conservazione dei documenti, ivi compreso il semplice comportamento omissivo o l'abbandono in stato di incuria degli archivi, costituisce una grave violazione di legge.

Pur giovandosi della loro autonomia organizzativa nel creare e ordinare il proprio archivio, gli Enti, tra cui le Aziende socio sanitarie, sono tenute ad archiviare secondo modalità definite da requisiti normativi e di corretta gestione documentale.

In particolare l'archivio dei documenti di un Ente Pubblico deve soddisfare varie esigenze, definite dal Codice dei beni culturali e del paesaggio, tra cui in particolare:

- essere ordinato (art. 30, comma 4);

- conservato correttamente in sicurezza (art. 30, comma 1);
- senza danni (art. 20, comma 1);
- rispettandone l'integrità (art. 20, comma 2) e l'organicità (art. 30, comma 4);
- curato con idonea manutenzione (art. 29, comma 3);
- restaurato se necessario (art. 29, comma 4);
- non adibito ad usi incompatibili con il suo carattere (art. 20, comma 1).

Alla luce di quanto sopra, la presente IOG intende fornire alcune indicazioni utili per la corretta, omogenea e il più possibile univoca tenuta degli archivi aziendali, tenendo presente che l'archiviazione della documentazione amministrativa differisce da quella sanitaria.

Articolo 1 – Scopo

La presente IOG fornisce i criteri di organizzazione dell'archivio, di conservazione e di selezione periodica per lo scarto dei documenti prodotti e acquisiti dall'ASST dei Sette Laghi nell'esercizio delle proprie attività. In particolare disciplina:

- le modalità di gestione dei documenti e dei fascicoli aziendali;
- le modalità per la corretta tenuta degli archivi dell'ASST;
- le responsabilità in merito alla conservazione e archiviazione dei documenti cartacei;
- la tempistica di conservazione e le modalità di scarto della documentazione ai sensi del D.Lgs. n.42/2004edellaDGRX/325del27/06/2013, successivamente integrata e modificata mediante approvazione, da ultimo,della versione04 del Titolario di Classificazione e Massimario di Scarto della Documentazione del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia di cui al Decreto n.15229dell'1.12.2017 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente IOG (all. n. 1).

Le disposizioni della presente IOG si applicano a tutti i documenti prodotti ed acquisiti dall'ASST dei Sette Laghi nello svolgimento della propria attività amministrativa, sanitaria e sociosanitaria.

Articolo 2 – Definizioni generali

Documento amministrativo: il documento amministrativo è la rappresentazione,in qualsiasi modo formata, del contenuto di atti anche interni, dell'ASST o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

Documento sanitario: il documento sanitario è la rappresentazione grafica, informatica, iconografica, elettromagnetica dell'attività clinica, scientifica e amministrativa delle strutture sanitarie aziendali.

Documento socio-sanitario: il documento socio-sanitario è la rappresentazione, in qualsiasi modo formata, dell'attività e degli interventi erogati a livello territoriale dalle strutture socio-sanitarie aziendali.

Fascicolo: raccolta ordinata, individuata con identificativo univoco, di documenti riuniti per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma degli stessi, all'oggetto, alla materia o alle funzioni.

Manuale di gestione dei documenti: il testo che descrive il sistema di gestione e di conservazione dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta e il protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. Nel caso specifico, trattasi della presente IOG.

Archivio: complesso di documenti prodotti o acquisiti da una Pubblica Amministrazione durante lo svolgimento della propria attività. Si articola in archivio corrente, archivio di deposito, archivio storico, come meglio dettagliato nel successivo art. 3.

Autorizzazione allo scarto: Provvedimento emanato dalla Soprintendenza archivistica competente per territorio che autorizza lo scarto, sulla base di una proposta presentata da una P.A.

Conservazione: Attività volta a garantire la tenuta in condizioni idonee, all'interno di archivi analogici e/o digitali, dei documenti.

Titolario di classificazione e Massimario di scarto: Strumento archivistico approvato da Regione Lombardia contenente la classificazione e il tempo minimo di conservazione della documentazione amministrativa prodotta in ambito sanitario e sociosanitario (all. n. 1)

Articolo 3 – Gli Archivi: suddivisione

Tutti i documenti prodotti dall'Azienda costituiscono l'archivio dell'ASST dei Sette Laghi. In quanto beni culturali, essi devono essere conservati ai sensi della normativa vigente e come tali sono soggetti alla vigilanza della Soprintendenza Archivistica competente per territorio, la quale in tale ambito svolge anche funzioni di consulenza tecnica.

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

Per *archivio corrente* si intende il complesso dei documenti e dei fascicoli relativi a procedimenti amministrativi in corso di istruttoria e di trattazione o comunque verso i quali sussista un interesse corrente. Ne fanno parte anche le banche dati, i sistemi informativi o altri repertori informatizzati che acquisiscono, trattano e conservano dati e informazioni utilizzati ai fini dello svolgimento dell'attività amministrativa.
Di norma, per necessità pratiche, i documenti che compongono l'archivio corrente vengono conservati in locali facilmente accessibili o nella stessa stanza del personale che li utilizza.

Per *archivio di deposito* si intende il complesso dei documenti, prodotti o ricevuti dall'Azienda, relativi a pratiche concluse nell'ultimo quarantennio che non servono per l'espletamento delle pratiche correnti, o comunque verso i quali sussiste un interesse sporadico.
Si tratta di una fase intermedia del ciclo di vita di tutti quei documenti che in futuro potrebbero essere scartati, ma che per il momento occorre conservare perché possono ancora essere utili (ad esempio per accertamenti o consultazioni, anche da parte di terzi, nel rispetto dei presupposti e procedure di normative e regolamenti di riferimento).
Presso l'archivio di deposito vengono inoltre trasferiti tutti i documenti per i quali vige l'obbligo di conservazione illimitata.

Per *archivio storico* si intende il complesso dei documenti relativi a procedimenti amministrativi e atti conclusi da oltre 40 anni e destinati, previa effettuazione delle operazioni di scarto, alla conservazione permanente per finalità storiche, culturali e di ricerca. Tutta la documentazione anteriore al 1975 costituisce archivio storico.

Articolo 4 – Gli archivi correnti

Gli archivi correnti si compongono di documenti prodotti durante lo svolgimento dell'attività amministrativa, sanitaria e socio-sanitaria di cui ai precedenti articoli e sono quelli attualmente in uso e in continuo accrescimento presso le strutture dell'ASST dei Sette Laghi.
All'interno dei fascicoli correnti i documenti dovrebbero essere posti in ordine cronologico; pertanto, aprendo il fascicolo, si troverà il documento più recente (in entrata e/o in uscita) e poi quello con data antecedente. Questo ordine permette di sapere con certezza cosa, sino a quel momento, è stato svolto o quanto è ancora da realizzare per concludere il procedimento.

Articolo 5 – Dall'archivio corrente all'archivio di deposito: il cosiddetto scarto *in itinere*

Prima di procedere al trasferimento dei fascicoli dall'archivio corrente all'archivio di deposito, le Strutture che hanno in carico i fascicoli devono procedere ad una operazione di selezione della documentazione da trasferire, cosiddetta operazione di "*scarto in itinere*".
In questa fase si deve provvedere ad ordinare i fascicoli secondo la data di formazione del documento ed estrarre dal fascicolo le copie dei documenti ed eventuali minute, appunti, bozze etc., ossia tutto il materiale cartaceo che non costituisce il vero e proprio documento oggetto di conservazione, e che deve essere eliminato.

I documenti devono essere archiviati togliendo eventuali elastici, fermagli, cartellette di plastica, faldoni di plastica o contenenti pezzi di metallo, perché l'umidità, il calore, gli sbalzi di temperatura in genere, con il tempo seccano gli elastici rendendoli inutilizzabili ed arrugginiscono i fermagli. E' altresì da evitare lo scotch che con il passare del tempo ingiallisce e si stacca, separando

inesorabilmente le parti in precedenza unite. E' consigliabile raccogliere tutti i documenti in un involucro cartaceo.

5.1 Documentazione eliminabile durante lo scarto in itinere

Tutti i documenti totalmente superflui ai bisogni ordinari dell'ASST e **senza validità giuridica** che non hanno necessità di essere conservati in archivi, indipendentemente dal tipo di supporto (analogico/digitale), possono essere eliminati **senza autorizzazione della Soprintendenza Archivistica**. Essi sono, a titolo esemplificativo e non esaustivo, identificabili in:

- minute/appunti/bozze;
- copie o esami provvisori che devono essere rimossi dalle cartelle cliniche;
- copie e/o fotocopie della corrispondenza e di atti aziendali;
- copie di file/documenti su supporto informatico/digitale normalmente detenute dalle strutture per uso proprio e/o per comodità di consultazione;
- corrispondenza riservata personale;
- copie delle Gazzette Ufficiali, Bollettini ufficiali della P.A.;
- materiali statistici, libri, giornali, riviste, stampe, periodici, pubblicazioni in genere;
- materiali pubblicitari in genere anche relativi a corsi, convegni e congressi;
- programmi, inviti a manifestazioni che non attivino procedimenti amministrativi;
- modulistica non più in uso e non compilata;
- altra documentazione senza validità giuridica.

Ciascuna Struttura provvede a redigere, al bisogno, una richiesta di ritiro dei materiali da eliminare **senza autorizzazione della Soprintendenza Archivistica**, che contiene le seguenti indicazioni:

- Struttura richiedente
- numero dei cartoni/imballi da ritirare;
- ubicazione del materiale
- eventuale presenza di dati sensibili.

La richiesta, autorizzata dal Direttore/Responsabile della Struttura richiedente, deve essere inviata via mail alla S.S. Logistica all'indirizzo logisticasmaltimento.documentazione@asst-settelaghi.it. Sarà cura della predetta Struttura concordare la data del ritiro con la Struttura richiedente e valutare

congiuntamente la modalità di distruzione più opportuna. La S.C. Affari Generali e Legali resta a disposizione per un eventuale supporto nel processo di valutazione delle modalità di distruzione.

Nella suindicata fase di distruzione di documenti contenenti dati personali e sensibili è garantito il rispetto delle norme in materia di privacy.

Articolo 6 – Gli archivi di deposito

Un efficiente archivio di deposito raccoglie, ordina, conserva e rende consultabile tutta la documentazione prodotta e ricevuta dall'Azienda, pertanto si presuppone che i fascicoli siano organizzati fin dall'origine, secondo il sistema di classificazione, in modo tale da permettere una agevole identificazione dei documenti ed un facile reperimento degli stessi qualora se ne ravvisi la necessità.

Un'efficiente gestione dell'archivio di deposito permette di:

- mantenere il controllo "giuridico" sui documenti per esigenze di natura operativa;
- garantire la reperibilità dei documenti in tempi brevi;
- garantire il rispetto del modello originario di sedimentazione dei documenti.

L'organizzazione dell'archivio di deposito deve consentire la consultazione e l'eventuale recupero immediato di qualsiasi documento necessario per lo svolgimento di pratiche correnti. A tale scopo la sua organizzazione deve rispecchiare, necessariamente, la struttura dell'archivio corrente.
Le funzioni di raccolta, ordinamento, buona conservazione e consultazione della documentazione dell'archivio di deposito, nonché la sicurezza dei documenti medesimi, sono garantite attraverso:

- una corretta gestione della documentazione in ambienti idonei[1];

- [1]la sede di conservazione archivistica deve innanzitutto essere collocata in un'area priva di rischi. Sono pertanto da evitare collocazioni insistenti o prossime ad aree di esondazione, fiumi, torrenti, canali, frane, prossime a sedi industriali o manifatturiere potenzialmente pericolose (centrali elettriche, raffinerie, industrie chimiche) o a magazzini e depositi in cui sia conservato materiale pericoloso (autorimesse, depositi di detersivi e sostanze infiammabili, depositi di materiale plastico ecc.);
- pareti, pavimenti e soffitti devono essere tali da consentire la massima pulizia del locale ed impedire la proliferazione di parassiti o muffe, nonché scongiurare rischi d'incendio;
- ampie o brusche variazioni dell'umidità o della temperatura dei locali di conservazione sono particolarmente pericolose per la documentazione, poiché danneggiano le fibre della carta e nel contempo favoriscono lo sviluppo e la proliferazione di muffe. I valori indicativi, ottimali per la conservazione di materiale cartaceo, sono di circa **15-18 gradi centigradi** di temperatura e **50-60% di umidità** relativa. E' fondamentale inoltre garantire

- personale adeguatamente formato;
- ricognizioni periodiche sullo stato di ordinamento e ubicazione della documentazione;
- organizzazione e descrizione del materiale che ne consenta un facile e rapido reperimento;
- l'attività di selezione e di scarto di cui al successivo art. 7, al fine di sistemare la documentazione a conservazione permanente per motivi istituzionali, amministrativi o storici nel contesto dell'archivio storico.

Ciascuna Struttura potrà far confluire nell'archivio di deposito la documentazione relativa a procedimenti esauriti o che abbiano scarsa/sporadica probabilità di consultazione dopo aver effettuato le operazioni di scarto di cui all'art. 5.

Le pratiche da trasferire devono essere, per quanto possibile, compattate, evitando in tale modo di archiviare in contenitori di grandi dimensioni un numero esiguo di documenti e procedendo eventualmente all'accorpamento di questi ultimi in un unico contenitore.

Su ogni contenitore occorre applicare l'etichetta (all. n. 2) che identifichi chiaramente l'Ente, l'ufficio produttore, la classificazione, l'anno di produzione e la descrizione del contenuto, l'anno di scarto o la dicitura "Conservazione illimitata" se si tratta di documentazione a conservazione perenne.

Per facilitare altresì l'utilizzo di scritte appropriate rispetto al contenuto di ogni contenitore, è indispensabile tenere a riferimento il "Titolario di Classificazione e Massimario di Scarto della documentazione del sistema Sanitario e Socio-Sanitaro di Regione Lombardia" vigente, quale sistema di classificazione omogeneo, ad applicazione regionale, per tutti gli atti e i documenti delle aziende sanitarie.

---

un adeguato ricambio d'aria, naturale o forzato, al fine di evitare il ristagno di sostanze potenzialmente nocive e la formazione di un microclima favorevole alle muffe e ai parassiti;

- l'eccessiva esposizione al sole e alla luce in genere è di per sé un importante fattore di degrado dei documenti d'archivio; sarebbe dunque opportuno mantenere i depositi al buio o comunque non superare un'illuminazione normale di 50 lux;
- i locali devono disporre di opportuni dispositivi per la sicurezza della documentazione, sia per prevenire il rischio di incendio sia per evitare furti e intrusioni.

Il Titolario è costituito da tre titoli cui corrispondono le tre aree costitutive delle aziende sanitarie: area amministrativa (Titolo1), area sanitaria e Socio-Sanitaria territoriale (Titolo2), area ospedaliera (Titolo3).

Inoltre:

- ogni titolo è ordinato in classi che evidenziano grandi ambiti di riferimento, ogni classe è articolata in sottoclassi che rappresentano il processo di produzione aziendale, a prescindere dalla realtà organizzativa nel quale si sviluppa;
- ogni singola voce è accompagnata da un elenco di tipologie documentarie che ne specificano il contenuto.

Si riportano di seguito, a mero titolo conoscitivo, degli esempi di classificazione:

- lettera relativa ad un contenzioso legale: tit. 1.3.02
- lettera relativa al trattamento di fine rapporto: tit. 1.4.07
- registro vaccinazioni: tit. 2.3.03
- documentazione per riconoscimento o aggravamento stati invalidità civile: tit. 2.8.03
- pagamenti ticket / ricevute: tit. 3.1.01
- verbale – registro operatorio: tit. 3.3.02.

Durante le operazioni di inserimento dei documenti negli contenitori, si deve procedere per categorie omogenee, inserendo negli stessi le pratiche con la medesima scadenza. La commistione di documenti con scadenze diverse o documenti “a scadenza” con documenti “a conservazione illimitata” renderebbe difficoltosa se non impossibile l’eventuale successiva operazione di scarto.

Su ogni unità di imballaggio deve essere applicata un’etichetta che ne descriva dettagliatamente gli estremi, il contenuto, le date estreme di riferimento e se si tratta di dati sensibili o meno (all. n. 2).

Solo al termine delle sopra riportate operazioni di preparazione e classificazione del materiale, il Responsabile/Direttore della Struttura può procedere ad autorizzare il versamento del materiale identificato presso l’archivio di deposito.

Sarebbe consigliabile non trasferire presso gli archivi di deposito la documentazione soggetta a tempi minimi di conservazione obbligatoria pari a 1 anno, ma di conservarla, piuttosto, presso l'archivio corrente fino alla maturazione del tempo di scarto.
Sarebbe altresì consigliabile che ciascuna Struttura tenesse un elenco dettagliato della documentazione trasferita presso l'archivio di deposito.

Gli archivi di deposito aziendali sono situati sia nei locali aziendali sia presso l'Outsourcer.

Per il trasferimento dei documenti presso locali aziendali adibiti ad archivio di deposito, la S.C. Affari Generali e Legali programma annualmente il versamento dall'archivio corrente a quello di deposito di fascicoli relativi a procedimenti conclusi, coinvolgendo le singole Strutture aziendali, per la parte di loro competenza, nell'individuazione della documentazione da fare convergere presso i depositi autorizzati dell'ASST e successivo trasferimento. Tutte le attività connesse al recupero e trasferimento della documentazione vengono coordinate dalla SS Logistica.
Nei locali adibiti ad archivio di deposito è presente un registro degli accessi che consente la tracciabilità delle consultazioni in loco e dei prelievi dei documenti ivi depositati.

Nel caso in cui le Strutture si avvalgano dell'archivio di deposito presso l'Outsourcer, si raccomanda di porre puntualmente in essere le procedure di trasferimento e consultazione convenute con il gestore esterno nell'ambito dei contratti di appalto vigenti in accordo con il DEC del contratto.

Per il processo di gestione e trasferimento delle cartelle cliniche si rimanda alle procedure esistenti.

6.1 Archivi di Deposito Aziendali

Gli archivi di deposito aziendali censiti alla data di redazione della presente IOG sono situati come di seguito precisato:

Ospedale di Circolo

- Padiglione 1;
- Padiglione 5 – Ex Maternità;

- Padiglione 6 – Day Center;
- Padiglione 11 – Uffici Amministrativi;
- Padiglione 12;
- Padiglione 14 – 112;
- Padiglione 28 – Magazzini Edili;
- Padiglione 29 – Archivio;
- Ex Chiesetta S. Elisabetta;

Ospedale Filippo Del Ponte

- Piano S2;
- Piano Terreno;
- Piano Primo;
- Piano Secondo;
- Piano Terzo;

Ospedale di Cuasso Al Monte

- Padiglione 4 – Ex Conventino;
- Padiglione 6 – Deposito Materiali Edili;
- Padiglione 12 – Padiglione Centrale;

Ospedale di Tradate

- Archivio Casa di Comunità;
- Archivio in container;
- Archivio ex Obitorio;
- Archivio Villa Galmarini;
- Archivio Monoblocco;

Ospedale di Luino

- Edificio CUP – Ex Magazzini Economato;
- Edificio CPS – Uff. Tecnico / economale;
- Edificio Uffici Amministrativi;
- Edificio 118;

- Edificio Guardia Medica;

Ospedale di Cittiglio

- Fabbricato "Nucleo Antico";
- Fabbricato "Nucleo Moderno";

Ospedale di Angera

- Padiglione B;
- Padiglione C;

Sedi Territoriali

- Distretto di Varese Via Ottorino Rossi – Padiglione 11;
- Distretto di Luino – Via Verdi;
- Distretto di Sesto Calende – fabbricato "Abazia" – Largo Cardinal dell'Acqua;
- Casa di Comunità – Tradate;
- Casa di Comunità – LavenoMombello;

Immobili in affitto

- Via Peschiera – Varese;
- Via Ronchetto – Luino.

Articolo7 – Dall'archivio di deposito all'archivio storico: lo scarto

Lo scarto rappresenta lo strumento per gestire in maniera ordinata un archivio, permettendo di conservare solo quel che mantiene un rilievo giuridico o ha assunto valore storico.

L'individuazione del materiale documentario da scartare è un'operazione delicata e deve essere effettuata sulla base delle indicazioni contenute nel Titolario e Massimario di scarto vigente.

Gli Archivi degli Enti pubblici appartengono infatti, come già anticipato in premessa, secondo quanto stabilito dal "Codice dei beni culturali" (D.lgs n.42/2004), al Patrimonio culturale nazionale (artt.2e10).
Secondo tale norma, gli archivi e i documenti pubblici sono sempre da considerarsi beni culturali, indipendentemente dalla loro età, tipologia o contenuto, dunque, tutti i documenti prodotti, ricevuti o conservati a qualsiasi titolo da una Pubblica Amministrazione sono beni culturali. Pertanto, non è assolutamente consentito il semplice "mandare al macero i documenti quando non servono più".

Tutti i documenti per i quali sono stati superati i tempi di conservazione previsti dal Massimario di scarto dovranno essere sottoposti alla procedura di scarto di seguito indicata.

La valutazione circa la possibilità di scarto della documentazione dovrà essere effettuata dal Responsabile della Struttura proponente in relazione a quanto stabilito dal predetto Titolario e Massimario di scarto.

7.1 Predisposizione della documentazione

Dalla documentazione selezionata, se non già fatto in precedenza come da indicazioni di cui al sopra richiamato Art. 6, occorre eliminare tutto quello che non è semplicemente di carta, ossia: raccoglitori di plastica, buste di plastica, fermagli, elastici ecc.; tale documentazione deve essere raccolta in cartoni, scatole, cartelle o altri imballaggi idonei per tipologie omogenee (anche in riferimento all'anno di scadenza) che devono essere sottoposti a pesatura. Le scatole dovranno essere opportunamente sigillate, a tutela dei dati personali, sanitari, sensibili in esse contenuti. Su ogni unità di imballaggio – se non effettuato al momento del versamento in archivio di deposito – deve essere applicata un'etichetta che ne descriva dettagliatamente gli estremi, il contenuto, le date estreme di riferimento e se si tratta di dati sensibili o meno (all. n. 2).

7.2 Compilazione elenco documentazione per lo scarto

Ciascuna Struttura, per quanto di propria competenza, provvede a redigere la proposta di scarto utilizzando il modulo allegato (all. n. 3), che contiene le seguenti indicazioni:

- classificazione della documentazione come da Titolario e Massimario di scarto;

- descrizione degli atti: per la tipologia dei documenti occorre fare riferimento alla descrizione della voce riportata nel Massimario di scarto approvato da Regione Lombardia in vigore (anche per affinità): es. verbali di ispezione, esami di laboratorio, fatture, corrispondenza, delibere, ricette, ticket, ecc.;
- date estreme dei documenti;
- tipologia e quantitativo dei contenitori: cartelle, pacchi, sacchi, registri, fascicoli, cartoni, ecc.;
- peso presunto della documentazione stimato in kg. Il peso può essere così stimato:
  1 metro lineare = mediamente 50 kg; 1 m³ = mediamente 600 kg;
- eventuali osservazioni.

L'elenco deve essere firmato e timbrato dal Direttore/Responsabile della Struttura proponente lo scarto, come garante della corrispondenza tra l'elenco del materiale di cui si chiede l'autorizzazione allo scarto e la documentazione raccolta e imballata a tale scopo.

La proposta di scarto deve essere inviata alla S.C. Affari Generali e Legali via mail all'indirizzo segreteria.affarigenerali@asst-settelaghi.it o consegnata allo sportello Protocollo in busta chiusa indirizzata alla Struttura medesima.

Terminate le operazioni di verifica della congruità della richiesta rispetto al vigente Massimario di scarto, la S.C. Affari Generali e Legali invia la richiesta di autorizzazione allo scarto alla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia, ai sensi dell'articolo 21, lett. d) del Codice per i beni culturali.

Ottenuto il nulla osta da parte della suddetta Soprintendenza, la S.C. Affari Generali e Legali lo trasmette alla Struttura richiedente, che provvederà ad accordarsi con la S.S. Logistica per pianificare il ritiro del materiale oggetto di scarto. Sarà responsabilità della S.C. Gestione Acquisti – Ufficio Gestione Contratti, contattare il fornitore dei servizi di ritiro, trasporto e smaltimento della documentazione cartacea per i successivi adempimenti.

Terminato il processo di distruzione, il fornitore restituisce il verbale di avvenuta distruzione alla S.S. Logistica, che lo inoltra alla Struttura richiedente.

Per il completamento della procedura, la Struttura richiedente procede a trasmettere alla S.C. Affari Generali e Legali copia del "verbale di distruzione" della documentazione, sul quale dovranno essere riportati il numero degli imballaggi e il peso della documentazione scartata, richiamando nella trasmissione del succitato attestato il numero di riferimento pratica, indicato sul nullaosta.

Ad esito della procedura di scarto, la S.C. Affari Generali e Legali trasmette alla Soprintendenza archivistica l'attestazione dell'avvenuta distruzione .

In tutte le fasi dello scarto di documenti contenenti dati personali e sensibili è indispensabile garantire il rispetto delle norme in materia di privacy.

7.3 Frequenza delle operazioni di scarto

La S.C. Affari Generali e Legali programma con cadenza annuale il processo di scarto. La calendarizzazione delle operazioni di cui trattasi è volta a impostare una metodologia che garantisca una periodica individuazione della documentazione per la quale sono superati i tempi di conservazione e successivo smaltimento.
Entro il mese di Marzo di ogni anno le Strutture saranno invitate a individuare e quantificare il materiale documentale oggetto di smaltimento e redigere una proposta di scarto.

7.4 Responsabilità sull'osservanza delle norme sullo smaltimento

Lo scarto di documenti dell'archivio dell'Ente è subordinato ad autorizzazione della Soprintendenza Archivistica. E' fatto quindi divieto assoluto di scarto/distruzione di materiale soggetto a conservazione senza averne preventivamente acquisito il nullaosta.

La distruzione non autorizzata di documenti dell'archivio è punita con l'arresto da sei mesi a un anno e con l'ammenda da euro 775 ad euro 38.734,50 (art. 169, c.1-a D.Lgs 42/2004).
L'autorizzazione della Soprintendenza non sana l'illegittimità di eventuali scarti prematuri di documentazione che, pur non essendo destinata alla conservazione permanente, ha una sua temporanea validità giuridica o utilità funzionale ed economica.

Articolo8–L'archivio storico

L'archivio storico rappresenta la terza e ultima fase di vita dell'archivio aziendale; in questa fase lo scarto è vietato.

L'archivio storico svolge funzioni di conservazione, ordinamento, inventariazione del patrimonio documentario assicurandone la consultabilità, ed è costituito dai documenti relativi agli atti e dai procedimenti esauriti da oltre quarant'anni.

I documenti ed i fascicoli selezionati per la conservazione permanente devono essere ordinati rispettando i criteri delineati per l'archiviazione corrente e di deposito.

L'archivio storico deve essere correttamente conservato, è inalienabile ed è sottoposto alla vigilanza della Soprintendenza competente per territorio.

L'archivio storico deve inoltre essere inventariato, cioè dotato di uno strumento di descrizione complessiva che, affiancando gli strumenti originari di gestione (protocolli, repertori, ecc.), ne faciliti l'accesso ai fini giuridico-amministrativi e di ricerca scientifica, e ne consenta la tutela anche patrimoniale.

La sua gestione deve sempre e comunque garantire autenticità, integrità e reperibilità di tutti i documenti in esso contenuti.
Ai sensi dell'art. 122 del Codice per i beni culturali e del paesaggio, gli archivi storici per la tenuta della documentazione amministrativa, sono liberamente consultabili salvi i limiti di riservatezza previsti dalla normativa in materia di protezione dei dati personali.

L'ambiente dedicato alla consultazione dei documenti, dovrà sempre essere separato dall'ambiente destinato alla conservazione ed entrambi i locali dovranno consentire un agevole controllo da parte del personale incaricato della vigilanza.

Articolo 9 – Periodi minimi di conservazione

Il Massimario di scarto è il documento che permette di gestire correttamente il ciclo di vita dei documenti. Il Massimario consiste in un elenco ragionato di tipi di documenti di cui si compone l'archivio (categorie del titolario) in cui vengono indicati, per ciascuno di essi, i periodi minimi di conservazione obbligatoria dopo i quali si può procedere alla loro eliminazione.
Grazie a questo strumento, l'archivio, non verrà aggravato da documentazione non utile ai fini per i quali è stato creato.

E' indispensabile precisare che è demandata alla responsabilità dei Direttori/Responsabili di ciascuna Struttura coinvolta l'eventuale decisione sull'estensione del lasso temporale - al di là di quanto astrattamente previsto, in linea generale, dal piano di conservazione e scarto - di mantenimento di alcune tipologie di documenti per ogni utilità amministrativa, contabile o legale del documento stesso.

Articolo 10 – Documentazione a conservazione illimitata

Tra i documenti a conservazione perenne, si citano, a mero titolo di esempio:

- cartelle cliniche;
- atti di carattere normativo e regolamentare interno ed esterno all'Azienda (delibere, ordinanze, determinazioni, circolari);
- attestazioni di natura patrimoniale (inventari, fascicoli del patrimonio immobiliare);
- documenti contabili di sintesi (bilanci e conti consuntivi, libri mastri, giornali di cassa);
- documenti giudiziari (sentenze, atti relativi al contenzioso);
- atti riguardanti il personale (fascicoli del personale, libri matricola);
- atti che caratterizzano l'attività dell'Azienda (atti istituzionali e specifici dell'Azienda).

Articolo 11 – Conservazione dell'archivio

L'archivio, quale patrimonio pubblico, non può essere smembrato, a qualsiasi titolo, e deve essere conservato nella sua organicità.

Ai sensi dell'art.21 del Codice dei beni culturali sono liberi i trasferimenti di parti dell'archivio corrente tra le sedi dell'ente pubblico previa comunicazione alla Soprintendenza per le finalità di vigilanza. Eventuali trasferimenti parziali o totali degli archivi di deposito o storici tra sedi dello stesso Ente, e trasferimenti di complessi organici di documentazione ad altre persone giuridiche, lo scarto di documenti archivistici e la rimozione dell'archivio di deposito e storico sono invece subordinati alle autorizzazioni della Soprintendenza Archivistica.

Articolo12 – Responsabilità sulla tenuta degli archivi

La legislazione vigente (D.Lgs. 42/2004) impone ai possessori o detentori di beni culturali di garantire la loro tutela, buona conservazione e sicurezza, evitando ogni situazione di rischio.

L'Ente ha l'obbligo e la responsabilità della corretta tenuta e conservazione dei propri archivi, che devono essere ordinati, conservati correttamente in sicurezza, senza danni, rispettandone l'integrità e l'organicità, curati con idonea manutenzione, restaurati se necessario e non adibiti ad usi incompatibili con il loro carattere.

Sull'osservanza della normativa in materia di corretta tenuta degli archivi degli enti pubblici vigila la Soprintendenza Archivistica, organo periferico del Ministero per i Beni e le Attività Culturali. La Soprintendenza può effettuare ispezioni per accertare lo stato di conservazione e di custodia degli archivi e l'osservanza dell'obbligo di dare ordine al proprio archivio (corrente, di deposito e storico); può inoltre fornire assistenza all'Ente nella formazione dei piani (o massimari) di conservazione e scarto e dei quadri di classificazione dei documenti, nonché nella definizione delle procedure di protocollazione e archiviazione.

Qualora accertasse situazioni irregolari, pericolose o contrarie alle norme, la Soprintendenza può emettere prescrizioni per la tutela degli archivi, la cui inosservanza è punibile a norma dell'art. 650 del Codice penale, salvo che il fatto non costituisca più grave reato. Se l'Ente non provvede alla reintegrazione del danno provocato all'archivio, si può dar luogo all'intervento statale sostitutivo, a spese dell'Ente; in caso di urgenza, il Soprintendente può adottare immediatamente le misure conservative necessarie.

In generale, l'esecuzione di opere e lavori di qualunque genere sugli archivi corrente, di deposito o storico dell'Ente sono subordinati ad autorizzazione preventiva della Soprintendenza, che può rilasciarla sulla base di un progetto o di una descrizione tecnica dell'intervento, con la facoltà di prescrivere eventuali modifiche o prescrizioni.

Occorre l'autorizzazione preventiva della Soprintendenza Archivistica anche per eventuali spostamenti parziali o totali degli archivi tra sedi dello stesso Ente e per trasferimenti ad altre persone giuridiche. E' il caso della cessione di documenti necessari per l'esercizio di competenze trasferite tra enti o dell'affidamento di servizi in "outsourcing". La violazione degli obblighi di cui sopra è punita con la nullità degli atti giuridici, con l'arresto da sei mesi ad un anno e con l'ammenda da euro 775 ad euro 38.734,50.

Articolo 13 – Emergenze e Calamità

Le piccole e grandi catastrofi stanno colpendo sempre più spesso il nostro Paese e gli archivi sono particolarmente esposti ai rischi derivanti da diverse calamità: la carta e le pergamene sono infatti molto sensibili ad elementi distruttivi quali il fuoco o l'acqua, nonché ad altri agenti, apparentemente più lenti ma ugualmente nocivi, quali la polvere, l'umidità, le muffe.

La Soprintendenza archivistica e bibliografica della Lombardia ha promosso e coordinato la redazione di un "Piano di Conoscenza per la Sicurezza di Archivi e Biblioteche" (all. n. 4), che fornisce linee guida utili a prevenire e affrontare le emergenze in archivio.

L'approccio da adottare non può che essere, in primo luogo, la prevenzione: è indispensabile che l'archivio sia gestito nel modo migliore, così da ridurre al minimo i rischi, che quindi vanno preventivamente conosciuti ed analizzati.

La prima attività da cui partire è dunque la conoscenza del patrimonio archivistico: sapere dove si trova l'archivio dell'Ente (in quali sedi e in quali locali), conoscere il rischio legato ai locali che lo custodiscono e prevederne misure di prevenzione.

A mero titolo esemplificativo, considerato il costante aumento di eventi idrogeologici e metereologici estremi, è preferibile evitare la conservazione di materiale cartaceo in locali seminterrati o sotterranei, in quanto facilmente soggetti ad allagamenti e infiltrazioni. Nel caso di archivi siti in locali che si trovano a una quota inferiore (anche solo in parte) a quella del terreno posto in aderenza all'edificio, è bene non riporre materiale negli scaffali più vicini al pavimento, al fine di evitare danni da acqua.

È anche necessario che gli Enti e il personale incaricato di gestire l'archivio siano preventivamente preparati a eventuali emergenze, sia con un'adeguata formazione degli operatori (corsi antincendio previsti dalla legge), sia con adeguate attrezzature e strutture[2], sia con protocolli di comportamento specifici e adatti alle diverse tipologie di calamità.

13.1 Misure da adottare in caso di emergenza

In caso di emergenza è necessario far intervenire immediatamente, ove il caso lo richieda, gli organi e i corpi preposti alla sicurezza delle persone e delle strutture (Vigili del Fuoco, Protezione Civile, Carabinieri, Polizia…).

Contemporaneamente è opportuno avvertire, con la massima sollecitudine, la S.C. Affari Generali e Legali e trasmettere via mail all'indirizzo segreteria.affarigenerali@asst-settelaghi.it la Scheda Rilevazione Danni (allegato 1 del sopracitato Piano di Conoscenza per la Sicurezza di Archivi e Biblioteche) debitamente compilata e corredata da documentazione fotografica del bene danneggiato, oltre che da relazione tecnica emessa dal competente Ufficio sullo stato dei locali/immobili colpiti da eventi avversi.

La S.C. Affari Generali e Legali procede a denunciare l'evento alla Soprintendenza Archivistica, che valuterà i rischi per il materiale tutelato e potrà dettare le corrette procedure di intervento e recupero.

[2]La Soprintendenza Archivistica, quale organo periferico del Ministero per i Beni e le Attività Culturali, esercita la vigilanza sulla buona conservazione e la sicurezza degli archivi e dei singoli documenti: essa ha perciò il compito di controllare le sedi in cui gli archivi sono conservati e, ove si accertino situazioni di pericolo o di potenziale rischio per i beni, prescrivere i necessari adeguamenti.

E' fatto assoluto divieto di precedere alla rimozione/distruzione del materiale danneggiato senza preventivo intervento e autorizzazione della Soprintendenza.

Articolo 14 – Norma di Rinvio

Per quanto non previsto dalla presente IOG si fa rinvio alla disciplina vigente in materia.

Articolo 15 – Disposizioni Finali

Dalla data di entrata in vigore della presente IOG, sono abrogate tutte le precedenti disposizioni interne dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi relative alla materia ivi trattata.

Allegati

MOD01IOG01	Etichetta da apporre ai contenitori da trasferire presso gli Archivi di Deposito.
MOD02PG07	Modulo domanda di scarto.
Allegato 1	Titolario e Massimario
Allegato 2	Piano di conoscenza per la sicurezza di Archivi e Biblioteche.

ALL. 2

S.C. / S.S. _____

Sede di _____

Tit._____cl._____sottocl._____

Contenuto e natura dati:

_____

_____

_____

Estremi cronologici:

dal_____al_____

N. progressivo_____di_____

Anno di scarto _____

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Sette Laghi Polo Universitario	**MODULO** **Modello per gli atti da proporre per lo scarto**	Cod: MOD02PG07 Data: 20/06/2018 Rev. 1

Ente: _____

CAT.	Descrizione degli Atti	Date Estreme	Faldoni n^{0}	Metri Lineari	Kg.	Osservazioni

La documentazione sopra elencata, per la quale sono decorsi i tempi di conservazione previsti dal *"Titolario e Massimario del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia"*, non entrerà a far parte dell'archivio storico e non riveste più alcuna valenza sotto il profilo giuridico – amministrativo ed economico.

_____li_____

DIRETTORE / RESPONSABILE STRUTTURA RICHIEDENTE
(timbro e firma)

ALL. 1

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

Revisione 04

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

Titolario di classificazione

Revisione 04

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

Titolo 1 - Area Amministrativa		
Classe	**Sottoclasse**	**Descrizione**
1	**.00**	**Amministrazione generale**
1	.01	Normativa e provvedimenti
1	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi dell'ente, atti di organizzazione
1	.03	Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit
1	.04	Controlli interni ed esterni
1	.05	Sistema Qualità e Risk Management
1	.06	Progetti di ricerca
1	.07	Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti del malato
1	.08	Politiche ed interventi per le pari opportunità
2	**.00**	**Organi e organismi**
2	.01	Legale Rappresentante
2	.02	Organismi direttivi e scientifici
2	.03	Organismi di controllo interno ed esterno
2	.04	Collegi, Comitati e Commissioni
3	**.00**	**Attività giuridico-legale**
3	.01	Pareri, informative giuridiche e attività tecnico-legali
3	.02	Contenzioso legale
3	.03	Procedure concorsuali ed esecutive
3	.04	Assicurazioni e gestione sinistri
4	**.00**	**Risorse umane**
4	.01	Dotazione organica e gestione del personale
4	.02	Concorsi e selezioni
4	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazioni
4	.04	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa
4	.05	Organizzazioni sindacali e contrattazione
4	.06	Retribuzione e compensi
4	.07	Trattamenti fiscali, contributivi e assicurativi
4	.08	Inabilità al lavoro, invalidità, infermità, indennizzo
4	.09	Presenze e assenze
4	.10	Quiescenza e relativo trattamento
4	.11	Servizi a richiesta individuale
4	.12	Valutazione del personale
4	.13	Formazione e aggiornamento del personale
4	.14	Deontologia professionale ed etica del lavoro
4	.15	Personale non strutturato o convenzionato
5	**.00**	**Risorse finanziarie e gestione contabile**
5	.01	Attività finanziaria e contabile
5	.02	Bilancio e rendicontazione
5	.03	Gestione entrate-uscite
5	.04	Gestione fiscale e imposte
6	**.00**	**Gestione e organizzazione del patrimonio**
6	.01	Progettazione e costruzione di beni immobili con relativi impianti
6	.02	Acquisizione e gestione beni immobili e relativi servizi
6	.03	Acquisizione e gestione beni mobili / generi di consumo e di servizi
6	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso
6	.05	Attività contrattuale e tutela della proprietà intellettuale
6	.06	Sicurezza degli ambienti di lavoro
6	.07	Gestione dei rifiuti
7	**.00**	**Sistemi Informativi e comunicazione**
7	.01	Sistema documentale
7	.02	Rapporti con il pubblico, sportelli informativi e trasparenza
7	.03	Tutela della riservatezza
7	.04	Biblioteche e centri di documentazione
7	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza
7	.06	Statistiche e reporting

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

Titolo 2 - Area Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale		
Classe	**Sottoclasse**	**Descrizione**
1	**.00**	**Organizzazione territoriale**
1	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale
1	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali
1	.03	Coordinamento e gestione personale infermieristico, tecnico-assistenziale, di prevenzione
2	**.00**	**Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro**
2	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
2	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali
2	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro
2	.04	Sicurezza e impiantistica
3	**.00**	**Prevenzione medico - sanitaria**
3	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
3	.02	Educazione sanitaria
3	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie
3	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative
3	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica
3	.06	Tutela salute attività sportive
3	.07	Igiene degli alimenti
3	.08	Igiene della nutrizione
3	.09	Laboratorio di prevenzione
4	**.00**	**Prevenzione veterinaria**
4	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
4	.02	Sanità animale
4	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale
4	.04	Igiene alimenti di origine animale
4	.05	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
4	.06	Randagismo e tutela animali da affezione
5	**.00**	**Assistenza sanitaria**
5	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
5	.02	Emergenza sanitaria territoriale
5	.03	Assistenza sanitaria di base
5	.04	Assistenza protesica e integrativa
5	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile
6	**.00**	**Assistenza socio-sanitaria integrata**
6	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
6	.02	Dipendenze
6	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva
6	.04	Assistenza domiciliare
6	.05	Disabilità
6	.06	Fragilità
7	**.00**	**Governo sanitario e sociosanitario**
7	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
7	.02	Osservatorio epidemiologico
7	.03	Flussi informativi sanitari e sociosanitari
7	.04	Accreditamento e controllo strutture sanitarie
7	.05	Autorizzazione e controllo strutture sociosanitarie
7	.06	Acquisto e controllo prestazioni sanitarie
7	.07	Acquisto e controllo prestazioni sociosanitarie
8	**.00**	**Medicina legale**
8	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
8	.02	Attività medico-legale e necroscopica
8	.03	Invalidità civile, sordomutismo e menomazioni visive
8	.04	Istanze di indennizzo
9	**.00**	**Assistenza e governo farmaceutica**
9	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali
9	.02	Controllo spesa farmaceutica
9	.03	Controllo farmacie, parafarmacie e distributori
9	.04	Autorizzazione e governo farmacie
9	.05	Farmacovigilanza
9	.06	Assistenza farmaceutica diretta
9	.07	Sperimentazione farmaci e dispositivi
9	.08	Gestione stupefacenti

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

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

Massimario di scarto

Revisione 04

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione, ecc.)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria / routinaria interna ed esterna attività di prevenzione medico-sanitaria	5 anni	
	.02	Educazione sanitaria	Progetti di promozione della salute	ILLIMITATO	
	.02	Educazione sanitaria	Documentazione istruttoria e corrispondenza relativa a progetti ed interventi di educazione alla salute.	10 anni	
	.02	Educazione sanitaria	Materiale informativo (compresi i questionari) per promozione ed educazione alla salute	1 anno	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Documenti su attività di disinfezione/disinfestazione (denunce / segnalazioni, convenzione con enti, verbale di controllo, scheda intervento, ecc.)	ILLIMITATO convenzioni, denunce e verbali; 10 anni altra documentazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Notifiche e denunce malattie infettive (scheda notifica)	10 anni	DM 15/12/90 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive) DM 29/7/98 (Modifiche relative alla TBC)
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro informativo malattie infettive (MAINF)	ILLIMITATO	DM 15/12/90 (Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive) DM 29/7/98 (Modifiche relative alla TBC)
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica di malattia infettiva (esiti campionamento, relazione sanitaria, dati su epidemia, elenco contatti, profilassi prescritta, comunicazione a enti locali e/o H, ecc.)	10 anni da ultima registrazione	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986. In considerazione del termine di prescrizione del diritto al risarcimento del danno subito da un paziente che è di dieci anni, siffatta documentazione verrà conservata sino al compimento della prescrizione decennale
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica di malattia infettiva (referto visite, esami laboratorio e strumentali, ecc.)	10 anni da ultima registrazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Attuazione campagne vaccinali (calendarizzazione, inviti e registrazione vaccinazioni, ecc.)	ILLIMITATO i Registri e le schede vaccinali; 2 anni altra documentazione (compresi i fogli di lavoro)	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda anamnesi prevaccinale	ILLIMITATO	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Consenso informato alla vaccinazione	ILLIMITATO	Circ. Min. Sanità n. 61 del 19/12/1986
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro vaccinazioni	ILLIMITATO	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda vaccinale individuale cartacea o informatizzata con i dati vaccinazioni eseguite (data, nome commerciale, lotto, controllo di stato, data di scadenza del prodotto, ecc.)	Collegato all'esistenza in vita del soggetto cui si riferisce la scheda (fino a 5 anni dopo il decesso del vaccinato)	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Convocazione vaccinazioni obbligatorie (previste dal Piano aziendale vaccinale)	ILLIMITATO il Registro; 2 anni altra documentazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda informativa sui danneggiati da vaccinazioni	ILLIMITATO	Circolare del Ministero della Sanità 10 aprile 1992
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Segnalazione reazioni avverse a vaccini	ILLIMITATO	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Richiesta forniture vaccini (ordinativo)	2 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registrazione temperature frigoriferi per vaccini	1 anno	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registrazione interruzione catena freddo per vaccini	10 anni	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Vaccinazione in ambiente protetto (richieste, comunicazioni)	10 anni	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda AIDASS di valutazione funzionale globale pazienti AIDS	ILLIMITATO	DGR 7/6471 del 2001
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Piano di assistenza personalizzato per HIV/AIDS extra-H	5 anni dall'ultima prestazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Registro Regionale SOFIA (dati scheda extra-H)	ILLIMITATO	DGR 7/6471 del 2001
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Anamnesi specifica per malattie a trasmissione sessuale	10 anni	Nota RL prot. H1.2001.0033136 del 16.05.2001 Direzione generale degli archivi. Prontuari di scarto per le ASL
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Fascicolo ambulatoriale per malattie a trasmissione sessuale (MTS / HIV) (Scheda accoglienza / informativa, diario clinico, referti, visite, esami laboratorio e strumentali, consenso informato al trattamento, ecc.)	10 anni dalla chiusura del fascicolo	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda sorveglianza infezione da HIV	10 anni da ultima registrazione	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda notifica MTS	10 anni	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Scheda consulenza linea informativa telefonica MTS / HIV (help line telefonica)	5 anni	
	.03	Epidemiologia e profilassi malattie infettive e parassitarie	Bollettini epidemiologici malattie infettive (report di epidemia)	5 anni dalla cessazione dell'allerta	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Gestione screening (campagne, esito screening, referti, ecc.)	10 anni	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Gestione screening (inviti e solleciti)	3 anni	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Indagine / Inchiesta / Sorveglianza epidemiologica	10 anni dalla chiusura del fascicolo	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registri anatomia patologica (copie)	5 anni	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registro mortalità e schede morte ISTAT	ILLIMITATO	
	.04	Prevenzione malattie cronico-degenerative	Registro tumori	ILLIMITATO	

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

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

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. Prevenzione veterinaria	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione)	ILLIMITATO	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di prevenzione veterinaria	5 anni	
	.02	Sanità animale	Rilascio pareri, autorizzazioni e nulla osta per attività / strutture oggetto di controllo e vigilanza Pareri per rilascio permessi di costruire insediamenti produttivi	10 anni	
	.02	Sanità animale	Rilascio attestazioni e certificazioni sanitarie previste da normative nazionali o regionali	10 anni	
	.02	Sanità animale	Interventi di profilassi delle malattie infettive degli animali	10 anni	
	.02	Sanità animale	Denunce malattie infettive e diffusive degli animali (zoonosi)	10 anni; ILLIMITATO i registri	
	.02	Sanità animale	Accertamenti diagnostici e campionamenti previsti da Piani Nazionali e/o Regionali su animali	10 anni	
	.02	Sanità animale	Controlli sanitari mirati a verificare l'eventuale presenza delle malattie degli animali (controlli diagnostici e di indagini sierologiche)	10 anni	
	.02	Sanità animale	Valutazione inconvenienti igienici connessi alla presenza di cani, gatti, piccioni, ecc.	10 anni	
	.02	Sanità animale	Ispezioni/controlli allevamenti e animali allevati	ILLIMITATO	
	.02	Sanità animale	Verbali di sopralluogo presso le strutture oggetto di vigilanza	ILLIMITATO	
	.02	Sanità animale	Indagini epidemiologiche a seguito di malattie infettive o casi sospetti	ILLIMITATO 10 anni per pratiche indennizzo	
	.02	Sanità animale	Interventi di polizia amministrativo/giudiziaria (es. vincoli, sequestri, dissequestri, prescrizioni) nell'ambito dell'attività di vigilanza	ILLIMITATO per verbali; 10 anni altra documentazione	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Rilascio certificazioni sanitarie / passaporti per la movimentazione	10 anni	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Dichiarazione di provenienza e destinazione degli animali (mod. IV)	3 anni	Unico riferimento normativo in vigore D.Lgs. 200/2010 relativo ai suini.
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Controlli sanitari sugli animali introdotti da paesi comunitari ed extracomunitari	10 anni (salvo verbali di sequestro che ricadono nella voce precedente "Interventi polizia amm. / giudiziaria")	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Segnalazioni da ufficio veterinario adempimenti comunitari arrivi animali vivi e alimenti/mangimi	3 anni	In analogia con il termine del mod. IV
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Gestione anagrafe animale (certificazioni, vidimazioni registri, Banca Dati Regionale, ecc.)	20 anni	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Assegnazione codici di stalla / Schede di stalla	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Consistenza di stalla	10 anni	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Comunicazioni inerenti apiari (registrazione nuovi apiari, comunicazioni per apiari attivi, autorizzazioni per nomadismo…)	10 anni	
	.03	Anagrafe zootecnica e movimentazione animale	Passaporti capi macellati e deceduti in stalla	5 anni	Circolare DG Salute n. 11 del 13.03.2013 (per equini)
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio autorizzazioni alla produzione / vendita di carni e derivati	10 anni *dalla cessazione attività*	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione, vendita e autotrasporto di carni e derivati	10 anni *dalla cessazione attività*	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Ispezioni / vigilanza / sopralluoghi stabilimenti produzione, lavorazione e deposito di carni e derivati	ILLIMITATO	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Certificazioni sanitarie spedizioni di carni e derivati (importazione / esportazione)	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari / idoneità / nulla osta per attività di macellazione animali negli stabilimenti e a domicilio	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Documentazione relativa alle D.I.A. (Dichiarazioni Inizio Attività) / SCIA	2 anni dalla data di cessazione di attività o di modifica titolarità di esercizio (subingressi) o modifica locali	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Atti relativi e/o conseguenti agli interventi di polizia amministrativa/giudiziaria (es. vincoli, sequestri, ecc.)	ILLIMITATO	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Documentazione inerente la gestione degli stati di allerta - Relazione finale	ILLIMITATO	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Segnalazioni stati di allerta e conseguenti controlli per il ritiro dei prodotti	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Campionamento per indagini microbiologiche e chimiche per la ricerca di residui pericolosi (ormoni, farmaci)	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio autorizzazioni alla produzione/vendita dei prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni *dalla cessazione attività*	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione/vendita/autotrasporto di prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni *dalla cessazione attività*	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Vigilanza, tramite ispezioni e sopralluoghi, sui stabilimenti produzione, lavorazione e deposito alimenti di origine animale (prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati)	ILLIMITATO	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio certificazioni sanitarie per le spedizioni dei prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Campionamenti per indagini microbiologiche e chimiche per la ricerca di residui pericolosi (ormoni, farmaci) sui prodotti della pesca, latte, uova, miele e loro derivati	10 anni	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Indagine per sospetta tossi infezione alimentare a seguito di consumo di alimenti di origine animale	10 anni da ultima registrazione	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Analisi trichinella e altre analisi su capi macellati (esiti negativi)	1 anno	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
8. Farmaceutica ospedaliera	.01	Farmaceutica	Matrici ricette del SSN (a cura dei singoli medici dal 1/09/2005 e comunque per i ricettari "nominali")	5 anni dalla data dell'ultima prescrizione	Nota DG Sanità Regione Lombardia H1.2001.0033136 del 16/05/2001 Nota DG Sanità Regione Lombardia H1.2005.0032866 del 04/07/2005 Allegato (p. 3.3) al Decreto Ministeriale 18 maggio 2004
	.01	Farmaceutica	Documentazione relativa all'approvvigionamento farmaci	5 anni	
	.01	*Farmaceutica*	*Documenti di trasporto per consegna beni farmaceutici*	*10 anni*	
	.01	*Farmaceutica*	*Documentazione inerente alla gestione dei controlli di qualità sui gas medicinali*	*10 anni*	
	.01	Farmaceutica	Schede di prescrizione dei farmaci in file F	2 anni	Comunicazione DG Sanità prot. H12004.0057563 del 11.11.2004
	.01	Farmaceutica	Documentazione piani terapeutici farmaci	ILLIMITATO (in cartella clinica)	
	.01	Farmaceutica	Fogli di lavorazione delle preparazioni di farmaci oncologici	5 anni	Raccomandazione ministeriale sulla sicurezza dei farmaci antiblastici
	.01	*Farmaceutica*	*Grafici di rilevazione della temperatura registrazione linea del freddo (frigoriferi per medicinali)*	*1 anno*	
	.02	Stupefacenti	Registri di entrata e uscita degli stupefacenti	10 anni dalla data dell'ultima registrazione per enti e imprese autorizzati alla fabbricazione 5 anni dalla data dell'ultima registrazione per le officine autorizzate all'impiego e per le imprese autorizzate al commercio all'ingrosso 2 anni dalla data dell'ultima registrazione per le farmacie aperte al pubblico e le farmacie ospedaliere	DPR n.390/90 art. 60 e s.i.m. comma 1 Nota Regione Lombardia H1.2014.0019108 del 27.05.2014 Legge n. 38 del 15.03.2010 art. 10
	.02	Stupefacenti	Buoni / ordini di acquisto stupefacenti e documenti trasporto / fatture	10 anni	
	.02	Stupefacenti	Bollettario con moduli approvvigionamento (Reparti - Farmacia) di farmaci stupefacenti	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 45 , comma 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
	.02	Stupefacenti	Bollettario con moduli di restituzione (Reparti - Farmacia) di farmaci stupefacenti	5 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 45 , comma 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
	.02	Stupefacenti	Registro di carico e scarico dei medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope delle Unita Operative (reparti) delle Aziende Sanitarie	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto Ministeriale 3 agosto 2001 in riferimento a Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 60 c. 3 e 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

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

SOPRINTENDENZA ARCHIVISTICA e BIBLIOGRAFICA DELLA LOMBARDIA

PIANO DI CONOSCENZA PER LA SICUREZZA DI ARCHIVI E BIBLIOTECHE

A cura di Paola Mussini, Luciano Sassi – giugno 2016

PREMESSA

Il tema dell'emergenza è stato ampliamente trattato negli ultimi anni, molti sono stati gli studi pubblicati e anche le linee guida (tra tutte, quella della Direzione Generale degli Archivi del giugno 2014[1]) o normative emanate in proposito[2]. Questo lavoro nasce proseguendo nella direzione tracciata da quanto precedentemente concluso, cercando di aggiungere considerazioni e indicazioni più pratiche che possano contribuire a costruire una mentalità di prevenzione, inserendo il Piano di Reazione all'Emergenza in una visione più ampia, sistemica, in cui questa è solo la fase di un processo circolare che passa necessariamente dalla conservazione e manutenzione continua, per ridurre significativamente il livello di rischio residuo.

Il presente lavoro si propone di trattare il tema della conservazione dei beni contenuti in archivi o biblioteche, prevedendo delle misure di protezione per ridurre quanto più possibile gli impatti derivanti da rischi di varia natura e dimensione, con particolare attenzione agli eventi accidentali[3], che obbligano ad azioni di carattere eccezionale per la salvaguardia dei beni tutelati e conservati.

L'approccio proposto, in quanto volto soprattutto alla conservazione del patrimonio librario ed archivistico, risulta applicabile (quasi) indistintamente per entrambe le realtà; per questo motivo, i beni "librari" e "archivistici" vengono sostituiti nel presente testo dal termine più generico "bene" e archivio[4] e biblioteca vengono quindi considerati allo stesso modo nell'affrontare questo argomento.

---

[1] http://www.archivi.beniculturali.it/images/pdf_articoli/servizio%20II%20gruppi%20di%20lavoro/emergenze/Linee%20guida%20emergenze.pdf

[2] Particolare riferimento sono in questo senso le direttive e circolari del MiBACT in materia di gestione delle emergenze, quali: MIBAC, Circolare n. 132 8 ottobre 2004, *Piani di emergenza per la tutela del patrimonio culturale*, MIBAC, Circolare n.30 6 febbraio 2007, *Piani di emergenza per la tutela del patrimonio culturale – pianificazione e gestione delle esercitazioni,* MiBACT, Direttiva 12 dicembre 2013, *Procedure per la gestione delle attività di messa in sicurezza e salvaguardia del patrimonio cultural in caso di emergenze derivanti da calamità naturali,* MIBACT, Direttiva 23 aprile 2015, *Aggiornamento della direttiva 12 dicembre 2013, relativa alle Procedure per la gestione delle attività di messa in sicurezza e salvaguardia del patrimonio culturale in caso di emergenze derivanti da calamità naturali.<*

[3] È necessario precisare che le cause esaminate in questo piano sono essenzialmente di tipo accidentale, come sopra accennato. Questo però non esclude tutta una serie di danni, che chiameremo "quiescenti" che seppur non derivanti da eventi improvvisi hanno nelle conseguenze lo stesso tipo di effetto, ossia l'uscita momentanea dalla disponibilità del bene, se non la perdita definitiva. Il danno "quiescente" è dovuto allo scarso o mancato monitoraggio dei depositi o parti di essi dove le condizioni microclimatiche e la manutenzione siano assenti. Nel caso del danno quiescente l'emergenza si evidenzia quando si rileva casualmente un danno riguardante un numero (spesso rilevante) di beni conservati nel medesimo locale. I beni subiscono ed evidenziano un danno conforme alle conseguenze di un allagamento: viene rilevato un diffuso sviluppo di muffe, compattamento, indebolimento degli adesivi e dei collanti, ecc… in questo caso pur non essendo un evento emergenziale ab origine lo si deve trattare in modo similare per le conseguenze che i beni hanno subito. Bisogna considerare quindi il danno per "quiescenza" un danno subdolo del quale non il fato crudele (un tubo che si rompe ad esempio) è il responsabile ma la condizione e la gestione "ordinaria" dei depositi.

[4] Solo per evidenziare differenze logiche fra due realtà matericamente simili ma per contenuto diverse, si intende precisare quanto

Il bene è l'oggetto che questo piano si prefigge di tutelare nella sua integrità materica, di qualsiasi natura e forma esso sia e a qualsivoglia forma di gestione, conservazione e fruizione sia soggetto; scopo ultimo è quello di ridurre e gestire al meglio i rischi presenti, prevedendo, in caso di calamità, le forme di intervento immediato e di recupero più adatte ad ogni specifica condizione. E' necessario qui precisare che un bene, dal momento che perde le caratteristiche per essere fruito perde la sua funzione primaria di essere disponibile alla consultazione e studio e quindi depaupera l'istituto che lo tutela o lo possiede, che perde almeno parte dello scopo per cui lavora ed ha una sua legittimità.

È comunque fondamentale sottolineare che, data la pluralità di materiali che è possibile ritrovare in un archivio, sarà necessario considerare che alcuni di questi debbano prevedere una risposta al danneggiamento che sia specifica per le loro caratteristiche intrinseche e dovranno quindi ricevere trattamenti immediati, tempestivi ed effettuati da personale specializzato[5].

Il Piano di Conoscenza per la Sicurezza intende rappresentare uno strumento di gestione dell'archivio o della biblioteca in cui poter analizzare e ricomporre tutte le indicazioni sulla sicurezza e lo stato del bene, provenienti da studi pregressi e piani sovraordinati[6], a cui è possibile affiancare ulteriori e specifiche valutazioni, nell'ottica di garantire un incremento del livello di protezione del bene. La stessa raccolta dei dati può evidenziare anche delle imprecisioni operative che possono essere corrette immediatamente. Integrando perciò le fasi di analisi e valutazione dei rischi nel complessivo processo di gestione dell'archivio/biblioteca, si estende la validità e l'importanza della cultura di protezione e salvaguardia oltre la fase della sola emergenza e dell'intervento post evento catastrofico, contribuendo a garantire una reale ed efficace conservazione preventiva e programmata, mettendo in atto tutte quelle azioni che hanno come fine la prevenzione degli eventi che potrebbero danneggiare i

---

segue.

Nello specifico, con "archivio" si fa riferimento a tre distinti elementi:

- «il complesso dei documenti prodotti o comunque acquisiti da un ente (magistrature, organi e uffici centrali e periferici dello Stato; enti pubblici territoriali e non territoriali; istituzioni private, famiglie e persone, imprese) durante lo svolgimento della propria attività. I documenti che compongono l'Archivio sono pertanto collegati tra loro da un nesso logico e necessario, detto vincolo archivistico.
- Il locale in cui un ente conserva il proprio archivio.
- L'istituto nel quale vengono concentrati archivi di varia provenienza che ha per fine istituzionale la conservazione permanente dei documenti destinati alla pubblica consultazione».

  (fonte: http://www.archivi.beniculturali.it/index.php/abc-degli-archivi/glossario)

  Analogo significato multiplo ha anche il termine *biblioteca.*

[5] Per maggiori dettagli, si faccia riferimento alle schede specifiche del PRE.

[6] Si intendono qui tutti i piani di livello più alto (relativi principalmente alle discipline della pianificazione – locale, sovralocale, regionale, nazionale… e della gestione del rischio – riferita alla salute dei lavoratori, di emergenza comunale o infra comunale,…) e che contengono indicazioni utili come base per le analisi da effettuare e delle prescrizioni da dover considerare.

beni, o comunque la diminuzione dei loro effetti negativi.

Il responsabile della tutela e della conservazione dell'Archivio/Biblioteca ha la piena responsabilità di garantire la disponibilità materiale e la fruizione dei beni ivi conservati, raccogliendo tutte le informazioni necessarie, direttamente o tramite le segnalazioni degli altri membri del personale e dell'utenza.

Il piano deve avere un responsabile o un suo referente riconosciuto al quale fare arrivare tutte le informazioni utili al fine che ci si propone.

Tutto il personale, in ogni sua mansione e livello condivide la corresponsabilità della conservazione e del monitoraggio, ed è supporto importante per il referente principale.

L'importanza delle pratiche di prevenzione è dimostrata sia dall'efficacia nella riduzione dei rischi che dalla diminuzione del numero di beni perduti a causa dell'impatto di un evento, nonché dei costi derivanti dal sostenere le azioni di recupero e la conseguente inaccessibilità dei beni coinvolti. Pertanto la disponibilità d'uso dei beni è lo scopo che ci si prefigge e che deve essere il principio da tenere presente durante la compilazione delle pratiche di prevenzione e di risposta all'emergenza.

Le operazioni preliminari di conoscenza e la compilazione del PRE sono un valido aiuto in fase di stipula di copertura assicurativa in quanto permettono il contenimento delle perdite, il contenimento dei costi di salvataggio e recupero e quindi una valida ricaduta in fase contrattuale con le compagnie assicurative. In questo caso anche l'aggiornamento del piano assume un'importanza particolarmente rilevante.

Scopo primario del Piano è stimolare una conoscenza più approfondita dell'archivio/biblioteca e favorire una raccolta organizzata delle informazioni pertinenti al fine di:

- ricostruire un quadro preciso sulle **condizioni generali** del sistema composto dal "contenitore" archivio o biblioteca e dal "contenuto", ovvero dall'insieme dei beni conservati,
- valutarne il grado di **vulnerabilità** (intesa come «caratteristica specifica di una comunità o un sistema o di un bene che lo rende suscettibile agli impatti dannosi di un pericolo[7]») soprattutto in riferimento alle correlazioni esistenti tra i due,
- rilevarne il livello di **resilienza** globale (intesa come «l'abilità di un sistema, di una comunità o di una società esposta a pericoli di resistere, assorbire, riparare e riprendersi

[7]UN-ISDR, *Terminology on Disaster Risk Reduction*, https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-v

tempestivamente ed efficientemente dagli effetti di un pericolo, anche attraverso la preservazione e restaurazione delle sue strutture e funzioni basilari[8]»).

Questa valutazione consente di definire il livello di rischio cui i beni sono specificatamente sottoposti, in modo tale da predisporre le necessarie e più indicate misure di prevenzione e protezione e di progettare e organizzare la risposta ad eventuali emergenze. Per questo motivo una parte consistente del Piano è costituita da analisi preliminari che possano costruire una conoscenza critica e coerente del bene e che possano indirizzare alla progettazione delle misure di controllo e riduzione dei rischi più rispondenti e calibrate rispetto alle effettive caratteristiche e necessità riscontrate, valutando sia le possibili fonti di pericolo del contesto e quindi "esterne" (o "esogene", di origine umana o naturale come terremoto, alluvioni, incendi, atti vandalici/terrorismo, industrie, altre attività che possono essere svolte nello stesso edificio,…), che quelle "interne" (o "endogene" come incendi, attacchi biologici, rottura di tubazioni, blackout, gestione inefficiente/inappropriata, ...).

Al fine di potersi più agevolmente confrontare e relazionare con i Piani per la Sicurezza esistenti che hanno come scopo la tutela del personale lavoratore[9] e dell'utenza, il presente documento, che ha come fine la protezione dei beni archivistici/librari, si struttura secondo lo stesso impianto, riproponendo le medesime sezioni, ognuna introdotta da una piccola presentazione con indicazioni ed istruzioni:

1. **DVR - Documento di Valutazione dei Rischi**: attraverso l'analisi dei piani sovraordinati in materia di gestione del rischio e della sicurezza, delle modalità gestionali, nonché dello stato di conservazione del bene e dell'edificio, Il DVR individua tutti i pericoli presenti e ne quantifica il rischio, ossia la probabilità che ciascun pericolo generi dei danni, tenuto conto della loro entità potenziale[10] (il rischio è la «combinazione della probabilità di accadimento di un evento e delle sue conseguenze negative»[11]).

---

[8] UN-ISDR, *Terminology on Disaster Risk Reduction*, https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-r

[9] D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.

[10] Il sistema a matrice di valutazione dei rischi, proposto in questo documento, è lo strumento analitico attualmente più diffuso per generare e quantificare il rischio residuo e stabilire una priorità rispetto al piano di adeguamento delle misure di prevenzione da inserire, progettare ed attivare.

La diffusione e la popolarità di tale strumento si deve principalmente al fatto che la sua applicazione, una volta assimilate le istruzioni e applicato in maniera coerente, è relativamente semplice e genera in automatico, in base al risultato, una quantificazione del rischio residuo e di conseguenza la priorità degli interventi da porre in essere per limitare il rischio.

[11] UN-ISDR, *Terminology on Disaster Risk Reduction*, https://www.unisdr.org/we/inform/terminology#letter-r Questa definizione segue quella della ISO 73:2009. Da sottolineare che il termine "rischio" ha due connotazioni distinte: nell'uso popolare l'enfasi è generalmente data al concetto di caso, possibilità ("il rischio di un incidente"), mentre nel vocabolario tecnico l'enfasi è

2. **PMP - Piano delle Misure di Prevenzione**, che raccoglie e sistematizza le contromisure precedentemente individuate per limitare il rischio residuo, suddivise per tipologia (strutturali e non strutturali) e scala di intervento (singolo locale e intero complesso).

3. **PRE - Piano di Risposta all'Emergenza - Archivio/Biblioteca** in cui si raccolgono una serie di indicazioni comportamentali da mettere in atto a seguito di un'emergenza. Quanto più queste operazioni verranno programmate e le condizioni dell'archivio/biblioteca saranno dettagliate in anticipo, tanto più sarà possibile eseguirle in maniera efficiente ed efficace nelle situazioni di stress post evento. Si considerano in questo documento i principali rischi cui un archivio potrebbe essere soggetto nel nostro territorio, ovvero alluvione/allagamento, incendio, sisma.

Il Piano di Risposta all'Emergenza si inserisce nello stesso contesto e fa riferimento alle stesse esigenze a cui sono riferite le disposizioni relative al *piano di Disaster Recovery* ed al *piano di continuità operativa* previsti per le Pubbliche Amministrazioni dal Codice dell'Amministrazione Digitale , direttamente riferiti anche agli archivi in formazione,[12].

Tutte le altre informazioni utili agli scopi finali del Piano sono strutturate in ulteriori documenti di corredo:

PIANO DI ANALISI DELLE RISORSE PRESENTI E ATTIVABILI IN CASO DI EMERGENZA, per riportare e quindi analizzare le risorse (umane, di materiali e mezzi ed economiche) attualmente a disposizione della Biblioteca/Archivio e quelle da reperire a fronte dei pericoli e dei rischi valutati.

PIANO DELLA FORMAZIONE, che pianifica le giornate di formazione del personale, la comunicazione dei contenuti del piano e le esercitazioni delle attività emergenziali. É necessario considerare in questo contesto anche le fasi di concertazione con enti preposti alla gestione del rischio, come ad esempio la Protezione Civile.

PIANO DI MONITORAGGIO E REVISIONE, consiste nell'individuare una serie di indicatori misurabili, attraverso cui poter giudicare l'effettiva efficacia delle indicazioni del piano, per poter prevedere, eventualmente, delle revisioni.

PIANO DI RIPRISTINO l'attività di ripristino, posteriore e conseguente alle attività di messa in sicurezza in risposta all'emergenza, rappresenta uno step fondamentale del processo globale di gestione del rischio. Un adeguato ripristino ha una durata variabile e inizia per alcuni materiali anche in fase

---

generalmente data alle conseguenze, in termini di "perdite potenziali" per particolari cause. É quindi necessario sottolineare quindi come il medesimo termine, contenga in sé una varietà di significati spesso connessi con la sfera emotiva e percettiva e possa anche far riferimento concetti tra loro diversi ed essere quantificato diversamente se analizzato da più persone.

[12] Codice Ammiinistrazione Digitale (d. lgs. 82/2005 e ss mm ii) art. 50 bis c. 3 lettera b): *Linee guida AgID per il disaster recovery delle pubbliche amministrazioni – aggiornamento 2013*

direttamente successiva all'evento disastroso e prevede l'esecuzione di asciugature, puliture, restauri, scarto, duplicazione, pulizia dei beni. In questa prima stesura verranno dettagliate in modo particolare due metodologie per il trattamento del materiale cartaceo danneggiato: il congelamento e la liofilizzazione.

Al fine di rendere rapidamente interpretabili (anche da operatori esterni o che interverranno nella sola fase, concitata, dell'emergenza) le informazioni raccolte su stato dei beni e dell'archivio/biblioteca, nonché alcune delle prescrizioni previste dal Piano, si consiglia di riportare tutti questi dati non tanto in forma descrittiva, quanto in forma grafica. La creazione di mappe tematiche in cui riassumere sinteticamente gli elementi più significativi, consente innanzitutto di minimizzare i tempi di reazione, di organizzare più speditamente ed efficacemente gli interventi di risposta; la "graficizzazione" permette inoltre di creare una sorta di consuntivo facilmente consultabile delle analisi eseguite da accompagnare al piano e da integrare ed aggiornare in parallelo.

Importanza fondamentale in questo senso è rivestita dal rilievo topografico dei beni conservati in archivio/biblioteca, a cui associare le valutazioni relative al livello di urgenza di intervento sui materiali (per maggiori indicazioni su questa operazione, riferirsi a *Analisi dell'Archivio/Biblioteca a livello dei singoli locali - Rappresentazione del locale, inventario topografico e codici di urgenza*)

Il piano non ha, naturalmente, la pretesa di essere esaustivo, né si può pretendere l'esaustività nella predisposizione dei documenti richiesti. Le linee guida fornite costituiscono dei consigli per organizzare ed eseguire delle azioni logiche che hanno come il fine il contenimento massimo del danno.

Il Piano si propone come un documento flessibile, facilmente integrabile ed aggiornabile, con la possibilità di affiancare i potenziali compilatori tramite l'istituzione di un'attività di tutoraggio preliminare di cui saranno referenti le rispettive Soprintendenze competenti per territorio.

SOMMARIO

PREMESSA 2
SOMMARIO 8
INFORMAZIONI GENERALI SUL PIANO 10
DVR - DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DELL'ARCHIVIO 14
ANALISI DELL'ARCHIVIO/BIBLIOTECA A LIVELLO COMPLESSIVO 16
ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI a livello complessivo 19
ANALISI DELL'ARCHIVIO/BIBLIOTECA a livello dei singoli locali 24
ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI a livello dei singoli locali 29
PMP - PIANO DELLE MISURE DI PREVENZIONE 33
PIANO DI ANALISI DELLE RISORSE PRESENTI E ATTIVABILI IN CASO DI EMERGENZA 35
PRE - PIANO DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA 38
INFORMAZIONI PRELIMINARI 38
RISCHIO ALLAGAMENTO 42
RISCHIO INCENDIO 51
RISCHIO TERREMOTO 55
PIANO DI RIPRISTINO 56
Liofilizzazione - introduzione 57
Liofilizzazione di materiale cartaceo (a cura di Davide Fissore e Antonello Barresi, DISAT, Politecnico di Torino, Laboratorio di Liofilizzazione) 60
PIANO DELLA FORMAZIONE 69
PIANO DI MONITORAGGIO E REVISIONE 70
ALLEGATO 1 - SCHEDA RILEVAZIONE DANNI 72

ALLEGATO 2a - SCHEDA PRONTO INTERVENTO 75

ALLEGATO 2b - REPORT INTERVENTO 77

ALLEGATO 3 – ETICHETTA CASSE 78

RIFERIMENTI 79

VALUTAZIONE DEL RISCHIO 79

PROCEDURE E INTERVENTI 80

LIOFILIZZAZIONE 81

INFORMAZIONI GENERALI SUL PIANO

Redatto da

Informazioni e contatti del bene o dei soggetti che hanno partecipato alla redazione dei piani, specificandone i ruoli e le competenze.

In data

Segnalare la data di compilazione.

Validità

L'aggiornamento dei dati contenuti nel presente piano va eseguito con cadenza annuale e comunque in occasione di ogni evento di rilievo (del personale responsabile, spostamenti di materiale archivistico, attività di inventariazione, modifiche nel sistema gestionale, eventi dannosi, interventi strutturali all'edificio,…), in modo tale da verificarne e confermarne la fattibilità e validità.

Revisioni

Revisore	Motivazione	Data

In base a quanto sopra specificato, riportare nella tabella i principali dati di riferimento per le revisioni del documento e segnalare la successiva.

Luoghi in cui si conserva copia del piano

È importante condividere i contenuti del Piano con tutti i soggetti coinvolti e renderlo altresì accessibile sempre, anche in assenza del responsabile.

Specificare se si tratta di copia digitale/cartacea, se presente nell'archivio stesso, in uffici dell'ente gestore, presso protezione civile, vigili del fuoco,…

Elenco dei soggetti coinvolti

Elencare gli enti ed i singoli soggetti coinvolti nella gestione e conservazione degli archivi presenti, nonché nella produzione e messa in pratica delle indicazioni del Piano.

- …

- ……

Contatti

Si riportano di seguito i contatti principali dei soggetti coinvolti nelle operazioni di gestione dell'emergenza, derivati dall'analisi delle risorse condotta alla sezione PIANO DI ANALISI DELLE RISORSE PRESENTI E ATTIVABILI IN CASO DI EMERGENZA divisi per "contatti interni" ovvero del personale dell'archivio/biblioteca in questione, di enti esterni che si occupano di gestire e garantire dei servizi alla struttura e i contatti degli organi istituzionali di protezione e vigilanza da allertare in caso di emergenza.

Contatti interni

RESPONSABILE EMERGENZA Nome:	ufficio:	
	casa:	
	cellulare:	
SOSTITUTO Nome:	ufficio:	
	casa:	
	cellulare:	
DIRETTORE Nome:	ufficio:	
	casa:	
	cellulare:	
SQUADRA INTERVENTO	Nome:	cellulare: ufficio: casa:
	Nome:	cellulare: ufficio: casa:
	Nome:	cellulare: ufficio: casa:

ADDETTO ALLE RELAZIONI ESTERNE Nome:	ufficio:
	casa:
	cellulare:

Contatti esterni Indicare il numero di assistenza in emergenza oppure quello del referente specifico.	
GESTORE RETE ELETTRICA	
GESTORE RETE GAS	
IMPRESE MANUTENZIONE IMPIANTI	
ENTE GESTORE DELLA SICUREZZA DEI LAVORATORI	
RESTAURATORE	
IMPRESE SPECIALIZZATE PER L'EMERGENZA	
IMPRESE DI TRASPORTO/AUTOMEZZI	
MAGAZZINI REFRIGERATI	
IMPRESE OUTSOURCING	
FORNITURE ANTI INFORTUNISTICA	

Contatti organi di protezione e vigilanza	
VIGILI DEL FUOCO	115
EMERGENZA SANITARIA	118
POLIZIA	113

CARABINIERI	112
VIGILI DEL FUOCO	115
CARABINIERI TUTELA PATRIMONIO ARTISTICO *Legione "Lombardia", via Della Moscova 19* *2021 Milano*	0262765122
PROTEZIONE CIVILE	800 061 160

DVR - DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DEI RISCHI DELL'ARCHIVIO

Questa sezione del Piano prevede una ricognizione sistematica dello stato di fatto del bene analizzato e dei beni archivistici e librari ivi conservati.

Si richiede di analizzare le condizioni esistenti, al fine di comprendere quali siano i pericoli principali cui i beni archivistici/librari possano essere soggetti, al fine di meglio programmare e predisporre le contromisure più efficaci per limitare l'entità dei danni causate da un possibile evento disastroso.

Il bene archivio/biblioteca viene indagato e rilevato a **due livelli** di approfondimento e di scala.

Livello complessivo: l'archivio/biblioteca viene considerato nel complesso della sede che lo ospita, nell'insieme di tutti i beni che lo compongono, di tutti i locali che lo ospitano, delle varie interrelazioni esistenti; le valutazioni di priorità verranno in questo caso effettuate a scala più ampia; livello di singolo locale: è necessario effettuare valutazioni specifiche circa lo stato di conservazione dei beni conservati e degli ambienti, nonché l'attribuzione di un codice che identifichi la priorità richiesta per l'intervento sullo specifico bene, nonché sull'importanza di garantire continuità operativa all'ente in caso di emergenza.

Nel caso di entità molto complesse, potrebbe essere utile aumentare i livelli di approfondimento del piano, considerando anche, ad esempio, la sede, l'edificio ed il piano di riferimento.

Ne consegue che anche l'identificazione dei pericoli e delle vulnerabilità, la valutazione dei rischi, la proposta delle contromisure necessarie per la loro riduzione, la descrizione delle risorse disponibili, verranno eseguite a tutti i livelli. Questa distinzione mira anche a guidare più agevolmente l'individuazione dei fattori di rischio insistenti a livello esogeno (esterni) ed endogeno (interni).

Seguendo lo stesso principio di scalabilità, anche il Piano stesso può essere integrato da analisi e valutazioni ulteriori e di maggior dettaglio, considerate in questa sede accessorie e non obbligatorie, presentabili sotto forma di allegato[13].

Il sistema di valutazione analitico proposto, si basa sulla compilazione della matrice dei rischi, seguendo il principio basato sulla relazione

R = P x I, dove:

il rischio (R) è dato dal valore di Probabilità (P) di accadimento di un dato evento, moltiplicato per la stima dei danni e impatti (I) conseguenti; R è espresso in una scala di valori da 1 a 6, corrispondenti ai

[13] Un ulteriore possibile approfondimento potrebbe sottolineare l'interazione tra loro dei pericoli individuati, nel tentativo di comprendere le catene di eventi che potrebbero verificarsi.

giudizi *molto basso, basso medio, alto, molto alto, estremo.* Ovviamente questa categorizzazione può, in accordo alle esigenze specifiche, essere semplificata riducendo, ad esempio le categorie di impatto e/o di probabilità.

Questo metodo risulta di facile applicabilità e consente di legare immediatamente il danno atteso ad ogni pericolo alle contromisure necessarie da mettere in atto (nella tabella successiva alla matrice di calcolo del rischio)[14].

[14] La metodologia di calcolo e valutazione proposta può ovviamente essere maggiormente raffinata,anche con l'aiuto di discipline più specifiche e specialistiche di supporto alle decisioni, come l'analisi multicriteria AHP- Analytic Hierarchy Process e la Fuzzy Logic.

ANALISI DELL'ARCHIVIO/BIBLIOTECA A LIVELLO COMPLESSIVO

Denominazione[15]

Riportare la denominazione univoca dell'edificio i cui si conservano i beni da tutelare.

Indirizzo

Localizzazione dell'edificio, indicazione, se possibile, anche delle coordinate geografiche con indicazione del sistema di riferimento.

Destinazioni d'uso presenti

Segnalare le destinazioni d'uso presenti nell'edificio: questa informazione può essere utile nel valutare possibili interferenze, nella definizione dei pericoli e nella progettazione delle attività emergenziali*.

*Queste informazioni sono facilmente reperibili dagli eventuali Piani di Prevenzione ed Emergenza per i lavoratori.

Localizzazione dell'edificio nell'area urbana

Descrittiva (centro storico, periferia, extra-urbano) e cartografica.

Questo dato aiuta a individuare la presenza di particolarità geomorfologiche del sito che possono risultare quali fattori di vulnerabilità intrinseca o pericoli esterni. È importante verificare inoltre la connessione strutturale con gli edifici circostanti (soprattutto in zona sismica).

Archivi presenti

Segnalare quali archivi sono conservati e per facilità di individuazione e disambiguazione, segnarne la collocazione su una planimetria.

Metri lineari complessivi di documentazione

Note significative

Riportare qui tutte le informazioni che si ritengano significative agli scopi della gestione dei rischi presenti e della risposta all'emergenza (livello di inventariazione, presenza di topografico,..)

Localizzazione dell'archivio/biblioteca all'interno dell'edificio

Descrittiva e planimetrica: segnalare il numero di piani dell'edificio, il numero di piani occupati dall'archivio e i locali con una segnalazione di massima dei contenuti. E' possibile che l'archivio sia

[15] Per l'individuazione delle informazioni da raccogliere si è fatto anche riferimento alle schede SIUSA Complesso Archivistico, dalle quali – se presenti – possono essere ricavate

conservato in edifici distinti, in questo caso è necessario segnalarli tutti.

La/le planimetria/e dovranno fornire un quadro di tutte le componenti e dei collegamenti verticali, specificandone anche il materiale costruttivo e la percorribilità in caso di emergenza.

È importante in questa sede riportare inoltre: vie di fuga, uscite di sicurezza, terminali impianti di sicurezza (antincendio, antintrusione)*.

*Queste informazioni sono facilmente reperibili dagli eventuali Piani di Prevenzione ed Emergenza per i lavoratori.

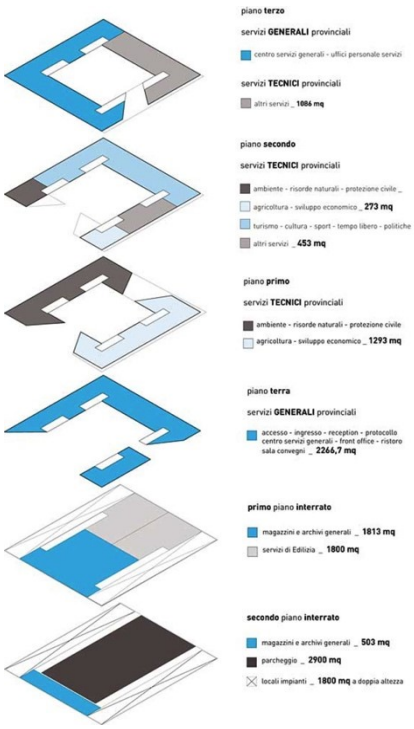


Figura 1. Esempio di planimetrie dei vari piani dell'edificio in cui segnare destinazioni d'uso, collocazioni, collegamenti verticali ed orizzontali e tutti gli elementi salienti ai fini della valutazione dei rischi.

Numero di piani occupati

Numero e indicazione dei piani occupati dai singoli archivi presenti.

Numero di locali

Numero di locali in cui si conservano gli archivi presenti, definire un codice univoco di identificazione di ciascuno.

Stato di conservazione dell'edificio

La segnalazione di criticità rilevanti a livello di strutture, paramenti, funzioni, arredi, impianti…è utile a definire un livello complessivo dello stato dell'edificio soprattutto in riferimento ai beni conservati*.

*Valutazione riferita a specifiche relazioni tecniche, ove esistenti.

Rilievo fotografico

Riportare riferimenti precisi agli elementi e alle situazioni descritte, con immagini georeferite (segnare su una mappa i punti di presa). Una descrizione di questo tipo consente una ricostruzione accurata del bene in precisi momenti e facilita l'analisi dell'evoluzione di alcuni fenomeni nel tempo e l'attribuzione delle rispettive responsabilità.

Segnalazione di eventuali interventi pregressi/in corso

Produrre una lista degli interventi a quali l'archivio/biblioteca è stato sottoposto (sia come contenitore che come contenuto), motivarne l'esecuzione (a seguito di danni, impatti, eventi calamitosi, adeguamenti funzionali/strutturali) e indicare se il materiale documentario ha subito danni, se è stato spostato, se sono occorsi cambiamenti gestionali.

Questa sorta di consuntivo tecnico e scientifico permette di ricostruire agevolmente la storia dell'edificio nonché dell'archivio/biblioteca, facilitando il riconoscimento e l'analisi di determinate problematiche, che potrebbero rendere più vulnerabile la documentazione in caso di calamità.

Impianti

Mappatura , descrizione e rilievo fotografico degli impianti, delle centraline e dei terminali presenti. Segnalare possibili criticità, danni o malfunzionamenti.

Questi contenuti possono essere desunti da altri piani/progetti riguardanti l'archivio/biblioteca.

- Elettrico
- Idraulico
- Monitoraggio ambientale
- Climatizzazione
- Antincendio
- Antintrusione
- Movimentazione
- …

Eseguire delle prove di chiusura/spegnimento periodiche per verificarne il funzionamento, riportare nella tabella iniziale (INFORMAZIONI GENERALI SUL PIANO) tutti i dati relativi ai vari fornitori di energia.

Vie di fuga

Segnalare i percorsi possibili per lo spostamento del materiale archivistico in caso di emergenza.

Le informazioni a riguardo reperibili dagli eventuali Piani di Prevenzione ed Emergenza (DVR e Piano di

Emergenza) per i lavoratori dovranno essere adeguate e/o integrate a seconda delle specifiche necessità e caratteristiche dei beni conservati e dei luoghi.

Accessi

Segnalare gli accessi presenti, indicando anche le eventuali caratteristiche specifiche dei serramenti (porte REI, antiallagamento, antieffrazione,…).

Le informazioni a riguardo reperibili dagli eventuali Piani di Prevenzione ed Emergenza per i lavoratori dovranno essere adeguate e/o integrate a seconda delle specifiche necessità e caratteristiche dei beni conservati e dei luoghi.

Accessibilità

Segnalare se l'archivio è accessibile e da chi, considerando motivo, durata, limitazioni.

Indicare, se presenti, barriere architettoniche.

Attribuzione di codici di urgenza ai singoli locali

Questa operazione è fondamentale ai fini della programmazione della risposta all'eventuale emergenza, in quanto consente di localizzare, a questo livello a scala macro, quali siano i locali nei quali sarà più urgente intervenire in caso di emergenza. Si consiglia pertanto, per facilità di strutturazione, di eseguire questa valutazione a conclusione della redazione del topografico di dettaglio (a livello di singolo fondo e/o documento), come descritta nella scheda per l'analisi dell'archivio/biblioteca.

Lo scopo è quello di ottenere, a seguito risultante della valutazione della priorità di intervento attribuita ad ogni singolo fondo o bene contenuto nell'archivio/biblioteca in questione, una planimetria dell'edificio in cui segnalare i locali in cui è preferibile intervenire prioritariamente in caso di evento calamitoso, in quanto contenenti i beni ritenuti in questo senso privilegiati (per valore, stato di conservazione, …).

ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI a livello complessivo

Connessione con piani di Emergenza e di Analisi del rischio sovraordinati

Verifica delle prescrizioni imposte, con riferimento alle analisi contenute nei piani sovraordinati (ovvero i piani che a livelli territoriali più ampi – di edificio, comunale, provinciale, regionale – si occupano di analisi e gestione dei rischi esistenti, come indicato nell'elenco sottostante) mediati rispetto alla serie storica degli avvenimenti quando possibile (questo significa che sarebbe necessario valutare l'effettivo grado di rischio presente anche rispetto al numero degli eventi recentemente verificatosi; ad esempio il Piano di Assetto Idrogeologico considera scenari di inondazione riferibili a tempi di ritorno spesso molto lunghi e non coerenti con l'effettiva frequenza di accadimento).

ANALISI DI RISCHIO	**PIANIFICAZIONE TERRITORIALE**
Piano di Emergenza dell'edificio	PTR – Piano Territoriale Regionale
Certificato Prevenzione Incendi	PTCP – Piano Territoriale di Coordinamento Provinciale
Documento di Valutazione dei Rischi	PGT – Piano di Gestione del Territorio
Piano di Emergenza Comunale	…
PAI, Piano Alluvioni	
RIR	
Piano AIB	
Microzonazione sismica	
…	

Identificazione dei pericoli (rif. Documento di Valutazione dei Rischi e Piano di Emergenza)

Classificati in ordine di possibilità di accadimento (segnalazione della fonte). Si specificano di seguito tipologie riferite ad un evento specifico nel tempo e non ad azioni prolungate (incuria/abbandono, cambiamento climatico), i cui impatti vanno comunque considerati, se presenti, come moltiplicatore della vulnerabilità intrinseca del bene.

DI ORIGINE AMBIENTALE	**DI ORIGINE ANTROPICA**	**TECNOLOGICI**
Incendio	Atti vandalici/terrorismo	Blackout
Alluvione	Industriale	Malfunzionamento/rottura impianti
Allagamento	Na-Tech (ovvero eventi tecnologici innescati da eventi naturali)	Malfunzionamento/rottura terminali
Terremoto	…	ICT (tecnologie Informatiche)
Frana		…
Attacco biologico		

Contromisure esistenti

Sistemi di allertamento, spegnimento, antintrusione, monitoraggio,…

Queste barriere impediscono il verificarsi di alcuni eventi o il propagarsi del danno, tutto ciò che queste non riescono a "bloccare" va a costituire il "rischio residuo", ovvero quello che può presentarsi in emergenza.

Vulnerabilità

La vulnerabilità è definita come la propensione a subire un danneggiamento a seguito dell'impatto di un pericolo di determinato tipo e intensità.

Data la difficile quantificazione di questo dato, si richiede un'analisi solamente qualitativa.

Elencare qui i fattori e le condizioni che possono aumentare le conseguenze generate da ogni possibile evento/pericolo, ad esempio:

- mancanza/assenza di manutenzione e/o ispezione periodica dello stato di conservazione,
- assenza di dispositivi di monitoraggio ambientale,
- assenza di dispositivi di spegnimento incendi,
- assenza di personale specializzato nell'intervento in emergenza,
- assenza di procedure per l'emergenza,
- assenza di materiali e mezzi,
- impropri metodi di archiviazione,
- uso di strutture inadatte,
- presenza di degradi strutturali/superficiali nei locali,
- vulnerabilità intrinseche dei beni correlate ai materiali, contenuti, valore,
- …

Matrice per il calcolo del rischio (metodo semi-quantitativo)

La matrice va compilata per ogni rischio presente, è necessario definire a priori la corrispondenza numerica di ogni giudizio che può essere accompagnato da una descrizione qualitativa[16].

E' possibile prevedere dei fattori correttivi che rispecchino lo stato di conservazione o la presenza di eventuali vulnerabilità precedentemente individuate.

Scopo di questa operazione è principalmente portare il compilatore (conservatore e gestore del bene) a ragionare sulla possibile incidenza di eventuali fenomeni e alla correlazione tra le possibili conseguenze e la probabilità di accadimento. Un' analisi di questo tipo, calata nella realtà specifica e filtrata dalle conoscenze dell'operatore, porta all'individuazione degli elementi che devono ricevere maggiore attenzione nell'immediato.

	IMPATTI				
	IRRILEVANTE 1	BASSO 2	RILEVANTE 3	MOLTO RILEVANTE 4	SEVERO 5

[16] Per approfondimento, si consiglia l'utilizzo di tecniche di supporto alle decisioni multicriterio [AHP - Analytic Hierarchy Process (Brokerhof et al., 2007)] e di Fuzzy logic (Shang & Hossan, 2013) per stabilire i pesi specifici e la gravità dei danni, traducendo il giudizio "linguistico" in fattore numerico e stabilire criteri di valutazione.

PROBABILITÀ						
	QUASI SICURO 5	Medio	Alto	Molto alto	Estremo	Estremo
	PROBABILE 4	Medio	Medio	Alto	Molto alto	Estremo
	MODERATA 3	Basso	Medio	Medio	Alto	Molto alto
	IMPROBABILE 2	Molto basso	Basso	Medio	Medio	Alto
	RARO 1	Molto basso	Molto basso	Basso	Medio	Medio

LIVELLO DI RISCHIO	AZIONE DA INTRAPRENDERE	SCALA TEMPORALE entro cui intervenire
Molto basso	Monitoraggio delle condizioni rilevate	/
Basso	Instaurare un sistema di verifica che consenta di mantenere nel tempo le condizioni di sicurezza preventivate	Appena possibile
Medio	Programmare analisi più dettagliate della fonte di pericolo e delle eventuali incidenze sugli elementi più vulnerabili per meglio definire le contromisure da adottare	6 mesi – 1 anno
Alto	Predisporre gli strumenti necessari a minimizzare il rischio ed a verificare la efficacia delle azioni preventivate	6 mesi
Molto alto	Intervenire al più presto sulla fonte di rischio, provvedendo ad eliminare le anomalie che portano alla determinazione di livelli di rischio non accettabili	1-2 mesi
Estremo	Intervenire immediatamente sulla fonte di rischio, provvedendo a sospendere le lavorazioni sino al raggiungimento di livelli di rischio accettabili	Immediatamente

Interpretazione dei risultati

Descrizione del processo di valutazione eseguito e dei risultati ottenuti, alla luce dello stato attuale del bene. Considerazioni di massima soprattutto per le situazioni di pericolo a rischio alto/molto alto/estremo.

Valutazione dei possibili impatti (metodo qualitativo)

In aggiunta al metodo semi-quantitativo, è possibile effettuare una valutazione qualitativa per scenari (costruzione di scenari evidenziando la possibile concatenazione di effetti secondari).

In questo contesto si ritiene questa analisi ulteriore e non strettamente indispensabile.

ANALISI DELL'ARCHIVIO/BIBLIOTECA a livello dei singoli locali [17]

Codice identificativo del locale

Riportare il codice del locale cui si fa riferimento, come indicato nelle planimetrie alla scheda e condurre le successive analisi per ciascun locale dell'archivio/biblioteca in cui siano conservati documenti.

Descrizione e rappresentazione

Descrizione generale del locale, planimetria e prospetti interni.

Segnalazione delle misure salienti, collocazione degli scaffali e loro distanza da pareti e altro mobilio.

Superficie

Indicare la superficie in metri quadri del locale.

Altezza

Se possibile, indicare l'altezza massima e minima del locale.

Aperture interne

Indicare il numero, la disposizione e l'eventuale collegamento con altri locali.

Indicare tipologia e stato di conservazione dei serramenti.

Aperture esterne

Indicare il numero, la disposizione, tipologia e stato di conservazione dei serramenti.

Passaggi

Indicare, se presenti, zone di passaggio di rilevata criticità (fisica, funzionale, gestionale,…).

È importante individuare un passaggio che sia sufficientemente ampio per svolgere in sicurezza le operazioni di movimentazione (che consenta il passaggio con i carrelli, ad esempio e che sia privo di ostacoli).

Arredi

Segnalare la presenza di arredi mobili o fissi, il loro materiale (alcuni possono essere più o meno indicati in presenza di pericoli specifici) e la loro posizione (potrebbe interferire con le azioni di recupero).

Pavimentazione

[17] [17] Per l'individuazione delle informazioni da raccogliere si è fatto anche riferimento alle schede SIUSA (descrittivo e gestionale), dalle quali – se presenti – possono essere ricavate

Indicare la tipologia di pavimentazione presente, nonché possibili degradi presenti.

Valutare attentamente la possibile "sciovolosità" di alcuni materiali, soprattutto in presenza di acqua (o anche ghiaccio), per prevenire adeguatamente possibili danni agli operatori: a questo proposito è necessario dotarsi di materiale per rivestirli e apporre strisce antiscivolo soprattutto sulle scale a cui si è obbligati a far ricorso durante la risposta all'emergenza,….

Personale presente

Stima del personale che mediamente è presente nel locale in un dato orario.

*Uso**

Indicare se il locale sia ad uso esclusivo o promiscuo

*Metri lineari scaffalature esistenti**

*Caratteristiche salienti**

Segnalare in questa sede:

- quanto spazio sugli scaffali sia rimasto libero per consentire eventuali incrementi,
- la consistenza dell'archivio con una descrizione schematica riportante i dati fondamentali delle unità di archivio,
- il numero complessivo di unità conservate,
- i metri lineari totali

Materiale

Indicare i principali materiali di cui sono composti gli elementi presenti in ogni locale (carta, pergamena, cuoio, etc).

*Ordinamento presente**

Sì/No

*URL descrizione analitico**

*Estremi cronologici**

Estremo remoto

Estremo recente

Rilievo fotografico del luogo

Possibilmente con localizzazione dei punti di presa sulla mappa e con riferimenti incrociati di elementi precedentemente descritti.

*Stato del locale**

Descrizione dello stato di conservazione del locale e presenza di elementi salienti (impianti, degradi superficiali, etc…).

Impianto elettrico	
Misure antincendio	
Misure antintrusione	
Impianto di climatizzazione	
Impianto di movimentazione	
Altro	

Scaffalature

Descrizione e rilievo fotografico delle tipologie utilizzate (armadi, rastrelliere, compactus e dei materiali (metallo, legno, …)

Evidenziare sistemi di ancoraggio (a terra, tra scaffali, al soffitto, alle pareti,…).

I documenti sono sollevati da terra? Di quanti cm? Sì/No

Rappresentazione del locale, inventario topografico e codici di urgenza

Questa operazione è fondamentale ai fini della programmazione della risposta all'eventuale emergenza, in quanto consente di disporre di una mappa precisa dei beni conservati, distinti per il livello urgenza di intervento.

A questo proposito è necessario redigere preliminarmente un inventario topografico anche schematico, che localizzi precisamente i fondi/le collezioni all'interno dell'edificio; a questo punto è necessario valutare ogni elemento in base ad una serie di parametri costruiti secondo le proprie specificità ed ai quali ogni istituto fa riferimento , ma che dovrebbero sicuramente considerare ad esempio l'unicità, l'alto valore culturale o amministrativo, , ecc…

La mappatura delle urgenze deve definire: denominazione tradizionale, segnatura, localizzazione esatta, quantità, sviluppo in metri lineari, misure caratterizzanti (altezza minima, massima e prevalente necessarie per evidenziare difficoltà di trasporto/spostamento in caso di evacuazione rapida e quindi di

particolari necessità di reperimento materiali e mezzi per la movimentazione), supporti (carta, pergamena, altro, misti).

Il livello di priorità può essere segnalato con un simbolo associato ad un colore[18] da apporre sulle scaffalature.

La mappa, destinata ad essere aggiornata periodicamente, o almeno quando intervengano modifiche di rilievo per uno o più dei parametri esaminati, offre lo schema fondamentale per procedere alla successiva fase di pianificazione.

È importante sottolineare come l'ordine di priorità di cui si tratta in questo contesto non abbia un valore assoluto, ma risponda a un principio pragmatico; è infatti finalizzato alla selezione di quantità ragionevoli di materiali da salvare nelle diverse fasi di intervento, consentendo così agli addetti di razionalizzare gli sforzi e le risorse disponibili rispetto al tempo disponibile per l'efficacia dell'intervento.

Attribuire un valore relativo è un'attività essenziale, anche se comporta una serie di scelte non sempre facili e gradevoli. Privilegiare o sacrificare, anche se ancora sulla carta, alcune collezioni rispetto alle altre è una decisione difficile, ma è sicuramente di maggiore efficacia operativa rispetto al comportamento opposto, con il quale, evitando qualunque scelta a priori, si rischia di dover salvare disordinatamente quello che capita, affidandosi al puro caso.

Nella letteratura professionale sull'argomento sono individuati numerosi criteri utili per la determinazione del valore di un fondo, di una collezione, o di un singolo volume o documento, particolarmente utile in questo senso risulta la classificazione messa a punto da Bertini (2005).

L'obiettivo finale della valutazione è quello di ricondurre le diverse porzioni del patrimonio sottoposto a valutazione a tre categorie fondamentali:

Alta priorità (corrispondente ai materiali sui quali devono concentrarsi gli sforzi dei soccorritori nelle prime 8 ore successive al sinistro);

Media priorità (i materiali sui quali intervenire nelle successive 24 ore):

Bassa priorità (i materiali che possono essere anche sacrificati, se il tempo e le risorse a disposizione non consentono il loro recupero).

E' consigliabile che a ciascuna di queste categorie sia fatto corrispondere un codice colore (es. rosso =

[18] L'accorgimento di accoppiare colore e forma potrebbe risultare particolarmente utile anche per facilitare operatori con difficoltà visive (daltonici, ad esempio). Una possibile combinazione potrebbe essere: triangolo rosso per i beni di elevata importanza, quadrato giallo o arancione per quelli di seconda urgenza, cerchio verde per i restanti.

alta priorità; giallo = media priorità; verde = bassa priorità) da utilizzare in apposita segnaletica a scaffale, oppure in speciali mappe a disposizione dei soccorritori, conservate in luogo sicuro e facilmente raggiungibile in caso di emergenza.

A queste tre categorie può aggiungersi un gruppo ristrettissimo di pezzi unici (i 'magnifici dieci') che qualificano il patrimonio della biblioteca o dell'archivio. Questi cimeli, conservati in condizioni di sicurezza, devono poter essere reperiti e portati in salvo rapidamente, anche da una sola persona. È naturalmente cruciale che le informazioni relative alla localizzazione di questi cimeli rimangano riservate, ma che, in caso di emergenza, siano accessibili anche in assenza del direttore dell'istituto attraverso una procedura codificata.

In ogni caso è utile ricordare che si dovrà dare la precedenza ai documenti che sono essenziali perché l'ente possa continuare a svolgere il proprio mandato ovvero quelli per la protezione dei diritti legali e finanziari; i piani di emergenza e le direttive connesse, i documenti di sistema per le informazioni in formato digitale, i documenti atti a proteggere i diritti del personale nonché quelli relativi ai pagamenti e alle pensioni. Sicuramente vanno messi in salvo gli inventari archivistici e gli schedari di biblioteca dei quali sarebbe utile averne una copia in altro luogo sicuro (backup del catalogo, inventario).

E' sicuramente utile produrre delle schede descrittive e grafiche riportanti piante e prospetti principali (rappresentazione "scatolare" anche con l'ausilio di foto-raddrizzamenti) in cui evidenziare la collocazione degli scaffali e di tutti gli elementi e le misure/distanze salienti.

ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI a livello dei singoli locali

Identificazione dei pericoli (rif. Documento di Valutazione dei Rischi e Piano di Emergenza)

Rispetto all'analisi condotta precedentemente a livello globale (ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI) sarà necessario soffermarsi sui pericoli specifici che possano essere rilevanti a livello di singolo locale, quindi, probabilmente si tratterà di considerare maggiormente gli elementi presenti all'interno dell'edificio.

DI ORIGINE AMBIENTALE	DI ORIGINE ANTROPICA	TECNOLOGICI
Incendio	Atti vandalici/terrorismo	Blackout
Alluvione	Industriale	Malfunzionamento/rottura impianti
Allagamento	Na-Tech (ovvero eventi tecnologici innescati da eventi naturali)	Malfunzionamento/rottura terminali
Terremoto	…	ICT (Tecnologie Informatiche)
Frana		…
Attacco biologico		

Contromisure esistenti

Sistemi "fisici" di allertamento, spegnimento, antintrusione, monitoraggio, nonché gestionali, come la presenza di procedure . Queste barriere impediscono il verificarsi di alcuni eventi o riducono gli impatti o la loro propagazione, tutto ciò che queste non riescono a "bloccare" va a costituire il "rischio residuo", ovvero quello che può presentarsi in emergenza.

Vulnerabilità

Propensione del bene a subire un danneggiamento a seguito dell'impatto di un pericolo di determinato tipo e intensità. Data la difficile quantificazione di questo dato, si richiede un'analisi solamente qualitativa.

Elencare qui i fattori e le condizioni che possono aumentare le conseguenze generate da ogni possibile evento/pericolo, ad esempio:

- mancanza/assenza di manutenzione e/o ispezione periodica dello stato di conservazione dei beni,
- assenza di dispositivi di monitoraggio ambientale,
- assenza di dispositivi di spegnimento incendi,
- assenza di personale specializzato nell'intervento in emergenza,

- assenza di procedure per l'emergenza,
- assenza di materiali e mezzi,
- impropri metodi di archiviazione,
- uso di strutture inadatte,
- presenza di degradi strutturali/superficiali nei locali,
- vulnerabilità intrinseche dei beni correlate ai materiali, contenuti, valore,
- …

Matrice per il calcolo del rischio (metodo semi-quantitativo)

La matrice va compilata per ogni rischio presente, è necessario definire a priori la corrispondenza numerica di ogni giudizio che può essere accompagnato da una descrizione qualitativa[19].

E' possibile prevedere dei fattori correttivi che rispecchino lo stato di conservazione o la presenza di eventuali vulnerabilità precedentemente individuate.

Scopo di questa operazione è principalmente portare il compilatore (conservatore e gestore del bene) a ragionare sulla possibile incidenza di eventuali fenomeni e alla correlazione tra le possibili conseguenze e la probabilità di accadimento. Un' analisi di questo tipo, calata nella realtà specifica e filtrata dalle conoscenze dell'operatore, porta all'individuazione degli elementi che devono ricevere maggiore attenzione nell'immediato.

		IMPATTI				
		IRRILEVANTE 1	BASSO 2	RILEVANTE 3	MOLTO RILEVANTE 4	SEVERO 5
PROBABILITÀ	QUASI SICURO 5	Medio	Alto	Molto alto	Estremo	Estremo
	PROBABILE 4	Medio	Medio	Alto	Molto alto	Estremo
	MODERATA 3	Basso	Medio	Medio	Alto	Molto alto
	IMPROBABILE 2	Molto basso	Basso	Medio	Medio	Alto

[19] Per approfondimento, si consiglia l'utilizzo di tecniche di supporto alle decisioni multicriterio [AHP - Analytic Hierarchy Process (Brokerhof et al., 2007)] e di Fuzzy logic (Shang & Hossan, 2013) per stabilire i pesi specifici e la gravità dei danni, traducendo il giudizio "linguistico" in fattore numerico e stabilire

	RARO 1	Molto basso	Molto basso	Basso	Medio	Medio

LIVELLO DI RISCHIO	AZIONE DA INTRAPRENDERE	SCALA TEMPORALE entro cui intervenire
Molto basso	Monitoraggio delle condizioni rilevate	/
Basso	Instaurare un sistema di verifica che consenta di mantenere nel tempo le condizioni di sicurezza preventivate	Appena possibile
Medio	Programmare analisi più dettagliate della fonte di pericolo e delle eventuali incidenze sugli elementi più vulnerabili per meglio definire le contromisure da adottare	6 mesi – 1 anno
Alto	Predisporre gli strumenti necessari a minimizzare il rischio ed a verificare la efficacia delle azioni preventivate	6 mesi
Molto alto	Intervenire al più presto sulla fonte di rischio, provvedendo ad eliminare le anomalie che portano alla determinazione di livelli di rischio non accettabili	1-2 mesi
Estremo	Intervenire immediatamente sulla fonte di rischio, provvedendo a sospendere le lavorazioni sino al raggiungimento di livelli di rischio accettabili	Immediatamente

Interpretazione dei risultati

Descrizione del processo di valutazione eseguito e dei risultati ottenuti, alla luce dello stato attuale del bene. Considerazioni di massima soprattutto per le situazioni di pericolo a rischio alto/molto alto/estremo.

Valutazione dei possibili impatti (metodo qualitativo)

In aggiunta al metodo semi-quantitativo, è possibile effettuare una valutazione qualitativa per scenari (costruzione di scenari evidenziando la possibile concatenazione di effetti secondari).

In questo contesto si ritiene questa analisi ulteriore e non strettamente indispensabile.

PMP - PIANO DELLE MISURE DI PREVENZIONE

In questa sezione si porta il compilatore del Piano a definire, in base alle analisi dello stato di fatto effettuate per la Valutazione dei Rischi precedentemente condotta, quali contromisure siano più efficaci per limitare quanto più possibile la probabilità del verificarsi di un rischio oppure i danni conseguenti.

Le misure di protezione possono così essere procedure operative per rendere più efficiente la gestione dell'archivio/biblioteca in un'ottica di prevenzione e protezione (definite qui "**misure non strutturali**"), oppure degli adeguamenti fisici ("**strutturali**") per contenere e limitare i danni, prevenirne il verificarsi tramite, ad esempio, il monitoraggio, l'ispezione e la manutenzione continuativa o la dotazione di specifiche attrezzature.

Nella scelta finale delle contromisure adottabili, è bene considerare anche il criterio di sostenibilità inteso come minimo intervento, ma anche economica come giusta proporzione tra costi e benefici e la scala di applicazione (per singolo locale e per intero complesso).

È necessario in questa sede essere il più concreti possibili e quindi programmare nel tempo l'introduzione delle misure di prevenzione previste, a partire da quella valutata come più urgente per la protezione e salvaguardia dei beni dell'Archivio/Biblioteca.

Contromisure strutturali necessarie

Le valutazioni derivanti dalla compilazione delle sezioni precedenti del presente documento, potrebbero evidenziare la necessità di prevedere la realizzazione di alcune contromisure per la riduzione di un rischio specifico (che diminuiscano la vulnerabilità o il livello di esposizione, che aumentino il grado di resilienza del sistema, …).

Alcune contromisure strutturali potrebbero essere:

- dotazione di sistema di allertamento,
- dotazione di sistema di monitoraggio,
- dotazione di sistema di spegnimento automatico,
- rinforzo strutturale di porzioni di edificio,
- sostituzione di scaffalature/dotazioni non adeguate,
- restauro,
- catalogazione e inventariazione,
- programmazione di rilievi ed analisi specifiche,
- …

PERICOLO	LIVELLO DI RISCHIO	CONTROMISURE	PROGRAMMAZIONE

Contromisure non strutturali (gestionali) necessarie

Alcune tipologie di danno possono essere prevenute con l'applicazione di misure per intervenire sulle modalità di gestione del bene. Sicuramente un piano e la pratica costante della manutenzione programmata e preventiva possono diminuire notevolmente i livelli di rischio presenti.

PERICOLO	LIVELLO DI RISCHIO	CONTROMISURE	PROGRAMMAZIONE

Alcune contromisure gestionali da tenere in considerazione:

- redazione e verifica Piano di manutenzione programmata,
- redazione di codici di pratica e comportamento per gli operatori coinvolti a vari livelli,
- manutenzione e verifica del funzionamento dei vari impianti, nonché degli allacciamenti alla rete esterna,
- formazione del personale interno e volontario,
- esecuzione del monitoraggio fisico e strumentale (soprattutto utile per la valutazione di pericoli "quiescenti" cfr. ***Premessa***). Stabilire quale sia il range ottimale - tendendo ad un valore ottimale di U.R. fra il 45% ed il 65% considerando che più è alta l'umidità relativa con l'innalzamento della temperatura si ottiene un più veloce sviluppo di muffe. I valori dei parametri ambientali idonei da regolare e mantenere in riferimento alle caratteristiche specifiche dei beni e in risposta alle istanze di conservazione, accessibilità e consultazione, sono parte del normale processo di conservazione e debbono essere quelli a cui si deve ritornare in fase di ripristino ambientale,
- concertazione con enti coinvolti nelle azioni di salvataggio (Protezione Civile, Vigili del Fuoco,…),
- …

PIANO DI ANALISI DELLE RISORSE PRESENTI E ATTIVABILI IN CASO DI EMERGENZA

Una volta analizzata nel dettaglio la condizione attuale del bene archivio/biblioteca, individuati i pericoli che ne minacciano la conservazione, valutato il livello di rischio conseguente e verificate le più efficaci contromisure da adottare, è necessario comprendere di quali risorse (capitale finanziario e umano, materiali e mezzi) sia necessario disporre per fronteggiare l'eventuale emergenza.

Si richiede pertanto una ricognizione delle risorse disponibili e un elenco ragionato di quelle da reperire anticipatamente.

La risposta all'emergenza è direttamente proporzionale all'entità dell'evento, alla disponibilità di personale ed agli spazi necessari per il recupero dei beni danneggiati.

Sono i beni danneggiati o in pericolo il solo obiettivo dell'azione che ci si prefigge, attivandosi inoltre per ottenere il rientro del bene nel minor tempo possibile nelle disponibilità dell'ente proprietario o tutelante.

L'obiettivo in fase di emergenza è bloccare il progredire degli effetti dell'impatto causato dall'evento, solo successivamente nei tempi e modi necessari, ci si impegnerà a recuperare e a ripristinare il bene per renderlo nuovamente disponibile alla consultazione; i tempi di recupero sono proporzionali ai danni subiti ed alle risorse impiegate.

Personale struttura operativa

Personale presente, qualifica e attività prevalente, affidamento di compiti relativi alla gestione delle emergenze. Si occuperanno della fase di salvataggio dei beni coloro che rivestono ruoli per la sicurezza del personale lavoratore.

Materiali e mezzi

Elenco dei materiali e mezzi eventualmente a disposizione o da reperire, utili per la gestione dell'emergenza.

Un elenco più specifico dei materiali utili per fronteggiare i diversi tipi di rischio sono riportati nella sezione PRE - PIANO DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA

Dispositivi per la movimentazione interna del materiale

Descrizione e localizzazione di carrelli e dispositivi per la movimentazione del materiale all'interno dell'edificio.

Aree disponibili

E' fondamentale individuare con anticipo le zone più sicure e più facilmente accessibili in cui eseguire gli interventi di primo intervento.

Aree interne per il ricovero temporaneo

Individuare possibili aree sicure dell'edificio in cui poter stoccare temporaneamente il materiale danneggiato od in pericolo di esserlo.

Modalità di trasporto

Programmare le modalità di trasporto del materiale danneggiato nei depositi, eventualmente predisporre delle convenzioni specifiche con vettori: è importante verificare la rispondenza dei loro mezzi e metodi ai requisiti di conservazione e sicurezza dei beni.

Aree esterne per il ricovero

E' possibile che gli spazi interni alla struttura non siano sufficienti o sufficientemente sicuri a seguito dell'emergenza, è quindi fondamentale stabilire dove poter alloggiare anche temporaneamente il materiale eventualmente danneggiato.

Si consiglia perciò di individuare luoghi o di stipulare convenzioni per garantire l'alloggiamento temporaneo del materiale in caso di necessità presso strutture delle quali sia stata verificata l'idoneità, riportare qui una descrizione del luogo identificato e delle misure di protezione esistenti, una segnalazione dei requisiti dei locali e delle modalità di accesso del materiale archivistico o librario.

Congelamento

L'operazione di congelamento dei beni bagnati viene messa in atto al solo scopo di non far sviluppare muffe o funghi che li possano ulteriormente danneggiare. Tale operazione viene messa in atto quando le quantità dei beni bagnati è elevata e le forze/attrezzature disponibili non sono in grado di affrontare le conseguenze dell'evento, mettendo in atto rapide azioni di asciugatura. I criteri di congelamento devono altresì sottostare alle indicazioni di "ospitalità" (isolamento delle cassette su europallets mediante inserimento in cellophane isolanti che non permettano il contatto con eventuali elementi conservati nell'unità frigorifera ospitante) necessaria per il ricovero in celle disponibili ma destinate ad altro uso, di norma alimentare.

Come già specificato le caratteristiche di imballo ed isolamento dei contenitori che conservano per il congelamento i beni bagnati, sono importanti al fine dell'accettazione all'interno di celle frigorifere destinate ad altro tipo di merci. Queste garanzie sono estremamente necessarie in caso di stipula di convenzione preventiva, per il rispetto delle prescrizioni interne delle imprese che gestiscono le celle

frigorifere.

Indicare le informazioni utili e le operazioni da eseguire per la pianificazione dell'eventuale congelamento dei beni danneggiati, segnalare i contatti della società che si occupa del congelamento e dei luoghi di conservazione.

Proseguire con le indicazioni fornite nella fase PIANO DI RIPRISTINO.

Criticità

Si riportano criticità possibili o riscontrate relative ai punti precedenti che potrebbero portare a problemi di cui tenere conto durante l'emergenza.

Personale volontario di riferimento

Coinvolgere del personale volontario solo previa formazione dello stesso o verifica delle qualifiche e delle competenze (verificare anche l'ente formatore stesso).

Valutare e concordare le tempistiche di attivazione dei vari gruppi.

Formalizzare delle convenzioni di collaborazione.

Per quanto riguarda il personale volontario è necessaria una azione di controllo preventiva ed in corso d'opera affinché sia garantita la sicurezza dell'area di prelevamento e trattamento del materiale movimentato, tutto ciò per evitare inserimenti di elementi che hanno come fine il prelievo doloso di beni sfruttando la confusione naturale conseguente agli eventi . Utili sono i gruppi di volontariato costituiti e precedentemente vagliati che ab origine garantiscano e si prendano la responsabilità della gestione dei propri volontari, anche a livello assicurativo.

Pianificazione economica

Pianificazione preliminare delle risorse finanziarie da impiegare per le emergenze.

Sistema di sicurezza durante l'intervento

Approntare un sistema per la vigilanza e salvaguardia dei beni durante le fasi di intervento iniziale e lo stoccaggio. Quando gli ambienti colpiti da evento sono facilmente accessibili dall'esterno, o le operazioni di prelevamento e di salvaguardia si svolgano all'esterno del perimetro di protezione dell'edificio, è estremamente necessario costituire una "cintura sanitaria" messa in atto da personale fidato/volontari che impediscano l'avvicinamento a individui non autorizzati e vigilino sull'area, per impedire l'uscita fraudolenta di beni danneggiati e non.

PRE - PIANO DI RISPOSTA ALL'EMERGENZA

Questa sezione di Piano propone delle soluzioni operative per fronteggiare il cosiddetto "rischio residuo", ovvero quello che non si è riusciti a ridurre con le attività stabilite nelle precedenti indicazioni, legato a eventi imprevedibili e immodificabili.

Quelle fornite sono da considerarsi come indicazioni di massima, da adattare al caso specifico, alle sue particolari necessità, condizioni e risorse; si riferiscono ai soli tre rischi più comuni e importanti per i beni cartacei (allagamento, incendio, sisma).

È bene tenere presente ad ogni operazione che potranno verificarsi delle perdite: le scelte da compiere devono avere però come fine - il più possibile - l'annullamento di questa eventuale conseguenza.

Si introducono due interventi possibili per recuperare e ripristinare il materiale danneggiato (congelamento, liofilizzazione o asciugatura), per i quali si espongono vantaggi, criticità e standard da considerare già nelle prime fasi di intervento, al fine di rendere i beni destinati a questi trattamenti, il più adatti possibile.

E' utile considerare in fase di costruzione del PRE che l'addestramento del personale interno che si occupa dell'applicazione del medesimo sia messo in atto. Tutto ciò anche per attenuare se non annullare gli effetti emotivi che qualsiasi tipo di evento distruttivo o minaccia possa ricadere sugli operatori destinati alla salvaguardia dei beni. La raccolta di informazioni immediate, la loro valutazione e la risposta da effettuare conseguente, secondo i piani stabiliti, debbono essere prese con calma senza isterismi ed azioni concitate che complicherebbero solamente le azioni previste ed i risultati. Tutto ciò rispettando la catena di comando stabilita che parte dal direttore/responsabile del PRE o suo delegato.

INFORMAZIONI PRELIMINARI

In funzione dell'individuazione dei rischi individuati ed analizzati nelle precedenti sezioni, si riportano ora le azioni da intraprendere per rispondere al verificarsi delle possibili emergenze, suddivise per tipologia (alluvione/allagamento, incendio, sisma).

La compilazione è guidata e arricchita da esempi e buone pratiche.

Sarà quindi necessario:

- descrivere le procedure di intervento relative a ogni scenario di rischio insistente sullo specifico archivio/biblioteca,
- annotare punto per punto la catena di attività da eseguire e schematizzazione,
- attribuire compiti al personale, scelta degli interventi,

Per approfondimenti più dettagliati c.f.r. RIFERIMENTI del presente documento.

Precedono queste schede una serie di informazioni generali e valevoli per ogni condizione emergenziale.

È bene ricordare in questa sede che la risposta all'emergenza va necessariamente progettata in conseguenza alle valutazioni preliminari, in proporzione all'evento e alle risorse disponibili (le forze e le strutture presenti sono sufficienti?). In questo senso, le soluzioni di seguito proposte, sono da intendersi come una traccia da adeguare ad ogni situazione specifica.

Vie di fuga

Accertarsi della presenza di queste informazioni in piani sovraordinati, in caso presenti riportarle e verificarne l'adeguatezza anche rispetto alle condizioni sito ed evento specifiche.

Lasciare sempre libere le vie di fuga e di calpestio anche fra le scaffalature, eliminare ogni possibile ostacolo lungo corridoi e percorsi di avvicinamento agli scaffali[20].

Vie sicure per accesso mezzi

Accertarsi della presenza di queste informazioni in piani sovraordinati così che siano coerenti ed inoltre già valutate, in caso siano già presenti riportarle e verificarne l'adeguatezza anche rispetto alle operazioni previste in caso di questo tipo d'emergenza.

Localizzazione delle centrali degli impianti

A fini cautelativi verificare la localizzazione delle centraline degli impianti: qualora il danno sia di origine idrica è sempre meglio staccare l'energia elettrica e quindi prima di entrare nei luoghi colpiti conoscere l'esatta posizione del quadro elettrico e quale interruttore staccare. Chiudere l'acqua avendo già verificato in fase di stesura del PRE la posizione della valvola di intercettazione ed il suo corretto funzionamento.

Eseguire una periodica manutenzione degli impianti come metodo di efficace prevenzione di possibili danni e malfunzionamenti.

[20] Viene fatto riferimento ad una sentenza della Cassazione a sostegno di quanto sopra.

«Corte di Cassazione - Penale Sezione III - Sentenza n. 39360 del 30 settembre 2015 – u.p. 4 febbraio 2015 - Pres. Squasoni – Est. Andronio – Ric. C.D.. - Lo scopo di tenere sgombre da materiali le vie di circolazione non è tanto quello di assicurare una circolazione in una situazione di normalità ma una normalità di circolazione e una sicura via di fuga in una situazione di eccezionalità o di pericolo».

Viene data dalla Corte di Cassazione in questa sentenza una interpretazione sull'obbligo imposto dalle disposizioni di legge in materia di prevenzione infortuni di cui all'art. 64, comma primo, lett. b) del D.Lgs. 9/4/2008 n. 81 di assicurare che le vie di circolazione che conducono ad uscite o ad uscite di sicurezza siano sgombre da materiali. Lo scopo della norma, ha infatti precisato la suprema Corte, non è tanto quello di assicurare una circolazione in una situazione di normalità ma di consentirne l'utilizzazione in ogni evenienza e quindi di assicurare una normalità di circolazione soprattutto in situazioni di eccezionalità o di pericolo, in modo che, in caso di emergenza, siano sempre percorribili agevolmente le eventuali vie di fuga.

Aree sicure

Per raggruppamento personale e ammassamento materiali.

Segnalazione di aree precedentemente individuate e destinate per il triage e materiali.

Aree per il triage

Segnalare l'area sicura dove sarà possibile eseguire il triage (fase si smistamento del materiale in base a tipologia di danno subito e di intervento richiesto). Funzione di norma espletata da un restauratore conservatore o da personale specificatamente addestrato.

Aree di primo intervento

Segnalare i locali protetti dove sarà possibile eseguire le prime operazioni di intervento, che abbiano una area tale da poter trattare comodamente i beni danneggiati in maniera lieve e che siano facilmente raggiungibili.

Verificare disponibilità materiali

Verificare la disponibilità dei materiali utili per il salvataggio dei beni (c.f.r. PIANO DI ANALISI DELLE RISORSE PRESENTI E ATTIVABILI IN CASO DI EMERGENZA), come buste di plastica, cassette di plastica, carrelli, …

Responsabili

Riportare i nomi degli addetti alla sicurezza e le loro mansioni specifiche: referente e suo sostituto, squadra di emergenza, addetto alle relazioni con l'esterno. Bisogna ricordare che in caso di emergenza e sua risposta un solo referente deve avere relazione con chi interviene in aiuto come i Vigili del Fuoco o la protezione Civile e la catena di comando così a discendere, per evitare accavallamenti o incomprensioni inutili.

Riportare i contatti di eventuali restauratori/ditte esterne già selezionati, che si occupano normalmente delle operazioni di restauro e conservazione.

La documentazione a corredo del PRE come planimetrie con segnalate le vie di fuga e di evacuazione del materiale, impianti e collocazione topografica dei beni di primo prelievo, deve essere sempre a disposizione degli organi competenti alla salvaguardia (VVFF) e del responsabile dell'Emergenza dell'Istituto colpito dall'evento. La documentazione quindi va conservata in luogo raggiungibile e sicuro, sarebbe auspicabile averne una copia ulteriore depositata in altro luogo.

Vigilanza

Istituire un sistema di vigilanza durante le fasi di prelievo, intervento e stoccaggio. Il cosiddetto "cordone sanitario" viene istituito perché in fase di disastro si possono verificare asportazioni dolose di beni. Il

personale che interviene deve essere controllato è comunque necessario prestare attenzione per la sicurezza dei beni movimentati.

Parametri da considerare per successivo congelamento del materiale[21]

Come già indicato lo scopo del PRE è il recupero materiale dei beni vittime di disastro idrico qualora per dimensioni o per mancanza di personale non si possano mettere in pratica le operazioni di recupero entro le 48 ore si debbono congelare i beni.

Nel caso si opti per il congelamento di alcuni soggetti è necessario considerare preliminarmente:

- se esistano accordi con ditte per il congelamento e lo stoccaggio,
- verificare i costi per lo stoccaggio nel tempo,
- procurarsi materiale specifico (da considerare nel Piano delle Misure di Prevenzione, come pallet, teli di plastica, etc),
- provvedere all'isolamento dei pallet, soprattutto a fini igienici se la ditta di congelamento si occupa anche di materiale alimentare, ad esempio,
- altro…

Parametri da considerare per successiva liofilizzazione del materiale

Verificare preliminarmente:

- presenza di centro disponibile e qualificato (o replicabilità in centro con dotazione strumentale che si occupa di altro) e di accordi preesistenti,
- costi calcolati in funzione dei tempi di realizzazione del processo,
- mantenere uno spessore massimo delle buste (mantenendo unità documentale) in modo tale da garantire tempi ragionevoli per la liofilizzazione,
- prevedere l'utilizzo di distanziali tra le cassette,
- predisporre anche in anticipo un supporto rigido per il materiale (possibilmente già nelle buste di plastica),
- altro…

[21] Il congelamento ha anche lo scopo di dilazionare i tempi di intervento e di recupero dei beni bagnati. Pur essendo la liofilizzazione un ottimo metodo di asciugatura ed in parte di disinfezione, è anche possibile asciugare poco alla volta il materiale congelato in ambienti idonei o con macchinari ad asciugatura forzata. L'imbustamento dei beni consente questa operazione prelevando di volta in volta la quantità di beni su cui si può intervenire. Sia per le operazioni di liofilizzazione che di asciugatura forzata l'imbustamento di piccole quantità di materiale è consigliabile in quanto facilita enormemente le operazioni di cui sopra.

RISCHIO ALLAGAMENTO

Allerta

Seguire le procedure di allerta e contattare i responsabili interni ed esterni alla struttura.

L'ingresso e quindi l'intervento sui beni sarà possibile solo al termine dell'intervento delle autorità e se la struttura verrà giudicata sufficientemente sicura.

Il tempo dell'intervento degli esperti potrebbe essere utilmente utilizzato per organizzare le squadre.

Vigilanza

Allarmare le squadre addette alla vigilanza. Ogni operatore è comunque tenuto a rivestire questo ruolo.

Verificare l'origine dell'acqua

- da tubazione: tubazione in pressione (anche proveniente da impianti termici)/tubazione a caduta
- evento atmosferico: flash flood, esondazione fiumi, tracimazione rete fognaria
- acqua "effimera": termine creato ad hoc in questa sede, per indicare l'acqua assorbita dai beni posti in ambienti allagati e quindi con una Umidità Relativa (U.R.) molto elevata, non toccati direttamente dall'acqua e che si presentano come "finti asciutti"; l'ambiente subisce un forte innalzamento del valore igrometrico facendo assorbire più acqua da umidità relativa di quanta normalmente ve ne sia in ambiente, provocando lo sviluppo postumo non previsto di muffe e funghi.

Interrompere il flusso d'acqua se di origine impiantistica

Chiudere il rubinetto centrale dell'impianto idraulico.

Verificarne in fase preliminare la collocazione e il funzionamento, verificare la presenza di valvole esterne della rete.

Disinserire la corrente elettrica

Soprattutto se si è i primi ad accorrere sul luogo del disastro: l'acqua è un ottimo conduttore di corrente e si crea il rischio di folgorazione per gli operatori.

Munirsi di sistema di illuminazione alternativo/portatile

Soprattutto nel caso sia stata tolta per precauzione la corrente.

Primo sopralluogo

Eseguite le procedure di evacuazione e messa in sicurezza del personale. Al termine dell'intervento specialistico, sarà possibile rientrare nell'edificio. A questo punto eseguire un primo sopralluogo per valutare la situazione e lo stato dei beni.

Registrare le condizioni generali e particolari con l'aiuto di un rilievo fotografico anche per i fini

assicurativi prima di eseguire l'intervento di salvaguardia.

Briefing

Con il responsabile del PRE, il direttore e tutti i responsabili delle unità intervenute è utile organizzare le azioni, prendendo visione dei luoghi sottoposti a danno, degli spazi disponibili, della possibilità di intervento e dell'entità del danno. Questo momento iniziale è necessario per evitare azioni sovrapponibili ed inutili conseguenti dispersioni di forze, inutili isterismi e perdita della visione della realtà. Solo in casi eccezionali, con acqua ascendente se possibile ed autorizzato dai VVFF si può procedere con celerità al prelievo dei beni in pericolo di allagamento prima di aver pianificato gli interventi previsti. La calma è l'aiuto maggiore.

Risulta importantissimo garantire l'accesso degli operatori di risposta all'emergenza ai contenuti del Piano e alle indicazioni del Piano di Risposta all'Emergenza.

Risanare l'ambiente

Eliminare l'acqua dagli ambienti (con l'utilizzo di pompe o aspira liquidi) facendo attenzione che i cavi di alimentazione delle pompe o degli aspira liquidi non siano a loro volta a contatto con l'acqua, asciugare il più possibile i pavimenti.

Affidare ai componenti della squadra specifiche mansioni

Compilatore scheda: la scheda di accompagnamento dei beni impacchettati è necessaria qualora i dati di catalogazione o di inventario del bene non siano rilevabili per il distacco del cartellino o il dilavamento degli inchiostri. E' necessario monitorare i beni nel loro destino in modo da controllare ed evitarne la perdita. Il problema si presenta quando si tratta di carte sciolte sparse raccolte in un area definita (o indefinita) che devono qui sì obbligatoriamente contenere i dati essenziali per identificare i beni nel loro percorso, pertanto la scheda con i dati essenziali dovrà essere compilata.

Dovrà essere aggiunto all'interno del sacchetto destinato al congelamento ed alla eventuale liofilizzazione un numero progressivo scritto a matita (non direttamente sul bene prelevato) che riporti poi in un registro generale il numero di beni inviati al congelamento e quindi fuori dall'istituto. Questo codice dovrà riferirsi all'evento calamitoso, alla squadra di soccorso, al tipo di danno e al luogo in cui il bene verrà inviato per lo stoccaggio.

Schede troppo complicate o lunghe da compilare sono un ostacolo al fluente proseguio delle operazioni ed a rischio di dispersione nelle operazioni successive.

Si fa comunque riferimento alla scheda ministeriale di descrizione dei beni prelevati ed inviati ad altro luogo di stoccaggio/lavorazione, che è compilabile a discrezione del responsabile del PRE.

- prelevatore,
- trasporto,
- vaglio (triage): operazione che deve svolgere un restauratore conservatore o personale debitamente formato e che destinerà i beni secondo le forze, le disponibilità e proporzionalmente alla quantità di beni danneggiati.
- impacchettamento
- oppure
- destinazione diretta al trattamento (se si dispone di locali adeguati).

La programmazione delle attività deve prevedere una giusta spartizione tra i vari componenti della squadra considerando che più ruoli possono essere svolti dalla medesima persona, considerando il carico di lavoro cui è sottoposta. Si ritiene necessario a questo scopo programmare delle turnazioni o delle pause.

Verifica dell'inventario topografico

Analizzare l'inventario topografico, in modo da verificare, in base al codice di urgenza attribuito, dove siano posizionati i materiali da salvare prioritariamente. Programmare i salvataggi conseguentemente.

Estrazione del materiale

Seguire le priorità indicate nell'inventario topografico.

Si tratta di un'azione molto delicata, il materiale bagnato potrebbe distruggersi.

Il materiale cartaceo aumenta di volume e di peso quando bagnato: se si dispone di scaffali aperti meglio non riempire – preventivamente - completamente i ripiani, in modo da lasciare un po' di agio ai beni e facilitarne nonostante l'eventuale aumento di volume, l'estrazione.

Ricordarsi che i beni bagnati se rilegati hanno perso consistenza, che gli adesivi si sono attenuati e che i supporti sono molto più deboli. Così anche per i beni composti da carte libere in faldone o busta nel quale i lacci di chiusura potrebbero fare effetto sega sulle carte.

I beni pertanto dovranno essere estratti ponendo una mano sul taglio anteriore del bene (dalla parte opposta al dorso visibile) e prendendo con l'altra mano il bene per il dorso, in modo da avere due punti di contatto ed estrarlo con cautela. Evitare il più possibile l'attrito con gli altri beni bagnati in modo da non deformare o asportare le parti non più aderenti e solidali.

Particolare attenzione va posta per i beni contenuti nei compactus, vanno estratti tutti i beni anche quelli non danneggiati o bagnati, in quanto i compactus potrebbero divenire camere climatiche che favoriscono lo sviluppo di muffe. Questo fino all'accertamento di condizioni igrotermiche stabili e favorevoli.

Dalla quantità di materiale danneggiato dipendono le scelte sulle azioni da intraprendere successivamente.

1. Prelevare successivamente dalle scaffalature secondo l'ordine sequenziale stabilito i beni, posizionandoli in contenitori rigidi in plastica forata (tipo cassette della frutta), evitare carichi eccessivi.
2. I beni totalmente sommersi non hanno la priorità di essere prelevati per primi salvo che abbiano inchiostri o colori solubili.
3. Prelevare prioritariamente quelli a rischio immediato di immersione o di assorbimento dell'acqua e successivamente gli altri, considerando eventualmente le specifiche decise ed indicate nel topografico.
4. Depositare i beni in cassette di plastica traforata per evitare il più possibile la manipolazione, i beni vanno posti in piano mettendo sotto il/i più largo senza caricare troppo la cassetta e facilitarne il trasporto, facendo attenzione che nulla strabordi dalla cassetta o ne superi il volume.
5. Accompagnare ogni contenitore con il numero o la scheda che stabilisca anche da dove – topografico - sono stati prelevati i beni.

Triage

Questa operazione, da solversi in ambiente sicuro in presenza delle attrezzature minime per i primi interventi, per l'impacchettamento preliminare al congelamento, ecc.. Serve a distinguere per categoria di livello di danno i beni colpiti e a determinarne di conseguenza le priorità e tipologie di intervento.

1. Consegnato il contenitore al punto di raccolta procedere alla selezione del materiale secondo le tipologie di danno:
    - bagnato;
    - bagnato per circa il 20%;
    - umido e/o presunto asciutto[22].

[22] La definizione presunto asciutto stabilisce lo stato di attenzione a cui deve essere sottoposto un bene dopo un emergenza da acqua, durante la quale pur non essendo stato bagnato direttamente, a causa dell'innalzamento dell'umidità relativa ambientale, può presentare anch'esso un assorbimento di umidità tale da poter sviluppare in seguito muffe e conseguente degrado dei costituenti, manifestare alla manipolazione l'indebolimento dei supporti, degli adesivi e delle legature.

I pavimenti ed i muri degli ambienti allagati nei giorni successivi possono restituire quanto assorbito e quindi il ripristino dei locali dovrà tenere conto anche di questo fattore non percepibile senza un rilevamento strumentale.

Lo stato di presunto asciutto si risolve quando dopo attento monitoraggio per i giorni seguenti il bene manifesta una umidità relativa idonea alla sua durata. Gli ambienti colpiti da emergenza acqua o da umidità ambientale elevata e costante (ad esempio i seminterrati) devono, prima di riospitare i beni tolti durante l'emergenza, presentare caratteristiche ambientali costanti ed adeguate per la conservazione (45%-65% U.R. ; max 18 – 20°C). Lo stato di presunto asciutto è uno stato di attenzione costante specialmente

Qualora la quantità di materiale bagnato non sia affrontabile dal personale e dalla logistica, si procederà all'impacchettamento e al congelamento.

2. Inserire in sacchetti di cellophane i beni bagnati da inviare al congelamento, comporre piccoli pacchi e uniformando il più possibile le dimensioni. Accompagnare dal numero o dalla scheda inserita all'interno e sigillare. Piccoli pacchetti permetteranno una asciugatura più rapida con minori costi. È necessario sgrondare il più possibile i beni se possibile comprimendoli con delicatezza. Tale operazione da svolgersi con cautela faciliterà notevolmente le fasi successive di asciugatura.
3. Evitare accuratamente compressioni e deformazioni dei beni, per i beni presunti asciutti o leggermente bagnati porli in contenitori idonei al trasporto, questi possono essere anche appoggiati sul dorso. Facendo comunque attenzione ai carichi in modo da non rendere troppo pesanti i contenitori ed affaticare gli operatori, ed inoltre rendere difficoltoso e pericoloso il trasporto delle cassette.
4. Per i soli beni archivistici - sistemare le cartelle, poste sempre in sacchetti, in piano avendo cura di alternare i dorsi delle cartelle qual'ora si sia costretti ad impilarne più di una,
5. Evitare che i contenitori impilabili abbiano al loro interno involucri sporgenti, in modo da non comprimerli accidentalmente o produrre ulteriori danni.
6. Riempire gli eventuali spazi vuoti nei contenitori con cartoni da imballo o carta o altro disponibile per evitare che il materiale confezionato e depositato poi su europallets si sposti provocando deformazioni o danni ulteriori.
7. Ogni contenitore deve riportare un etichetta (ALLEGATO 3 – ETICHETTA CASSE) con la specifica della tipologia di danno.

Materiali da congelare

8. Inviare al più presto il materiale bagnato e già confezionato al congelamento avendo cura di registrare accuratamente cosa va e dove.
9. Entro 6 ore volumi in carta patinata (che ha bisogno di particolare attenzione con il sostegno di esperti. Se la carta patinata si sta già asciugando potrebbe essere necessario reinumidirla questo per evitare che la patinatura aderisca in fase di asciugatura non monitorata), entro le 48 ore il resto.

nelle condizioni di emergenza quiescente dove i locali umidi e raramente frequentati manifestano a lungo andare le stesse conseguenze di un allagamento.

10. Particolare attenzione va posta per il materiale membranaceo sul quale dovrebbero essere immediatamente poste in essere le procedure di recupero da parte di un restauratore.
11. Altra particolare attenzione per le coperte in cuoio.
12. i beni membranacei devono andare alla liofilizzazione solo con garanzie da parte dell'operatore ed esclusivamente per i volumi o i registri. Bisogna comunque prestare attenzione ai beni con coperte in cuoio o pergamena che necessitano preferibilmente di particolari attenzioni e vanno trattati separatamente da personale specializzato con un percorso dedicato e subito nelle 48 ore seguenti l'evento accidentale. Sui beni totalmente membranacei si deve intervenire al più presto, operazioni che vengono eseguite da parte di restauratori. Una ulteriore e particolare attenzione va posta alle pergamene sigillate o con sigilli pendenti.

Materiale bagnato

I beni bagnati in piccola parte, dovranno essere inviati nel luogo individuato per le operazioni di asciugatura, avendo cura di metterli in contenitori valutando le stesse modalità o cautele di quelli bagnati, sempre con la scheda o numero al seguito e con la registrazione da parte del responsabile o di suo delegato di cosa va e dove.

Se i beni sono sporchi di fango vanno lavati con acqua corrente pulita per evitare incrostazioni difficili da rimuovere successivamente (bisogna prevedere anche in un ambiente allagato la possibilità d'uso di acqua pulita usando un tubo di gomma in luogo apposito).

Rimuovere l'eccesso d'acqua con una leggera compressione del bene e proseguire con le operazioni necessarie: invio al congelamento o al trattamento.

N.B. le operazioni di cui sopra ed al seguito devono essere eseguite o da personale specializzato o sotto la vigilanza di quest'ultimo.

La quantità di materiale che verrà congelato dipende fortemente dalle risorse messe in campo e anche dalle necessità.

Altri materiali

Beni di altra natura materica come tavole dipinte, tele, stoffe, statue e legni policromi, etc. devono essere trattari obbligatoriamente in tempo breve solo da un restauratore certificato.

Altri materiali come CD, videocassette, microfilm, supporti magnetici devono essere trattati in rispondenza alle specifiche caratteristiche materiche, di uso e di degrado subito. Si rimanda ad una letteratura più dettagliata di settore per questo tema, ricordando comunque che:

- le copie eliografiche e i lucidi possono essere asciugati immediatamente sia all'aria, sia congelati,

- le stampe fotografiche se non è possibile intervenire subito facendole asciugare appoggiate sul verso, vanno interfogliate con carta siliconata prima dell'eventuale congelamento e comunque nei tempi di intervento vanno tenute umide per evitare che le emulsioni si secchino ed aderiscano alle altre. E' auspicabile una asciugatura in ambiente e solo qualora la separazione delle fotografie dal resto dei documenti o dall'album sia estremamente difficoltosa si può procedere alla liofilizzazione, possibilmente prima con un campione per osservare i risultati.
- i negativi fotografici e le pellicole non possono essere congelati, ma possono essere lavati con acqua fredda e posti ad asciugare all'aria con il lato emulsione verso l'alto,
- i nastri magnetici e i CD non possono essere congelati, ma lavati con acqua fredda e posti ad asciugare all'aria con il lato di registrazione verso l'alto.

Operazioni da eseguire su beni trattabili direttamente

I beni bagnati parzialmente che si possono trattare in spazi destinati a questa operazione nell'arco delle 48 ore, su di essi si possono eseguire le seguenti operazioni:

- preparare il piano di lavoro : tavolo, pavimento con telo di plastica, carrelli, ecc…
- Se possono stare verticali senza causare deformazioni, i beni rilegati si appoggiano sul piano dalla parte asciutta aprendoli a ventaglio, avendo cura di non perdere segnature o cartellini al seguito che identifichino il bene. Sottoporre l'ambiente dove sono collocati i beni ad asciugatura forzata; non innalzare la temperatura ambiente ed utilizzare batterie di deumificatori. Non esporre al sole i beni da asciugare! Controllare sempre l'eventuale sviluppo di muffe non presenti prima. Non riempire eccessivamente i locali destinati ad ospitare i beni che si possono asciugare in quanto l'umidità da asportare sarebbe troppo elevata e quindi con tempi lunghi che possono permettere il manifestarsi di muffe. I criteri di asciugatura in ambiente con ventilazione secca forzata vanno valutati secondo il grado di inumidimento dei beni potenzialmente asciugabili con questo metodo.
- Se necessaria interfoliazione, bisogna fare attenzione a separare le pagine cercando un punto asciutto che faciliti l'operazione, inserire frequentemente dei fogli assorbenti (asciugoni, carta in rotolo, ecc…) i quali dopo al massimo qualche ora circa debbono essere sostituiti magari cambiando punto d'inserimento. Fare attenzione che le pagine bagnate fra di loro producono un effetto ventosa ed è frequente che si lacerino all'apertura. Non esagerare nell'interfoliazione in quanto grandi quantità di carta assorbente deformano il volume/registro provocando ulteriori danni.

  Da esperienze pregresse è stato stimato che il lavoro di interfoliazione per una quantità di

materiale bagnato pari a 1 metro lineare richiede il lavoro di un operatore per 20 giorni (sino a completa asciugatura e che lo spazio appena sufficiente per svolgere questa attività corrisponde a circa 1 m^2 di piano di lavoro. Si può interrompere l'interfoliazione quando i volume ha ridotto notevolmente la quantità di acqua e si può porre verticalmente su un piano, aperto a ventaglio

È rischioso, in linea di massima da evitare, interfogliare: miniature, materiale membranaceo, carta patinata.

Grandi formati

I grandi formati come i manifesti per esempio, devono essere stesi per poter essere asciugati o in casi eccezionali appesi dalla parte asciutta ad un filo – ma solo se la parte umida non rischia lacerazioni. Le mappe telate dovranno subire un trattamento ad hoc.

Prelievo dei grandi formati o di beni in rotolo appoggiandoli su "barelle" (fogli di poliuretano, polistirolo, compensato plastificato, ecc…) rigide - condotte da due persone- evitando accuratamente il trasporto dei beni a mani libere. Questa tipologia di materiale ha bisogno di una cura particolare perché facilmente, come intuibile, potrebbe ricevere un ulteriore e grave danno dalle fasi di salvataggio.

Attenzione

Cosa NON fare durante l'emergenza:

1. NON impilare i libri o beni archivistici bagnati o molto umidi così da evitare compressioni o deformazioni dannose, attenzione a borchie o parti metalliche sporgenti,
2. NON aprire i libri o i registri bagnati se non per le operazioni di asciugatura,
3. NON pressare - se non con cautela e solo per lo sgrondo dell'acqua in eccesso,
4. NON sfregare,
5. NON rimuovere copertine o cartelle bagnate; le uniche cartelline che possono essere rimosse ma non scartate – debbono essere collegate ai documenti contenuti sono quelle colorate che si decolorano a contatto con l'acqua, dalle quali migrano i colori sui documenti spesso non eliminabili in fase di restauro/recupero. Eventualmente in fase di separazione delle cartelle colorate bagnate riportare se presenti , numeri di collocazione, pratica, altro, utile alla lettura del bene. Operazione che va attentamente valutata dai responsabili delle operazioni,
6. NON separare le pagine se non per l'interfoliazione qual'ora sia possibile e necessaria,
7. NON scrivere su carta o libri bagnati,
8. NON usare sui libri danneggiati pinze, graffette, adesivi,
9. NON usare carte assorbenti colorate o con inchiostri.

In presenza di compactus

I compactus pur avendo un evidente vantaggio, in caso di evento dannoso possono scorrere con difficoltà sui binari, non hanno una apertura tale da permettere che tutti i moduli abbiano una circolazione d'aria idonea e non sono stagni.

L'acqua può riuscire comunque ad entrare, una volta dentro "gonfia" il materiale cartaceo, potrebbe essere quindi molto difficile se non impossibile estrarre senza danni ulteriori i beni contenuti (questo vale anche per gli scaffali aperti). A causa dell'insufficiente possibile circolazione d'aria devono essere svuotati, verranno poi riempiti solo quando i beni sono sicuramente asciutti ed i locali sono tornati a valori termo igrometrici stabili ed idonei.

È comunque utile un servizio di monitoraggio ulteriore per i depositi con compactus (ma non solo). Vale come per gli scaffali il principio del riempimento "attenuato", lasciando un po' di spazio tra i beni in modo tale da diminuire il rischio di compressione a seguito dell'aumento di volume provocato dall'acqua.

È necessario che vi sia un controllo dell'umidità dei beni ritenuti asciutti prima di ricollocarli sui piani di conservazione. Lo stesso vale per i locali che hanno subito il danno da acqua. La misurazione dell'umidità relativa dei locali deve rilevare una idoneità ed una costanza tali da non rivelare il rilascio di umidità dai pavimenti e dai muri che possono aver assorbito copiosamente l'acqua e quindi restituirla nelle settimane successive. Se l'evento dannoso avviene in un periodo climaticamente piovoso o molto umido il monitoraggio dei locali ripristinati prima del ricollocamento e del ripristino delle attività deve essere massimo.

Conseguenze di un'asciugatura incompleta o inefficace

- possibile sviluppare agenti patogeni (ad esempio muffe) sui beni conservati, dannose anche per la salute degli operatori,
- aumento dei costi e dei tempi di recupero,
- possibilità di recupero,
- compattamenti che rendono impossibile la consultazione di tutte le pagine.

RISCHIO INCENDIO

Per quanto riguarda la normativa antincendio si rimanda a quanto disposto dal D.P.R. n. 151 del giorno 1 agosto 2011. Sono soggetti alle visite e ai controlli di prevenzione incendi i depositi contenenti quantitativi di carta superiori ai 5.000 Kg e gli immobili tutelati ai sensi del D.Lgs. 42/2004 e s.m. destinati alla conservazione di archivi o biblioteche.

La conseguenza più impattante da considerare in caso di incendio, riguarda la presenza di acqua da spegnimento: in questo caso è necessario eseguire tutte le operazioni descritte e stabilite per la reazione al

RISCHIO ALLAGAMENTO

In assenza di acqua invece, si ha più tempo per progettare un intervento adeguato. Questa scelta va valutata da personale specializzato.

Ci si raccomanda di provare a contrastare il fuoco solo se:

- l'incendio ha dimensioni circoscritte,
- si hanno vie d'uscita libere,
- si dispone di mezzi ed attrezzatura adeguata,
- il personale è stato debitamente formato.

Al contrario, si invita a non agire se:

- non si è sicuri dei propri mezzi,
- l'incendio si sta espandendo oltre l'area iniziale,
- può impedire l'accesso alle vie d'uscita.

Gli incendi che possono verificarsi in archivi e biblioteche sono considerati di classe A, ovvero riguardanti tutti i materiali solidi a base cellulosica quali il legno, la carta, i tessuti e quelli a base organica come cuoio e pergamena. Questi materiali sono soggetti a due tipi di combustione: una vivace, caratterizzata da fiamme e un'altra priva di fiamme visibili, lenta e quasi "covante", caratterizzata dalla formazione di braci, ma non meno pericolosa e molto insidiosa in quanto non immediatamente individuabile[23].

La combustione produce ceneri costituite da vari prodotti mescolati con materiali incombusti che in parte

si disperdono nell'aria trasportati dai gas (fumo). Il calore, le ceneri, i fumi e la fuliggine provocano danni ai supporti scrittori e alle mediazioni grafiche.[24]

Allerta

Seguire le procedure di allerta e contattare i responsabili interni ed esterni alla struttura, Vigili del Fuoco in primis.

Solo se non è presente un impianto estinguente dedicato e se l'incendio è di piccolissime dimensioni intervenire con i dispositivi a disposizione (estintori, manichette per l'acqua, etc) – va considerato che l'incendio va spento tenendo presente la salvaguardia delle persone presenti e di ridurre al minimo il danno dei beni materiali. Può essere utile se possibile contenere piccole fiamme con gli strumenti a disposizione in attesa dell'arrivo dei VVFF.

Qual'ora vi sia stata evacuazione l'ingresso e quindi l'intervento sui beni sarà possibile solo al termine dell'intervento delle autorità e se la struttura verrà giudicata sufficientemente sicura.

Il tempo dell'intervento degli esperti potrebbe essere utilmente utilizzato per organizzare le squadre.

Vigilanza

Allarmare in contemporanea alla scoperta dell'evento le squadre addette alla vigilanza. Ogni operatore è comunque tenuto a rivestire questo ruolo.

Le operazioni successive sono da mettersi in pratica a fine evento quando vi è certezza di poter entrare nei locali interessati.

Interrompere l'erogazione del gas

A scopo precauzionale, qualora non sia già stato fatto.

Munirsi di sistema di illuminazione alternativo/portatile

Soprattutto nel caso sia stata tolta per precauzione la corrente.

Primo sopralluogo

Eseguite le procedure di evacuazione e messa in sicurezza del personale, al termine dell'intervento

[24] Oltre ai danni causati dall'acqua eventualmente utilizzata dai Vigili del Fuoco per l'estinzione, vanno considerate in fase di scelta preventiva dei sistemi di spegnimento mobili e fissi le possibili conseguenze dovute all'utilizzo di polveri estinguenti; alcuni test eseguiti nei laboratori dell'ICRCPAL nel 2008 (http://www.icpal.beniculturali.it/allegati/Estinguenti_polveri_k.pdf) hanno evidenziato in particolare che l'esposizione all'aerosol di polveri di potassio costituenti il compound estinguente comporta effetti dannosi, più o meno intensi e pressoché immediati sulla carta, sulla pelle e sulla pergamena. L'estrema micronizzazione delle particelle di aerosol rende estremamente difficile, se non impossibile, la rimozione meccanica del particolato depositato sul materiale documentario, di sua natura poroso, con la conseguenza che non è possibile evitare eventuali effetti dannosi a lungo termine.

specialistico, sarà possibile rientrare nell'edificio. A questo punto eseguire un primo sopralluogo per valutare la situazione e lo stato dei beni. Registrare le condizioni generali e particolari con l'aiuto di un rilievo fotografico.

Risanare l'ambiente

Se è presente acqua conseguente alle operazioni di spegnimento:

- eliminare l'acqua (con l'utilizzo di pompe o aspira liquidi), asciugare il più possibile i pavimenti,
- garantire ventilazione ed effettuare le prime operazioni per prevenire la formazione di muffe.

Danni conseguenti allo spegnimento

Le operazioni di spegnimento dell'eventuale incendio possono causare a loro volta ulteriori danni causati dal mezzo estinguente utilizzato, in caso di acqua riferirsi alla scheda precedente (RISCHIO ALLAGAMENTO) bisogna considerare che i beni che hanno parti combuste e poi bagnate sommano le conseguenze di due eventi già gravi se presi singolarmente, con l'aggiunta della diffusione delle ceneri nere che imbruniscono ulteriormente i supporti. La fragilità delle parti combuste richiederà una ulteriore cautela nella manipolazione soprattutto in fase di estrazione dai piani di appoggio se i beni si trovano ancora nella loro sede.

Nel caso di presenza di polveri estinguenti queste vanno aspirate con l'ausilio di aspiratori con filtri idonei ed eventuali leggere pennellature e/o insufflazioni d'aria. Queste operazioni vanno effettuate da personale particolarmente addestrato e che sappia quando si possono mettere in opera queste particolari azioni - in quanto si potrebbero ottenere danni notevoli dall'uso maldestro degli aspiratori, nonché possibili rischi per la salute degli operatori I beni puliti per un po' di tempo vanno monitorati per verificare eventuali variazioni chimiche o biologiche dei supporti, soprattutto nei cuoi o nelle pergamene per eccessivo rinsecchimento o altro. L'asportazione delle polveri estinguenti non è comunque mai totale e per questo va vigilato perché le polveri non sono sempre così inerti.

Affidare ai componenti della squadra specifiche mansioni

- compilatore scheda, le considerazioni di questa mansione sono identiche precedentemente descritte per i danni da acqua;
- prelevatore,
- trasporto,
- vaglio (triage):
- impacchettamento

oppure

- destinazione diretta al trattamento (se si dispone di locali adeguati)

Verifica dell'inventario topografico

Analizzare l'inventario topografico, in modo da verificare, in base al codice di urgenza attribuito, dove siano posizionati i materiali da salvare prioritariamente. Programmare i salvataggi conseguentemente.

Estrazione del materiale

Seguire le priorità indicate nell'inventario topografico. Prevedere che in caso di incendio le segnalazioni sulle scaffalature potrebbero andare distrutte e quindi predisporre in fase preventiva una piantina con le collocazioni di beni con precedenza di salvataggio.

Si tratta di un'azione molto delicata, il materiale può ulteriormente danneggiarsi.

Dalla quantità di materiale danneggiato dipendono le scelte sulle azioni da intraprendere successivamente.

1. Prelevare successivamente dalle scaffalature secondo l'ordine sequenziale stabilito i beni, posizionandoli in contenitori in plastica, evitare carichi eccessivi.
2. Accompagnare ogni contenitore con la scheda (ALLEGATO 1 - SCHEDA RILEVAZIONE DANNI)

Attenzione

Bisogna ricordare che un bene che ha subito un incendio è di norma annerito e con parti combuste particolarmente fragili, pertanto la manipolazione è necessariamente cauta. Qualora vi sia l'aggiunta di acqua da spegnimento le operazioni dovranno essere comprese in quelle determinate per il danno d'acqua.

I beni sicuramente non umidi vanno comunque imbustati o collocati in scatole o su ripiani protetti e manipolati il meno possibile, evitando sfregamenti di ogni tipo: potrebbe essere utile in questo caso l'utilizzo anche di buste di carta così da garantire eventuali traspirazioni del bene, o in subordine di un sacchetto di polietilene al quale eventualmente si è fatto qualche buco per evitare remote condense. Sempre comunque sotto attento monitoraggio durante il periodo di attesa di recupero.

L'idonea conservazione provvisoria permette di diluire i tempi di recupero secondo le necessità e le urgenze, applicando poi così le tecniche migliori per il restauro dei beni.

RISCHIO TERREMOTO

Le procedure da eseguire sono assimilabili a quelle precedentemente descritte, considerando che, nella maggior parte dei casi, il materiale archivistico sepolto da un crollo o da una frana subisce generalmente danni di tipo meccanico ed è pertanto recuperabile con un intervento sollecito ed accurato, ma sicuramente non di urgente esecuzione. Le tempistiche vanno calcolate in base al possibile innescarsi di problematiche conseguenti che esporrebbero i beni ad agenti esterni (acqua, ambiente, parassiti, contaminanti, ecc), come allagamento per rottura di tubazioni o per il crollo della copertura o crollo definitivo dell'edificio. L'accesso alle aree disastrate ed ai beni danneggiati od in pericolo è conseguente all'autorizzazione delle autorità competenti.

Qualora invece si sia verificata solamente caduta di materiale archivistico/bibliotecario dalla scaffalature le operazioni sono meno urgenti rispetto ai danni descritti in precedenza.

Le conseguenze del crollo da terremoto sono la deformazione dei beni, la rottura, la perdita di parti o frammenti, l'impolveramento, quindi, se il materiale non è particolarmente danneggiato, le operazioni di recupero dovranno essere determinate dal tipo di danno come l'asportazione delle polveri depositate, alla separazioni di beni danneggiati per la soluzione del danno.

Le operazioni devono concentrarsi sul recupero di tutti i frammenti dispersi e riunirli in un sacchetto/scatola di contenimento in attesa di azione ripartiva/ restauro.

Risulta fondamentale in questi casi, soprattutto riguardo ad una certa tipologia di documentazione, possedere, nonché conservare anche in altra sede, - come peraltro già indicato - una descrizione dettagliata del posizionamento dei vari beni, in modo da agevolare l'eventuale recupero d'emergenza da parte delle forze di pronto intervento.

Va comunque considerato che, in caso di terremoto in quanto coinvolge molti edifici di un dato territorio, si verifichi una diffusa carenza di spazi per effettuare azioni di recupero e di ricollocazione temporanea: per rendere fruibile la documentazione è a questo scopo possibile programmare l'utilizzo di container, posti all'ombra e in aree sicure, con possibilità di ventilazione e sotto controllo per garantirne la sicurezza.

PIANO DI RIPRISTINO

Questa fase concerne le attività che temporalmente vengono eseguite successivamente a quelle di messa in sicurezza dei beni a seguito del verificarsi di un evento calamitoso e comprendono tutte quelle operazioni finalizzate a stabilizzare il materiale danneggiato per consentirne la ricollocazione e il riutilizzo.

Tra questi procedimenti includiamo:

- la **pulitura**, per cui vanno utilizzate attrezzature adeguate e personale specializzato,
- la **duplicazione**, per rendere disponibili, al di là dell'autenticità materica, almeno il contenuto di beni archivistici compromessi sul quale destino si deciderà, considerando che la duplicazione in digitale NON è una forma di conservazione, questa riguarda solo il documento in originale,
- lo **scarto**, da eseguirsi seguendo procedure normate e codificate,
- il restauro,
- la **liofilizzazione**, a cui questo lavoro dedica un breve approfondimento metodologico e pratico, supportato da una sperimentazione svolta da un gruppo di ricerca del Politecnico di Torino[25], in particolare dai prof. Davide Fissore e Antonello Barresi, che hanno redatto la scheda di seguito riportata.

[25] http://www.disat.polito.it/it/il_dipartimento/strutture_interne/laboratori_interni/laboratorio_di_liofilizzazione

Liofilizzazione - introduzione

(a cura di Paola Mussini)

Si è deciso di concentrare l'attenzione di questa parte del documento sulla **liofilizzazione** quale utile tecnica di ripristino, in quanto consente di ottenere ottimi risultati sul materiale cartaceo se adeguatamente progettata ed eseguita. La letteratura di settore[26] non offre molti riferimenti e si dimostra in alcuni casi lacunosa, talvolta poco precisa e discordante, molto spesso priva di un supporto di dati sperimentali a comprovare le tesi esposte. Pertanto si è deciso di condurre dei test su campioni di materiale cartaceo, in collaborazione con il team di ricerca del Politecnico di Torino che si occupa di liofilizzazione (e che ha curato la scheda successiva).

Gli esperimenti sono stati condotti nel mese di marzo 2016 su beni sani, appositamente bagnati in modo tale da poter registrare e misurare eventuali cambiamenti di forma, peso e struttura a termine del processo di liofilizzazione. Sono stati per questo motivo scelti dei campioni che potessero essere rappresentativi della maggior parte dei materiali presenti in un archivio/biblioteca, con particolare riferimento a quelli più "difficili" da recuperare, in modo da validare l'efficacia del processo e garantire di contenere ulteriori possibili danni.

A questo scopo sono stati selezionati beni di carta risalente all'epoca fascista, in quanto presenta una scarsa qualità, carte patinate, materiale membranaceo risalente a varie epoche, fogli in cartelline colorate.

I dati relativi ad ogni campione sono riportati nella seguente tabella:

[26] Per i riferimenti bibliografici sul tema vd sezione ***Riferimenti - Liofilizzazione***

CAMPIONE	NOME	DATA	CONDIZIONI DI PARTENZA					FINE PROCESSO	
			DIMENSIONI [cm]	PESO [g]	PESO [g]	Δ PESO	% PESO	DIMENSIONI [cm]	PESO [g]
1	*Lucia di Lammermoor*, libretto d'opera rilegato	1931	11,8x17,9x0,3	19,8	36,6	16,8	84,85	11,8x17,9x0,5	18,8
2	*Agenzia Abram Lewis*, volume rilegato a filza	1934	13x19,2x2,7	350,64	755	404,36	115,32	13x19,2x3	352
3	Brochure patinate, gruppo di 8	anni 90	21,1x29,5(28)x1	578,3	949,6	371,3	64,21	21,1x29,5(28)x 2	556
4	Cartellina rossa con carta stampata	anni 90	24,5x33x1	396	876	480	121,21	24,5x33x3	382,4
5	Pergamena nuova	anni 2000	9,2x8	0,89	4,8	3,91	439,33	9,2x8	1,8
6	Pergamena con lacci	1580/1581	4,4x7	1,65	3,6	1,95	118,18	4,4x7	1,6
7	Prova di stampa	XVIII sec	12x8	0,58	1,9	1,32	227,59	12x8	0,65
8	Pergamena imbrunita	XIII/XVI	3,5x4,2	0,26	0,8	0,54	207,69	3,5x4,2	0,3
9	Coperta con pelle	XVI/XVII	9,5x16,3	27,1	53,3	26,2	96,68	9,5x16,3	23,7
10	*I Proscritti*, volume rilegato a filza	1943	13,4x19,5x2,2	393	788,8	395,8	100,71	13,4x19,5x3,8	410,7
11	Coperta di cartoncino (10K T10)	XVII sec	17,5x10,5	12,7	24,3	11,6	91,34	17,5x10,5	11,5
12	Carta con foxing	XVI sec	9,9x11,5	0,57	2,2	1,63	285,96	9,9x11,5	0,6
13	Cartone di lino con cuoio	XIV sec	16,5x10,5	20,9	51,2	30,3	144,98	16,5x10,5	19,7
14	Spartito musicale	XIII sec	6,5x15,8	1,86	4,1	2,24	120,43	6,5x15,8	1,7

Tabella 1. Dati relativi ai campioni utilizzati per il test di liofilizzazione eseguito presso il Politecnico di Torino.

Si è cercato di mantenere fin dalla preparazione dei campioni uno spessore ridotto, in quanto i tempi del processo di sublimazione sono direttamente proporzionali a questa misura.



Figura 2. I campioni bagnati sono stati leggermente strizzati e lasciati a sgocciolare l'acqua in eccesso.

Un ulteriore dato positivo emerso da questo esperimento è stato che i campioni di carta patinata una volta trattati, mantengono inalterate le loro proprietà anche se sottoposti a successiva ribagnatura.



Figura 3. Pesatura dei campioni a processo ultimato.



Figura 4. Le modifcazioni macroscopiche dei beni a processo ultimato sono state registrate e catalogate.

L'esperimento condotto ha consentito di verificare che il processo di liofilizzazione non abbia compromesso in maniera definitiva nessuno dei campioni sottoposti a trattamento. Alcune deformazioni visibili a processo ultimato non sono si sono mantenute nel tempo, mentre per altre, come ad esempio l'imbarcatura delle copertine rigide in cartoncino rivestito di cuoio (fig. 4) è sufficiente prevedere di posizionare dei pesi già nel liofilizzatore per stabilizzare le superfici.

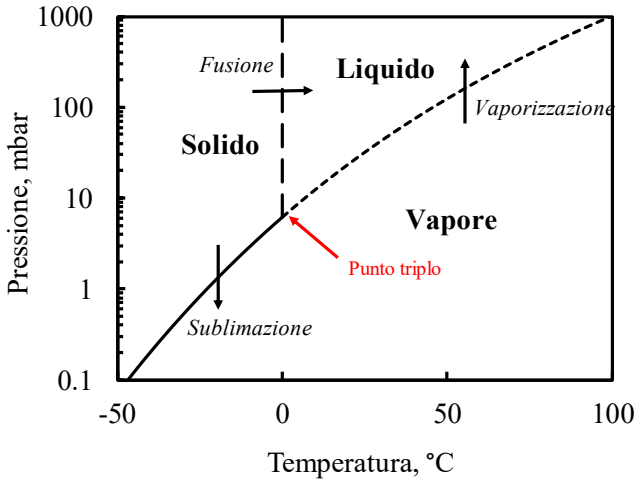
Liofilizzazione di materiale cartaceo (a cura di Davide Fissore e Antonello Barresi, DISAT, Politecnico di Torino, Laboratorio di Liofilizzazione)

Definizione e concetti generali

La liofilizzazione è un processo di essiccamento nel quale un liquido, in genere acqua, preventivamente congelato, viene rimosso da un prodotto mediante sublimazione.

La sublimazione del ghiaccio, ovvero il suo passaggio diretto dallo stato solido allo stato di vapore, senza passare dallo stato liquido, ha luogo dipendentemente dalle condizioni di temperatura e pressione in cui si trova il materiale.

La figura seguente presenta il digramma di stato dell'acqua ed evidenzia gli intervalli di temperatura e di pressione in cui l'acqua si presenta nelle varie forme (solido, liquido, vapore), mostrando come al di sotto del punto triplo, ovvero ad una pressione inferiore a 6.1 mbar, all'aumentare della temperatura l'acqua non possa che passare dallo stato solido a quello vapore.



Il fatto che la rimozione dell'acqua avvenga senza il passaggio attraverso la fase liquida consente di ottenere un prodotto di elevata qualità, nel quale le caratteristiche qualitative, come struttura e aspetto, del prodotto iniziale vengono preservate. Nel caso di materiali bagnati l'essiccamento per liofilizzazione consente di evitare fenomeni di arricciamento e accartocciamento, mantiene il colore originario, etc.

Fasi del processo

Preliminare al processo di liofilizzazione è il congelamento del prodotto, dove l'abbassamento di temperatura consente il passaggio dell'acqua dallo stato liquido a quello solido. A tal proposito è da

rilevare che non tutta l'acqua congela, ma solamente la cosiddetta acqua "libera", ovvero quella non legata alle molecole (proteine, carboidrati, …) del prodotto solido, mentre una certa frazione di acqua, l'acqua "legata", non diviene ghiaccio, e rimane legata alle molecole del materiale. La frazione di acqua "legata" è dipendente dalle caratteristiche del prodotto, e in genere non supera qualche percento del totale.

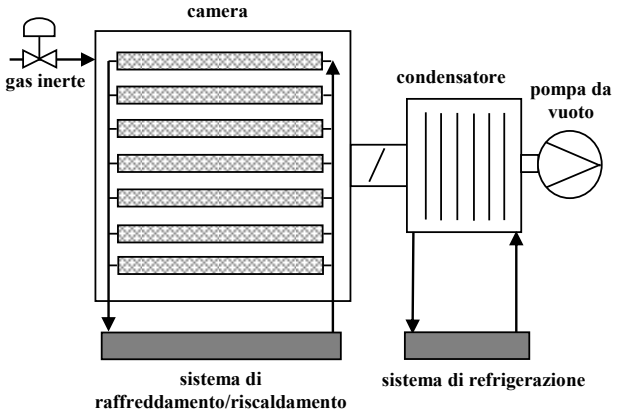
La liofilizzazione prevede due fasi consecutive: l'essiccamento primario, nella quale il ghiaccio sublima, consentendo così la completa rimozione dell'acqua libera, e l'essiccamento secondario, nella quale si riduce il contenuto di acqua legata facendola desorbire dal prodotto (occorre rilevare comunque che anche durante l'essiccamento primario ha luogo il desorbimento dell'acqua nella porzione di prodotto essiccato).

Le condizioni operative (temperatura e pressione) delle due fasi sono differenti: in genere l'essiccamento secondario viene condotto ad una temperatura superiore rispetto a quella dell'essiccamento primario al fine di agevolare il processo di desorbimento dell'acqua legata.

Nel caso in cui ad essere liofilizzati siano libri e materiale cartaceo si può comunque ritenere soddisfacente la deumidificazione che si ottiene al termine dell'essiccamento primario, dal momento che non è di interesse disidratare completamente il prodotto.

Occorre sottolineare che la sublimazione del ghiaccio è un processo endotermico, così come il desorbimento dell'acqua legata, e, quindi, è necessario fornire energia al prodotto durante l'intero processo. In particolare, il calore di sublimazione del ghiaccio è pari a 2836 kJ/kg (a 0°C).

La figura seguente presenta uno schema di massima di una apparecchiatura dove condurre il processo di liofilizzazione.



Il prodotto viene caricato in una camera che presenta dei ripiani all'interno dei quali viene fatto scorrere un fluido che fornisce calore al prodotto durante la liofilizzazione. Il prodotto può essere riscaldato anche

con altre modalità, ad esempio mediante riscaldatori elettrici.

La fase di congelamento può essere condotta separatamente, in altra apparecchiatura, o all'interno della camera di liofilizzazione e, in questo caso, è necessario usare ripiani con circolazione di fluido a temperatura molto bassa, così da determinare il raffreddamento e il congelamento dell'acqua.

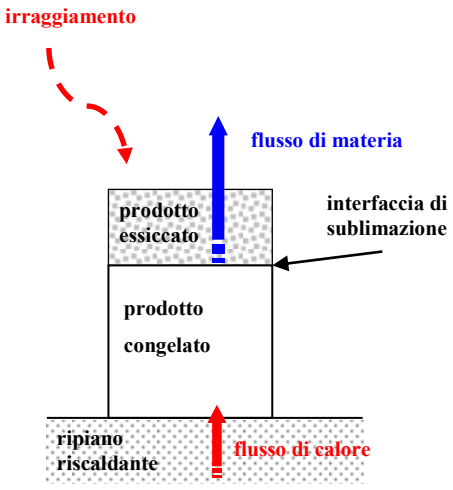
Una pompa da vuoto viene utilizzata per abbassare la pressione all'interno della camera di liofilizzazione, avviando così la fase di sublimazione.

Tra la camera e la pompa viene posto un condensatore, dove viene fatto brinare il vapore d'acqua (con un opportuno sistema di refrigerazione), così da ridurre la portata volumetrica di gas che la pompa da vuoto deve evacuare.

Talvolta viene introdotta nella camera di liofilizzazione una corrente di gas inerte (azoto), per assicurare un più accurato controllo della pressione nella camera stessa.

Nella fase di essiccamento primario si osserva la formazione di una interfaccia mobile di sublimazione che separa il prodotto congelato, nella parte inferiore, dal prodotto essiccato, nella parte superiore. Il vapore si allontana dal prodotto muovendo dall'interfaccia di sublimazione verso la camera, attraversando quindi il prodotto essiccato, e causando lo spostamento dell'interfaccia che si muove verso il basso man mano che il processo va avanti.

Il prodotto riceve l'energia necessaria alla sublimazione dal ripiano riscaldante e, talvolta, anche per irraggiamento dalle pareti della camera di liofilizzazione.



Scelta delle condizioni operative e durata del processo.

Le condizioni operative del processo, ovvero la temperatura del ripiano riscaldante e la pressione nella

camera di liofilizzazione, devono essere accuratamente scelte in modo tale da evitare di danneggiare il prodotto e di prolungare eccessivamente la durata del processo, che può raggiungere anche parecchi giorni.

Il flusso di sublimazione è descrivibile mediante la seguente espressione:

$$J_w = \frac{1}{R_p}\left(p_{w,i} - p_{w,c}\right)$$

dove J_w è il flusso di sublimazione dell'acqua (kg $s^{-1}m^{-2}$), $p_{w,i}$ (Pa) è la tensione di vapore del ghiaccio, $p_{w,c}$ (Pa) è la pressione parziale del vapore nella camera di liofilizzazione, e R_p (m s^{-1}) è la cosiddetta resistenza dello strato secco al flusso di vapore.

In genere $p_{w,c}$ viene assunto pari al valore della pressione in camera di liofilizzazione, dal momento che l'atmosfera in camera è composta prevalentemente da acqua. Il termine $p_{w,i}$ è invece funzione (nota) della temperatura dell'interfaccia di sublimazione e, in particolare, aumenta all'aumentare di tale temperatura (varia da 0.38 mbar a -30°C, a 1.03 mbar a -20°C, a 2.6 mbar a -10°C a 6.1 mbar a 0°C).

Il termine R_p è una caratteristica del prodotto processato, ed aumenta all'aumentare dello spessore del prodotto stesso.

A parità di tutto, all'aumentare dello spessore aumenta quindi la resistenza del prodotto essiccato al flusso di vapore e, quindi, diminuisce il flusso di sublimazione con un corrispondente aumento della durata del processo.

Risulta quindi di fondamentale importanza controllare lo spessore del prodotto inserito nella camera di liofilizzazione, che non dovrebbe essere superiore a qualche cm.

L'esame dell'espressione precedente evidenzia come sia quindi maggiormente interessante lavorare a pressione decisamente inferiore a quella del punto triplo, poiché questo determina un aumento della velocità di sublimazione, soprattutto quando è particolarmente importante la resistenza offerta dal materiale al flusso di vapore, vuoi per lo spessore dello stesso, vuoi per la natura della matrice. Il flusso di sublimazione aumenta inoltre all'aumentare della temperatura del prodotto.

La scelta delle condizioni operative cui condurre il processo di liofilizzazione dovrebbe quindi essere lasciata a personale qualificato ed esperto nel settore, così da garantire il raggiungimento delle caratteristiche desiderate nel prodotto finale, nonché una durata del processo non eccessivamente elevata.

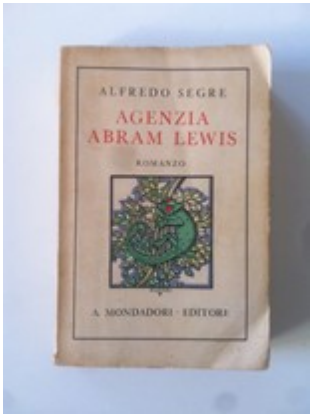
La durata del processo è una funzione complessa di molti parametri, ed è funzione non lineare dello spessore del materiale che si sta essiccando. Ciò vuol dire che se, ad esempio, per liofilizzare un

materiale avente spessore pari a 1 cm sono necessarie 10 ore, per liofilizzare un materiale avente le medesime caratteristiche, ma uno spessore di 2 cm è necessario un tempo che può essere significativamente superiore alle 20 ore. Se possibile, non ha quindi interesse caricare sui ripiani del liofilizzatore materiale di spessore eccessivo. Inoltre, sarebbe opportuno disporre sul liofilizzatore materiale di spessore uniforme, così da utilizzare l'apparecchiatura nel modo più efficiente possibile.

Per comprendere l'evoluzione del prodotto durante il processo di liofilizzazione si consideri il seguente caso di studio, ovvero la liofilizzazione di un volume di dimensioni pari a 12x19.2x2.7 (cm) e peso pari a 350.6 g.

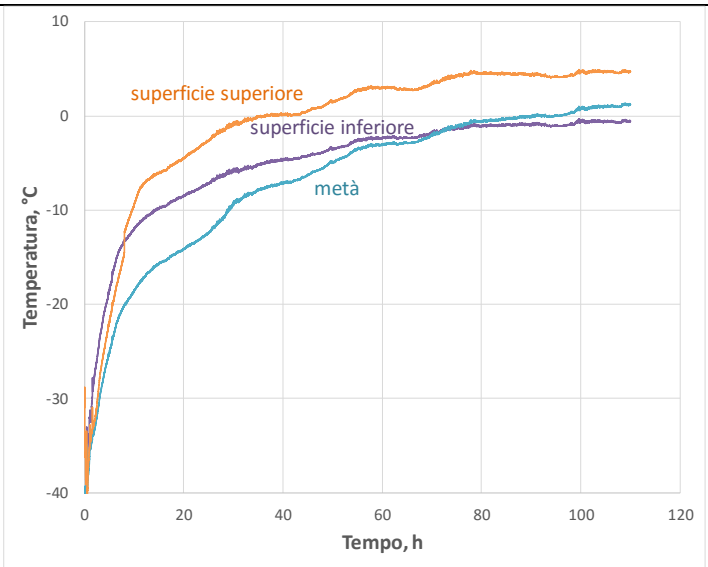
Il volume è stato inizialmente immerso in una bacinella contenente acqua per un tempo pari a 6 h. A valle di ciò il peso del volume è risultato essere pari a 755 g, ovvero la variazione di peso è stata pari al 115% circa.

La liofilizzazione è stata condotta a 0.1 mbar e disponendo il prodotto su un ripiano riscaldato a -10°C, ed al termine del processo il volume è risultato avere dimensioni pari a 12x19.2x3.0 (cm) e peso pari a 352 g.

Volume originale	*Volume bagnato inserito nel liofilizzatore*	*Volume al termine del processo di liofilizzazione*
		

Per studiare l'evoluzione del prodotto durante il processo sono state inserite nel volume tre termocoppie, una in corrispondenza della superficie superiore, poche pagine al di sotto della copertina, una in corrispondenza della superficie inferiore, poche pagine al di sopra della copertina, ed una a metà circa del volume.

La figura seguente mostra l'evoluzione della temperatura misurata dalle termocoppie.



Osservando l'andamento della temperatura in corrispondenza della superficie inferiore e della metà del volume si osserva come la temperatura di quest'ultima sia inferiore rispetto alla superficie inferiore come è logico attendersi, dal momento che il calore arriva nel prodotto dal basso. Si osserva però anche come la temperatura in corrispondenza della superficie superiore sia più elevata delle altre, e questo per effetti di irraggiamento dalle pareti della camera di liofilizzazione. Il contributo dell'irraggiamento spiega anche perché la temperatura misurata sia superiore, di qualche grado, alla temperatura del ripiano riscaldante.

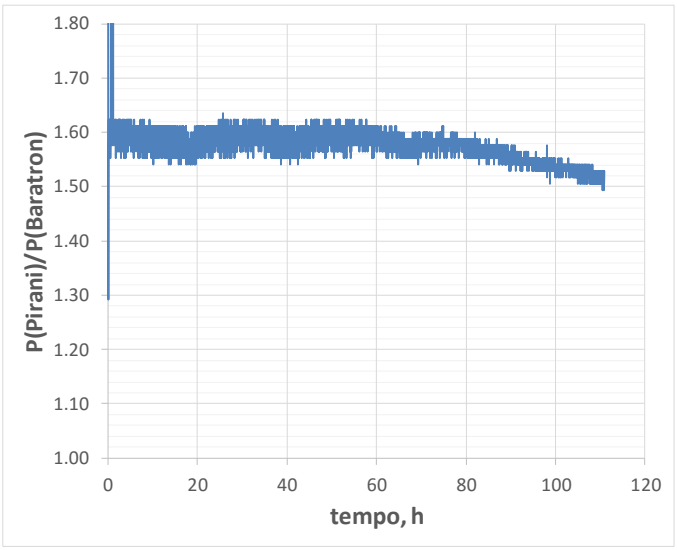
L'andamento delle temperature è abbastanza significativo, con un tratto iniziale crescente, e una sorta di andamento asintotico da un certo momento in avanti, soprattutto per le temperature misurate alle estremità superiore ed inferiore del volume, con un valore che dovrebbe essere pari a quello del fluido riscaldante, o di qualche grado superiore qualora l'irraggiamento influenzi la dinamica del sistema. Quando viene raggiunto questo asintoto orizzontale significa che l'essiccamento primario in quella porzione del volume è completato, e la temperatura non varia più. Con le condizioni operative adottate risulta che dopo circa 3 giorni l'essiccamento è completato alle due estremità del volume, mentre nella parte centrale è ancora presente del ghiaccio..

Il processo è stato interrotto dopo 110 ore dall'inizio, e ci si attende quindi la presenza di una piccola quantità di ghiaccio nella parte centrale del volume. Questa è stata osservata a valle del processo: poche ore dopo l'allontanamento del volume dalla camera di liofilizzazione, la piccola quantità di ghiaccio si è sciolta, come mostrato nella figura seguente. Dopo pochi giorni a temperatura ambiente, la rapida diffusione di questa piccola quantità di acqua ha consentito di riportare il volume nelle condizioni iniziali.

Volume al termine della liofilizzazione	*Tracce di umidità nella parte centrale*	*Aspetto della parte centrale del volume dopo pochi giorni*
		

Che la liofilizzazione nel campione non fosse completata lo si poteva dedurre anche dall'osservazione dell'andamento nel tempo della curva del rapporto tra le pressioni misurate in camera da un sensore di pressione di tipo termoconduttivo (tipo Pirani) e di tipo capacitivo (tipo Baratron). Tali sensori di pressione sono normalmente disponibili in una apparecchiatura per la liofilizzazione.

Tale curva ha in un processo di liofilizzazione un andamento caratteristico, con un andamento orizzontale nel tempo per la maggior parte della fase di essiccamento primario, per poi scendere verso un asintoto orizzontale quanto l'essiccamento va a essere concluso. In questo caso l'essiccamento è stato terminato quando la curva aveva ancora un andamento debolmente decrescente, e non si era raggiunto il secondo asintoto, e pertanto l'essiccamento non poteva dirsi concluso.



Occorre però evidenziare che l'aver interrotto il processo dopo 110 h dal suo inizio non ha compromesso le caratteristiche del prodotto finale: la quantità di ghiaccio residua nel prodotto non è stata infatti tale da compromettere le caratteristiche del prodotto al termine della liofilizzazione.

Anche in questo caso è necessario che la durata del processo di liofilizzazione venga determinata da personale qualificato ed esperto, che valuti il momento ottimale cui interromperlo, evitando così di prolungarlo senza che ve ne sia una reale necessità.

Osservazioni conclusive

Quanto illustrato in precedenza consente di formulare dei suggerimenti per la gestione di alcuni aspetti dell'archiviazione di materiale cartaceo e archivistico, e della gestione di alcuni aspetti della fase di emergenza. In particolare:

1. E' opportuno, a valle dell'allagamento, procedere al congelamento del materiale il prima possibile, così da ridurre il tempo in cui l'acqua liquida è a contatto col materiale;
2. Il materiale da destinarsi al congelamento, se possibile, ha da essere raggruppato in modo tale da non avere blocchi di spessore eccessivo (l'obiettivo potrebbe essere uno spessore di 1-2 cm). Ciò consente sia di velocizzare la fase di congelamento, minimizzando i potenziali danni derivanti dal contatto dell'acqua liquida col supporto cartaceo, nonché di velocizzare la fase di essiccamento (liofilizzazione). Va da sé che se non è possibile suddividere il materiale da congelare in blocchi di ridotto spessore, sarà necessario procedere alla liofilizzazione del materiale così come è.
   Si suggerisce, in questo caso, di modificare le modalità di archiviazione, soprattutto nel caso di faldoni, così da avere il materiale archiviato in faldoni di spessore ridotto, cosa che, come detto, favorirebbe la fase di gestione delle emergenze.
3. Il processo di liofilizzazione ha da essere condotto a condizioni di temperatura e pressione opportune, così da minimizzarne la durata, consentendo il ripristino del materiale nel tempo minore possibile (e quindi con costi inferiori, soprattutto quelli di stoccaggio del materiale congelato).
4. Il processo di liofilizzazione va condotto sino al completo allontanamento del ghiaccio. In caso contrario il materiale è in parte completamente essiccato, ed in parte contiene la medesima quantità di acqua che presenta ad allagamento avvenuto, con le ovvie conseguenze.
5. A valle del processo di liofilizzazione, dipendentemente dalle caratteristiche del materiale trattato, può essere necessario immagazzinare il materiale in un ambiente a umidità controllata per ripristinare il corretto quantitativo di umidità nel materiale. La liofilizzazione consente infatti di preservare le caratteristiche qualitative del materiale, ma porta al completo allontanamento dell'acqua presente.
6. La liofilizzazione non può risolvere le problematiche dovute al contatto del materiale con l'acqua

liquida: si tratta di un processo che consente di deumidificare un materiale preservandone (il più possibile) le caratteristiche qualitative, rendendo nuovamente il materiale cartaceo/archivistico fruibile all'utenza, ma i danni irreversibili avvenuti col contatto con l'acqua liquida non possono essere corretti (per questa ragione occorre procedere al congelamento del materiale il prima possibile).

PIANO DELLA FORMAZIONE

L'efficacia del Piano si misura in base alla diffusione dei suoi contenuti e concertazione delle sue prescrizioni operative.

Al fine di rendere prassi le buone pratiche proposte e formare adeguatamente il personale a disposizione ad eseguire correttamente le operazioni previste, è necessario programmare nel tempo una serie di incontri teorici, di aggiornamento e pratici.

Giornate di formazione

In questa dicitura si considerano anche i momenti di concertazione tra personale tecnico che progetta il piano, l'ente gestore e il personale che sarà effettivamente incaricato di eseguirlo (personale dell'archivio, protezione civile locale, comando dei vigili del fuoco, volontari autorizzati, autorità locali,…).

Specificare data, attività previste, numero e nome dei partecipanti, risultati e punti di discussione.

Programmazione delle giornate successive.

Esercitazioni

Data, attività previste, numero e nome dei partecipanti.

Descrizione e report finale dell'attività.

Programmazione delle esercitazioni successive.

Note

Segnalazione di possibili criticità emerse, necessità di rivedere modello e metodologia.

PIANO DI MONITORAGGIO E REVISIONE

In questa sezione si richiede di monitorare e registrare l'efficacia del PIANO DI CONOSCENZA PER LA SICUREZZA DI ARCHIVI E BIBLIOTECHE, di rivedere e aggiornarne i contenuti in riferimento a successivi eventi o nuove tecniche o risorse a disposizione.

Valutazione dell'efficacia del Piano nel tempo, registrazione dell'implementazione e degli impatti del piano nel medio e lungo periodo.

Definire KPI (Key Performance Indicator) caratterizzanti.

Riportare lo stato di avanzamento della realizzazione del piano.

Queste indicazioni sono finalizzate a stabilire le modalità e i contenuti delle revisioni periodiche del Piano complessivo.

OBIETTIVO STRATEGICO	**INDICATORE**	**VALORE**		
		anno	**anno**	**anno**
Conoscenza dell'archivio	Numero di sopralluoghi effettuati			
	Numero di indagini eseguite			
	…			
Messa in sicurezza dei locali	Numero delle contromisure gestionali adottate			
	Numero delle contromisure strutturali adottate			
	…			
Messa in sicurezza del materiale	Numero di elementi danneggiati in un anno			
	Numero delle contromisure gestionali adottate			
	Numero di interventi di restauro/recupero richiesti			
	Attività di scarto			
	…			
Formazione	Numero di giornate di formazione			
	Numero di partecipanti			

	Numero di partecipazione ad eventi di formazione esterni			
	Numero di esercitazioni condotte			
Gestione delle risorse	Risorse economiche allocate per l'incremento della sicurezza dei locali			
	Risorse economiche allocate per materiali utili durante le emergenze			
…				

ALLEGATO 1 - SCHEDA RILEVAZIONE DANNI

Eseguire una dettagliata attività di schedatura in situazioni di emergenza, potrebbe risultare poco agevole (richiede tempo e risorse che spesso mancano) e di fatto anche poco utile e dispersivo.

E' comunque importante considerare che una documentazione completa dello stato dell'evento e delle sue conseguenze immediate siano estremamente utili in fase di gestione delle pratiche assicurative o di contenziosi per danni derivati da cause derivate da azioni errate da parte di imprese di manutenzione, errori di costruzione, ecc…

In concordanza con quanto introdotto in ***Premessa***, deve controllare la resistenza dei dati identificativi di ogni bene, eventualmente aggiungendo in fase preventiva un codice identificativo su ogni bene, a matita, in modo tale quindi da essere leggibile anche se bagnato e facilmente rimuovibile.

Nel caso invece in cui la situazione specifica permetta anche di eseguire questa operazione senza impattare sul salvataggio emergenziale dei beni coinvolti, è possibile fare riferimento alla scheda elaborata da *MiBACT – Direzione Generale Archivi, Linee guida per la prevenzione dei rischi e la reazione alle emergenze negli archivi.*

Proponiamo di seguito una bozza di scheda speditiva di primo sopralluogo post evento, redatta dalla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia al fine di registrare dati relativi agli archivi colpiti dal sisma del 2009 nel mantovano.

Informazioni scheda

Riferimento a eventuale scheda edificio:

Riferimento a evento calamitoso e data:

Numero scheda di rilevazione dati:

Provincia:

Comune:

Data rilevazione:

Referente tecnico Soprintendenza Archivistica

Nome e cognome:

Qualifica:

Recapito telefonico:

Mail:

Responsabili possesso e detenzione del bene

Ente:

Nome e Cognome:

Recapito telefonico:

Mail:

Complesso archivistico- biblioteca

Archivio storico, di deposito, biblioteca, ecc…

Collocazione dell'archivio - biblioteca

Indirizzo dell'edificio.

Consistenza della documentazione

N. unità archivistiche - librarie:

Metri lineari:

Strumenti descrittivi

Inventari:

Elenchi di consistenza:

Altro:

Situazione della sede

Riportare informazioni riguardanti:

- il grado di accessibilità dell'immobile
- le condizioni strutturali
- le condizioni impiantistiche
- le condizioni delle scaffalature

Interventi necessari

- si richiede un pronto intervento in emergenza

- non è necessario un pronto intervento in emergenza

Indicazioni per il restauro e la conservazione

Indicazioni per la corretta esecuzione delle future operazioni di restauro e conservazione del bene, alla luce delle possibili vulnerabilità acquisite.

Localizzazione

Indicazioni localizzative del bene a seguito dell'evento (ricovero di emergenza, …)

Rilievo fotografico

Rilievo fotografico del bene danneggiato, le immagini vanno opportunamente nominate in modo da poter essere facilmente identificate nel testo.

Se possibile riportare delle immagini riferibili alle condizioni pre-danno del bene.

Datazione della campagna di rilievo.

ALLEGATO 2a - SCHEDA PRONTO INTERVENTO

La registrazione delle attività svolte costituisce parte della documentazione utilizzata per l'istruttoria assicurativa, pertanto si consiglia di tracciare scrupolosamente quanto eseguito.

Compilatore

Nome e contatti del compilatore della scheda e del personale che esegue l'attività di pronto intervento.

Data

Data in cui è stato eseguito l'intervento e data di compilazione

Motivazione dell'intervento

Descrizione dell'evento che ha determinato il danno.

Riferimento a documenti specifici sull'evento.

Valutazione delle modalità di impatto.

Codice evento e numero progressivo intervento

Numero identificativo della scheda creato da tipologia evento, data, numero progressivo della scheda,...

Riferimento codice della scheda di danno.

Descrizione dell'intervento

Descrizione sommaria dell'oggetto archivistico in esame e del danno subito, nonché del tipo di intervento eseguito, descrizione delle varie fasi, motivazione delle scelte e rilevazione delle criticità.

Operatore

Indicare l'operatore che ha eseguito l'intervento se diverso dal compilatore

Indicazioni per il restauro e la conservazione

Indicazioni per la corretta esecuzione delle future operazioni di restauro e conservazione del bene, alla luce delle possibili vulnerabilità acquisite.

Rilievo fotografico

Le immagini vanno opportunamente nominate in modo da poter essere facilmente identificate nel

testo, le diverse fasi vanno documentate.

Se possibile riportare delle immagini riferibili alle condizioni pre-danno del bene. *Questo dato è importante perché testimonia lo stato ante facto e andrebbe rilevato in fase di raccolta dati per la compilazione del piano, chiaramente non per tutti i beni contenuti, ma magari per quelli più importanti, così dei depositi e dei luoghi occupati dall'istituto.*

Datazione della campagna di rilievo.

ALLEGATO 2b - REPORT INTERVENTO

Stilare una descrizione complessiva dell'intervento eseguito a seguito del verificarsi di un evento, con riferimento a tutte le schede di danno e di intervento in emergenza compilate. Questo report ha anche lo scopo di ricordar ed ordinare tutte le operazioni avvenute, con le decisioni avvenute e la motivazione, l'eventuale discordanza con il PRE a causa di forza maggiore – da indicare. La documentazione fotografica e la precisione del report nonché la citazione delle persone/personale coinvolte da un valore probante alle procedure intraprese in fase di contenzioso.

ALLEGATO 3 – ETICHETTA CASSE

Istituto _____

Luogo di destinazione _____

Numero della cassa _____

Data _____

DOCUMENTI ASCIUTTI

Istituto _____

Luogo di destinazione _____

Numero della cassa _____

Data _____

DOCUMENTI UMIDI

Istituto _____

Luogo di destinazione _____

Numero della cassa _____

Data _____

DOCUMENTI BAGNATI

RIFERIMENTI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

BROKERHOF A., MEUL V., MICHALSKI S., PEDERSOLI J.L., *Advancing Research in Risk Management Applications to Cultural Property*, ICCROM Newsletter 33, Roma, June 2007, pp. 10-11.

D.lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m., *Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.*

D.P.R. 1 agosto 2011 n. 151, *Schema di regolamento per la disciplina dei procedimenti relativi alla prevenzione incendi*. http://www.vigilfuoco.it/aspx/page.aspx?IdPage=5574

HER MAJESTY TREASURY, *The Orange Book. Management of Risk – Principles and Concepts*, London 2004. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/220647/orange_book.pdf -

ICR – ISTITUTO CENTRALE DEL RESTAURO, *Carta del rischio dei beni culturali.* http://www.cartadelrischio.it/ita/ambientearia.asp

ISO 31000:2009, *Risk management – Principles and guidelines.*

ISO 11799:2003, *Information and documentation — Document storage requirements for archive and library materials.*

ISO Guide 73:2009, *Risk management – Vocabulary.*

ISO/IEC 31010:2009, *Risk management – Risk assessment techniques.*

MATTHEWS G., SMITH Y., KNOWLES G., *Disaster Management in Archives, Libraries and Museums*, Ashgate Publishing Limited, 2009 (Cap. 2).

MIBAC, Circolare n. 26/2010, *Linee guida per la valutazione e riduzione del rischio sismico del patrimonio culturali allineate alle nuove Norme tecniche per le costruzioni*, 2010.

OHSAS 18001 - *Health & Safety standard.*

SHANG K., HOSSEN Z., *Applying Fuzzy Logic to Risk Assessment and Decision-Making, Casualty Actuarial Society,* Canadian Institute of Actuaries, Society of Actuaries, 2013. https://web.actuaries.ie/sites/default/files/erm-resources/research-2013-fuzzy-logic.pdf

STOVEL H., *Risk Preparedness: a management manual for world cultural heritage*, ICCROM, Roma 1998 (Cap. 2/4 per concetti generali, Cap. 5/9 per descrizione pericoli). http://www.iccrom.org/ifrcdn/pdf/ICCROM_17_RiskPreparedness_en.pdf

UNESCO, *Managing disaster risks for World Heritage*, Parigi 2010 (Cap. 1/3). http://whc.unesco.org/en/managing-disaster-risks/

UNISDR, *Terminology on disaster risk reduction*, 2009. http://www.unisdr.org/we/inform/publications/7817

WALLER R., MICHALSKI S., *Effective preservation: from reaction to prediction*, in Conservation: the Getty Conservation Institute newsletter, Vol. 19, N. 1, 2004, p. 4-9. http://www.getty.edu/conservation/publications/newsletters/19_1/feature.html

PROCEDURE E INTERVENTI

AUSTRALIAN GOVERNMENT AND NATIONAL ARCHIVES OF AUSTRALIA, *National Disaster Preparedness and recovery Srategy for Archival Records*, 2010. http://www.naa.gov.au/Images/ndprs_tcm16-49144.pdf

BERTINI M.B., *La conservazione dei beni archivistici e librari. Prevenzione e piani di emergenza*, Carocci Editore, Roma 2005.

BERTINI M.B., *Linee guida per una conservazione preventiva responsabile, in Petrilli Vincenza (a cura di), I custodi della memoria. L'edilizia archivistica italiana statale del XX secolo*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2014, pp. 111-140.

BIASOTTI A. , *Il piano di emergenza per i beni culturali* , Tipografia A.T. I. , Pomezia, 2006.

DADSON E., *Emergency Planning and Response For Libraries, Archives and Museums*, Facet, London 2012.

IFLA/AIB, *Principi dell'IFLA per la cura e il trattamento dei materiali di biblioteca*, AIB, Roma 2005. http://www.aib.it/negozio-aib/pubblicazioni/principi-dellifla-per-la-cura-e-il-trattamento-dei-materiali-di-biblioteca/

MATTHEWS G., SMITH Y., KNOWLES G., *Disaster Management in Archives, Libraries and Museums*, Ashgate Publishing Limited, 2009 (Cap. 5).

MIBAC, Circolare n. 132 8 ottobre 2004, *Piani di emergenza per la tutela del patrimonio culturale*. http://www.beniculturali.it/mibac/export/SG-MiBAC/sito-SG-MiBAC/Contenuti/Temi/Sicurezza/visualizza_asset.html_1691482669.html

MIBAC, Circolare n.30 6 febbraio 2007, *Piani di emergenza per la tutela del patrimonio culturale – pianificazione e gestione delle esercitazioni*. http://www.beniculturali.it/mibac/export/SG-MiBAC/sito-SG-MiBAC/Contenuti/Temi/Sicurezza/visualizza_asset.html_350654039.html

MiBACT, Direttiva 12 dicembre 2013, *Procedure per la gestione delle attività di messa in sicurezza e salvaguardia del patrimonio cultural in caso di emergenze derivanti da calamità naturali*. http://www.beniculturali.it/mibac/multimedia/MiBAC/documents/1396342272741_Direttiva_12_12_2013.pdf

MIBACT – Direzione Generale Archivi, Linee guida per la prevenzione dei rischi e la reazione alle emergenze negli archivi, 2014 http://www.archivi.beniculturali.it/index.php/cosa-facciamo/progetti-di-tutela/gruppi-di-studio/item/95-gruppi-di-studio-%7C-emergenze

MIBACT, Direttiva 23 aprile 2015, *Aggiornamento della direttiva 12 dicembre 2013, relativa alle Procedure per la gestione delle attività di messa in sicurezza e salvaguardia del patrimonio culturale in caso di emergenze derivanti da calamità naturali*. http://www.beniculturali.it/mibac/multimedia/MiBAC/documents/1437986288170_DIRETTIVA_23Aprile2015.pdf

MIBACT, Circolare n. 15, 30 aprile 2015, *Disposizioni in materia di tutela del patrimonio architettonico e mitigazione del rischio sismico*.

ORMANNI E., *L' organizzazione di un servizio di pronto intervento*, Bollettino dell'Istituto centrale per la patologia del libro "Alfonso Gallo", v. 36., 1980, speciale, 365-375.

http://www.icpal.beniculturali.it/scheda_periodico.html?ids_foto=1240B69B-A686-4694-8AA2-E7B11B67AB0D

PROSPERI C., *L' alluvione e gli archivi*, CAB newsletter : conservazione negli archivi e nelle biblioteche, v. 4., 1995, 16, 3-4 http://www.icpal.beniculturali.it/scheda_periodico.html?ids_foto=66E5D665-CEB6-45F7-B2AD-EBC1306103E6

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, Deliberazione n. 1759 12 ottobre 2015, *Linee guida per la protezione*

del patrimonio archivistico e librario trentino. https://www.cultura.trentino.it/Il-Dipartimento/Soprintendenza-per-i-beni-culturali/Ufficio-beni-archivistici-librari-e-Archivio-provinciale/Strumenti/1-Linee-guida-per-la-protezione-del-patrimonio-archivistico-e-librario-trentino

REGIONE LOMBARDIA – DIREZIONE GENERALE CULTURE, IDENTITÀ E AUTONOMIE DELLA LOMBARDIA, *Beni librari e documentari. raccomandazioni per la tutela*, Milano, 2007.

SOPRINTENDENZA ARCHIVISTICA PER IL PIEMONTE E LA VALLE D'AOSTA, *Sedi d'archivio: caratteristiche e requisiti,* http://www.sato-archivi.it/Sito/images/stories/modelli_scaricabili/requisiti_strutturali_archivio.pdf

SKEPASTIANU M.,WHIFFIN J. I., *Piano per la prevenzione dei disastri in biblioteca : prevenzione, pronto intervento, reazioni, recupero*, CAB newsletter : conservazione negli archivi e nelle biblioteche. Nuova serie, v. 1., 1996, 2, 3-7. http://www.icpal.beniculturali.it/scheda_periodico.html?ids_foto=AB7BF66E-C864-474D-8208-D2479D410AD2

STOVEL H., *Risk Preparedness: a management manual for world cultural heritage,* ICCROM, Roma 1998 (Cap. 10). http://www.iccrom.org/ifrcdn/pdf/ICCROM_17_RiskPreparedness_en.pdf

UNESCO, *Managing disaster risks for World Heritage,* Parigi 2010 (Cap. 4/6, 8) http://whc.unesco.org/en/managing-disaster-risks/

LIOFILIZZAZIONE

BARRESI A., CAPOLONGO A., ROVERO G., *Soaking and freeze-drying of paper simulating water damaged documets for salvage of archival materials,* European Congress of Chemical Engineering, Granada 2003.

BARRESI A., CAPOLONGO A., Freeze-drying of water-damaged paper material, Restaurator 119-128, 2004.

BICCHIERI M., MONTI M., FRATI & LIVI S.R.L., *La liofilizzazione quale intervento di recupero di volumi danneggiati da catastrofi naturali*, AIAr Pisa 2006.

CARAPELLE A., HENRIST M., RABECKI F., *A study of vacuum freeze-drying of frozen wet papers,* Drying Technology: An International Journal, vol. 19, Issue 6, 2001.

CARLSEN S., *Effects of freeze drying on paper*, IADA Conference 1999.

CRESPI E., CAPOLONGO A., FISSORE D., BARRESI A., *Experimental Investigation of the Recovery of Soaked paper Using Evaporative Freeze Drying*, Drying Technology 26: 349-356, 2008.

GUASTI G., SIDOTI A. (a cura di), *Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze. Piano di Emergenza per il salvataggio delle collezioni*, III aggiornamento 2014.

GUPTA H., CHATTERJEE S .G., *Parallel Diffusion of Moisture in Paper Part 1: Steady-State Conditions*, Industrial & Engineering Chemistry Research, vol. 42, no. 25, 2003.

MCLEARY J. P., *Vacuum freeze-drying, a method used to salvage water-damaged archival and library materials: a RAMP study with guidelines prepared for the General Information Programme and UNISIST,* UNESCO Paris, 1987.

RAMRAO B. V., MASSOQUETE A., LAVRYKOV S., RAMASWAMY S., *Moisture Diffusion Inside Paper Materials in the Hygroscopic Range and Characteristics of Diffusivity Parameters*, Drying Technology vol. 21, no. 10, pp. 2007-2056, 2003.

SUGARMAN J. E., VITALE T. J., *Observations an the drying of paper: five drying methods and the drying*

process, Journal of the American Institute for Conservation, vol. 31, number 2, article 3, pp. 175-197, 1992.

THOMAS D., FLINK J.M., *Microwave drying of water soaked books,* Journal of Microwave Power 9 (4): 349-354, 1974.

TREMAIN D., *Notes on Emergency Drying of Coated Papers damaged by Water*, http://cool.conservation%C2%ADus.org/byauth/tremain/coated.html

WALSH B., *Salvage operations for water managed archival collections: a second glance,* Canadian Council of Archives, 2003.

WATERS P., *Procedures for Salvage of water damaged library materials*, 2016.

Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia

ASST Sette Laghi

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI

REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO E DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Edizione giugno 2017

PREMESSA

Il Presente Regolamento disciplina le modalità di esercizio e i casi di esclusione e differimento del diritto di accesso ai documenti amministrativi ai sensi della legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi (di seguito ASST) costituita con D.G.R. n. X/4481, con decorrenza dall'1/1/2016.

Il diritto di accesso ex L. n. 241/1990, denominato "accesso procedimentale" o "accesso documentale", è il diritto delle persone fisiche o giuridiche di ottenere copia e di prendere visione e conoscenza degli atti e dei documenti delle Pubbliche Amministrazioni. Il diritto di accesso ai documenti amministrativi riveste rilevante finalità di pubblico interesse e costituisce principio generale dell'attività amministrativa al fine di favorire la partecipazione e di assicurarne l'imparzialità e la trasparenza.

Le disposizioni della legge 241/90 concernenti gli obblighi per la Pubblica Amministrazione di garantire la partecipazione dell'interessato al procedimento, di individuarne un responsabile, di concluderlo entro il termine prefissato, di assicurare l'accesso alla documentazione amministrativa, nonché quelle relative alla durata massima dei procedimenti, la dichiarazione d'inizio attività, il silenzio assenso e la conferenza dei servizi, attengono ai livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Il presente Regolamento disciplina altresì, in ossequio a quanto disposto dal Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 come modificato dal Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, gli istituti dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

Il diritto all' "accesso civico" o "accesso civico semplice", (art. 5, comma 1 del D.lgs. 33/2013) è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali è stato disatteso l'obbligo di pubblicazione.

Il diritto all' "accesso civico generalizzato" o "accesso generalizzato", (art. 5, comma 2 del D.lgs.33/2013) è il diritto di chiunque di accedere ai dati, informazioni e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del decreto medesimo.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Regolamento dovrà essere rispettato ed applicato da tutte le Strutture dell'ASST dei Sette Laghi.

SEZIONE I

ACCESSO AGLI ATTI EX L. 241/90

ART. 2

OGGETTO DELL'ACCESSO

Per diritto di accesso si intende la facoltà, giuridicamente tutelata, di prendere visione dei documenti esistenti presso l'ASST dei Sette Laghi, nonché di estrarne copia nei modi e con i limiti di cui al presente Regolamento.

Il diritto di accesso si esercita con riferimento ai documenti amministrativi formati e/o detenuti stabilmente dall'ASST dei Sette Laghi e materialmente esistenti alla data della richiesta.

Per documento amministrativo si intende ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni (es.: atti endoprocedimentali, pareri, verbali, relazioni etc.) o non, relativi ad uno specifico procedimento, formati o detenuti presso l'ASST e utilizzati dall'ASST medesima ai fini dello svolgimento dell'attività amministrativa di competenza, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale.
A titolo esemplificativo sono documenti amministrativi sottoposti al diritto di accesso quelli che hanno per contenuto atti amministrativi quali:

- deliberazioni del Direttore Generale;
- determinazioni dei Dirigenti Responsabili di Struttura;
- contratti e convenzioni;
- verbali di Collegi, Commissioni, Comitati e Consigli dell'Ente.
- certificati e attestazioni emessi dal legale rappresentante dell'Ente o da funzionario a ciò delegato;
- capitolati, bandi di gara e relazioni tecniche nei limiti previsti dalla legge e dal presente Regolamento.

Oltre agli atti di cui ai commi precedenti, costituiscono documento amministrativo i supporti preparatori e/o di memorizzazione degli stessi, quali i seguenti:

- registrazione, schedatura o catalogazione di dati, anche di tipo grafico, su supporto cartaceo o informatico, previsti da apposita normativa;
- corrispondenza in partenza o in arrivo;
- registri di protocollo.

Non sono accessibili le informazioni in possesso dell'ASST dei Sette Laghi che non abbiano forma di documento amministrativo, salvo quanto previsto dal D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 in materia di accesso ai dati personali da parte della persona cui i dati si riferiscono.

In applicazione di quanto previsto dal combinato disposto degli articoli 3 e 16 della Legge Regionale 1 febbraio 2012 n. 1 e s.m.i., l'ASST garantisce i seguenti ulteriori livelli di tutela del diritto di accesso:

- il diritto di accesso può essere esercitato in qualunque tempo, indipendentemente dalla cessazione dell'obbligo di detenzione da parte dell'Azienda Ospedaliera, in deroga all'art. 22, comma 6 della L.241/90, sempre che l'amministrazione detenga ancora il documento e che sussista l'attualità dell'interesse;
- l'istanza di riesame della richiesta di accesso può essere presentata al Difensore regionale, ai sensi dell'art. 13 della L.R. 6 dicembre 2010 n. 18 (Disciplina del Difensore Regionale).

L'ASST non è in ogni caso tenuta ad elaborare dati in suo possesso non contenuti in un documento al fine di soddisfare le richieste di accesso.

I termini e le procedure di cui al presente Regolamento non si applicano ai procedimenti ed agli atti la cui disciplina particolare è contenuta in Leggi o Regolamenti specifici.

ART. 3

FORME DI PUBBLICITA'

L'Azienda oltre a garantire l'esercizio del diritto di accesso con le modalità indicate nel presente Regolamento, ottempera agli obblighi di pubblicità, informazione e trasparenza attraverso la pubblicazione degli atti e la pubblicizzazione della propria attività ed organizzazione sul sito istituzionale aziendale ai sensi del D.lgs. 14/03/2013 n. 33 e s.m.i., cui corrisponde il diritto di chiunque di accedere ai siti direttamente ed immediatamente senza autenticazione ed identificazione.

Presso l'Albo dell'Azienda e nella home page del sito istituzionale, Sezione "Amministrazione trasparente", sono pubblicati e possono essere consultati dati, atti, informazioni e i documenti amministrativi per i quali la Legge prescrive la pubblicazione.

Allo scopo di contemperare l'obbligo di pubblicazione dei provvedimenti all'Albo on line con il diritto alla riservatezza dei dati personali in essi contenuti, l'ASST garantisce la non identificazione dei soggetti cui tali dati si riferiscono, adottando gli opportuni accorgimenti in sede di predisposizione delle deliberazioni e degli allegati quando gli stessi contengano dati personali e/o sensibili e/o giudiziari.

ART. 4

UFFICIO PREPOSTO ALL'INFORMAZIONE AL PUBBLICO

L'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico e Comunicazione) è la Struttura preposta a fornire ai cittadini le informazioni sulle modalità di esercizio del diritto di accesso agli atti, di accesso civico e accesso civico generalizzato (ed eventuali relativi costi).

ART. 5

TITOLARITA' E PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI ACCESSO

Il diritto di accesso si esercita da parte di tutti i soggetti, cittadini italiani e non, maggiori di età o emancipati, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata (di norma qualificata come diritto soggettivo o interesse legittimo) collegata al documento del quale si richiede l'accesso.

Tale diritto compete, altresì, ad associazioni, enti, comitati, (nella persona del legale rappresentante), portatori di interessi pubblici, diffusi o collettivi, che abbiano un interesse diretto, concreto ed attuale a prendere visione o estrarre copia di documenti amministrativi.

Sono inoltre titolari del diritto di accesso:

- altri soggetti pubblici in relazione agli atti la cui conoscenza sia funzionale allo svolgimento di attività di loro competenza ed in fase di controllo del contenuto di "autocertificazioni" e di "dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà";
- soggetti legittimati a partecipare al procedimento per legge, o in quanto controinteressati;
- difensore Civico/ Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi ai sensi della vigente normativa.

L'interesse di cui trattasi dovrà essere specificato nell'istanza di accesso. All'atto della presentazione dell'istanza, il richiedente deve esibire un valido documento di identificazione. Coloro i quali inoltrano la richiesta in rappresentanza di persone giuridiche o di enti, nonché i tutori e i curatori delle persone fisiche, devono produrre, oltre al documento di identificazione personale, idoneo titolo che attesti tale loro qualità.

Nel caso di soggetti "interdetti" l'accesso è consentito al Tutore, per la persona dichiarata "inabilitata" occorre che il Curatore integri con il suo assenso la volontà del proprio assistito.

Nei casi di rappresentanza di persone fisiche (a parte i casi di rappresentanza legale sopra indicati) il titolo di cui sopra consisterà in un atto di delega dell'interessato con sottoscrizione autenticata ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445. Per l'accesso a documenti che concernono la sfera di riservatezza del delegante la delega deve essere specifica.
La procura alle liti non abilita di per sé il difensore a richiedere per conto dell'assistito l'accesso ai documenti di carattere amministrativo. In tali casi il difensore dovrà produrre la dichiarazione di nomina o specifica delega o, in alternativa, far sottoscrivere l'istanza anche dall'interessato.

Le istanze non devono essere generiche ma devono consentire l'individuazione del documento cui si vuole accedere.

ART. 6

RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO DI ACCESSO

La competenza a decidere sull'istanza di accesso spetta al Responsabile del relativo procedimento che ai sensi dell'art. 6 del D.P.R. 26 aprile 2006 n. 184 è il Dirigente o il funzionario preposto alla Struttura competente o altro dipendente da questo delegato, addetto alla Struttura competente a formare l'atto o a detenerlo stabilmente. Tale principio è applicabile anche nel caso di atti infraprocedimentali o non relativi ad uno specifico procedimento.

ART. 7

COMPITI DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Il Responsabile del procedimento è tenuto:

- ad accertare che il documento richiesto abbia le caratteristiche di cui all'art. 2 del presente regolamento;
- a valutare la sussistenza in capo al richiedente di un interesse diretto, concreto ed attuale per la tutela di situazioni giuridiche rilevanti;
- ad accertare che il documento richiesto non rientri tra le categorie di documenti sottratti all'accesso ai sensi dell'art. 20 del presente Regolamento;
- ad accertare l'identità e la legittimazione del richiedente;
- ad effettuare la comunicazione agli eventuali controinteressati come previsto dall'art. 3 del D.P.R. n. 184/2006;
- a curare tutti gli ulteriori adempimenti relativi al procedimento di accesso.

ART. 8

TIPOLOGIE DI ACCESSO

L'esercizio del diritto di accesso può avvenire ordinariamente attraverso:

- la comunicazione informativa;
- la visione di documenti;
- il rilascio di copie.

ART. 9

COMUNICAZIONE INFORMATIVA

La comunicazione informativa consiste nel rendere noto, programmaticamente o in risposta a richieste specifiche, notizie e dati inerenti lo svolgimento delle attività.

In conformità agli accordi siglati tra l'ASST, la RSU Aziendale e le Organizzazioni Sindacali del personale del Comparto e della Dirigenza del SSN, si è concordato che le intese siglate e le informative e gli atti riguardanti i rapporti tra le OO.SS. e l'ASST, potranno essere trasmesse via e-mail agli indirizzi che saranno comunicati formalmente dalle varie sigle sindacali, e tali comunicazioni rivestiranno il carattere di documento ufficiale unanimemente riconosciuto dalle parti.

ART. 10

VISIONE DI DOCUMENTI

La visione da parte dell'interessato del documento originale, o della copia conforme, si effettua presso le Strutture che hanno formato l'atto, o lo detengono stabilmente, alla presenza di un dipendente della Struttura. L'interessato ha facoltà di trascrivere il contenuto del documento.

ART. 11

RILASCIO DI COPIE

Qualora l'interessato richieda il rilascio di copia dei documenti, è necessario che lo stesso attivi la procedura di "accesso formale" di cui al successivo art. 14.

Il rilascio di copie riguarda di norma documenti su supporto cartaceo. Ove possibile può, altresì, riguardare documenti su supporto informatico.

ART. 12

MODALITA' DI ACCESSO

Il diritto di accesso può essere esercitato in modo informale o formale.

L'accesso informale è quello che non richiede particolari e complesse esigenze di documentazione e può essere esercitato mediante richiesta anche verbale.

L'accesso formale è quello che richiede necessariamente la presentazione di apposita istanza. Allo scopo di facilitare l'esercizio del diritto di accesso è stato predisposto lo specifico modulo (allegato A).

L'istanza trasmessa ad una Struttura incompetente viene da questa immediatamente inoltrata d'ufficio a quella competente dandone comunicazione al richiedente.

ART. 13

ACCESSO INFORMALE

L'accesso informale si esercita con richiesta anche verbale all'URP o direttamente al Responsabile del procedimento presso la Struttura competente qualora, in base alla natura del documento richiesto, non risulti l'esistenza di controinteressati.

Il Responsabile del procedimento di accesso, previa valutazione dell'istanza, consente, alla presenza di un addetto, la visione della documentazione o di parte di essa.

L'interessato deve fornire tutti gli elementi idonei ad individuare il documento oggetto della richiesta e, ove occorra, comprovare l'interesse connesso all'oggetto della richiesta e far constatare la propria identità ed eventualmente i propri poteri rappresentativi.

ART. 14

ACCESSO FORMALE

Qualora non sia possibile accogliere immediatamente la richiesta in via informale, per esigenze organizzative dell'Ufficio o per la necessità di differire l'accesso ai sensi dell'art. 19 del presente regolamento, ovvero sorgano dubbi sulla legittimità del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse alla stregua delle informazioni e delle documentazioni fornite, sull'accessibilità del documento o sull'esistenza di controinteressati, individuati tenendo anche conto di eventuali atti connessi, il Responsabile del procedimento invita il richiedente a presentare istanza formale.

L'istanza di accesso, in carta libera (a tale scopo ci si può avvalere dell'apposito modulo predisposto dall'amministrazione (Allegato A) e accessibile sul sito dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi www.asst-settelaghi.it, sezione "amministrazione trasparente/disposizioni generali/atti generali/atti di organizzazione e funzionamento aziendale") è indirizzata al Direttore Generale dell'Azienda ed è redatta secondo le modalità indicate nell'art. 15 del presente Regolamento.

L'istanza può pervenire all'Azienda anche mediante via telematica con utilizzo di casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) protocollo@pec.asst-settelaghi.it, o altri strumenti che garantiscano l'identificabilità dell'autore, l'integrità e l'immodificabilità del documento, in conformità con il D.lgs. n. 82/2005. e s.m.i..

Le istanze pervenute all'Amministrazione sono assegnate come la normale corrispondenza.

Nel caso in cui il Responsabile del procedimento individui soggetti controinteressati è tenuto a dar comunicazione ai medesimi mediante invio di copia dell'istanza con raccomandata r.r. o mediante posta elettronica certificata per coloro che abbiano indicato un indirizzo PEC. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione i controinteressati possono presentare motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. Decorso tale termine il Responsabile del procedimento, accertata la ricezione della comunicazione da parte dei controinteressati, provvede sulla richiesta.

Nel caso vi siano controinteressati i termini per la conclusione del procedimento di accesso si interrompono e ricominciano a decorrere dalla data di ricezione dell'opposizione da parte dei contro interessati o comunque dalla decorrenza dei dieci giorni dalla ricezione della comunicazione da parte dei contro interessati.

Ove tecnicamente possibile, copia dei dati informatizzati potrà essere rilasciata sugli appositi supporti forniti dal richiedente.

Nel caso di documenti contenenti in parte informazioni segrete o non accessibili all'interessato, possono essere rilasciate copie parziali dei documenti stessi. Tali copie devono comprendere la prima e l'ultima pagina del documento e le pagine omesse devono essere indicate.

ART. 15

CONTENUTO DELL'ISTANZA

Nell'istanza di accesso formale, ove non si utilizzi il modulo predisposto dall'Azienda devono essere riportate:

1. le generalità complete del richiedente, indirizzo, n. di telefono o PEC presso il quale intende ricevere le comunicazioni relative alla procedura di accesso, qualità di diretto interessato/legale rappresentante/procuratore;

2. estremi del documento o dei documenti di cui si chiede l'accesso ed, eventualmente, del procedimento in cui è, o sono inseriti, nonché di tutti gli elementi utili alla individuazione;

3. l'indicazione espressa che viene richiesta la visione ovvero la copia semplice ovvero la copia autenticata in bollo (in quest'ultimo caso all'istanza in bollo devono essere allegate le marche da bollo per il rilascio del documento);

4. l'interesse diretto concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente collegata al documento per il quale è richiesto l'accesso;

5. data e sottoscrizione.

All'istanza deve essere allegata copia di un documento valido di identità del richiedente.

In ogni caso l'avvenuta presentazione dell'istanza deve essere registrata nel registro di protocollo generale dell'Ente indicando la data di presentazione, il nome del richiedente, il tipo di documento richiesto e l'Ufficio competente per l'esame della richiesta.

Il Responsabile del procedimento ove la richiesta sia irregolare o incompleta, è tenuto a darne comunicazione al richiedente mediante raccomandata r.r. o altro mezzo idoneo per accertarne la ricezione, entro dieci giorni dal ricevimento dell'istanza, attestata dal timbro di protocollo in entrata.

In tale caso il termine del procedimento ricomincia a decorre dalla presentazione dell'istanza corretta.

ART. 16

CONCLUSIONE DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento di accesso deve concludersi entro 30 giorni dalla ricezione della relativa istanza, salvo i casi in cui per singole tipologie documentali siano previsti termini diversi da specifiche disposizioni di legge.

In particolare, ai sensi dell'art. 4 comma 2 della Legge 8 marzo 2017 n. 24, la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente è rilasciata, preferibilmente in formato elettronico, agli interessati aventi diritto entro il termine di 7 giorni dalla presentazione della richiesta. Le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della suddetta richiesta.

ART. 17

ACCOGLIMENTO ED EVASIONE DELLA RICHIESTA DI ACCESSO

L'accoglimento dell'istanza di accesso deve essere comunicata all'interessato a cura del Responsabile del procedimento. Detta comunicazione deve contenere l'indicazione dell'ufficio presso cui rivolgersi ed il termine non inferiore a 15 giorni per prendere visione dei documenti o per ottenere copia.

Trascorso tale periodo senza che il richiedente abbia preso visione o abbia provveduto al ritiro del documento, la pratica è archiviata e l'interessato deve presentare una nuova richiesta di accesso. L'accoglimento dell'istanza di accesso a un documento comporta anche la facoltà di accedere ad altri documenti nello stesso richiamati ed appartenenti al medesimo procedimento, fatte salve le eccezioni di legge o di regolamento e quelle previste ai successivi articoli.

L'esame dei documenti avviene presso l'Ufficio indicato nella comunicazione di accoglimento della richiesta, nelle ore di apertura dell'ufficio stesso ed alla presenza di personale addetto.

Non è consentito asportare, deteriorare o alterare i documenti dati in visione.

I trasgressori saranno soggetti alle sanzioni stabilite dalle vigenti norme penali, salvo comunque l'esercizio di rivalsa da parte dell'Azienda per il danno subito.

L'esame dei documenti può essere effettuato personalmente dal richiedente o da persona appositamente delegata.

ART. 18

DINIEGO DELLA RICHIESTA DI ACCESSO

Decorsi inutilmente trenta giorni dalla richiesta, questa si intende respinta (silenzio rigetto). Nel caso in cui il Responsabile del procedimento provveda prima della scadenza dei termini (diniego espresso), occorrerà formalizzare una risposta scritta.

Il Responsabile del procedimento qualora ritenga necessari la limitazione o il differimento dell'accesso richiesto in via formale, è tenuto a darne comunicazione scritta all'interessato.

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

In particolare tale atto deve contenere l'indicazione:

- dell'Ufficio che ha trattato la pratica di accesso;
- del documento oggetto della richiesta;
- dei motivi del diniego, limitazione o differimento;
- dei termini per il ricorso al TAR o al Difensore Civico Regionale (30 giorni).

ART. 19

DIFFERIMENTO

Il Responsabile del procedimento può differire l'accesso nei seguenti casi:

a. per tutelare esigenze di riservatezza dell'Amministrazione, specie nella fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa;

b. per necessità di ordine organizzativo, in relazione alla complessità dell'istanza di accesso, sempre al fine di non compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa;

c. in via residuale in tutti i casi in cui la diffusione di atti possa impedire o ostacolare il corretto svolgimento delle attività istituzionali o possa comunque comportare un danno o un pregiudizio alle medesime.

L'atto che dispone il differimento dell'accesso ne indica la motivazione e la durata, nei limiti strettamente necessari al rispetto delle finalità previste ed è comunicato per iscritto al richiedente entro il termine previsto per l'accesso.

Il differimento può essere rinnovato se permangono le esigenze sopra indicate.

L'accesso alla documentazione attinente ai lavori delle commissioni giudicatrici di concorso o di pubblica selezione da parte del diretto interessato o suo avente causa è differito fino al momento dell'emanazione del formale provvedimento di approvazione degli atti ovvero fino alla conclusione del procedimento o della fase del procedimento che abbia prodotto esiti sfavorevoli per il richiedente al fine di salvaguardare il corretto ed imparziale svolgimento delle procedure concorsuali.

Con riferimento alla materia dell'evidenza pubblica, ai sensi dell'art. 53 del D.lgs. n. 50/2016 (Accesso agli atti e riservatezza) salvo quanto espressamente previsto nel citato Codice dei contratti pubblici, il diritto di accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, ivi comprese le candidature e le offerte, è disciplinato dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241. Il diritto di accesso agli atti del processo di asta elettronica può essere esercitato mediante l'interrogazione delle registrazioni di sistema informatico che contengono la documentazione in formato elettronico dei detti atti ovvero tramite l'invio ovvero la messa a disposizione di copia autentica degli atti.

Fatta salva la disciplina prevista dal citato Codice per gli appalti secretati o la cui esecuzione richiede speciali misure di sicurezza, il diritto di accesso è differito:

a) nelle procedure aperte, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle medesime;
b) nelle procedure ristrette e negoziate e nelle gare informali, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, e in relazione all'elenco dei soggetti che sono stati invitati a presentare offerte e all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle offerte medesime; ai soggetti la cui richiesta di invito sia stata respinta, è consentito l'accesso all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, dopo la comunicazione ufficiale, da parte delle stazioni appaltanti, dei nominativi dei candidati da invitare;
c) in relazione alle offerte, fino all'aggiudicazione;
d) in relazione al procedimento di verifica dell'anomalia dell'offerta, fino all'aggiudicazione.

ART. 20

ESCLUSIONE

Il diritto di accesso è escluso per gli atti e documenti di cui al'art. 24 della L. 241/90 e successive integrazioni e modificazioni.

In particolare con riguardo ai casi più ricorrenti nell'ambito dell'attività di questa Amministrazione e, tenuto conto della disciplina prevista dal D.lgs. n. 196/2003 in materia di tutela dei dati personali, il diritto di accesso, salvo non sia previsto da una specifica disposizione di legge, è escluso per i seguenti documenti:

a. cartella clinica ed altri documenti riportanti dati sanitari, fatta eccezione per il diretto interessato e salvo quanto previsto dal successivo art. 21;

b. documenti o atti che riportino situazioni riservate la cui conoscenza da parte di terzi possa pregiudicare il diritto alla riservatezza di persone fisiche, di persone giuridiche, gruppi, imprese ed associazioni;

c. verbali del Comitato Valutazione Sinistri (CVS), in quanto atti connessi a liti in potenza o in atto e ciò al fine di salvaguardare il diritto costituzionalmente garantito dell'Azienda a difendere i propri diritti ed interessi;

d. documenti e/o atti connessi a liti in potenza o in atto ed in particolare i pareri, le consulenze legali, gli scritti defensionali degli avvocati, le consulenze e le relazioni tecniche interne o esterne nonché la corrispondenza inerente la fase precontenziosa o contenziosa del giudizio e ciò a tutela del diritto costituzionalmente garantito alla difesa dell'Amministrazione ed in ossequio a quanto previsto dagli artt. 622 c.p. e 200 c.p.p.. Se il parere, invece, viene reso in una fase endoprocedimentale, prodromica ad un provvedimento amministrativo nel quale viene espressamente richiamato, lo stesso è accessibile;

e. documenti preparatori degli atti amministrativi generali di pianificazione e di programmazione, documenti preparatori, istruttori e atti interni inerenti la procedura per l'espletamento di concorsi, compresi gli elaborati relativi alle prove concorsuali e ciò fino alla conclusione degli stessi;

f. documenti contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale nei procedimenti selettivi fatta eccezione per il diretto interessato;

g. fascicoli personali dei dipendenti fatta eccezione per l'interessato;

h. documenti recanti o attestanti l'attribuzione ai dipendenti di compensi economici comunque denominati o relativi a pignoramenti sulle retribuzioni dei dipendenti fermo restando gli obblighi di pubblicità previste dalle disposizioni di legge;

i. documenti attinenti a procedimenti penali, disciplinari o di responsabilità amministrativa e contabile riguardanti il personale fatta eccezione per il diretto interessato nei limiti di cui al precedente punto d) del presente articolo;

j. atti concernenti l'attività in corso di contrattazione integrativa aziendale;

k. rapporti alla Procura Generale e alle Procure Regionali della Corte dei Conti e richieste o relazioni di dette Procure ove siano nominativamente individuati soggetti per i quali si presume la sussistenza di responsabilità amministrativa, contabile o penale;

l. atti e documenti che contengano gli estremi di identificazione dei soggetti che segnalino la violazione di norme giuridiche e tecniche.

Deve essere comunque garantito ai richiedenti o a persone dagli stessi espressamente delegate, l'accesso ai documenti amministrativi la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere i loro interessi giuridici.

Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso è consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e, in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 24 comma 7 L. 241/90) nei termini previsti dall'art. 60 del D.lgs. n. 196/2003.

L'accesso è, pertanto, consentito se la situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare è di "pari rango" ai diritti dell'interessato, o è inerente ad un diritto della personalità o ad un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile.

L'accesso non può mai essere limitato o escluso per l'Autorità Giudiziaria in caso di indagini. L'accesso è, altresì, consentito alle Pubbliche Amministrazioni che lo richiedono a fini di istruttoria di pratiche di competenza, fatto salvo quanto indicato al punto d) del presente articolo.

Fatta salva la disciplina prevista dal D.lgs n. 50/2016 per gli appalti secretati o la cui esecuzione richiede speciali misure di sicurezza, sono esclusi il diritto di accesso e ogni forma di divulgazione in relazione (art. 53, comma 5, D.lgs 50/2016):

a) alle informazioni fornite nell'ambito dell'offerta o a giustificazione della medesima che costituiscano, secondo motivata e comprovata dichiarazione dell'offerente, segreti tecnici o commerciali;

b) ai pareri legali acquisiti dai soggetti tenuti all'applicazione del presente codice, per la soluzione di liti, potenziali o in atto, relative ai contratti pubblici;
c) alle relazioni riservate del direttore dei lavori e dell'organo di collaudo sulle domande e sulle riserve del soggetto esecutore del contratto;
d) alle soluzioni tecniche e ai programmi per elaboratore utilizzati dalla stazione appaltante o dal gestore del sistema informatico per le aste elettroniche, ove coperti da diritti di privativa intellettuale;

In relazione all'ipotesi di cui al lettera a), è consentito l'accesso al concorrente ai fini della difesa in giudizio dei propri interessi in relazione alla procedura di affidamento del contratto.

ART. 21

ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE CLINICA – SOGGETTI LEGITTIMATI

La documentazione clinica/sanitaria disponibile relativa al paziente è fornita in conformità a quanto previsto dall'art. 4 comma 2 della legge n. 24/2017, entro 7 (sette) giorni dalla presentazione della richiesta nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. n. 196/2013 nonché dal Regolamento Regionale 24 dicembre 2012 n. 3.
Eventuali integrazioni sono fornite in ogni caso entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della richiesta.

Per le categorie di documenti di cui al comma precedente i soggetti legittimati all'accesso sono individuati come segue:

- intestatario maggiorenne o minorenne emancipato al quale la documentazione clinica si riferisce;

- soggetti che esercitano la potestà di genitori nel caso in cui il paziente sia minorenne. Il genitore in caso di separazione o divorzio deve specificare all'atto della richiesta di accesso di essere o di non essere genitore affidatario del minore, al fine di qualificare la propria posizione giuridica. Nel caso di revoca della potestà ad entrambi i genitori, è da ritenere che il diritto di accesso debba essere esercitato esclusivamente dal tutore nominato, unico soggetto responsabile della tutela degli interessi del minore;

- tutore nei casi di paziente interdetto giudiziale (art. 414 c.c.) o nel caso menzionato al precedente punto. Per le persone inabilitate (art. 415 c.c.) la volontà del richiedente deve essere integrata da quella del curatore che deve parimenti sottoscrivere la richiesta. La qualità di tutore o curatore può anche essere attestata a mezzo di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

- i soggetti di cui alla L. 20 maggio 2016 n. 76 "Regolamentazione delle unioni civili dello stesso sesso e delle convivenze"

- amministratore di sostegno di cui alla L. 9 gennaio 2004 n. 6 a ciò espressamente abilitato dal decreto di nomina;

- terze persone purché munite di delega scritta da parte del paziente o da chi esercita la potestà o la tutela. In tali casi, quando la sottoscrizione dell'atto di delega non avviene innanzi al Direttore Sanitario o suo delegato, dovrà essere prodotta copia del documento di identità del delegante che ha sottoscritto l'atto e del delegato, identificato al momento del ritiro;

- eredi legittimi o testamentari del paziente deceduto. In tali casi dovrà essere provata la qualità di erede anche mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;

- autorità giudiziaria (art. 210, 211, 261 c.p.c., art. 370 c.p.p.);

- polizia giudiziaria (artt. 55, 348, 370 c.p.p.);

- INAIL nei casi di infortunio sul lavoro o di malattie professionali (artt. 94, 95 D.P.R. n. 1124/1965);

- enti esteri o sovranazionali legittimati all'accesso sulla base di convenzioni internazionali;
- ispettori del lavoro, per conto dell'Ispettorato del Lavoro e/o enti con funzioni analoghe (art. 64 D.P.R. n. 303/1956);
- Direzione Sanitaria dell'Azienda per scopi di verifica, ricerca e didattica;
- Uffici dell'Azienda per ragioni assicurative, di spedalità, di responsabilità civile, ecc., previa richiesta motivata delle ragioni che giustificano l'accesso;
- Direttore Sanitario o legale rappresentante di altri Ospedali o Cliniche, a seguito di trasferimento di pazienti in tali strutture, previa richiesta motivata della necessità di disporre di tali dati utili al trattamento morboso in atto;
- Medico curante dell'interessato, se il documento è necessario al fine della cura o nell'interesse dell'intestatario medesimo;
- enti di ricerca e studio, le cui richieste motivate, dovranno essere valutate caso per caso e soddisfatte compatibilmente con la esigenza di anonimato dei pazienti cui i dati si riferiscono*;*
- altri soggetti previsti da specifiche disposizione di legge.

In tutti i casi dovranno essere specificate le qualità del richiedente e le motivazioni della richiesta.

ART. 22

RIMEDI IN CASO DI DINIEGO

Nei 30 giorni successivi alla comunicazione di diniego alla richiesta di accesso ovvero nei 30 giorni successivi alla formazione del silenzio rifiuto, l'interessato può presentare ricorso al TAR ai sensi dell'art. 25 comma 5 della L. n. 241/90.

In applicazione dell'art. 16 lettera c) della L.R. n. 1/2012 l'istanza di riesame della richiesta di accesso può essere presentata nello stesso termine di 30 giorni, di cui al precedente comma, al Difensore regionale, ai sensi dell'art. 13 della L.R. 6 dicembre 2010 n. 18 (Disciplina del Difensore Regionale).

ART. 23

SPESE

L'esame dei documenti è gratuito.

Il rilascio di copia è subordinato soltanto al rimborso del costo di riproduzione salve le disposizioni vigenti in materia di bollo nonché i diritti di ricerca e visura.

Nell'allegato B sono indicate le tariffe e nell'allegato C le modalità di pagamento ed il regime fiscale per il rilascio di copie.

ART. 24

ACCESSO A BANCHE DATI DI PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

L'ASST dei Sette Laghi rende accessibili i propri archivi e le informazioni in essi contenute a tutte le pubbliche amministrazioni e a tutti gli altri soggetti incaricati di svolgere un servizio pubblico, sulla base di apposite convenzioni e con l'adozione di cautele di accesso atte a salvaguardare il rispetto del segreto e la tutela e la riservatezza, ai sensi dell'art. 24 della L. n. 241 /90, del D.lgs. n.196/03, dell'art 58 del D.lgs. 82/2005 e s.m.i. e dell'art 43 del D.P.R. n. 445/2000.

SEZIONE II

ACCESSO CIVICO

ART. 25

ACCESSO CIVICO

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

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

ART. 26

LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

L'esercizio del diritto di accesso civico non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivato ed è gratuito.

ART. 27

PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA

L'istanza di accesso civico, contenente le complete generalità del richiedente con relativi recapiti e numeri di telefono, identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti va presentata, per via telematica, secondo le modalità previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al D.Lgs 82/2005 come modificato dal D.lgs 179/2016, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il suddetto Responsabile, dopo avere ricevuto la richiesta ed averla inviata all'Ufficio Protocollo per la relativa protocollazione, la trasmette al Responsabile dell'Ufficio tenuto alla pubblicazione oggetto di richiesta, il quale, entro 30 giorni, pubblica sul sito dell'ASST il documento, l'informazione o il dato richiesto e contemporaneamente comunica al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Nel caso in cui quanto richiesto risulti già pubblicato, nè da comunicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Ove l'istanza sia stata presentata direttamente all'Ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti oggetto di istanza di accesso civico, il Responsabile dell'ufficio interessato provvede a trasmetterla al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, qualora risulti effettivamente inadempiuto l'obbligo di pubblicazione.

Nel caso in cui il Responsabile dell'ufficio ritardi o ometta la pubblicazione o non dia risposta, il richiedente può ricorrere al soggetto titolare del potere sostitutivo che viene individuato nel Direttore Amministrativo il quale, dopo avere verificato la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, dispone la pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASST e contemporaneamente nè da comunicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Quando la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del Decreto 33/2013, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha l'obbligo di segnalare, (ai sensi dell'art. 43 comma 5 del D.Lgs 33/2013) in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale all'ufficio competente in materia di procedimenti disciplinari, al Direttore Generale, all'OIV per l'adozione degli eventuali provvedimenti di competenza in merito alle relative forme di responsabilità.

Il richiedente può, inoltre, ricorrere al TAR secondo le disposizioni di cui al D.Lgs n. 104 del 2010.

SEZIONE III

ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

ART. 28

LEGITTIMAZIONE SOGGETTIVA

Il diritto all' "accesso civico generalizzato" o "accesso generalizzato", come disciplinato dall'art. 5, comma 2 del D.lgs 33/2013 s.m.i, è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis del citato decreto.

L'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, è gratuito, e non deve essere motivato.

Qualora non sia specificato un diverso titolo giuridico della domanda (ad es. procedimentale, ambientale etc) lo stesso dovrà essere trattato dall'Azienda come richiesta di accesso generalizzato.

ART. 29

PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA

L'istanza di accesso civico generalizzato, contenente le complete generalità del richiedente con relativi recapiti e numeri di telefono, identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e può essere inoltrata, anche per via telematica, secondo le modalità previste dal Codice dell'Amministrazione Digitale di cui al D.Lgs 82/2005 come modificato dal D.lgs 179/2016.
Nei casi di trasmissione per via telematica le domande presentate alle pubbliche amministrazioni sono valide ed equivalenti alle domande sottoscritte con firma autografa apposta in presenza del dipendente addetto al procedimento nei seguenti casi:

a) se sono sottoscritte e presentate insieme a copia del documento d'identità;
b) se sono trasmesse dal richiedente dalla propria casella di posta elettronica certificata;
c) se sono sottoscritte con firma digitale;
d) se il richiedente è identificato con il sistema pubblico di identità digitale (SPID) o la carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi:

In riferimento alla opzione sub a), la domanda deve ritenersi validamente presentata quando siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- che la domanda di accesso sia stata inviata da un indirizzo di posta elettronica certificata o non certificata;
- che nel messaggio di posta elettronica sia indicato il nome del richiedente (senza necessità di sottoscrizione autografa)
- che sia allegata al messaggio una copia del documento di identità del richiedente.

L'istanza può essere trasmessa ai seguenti indirizzi:

- Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi Viale Borri n. 57 – 21100 Varese
- pec: protocollo@pec.asst-settelaghi.it

L'istanza può essere trasmessa anche direttamente ai seguenti uffici:

- Ufficio che detiene i dati e/o i documenti che viene definito Ufficio competente;
- Ufficio relazione con il pubblico (URP) urp@asst-settelaghi.it;
- S.C. Affari Generali e Legali segreteria.affarigenerali@asst-settelaghi.it.

Ove l'istanza pervenga direttamente a tali Uffici la stessa è immediatamente inoltrata all'Ufficio Protocollo dell'Azienda per la protocollazione e l'assegnazione all' "Ufficio competente". L'Ufficio competente a decidere sulla domanda e a fornire riscontro al richiedente è di regola l'Ufficio che detiene i dati o i documenti richiesti che solitamente coincide con l'Ufficio competente *ratione materiae*. Tuttavia nei casi dubbi, l'Ufficio che è in possesso dei dati o dei documenti richiesti non può respingere la domanda di accesso per difetto di competenza nella materia oggetto della richiesta, dovrà eventualmente richiedere all'ufficio competente *ratione materiae* la valutazione in ordine all'accoglimento o meno della richiesta di accesso generalizzato.

La richiesta di accesso civico generalizzato riguarda i dati e i documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione (art.5, comma 2 del D.lgs. n. 33/2013) e conseguentemente l'Azienda:

- non è tenuta a raccogliere informazioni che non sono in suo possesso per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, ma deve limitarsi a rispondere sulla base dei documenti e delle informazioni che sono già in suo possesso;
- non è tenuta a rielaborare informazioni in suo possesso, per rispondere ad una richiesta di accesso generalizzato, deve cioè consentire l'accesso ai documenti, ai dati ed alle informazioni così come sono detenuti, organizzati, gestiti e fruiti.

Sono ammissibili le operazioni di elaborazione che consistono nell'oscuramento dei dati personali presenti nel documento o nell'informazione richiesta e, più in generale, nella loro anonimizzazione qualora ciò sia funzionale a rendere possibile l'accesso.

Non è ammessa un'istanza generica o meramente "esplorativa", pertanto le richieste devono consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione, con riferimento, almeno, alla loro natura e al loro oggetto.

L' "Ufficio competente" prima di dichiarare l'inammissibilità della richiesta deve richiedere per iscritto al soggetto richiedente di precisare l'oggetto della richiesta. Se l'interessato non fornisce i chiarimenti richiesti, l'Azienda conferma l'inammissibilità dell'istanza.

Analogamente l'Amministrazione si riserva, altresì, di valutare l'ammissibilità di domande di accesso civico generalizzato relative ad un numero manifestamente irragionevole di documenti che impongano un carico di lavoro tale da paralizzare in modo sostanziale il buon funzionamento dell'attività pubblica.

ART. 30

NOTIFICA AI CONTROINTERESSATI

L' "Ufficio competente", attiva l'istruttoria, e, se individua soggetti controinteressati ai sensi dell'articolo 5-bis, comma 2, del D.Lgs 33/2013, procede a darne comunicazione agli stessi, mediante invio di copia dell'istanza con raccomandata con avviso di ricevimento, o per via telematica (quest'ultima per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

I controinteressati, entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, possono presentare una opposizione debitamente motivata alla richiesta di accesso civico generalizzato, trasmettendola al predetto ufficio, anche per via telematica.

Il termine di 30 giorni per la conclusione del procedimento di accesso civico generalizzato è sospeso fino all'eventuale opposizione dei controinteressati, a decorrere dalla data di invio della comunicazione agli stessi controinteressati.

Decorsi dieci giorni dall'ultima data di ricezione della comunicazione ai controinteressati, l'Ufficio competente provvede sulla richiesta di accesso civico generalizzato, accertata la ricezione delle comunicazioni inviate ai controinteressati, e sulla base della valutazione del bilanciamento degli interessi contrapposti (l'interesse pubblico alla trasparenza e l'interesse del controinteressato alla tutela dei dati personali).
In caso di opposizione l'Ufficio competente non può assumere come unico fondamento del rifiuto di accesso il mancato assenso del controinteressato, ma deve valutare da un lato la probabilità e serietà del danno agli interessi dei contro interessati che abbiano fatto opposizione e dall'altro la rilevanza dell'interesse conoscitivo della collettività (e, se esplicitato, del richiedente) che la richiesta mira a soddisfare.

ART. 31

TERMINI DEL PROCEDIMENTO

Il procedimento di accesso civico generalizzato si conclude con provvedimento espresso e motivato, in relazione ai casi ed ai limiti stabiliti, nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza, con la contestuale comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati. Tale termine è sospeso fino al massimo di dieci giorni nel caso di comunicazione della richiesta ad eventuali contro interessati.

ART. 32

ACCOGLIMENTO DELL'ISTANZA

In caso di accoglimento, l'Ufficio competente provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i documenti, i dati o le informazioni richiesti.

In caso di accoglimento della richiesta di accesso civico generalizzato nonostante l'opposizione del controinteressato, salvi i casi di comprovata indifferibilità, l'Ufficio competente ne dà comunicazione al controinteressato e provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, al fine di consentire allo stesso l'esercizio della facoltà di richiedere il riesame.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali, secondo le tariffe previste dal presente Regolamento nel caso di accesso agli atti.

ART. 33

RIFIUTO, DIFFERIMENTO E LIMITAZIONE DELL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

In materia di rifiuto e limitazione dell'accesso generalizzato sussiste una riserva di legge assoluta. (Circolare n.2 /2017 MSPA)

L'accesso civico è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto agli interessi espressamente individuati dall'art. 5 bis commi da 1 a 3 del D.Lgs n. 33/2013 e s.m.i..

La regola della generale accessibilità è temperata dalla previsione di eccezioni poste a tutela di interessi pubblici e privati che possono subire un pregiudizio dalla diffusione generalizzata di talune informazioni.
L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:
a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
b) la sicurezza nazionale;
c) la difesa e le questioni militari;
d) le relazioni internazionali;
e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso civico generalizzato è altresì rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:
a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia (in particolare, quando comporta la comunicazione di dati sensibili e giudiziari o di dati personali di minorenni);
b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Il diritto di accesso civico generalizzato è escluso nei casi di segreto di Stato e negli altri casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge, ivi compresi i casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche condizioni, modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'articolo 24, comma 1, della legge n. 241 del 1990.

I limiti all'accesso civico generalizzato per la tutela degli interessi pubblici e privati individuati nei precedenti commi del presente articolo si applicano unicamente per il periodo nel quale la protezione è giustificata in relazione alla natura del dato.

L'accesso civico generalizzato non può essere negato ove, per la tutela degli interessi pubblici e privati individuati nei precedenti commi del presente articolo, sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento. Per la definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui al presente articolo, si rinvia alla Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 avente ad oggetto "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 CO. 2 del D.Lgs 33/2013" adottate ai sensi dell'art. 5-bis del D.Lgs 33/2013, e alla Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione che si intendono qui integralmente richiamate.

Laddove l'ASST, con riferimento agli stessi dati, documenti e informazioni, abbia negato il diritto di accesso ex L. 241/1990, motivando nel merito, cioè con la necessità di tutelare un interesse pubblico o privato, e quindi nonostante l'esistenza di una posizione soggettiva legittimante ai sensi della L. 241/1990, per ragioni di coerenza e a garanzia di posizioni individuali specificatamente riconosciute dall'ordinamento, provvede, per le stesse esigenze di tutela dell'interesse pubblico o privato, a negare, con provvedimento motivato, analoga richiesta di accesso civico generalizzato, eventualmente presentata da altri soggetti.

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

La comunicazione di rifiuto totale o parziale della richiesta di accesso generalizzato deve indicare l'Ufficio competente per il riesame.

ART. 34

RICHIESTA DI RIESAME

Il richiedente, nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine previsto, ovvero i controinteressati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'ASST che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

Nel caso in cui i dati o i documenti richiesti siano detenuti dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che dunque è competente a decidere in sede di prima istanza, la richiesta di riesame è presentata al Direttore Amministrativo.

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

A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni.

ART. 35

IMPUGNAZIONI

Avverso la decisione sulla richiesta di accesso generalizzato o, avverso il provvedimento motivato di riesame del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.Lgs, n. 104/2010.

ART. 34

SEGRETO D'UFFICIO E PROFESSIONALE

Il personale operante presso le Strutture dell'ASST è tenuto al segreto d'ufficio e professionale; non può trasmettere a chi non ne abbia diritto informazioni riguardanti provvedimenti od operazioni amministrative, in corso o concluse, di cui sia venuto a conoscenza a causa delle sue funzioni, al di fuori delle ipotesi e delle modalità previste dal presente regolamento e dalla normativa vigente.

ART. 35

REGISTRO

L'Azienda istituisce il registro delle richieste di accesso presentate per tutte le tipologie di acceso
Il registro contiene l'elenco delle richieste con l'oggetto e la data ed il relativo esito con la data della decisione assunta dall'Azienda ed è pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, e tenuto aggiornato ogni tre mesi, nella sezione "Amministrazione trasparente" "altri contenuti" "accesso civico" del sito web istituzionale.

ART. 36

NORME DI RINVIO

Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente Regolamento in materia di accesso agli atti si applicano le disposizioni della Legge 7.8.1990 n. 241, e successive modificazioni ed integrazioni ed il D.P.R. 12.4.2006 n. 184.
Per quanto non espressamente disciplinato dal presente Regolamento in materia di accesso civico e accesso civico generalizzato si applicano le disposizioni del D. Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016 nonché le Linee Guida in materia dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e la Circolare n. 2/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione.

ART. 37

ENTRATA IN VIGORE DEL REGOLAMENTO E FORME DI PUBBLICITA'

Il presente Regolamento entra in vigore dalla data di pubblicazione del provvedimento di approvazione ed è soggetto a variazione o integrazioni qualora intervengano nuove disposizioni legislative nazionali o regionali in materia.
L'ASST provvede a dare pubblicità al presente regolamento tramite pubblicazione sul proprio sito internet istituzionale sezione "amministrazione trasparente".

ART. 38

ALLEGATI

Si allega al presente regolamento la seguente documentazione operativa:

- istanza di accesso formale/informale ai documenti Amministrativi (allegato A);
- tabella tariffe (allegato B);
- modalità di rilascio documentazione (allegato C);
- istanza di accesso civico (allegato D);
- istanza di accesso civico generalizzato (allegato E);
- richiesta di riesame (allegato F);
- diniego totale/ parziale/differimento (allegato G);
- istanza accesso civico generalizzato contrinteressati (allegato H).

Eventuale
marca
da bollo a)

Al ***Direttore Generale***
Azienda Socio Sanitaria Territoriale
dei Sette Laghi
Viale Borri n. 57

21100 Varese

oppure Fax 0332-261440
oppure ufficio.protocollo@asst-settelaghi.it
oppure protocollo@pec.asst-settelaghi.it

Oggetto:
Istanza di accesso formale/informale ai documenti amministrativi.

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
residente in _____ via _____
Tel. n. _____ e-mail _____PEC _____
In qualità di: ❒ diretto interessato ❒ legale rappresentante (b) ❒ procuratore (c)

C H I E D E

❒ di prendere visione
❒ di ottenere copia
↳ ❒ in carta semplice ❒ autenticata

dei seguenti documenti amministrativi (indicare i dati identificativi del documento e/o oggetto)
_____
_____
N. copie richieste _____

D I C H I A R A

che la presente richiesta è motivata da
(indicare il motivo personale e concreto corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata)
_____
_____

❒ nell'interesse proprio ❒ per conto di _____
l'eventuale esistenza di controinteressati
_____
_____

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a non divulgare, comunicare e diffondere a terzi i dati, i documenti e le informazioni che verranno trasmessi a seguito dell'eventuale accoglimento dell'istanza e dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 riportata in calce alla presente.
Con la sottoscrizione apposta in calce alla presente istanza di accesso ai documenti amministrativi il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), l'ASST dei Sette Laghi di Varese ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico e/o cartaceo. Per quanto concerne i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2013.

Data, _____ Firma _____

(a) Nel caso di richiesta di copia conforme all'originale dovranno essere consegnate agli uffici competenti le marche da bollo necessarie alla regolarizzazione degli atti il cui numero ed ammontare sarà indicato dagli uffici stessi. L'istanza, in questo caso, dovrà essere presentata in bollo.
(b) allegare documentazione
(c) allegare documentazione e copia documento di identità di chi rilascia la procura

Il richiedente è stato identificato a mezzo del seguente documento

_____

Altre annotazioni a cura del Responsabile del Procedimento

_____

_____

_____

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento
I dati personali verranno trattati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.
2. Natura del conferimento
Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.
3. Modalità del trattamento
In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.
4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità d Responsabili o Incaricati
Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.
5. Diritti dell'interessato
All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.
6. Titolare e Responsabili del trattamento
Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese con sede in Viale Borri n. 57 – 21100 VARESE.

TABELLA TARIFFE

Riproduzione e costi documenti sanitari

Cartella Clinica	€ 20,00 da 1 a 50 fogli € 0,20 ogni ulteriore foglio	Pagamento al ritiro
Referto di Pronto Soccorso **Referto Autoptico** **Esami Singoli**	€ 5,00	Pagamento al ritiro
CD masterizzati	€ 20,00 ogni CD	Pagamento al ritiro

Per maggiori informazioni gli interessati possono accedere al sito dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale all'indirizzo: www.asst-settelaghi.it al link "Richiedere cartelle cliniche o documenti radiologici"

Costo ricerca e visura documenti amministrativi (es.: deliberazioni, determinazioni, corrispondenza….)

Documenti acquisiti agli atti di pratiche non archiviate e non chiuse	€ 3,00	Saldo al momento della richiesta
Documenti acquisiti agli atti di pratiche chiuse, ma presenti all'ufficio competente	€ 7,00 il primo documento € 3,00 ogni successivo documento della stessa pratica	Saldo al momento della richiesta
Documenti acquisiti agli atti di pratiche chiuse ed archiviate	€ 10,00 il primo documento € 5,00 ogni successivo documento della stessa pratica	Saldo al momento della richiesta

Costo fotocopie documenti amministrativi

Fotocopia formato A4	€ 0,20 ogni copia	Saldo al momento della richiesta
Fotocopia formato A3	€ 0,40 ogni copia	Saldo al momento della richiesta

MODALITA' DI RILASCIO DOCUMENTAZIONE

- L'istanza per il rilascio di copia semplice del documento è esente da bollo, così come la copia rilasciata.

- L'istanza per il rilascio di copia conforme deve essere redatta in bollo (una marca da bollo di Euro 16,00 ogni 4 facciate) così come in bollo verrà rilasciata la copia autenticata. (Risoluzione Ministero delle Finanze 4/10/2001 n. 151/E). In tale caso l'interessato è tenuto ad assolvere l'imposta di bollo mediante presentazione all'Ufficio competente ad evadere la richiesta dell'istanza in bollo e delle relative marche da apporre al momento della consegna dei documenti: l'Ufficio ne cura l'annullamento con timbro e data.

- Resta salvo il diverso regime fiscale previsto da speciali disposizioni di legge, a titolo esemplificativo non sono soggetti a bollo le copie di cartelle cliniche e i documenti relativi al personale ancorché rilasciati in copia conforme all'originale.

Il rilascio delle copie verrà effettuato a seguito di presentazione della ricevuta di versamento su Banca Intesa San Paolo – sede di Varese – Piazza San Vittore n. 5, Tesoriere: Intesa Sanpaolo

- Codice IBAN conto corrente IT75 O030 6910 8101 0000 0046 111 intestato all'ASST Sette Laghi di Varese Viale Borri n. 57 – 21100 Varese, o mediante conto corrente postale N. 18458216 intestato all'ASST dei Sette Laghi di Varese Viale Borri n. 57 – 21100 Varese.

- Nel caso di copie inviate a mezzo posta, su richiesta dell'interessato, la riscossione delle spese suddette nonché di quelle di spedizione avverrà a mezzo di contrassegno postale.

- E' gratuito il rilascio di copie all'Autorità Giudiziaria, alle Pubbliche Amministrazioni ed alle Organizzazioni Sindacali.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASST dei Sette Laghi [1]

ISTANZA ACCESSO CIVICO

(art. 5, comma 1 , D.lgs n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a COGNOME_____NOME_____

NATA/O_____RESIDENTE_____PROV (_____)

VIA_____

IN QUALITA' DI_____ [2]

in adempimento a quanto previsto dall'art. 5, commi 1, 3 e 6 del D.lgs n. 33/2013, e preso atto della regolamentazione dell'istituto dell'accesso civico nei termini e con le modalità previste dal "REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO" disponibile sul sito dell'ASST dei Sette Laghi nella sezione "Amministrazione Trasparente"- Atti generali

CHIEDE

La pubblicazione del/di _____
_____
_____
_____ [3]
e la contestuale trasmissione alla/al sottoscritta/o di quanto richiesto, ovvero la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto forma oggetto dell'istanza.

DICHIARA DI VOLER RICEVERE QUANTO RICHIESTO

❒ al seguente indirizzo di posta elettronica (certificata o non certificata) ……
……..
❒ al seguente indirizzo mediante lettere raccomandata r.r. con spese a proprio carico ……...
……...
❒ personalmente presso l'ufficio competente al rilascio

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a non divulgare, comunicare e diffondere a terzi i dati, i documenti e le informazioni che verranno trasmessi a seguito dell'eventuale accoglimento dell'istanza e dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 riportata in calce alla presente.
Con la sottoscrizione apposta in calce alla presente istanza di accesso il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), l'ASST dei Sette Laghi di Varese ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico e/o cartaceo. Per quanto concerne i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2013.

Luogo e data_____

Firma_____

Si allega: copia del documento d'identità.

[1] L'istanza va indirizzata al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nominato o indicato nel PTPC pubblicato sulla "sezione trasparenza" dell'ASST dei Sette Laghi.
[2] Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.
[3] Specificare il documento/informazione/dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell'istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento
I dati personali verranno trattati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.
2. Natura del conferimento
Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.
3. Modalità del trattamento
In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.
4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità d Responsabili o Incaricati
Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.
5. Diritti dell'interessato
All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.
6. Titolare e Responsabili del trattamento
Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese con sede in Viale Borri n. 57 – 21100 VARESE.

Indirizzare in via alternativa a

ASST dei Sette Laghi Varese
Viale Borri n. 57
21100 VARESE

Pec: protocollo@pec.asst-settelaghi.i

In via alternativa: e_mail: segreteria.affarigenerali@asst-settelaghi.it
oppure
urp@asst-settelaghi.it

ISTANZA ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

(art. 5, comma 2 , D.lgs n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a COGNOME_____NOME_____

NATA/O_____RESIDENTE_____ PROV (_____)

VIA_____

Tel (cell) _____

INQUALITA' DI_____ [1]

in adempimento a quanto previsto dall'art. 5, commi 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9 del D.lgs n. 33/2013 nei limiti di cui all'art. 5 bis del D.lgs n. 33/2013, e preso atto della regolamentazione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato nei termini e con le modalità previste dal "REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO" disponibile sul sito dell'ASST dei Sette Laghi nella sezione "Amministrazione Trasparente"- Atti generali

CHIEDE

❒ l'accesso mediante visione

❒ l'accesso con il rilascio di copia

del/dei seguente/i documento/i dato/i informazione/i:

_____
_____
_____

[2]

DICHIARA DI VOLER RICEVERE QUANTO RICHIESTO

❒ al seguente indirizzo di posta elettronica (certificata o non certificata)……..…….
……..…….
❒ al seguente indirizzo mediante lettere raccomandata a.r. con spese a proprio carico……
……..…..…
……..
❒ personalmente presso l'ufficio competente al rilascio

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a non divulgare, comunicare e diffondere a terzi i dati, i documenti e le informazioni che verranno trasmessi a seguito dell'eventuale accoglimento dell'istanza e dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 riportata in calce alla presente.
Con la sottoscrizione apposta in calce alla presente istanza di accesso il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), l'ASST dei Sette Laghi di Varese ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico e/o cartaceo. Per quanto concerne i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2013.

Luogo e data_____

Firma_____

Si allega: copia del documento d' identità.

Note
[1] Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.
[2] Specificare il documento/informazione/dato oggetto dell'istanza di accesso civico generalizzato.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento
I dati personali verranno trattati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.
2. Natura del conferimento
Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.
3. Modalità del trattamento
In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.
4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità d Responsabili o Incaricati
Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.
5. Diritti dell'interessato
All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.
6. Titolare e Responsabili del trattamento
Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese con sede in Viale Borri n. 57 – 21100 VARESE.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza dell'ASST Dei Sette Laghi
Viale Borri 57 21100 VARESE

via e_mail: responsabile.anticorruzione@asst-settelaghi.it

RICHIESTA DI RIESAME

(art. 5, commi 7, 9, D.lgs n. 33/2013)

Il/la sottoscritto/a COGNOME_____NOME_____

NATA/O_____RESIDENTE_____ PROV (_____)

VIA_____

IN QUALITA' DI_____[**1**]

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti,

CONSIDERATO CHE

- in data …… ha presentato istanza di accesso civico generalizzato avente per oggetto……
  ……
  ……
- con decisione amministrativa del …….. prot. n. …….. avente ad oggetto
  ……
  ……
  ……

❒ l'istanza è stata rigettata
❒ l'istanza è stata accolta parzialmente
❒ non è pervenuta risposta

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 5, commi 7, 9 del D.lgs n. 33/2013 nei limiti di cui all'art. 5 bis del D.lgs n. 33/2013, e preso atto della regolamentazione dell'istituto dell'accesso civico generalizzato nei termini e con le modalità previste dal "REGOLAMENTO PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AGLI ATTI E AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO E ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO" disponibile sul sito dell'ASST dei Sette Laghi nella sezione "Amministrazione Trasparente"- Atti generali

CHIEDE

il riesame della sopra citata istanza ai sensi dell'art. 5 comma 7 del D.Lgs n. 33/2013

Dichiara di voler ricevere quanto richiesto:

❒ all' indirizzo di posta elettronica (certificata o non certificata) ……..
……

❒ al seguente indirizzo mediante lettera raccomandata r.r. con spese a proprio carico ……
……
……

❒ personalmente presso l'ufficio competente

Si comunica che avverso la decisione dell'Amministrazione sulla domanda di riesame la S.V. potrà proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'art. 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.Lgs 2 luglio 2010 n. 104.

Il/la sottoscritto/a, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità in caso di dichiarazioni false o mendaci o di uso di atti falsi, dichiara e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

Il/la sottoscritto/a si impegna a non divulgare, comunicare e diffondere a terzi i dati, i documenti e le informazioni che verranno trasmessi a seguito dell'eventuale accoglimento dell'istanza e dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs n. 196/2003 riportata in calce alla presente.
Con la sottoscrizione apposta in calce alla presente istanza di accesso il/la sottoscritto/a autorizza, a norma del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), l'ASST dei Sette Laghi di Varese ad inserire e conservare tutti i dati in archivio elettronico e/o cartaceo. Per quanto concerne i diritti degli interessati si fa riferimento a quanto previsto dall'art. 7 del citato D.Lgs. n. 196/2013.

Luogo e data_____

Firma_____
Si allega: copia del documento d' identità.

[**1**] Indicare la qualifica nel caso si agisca per conto di una persona giuridica.

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la richiesta (Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento
I dati personali verranno trattati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.
2. Natura del conferimento
Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.
3. Modalità del trattamento
In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.
4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità d Responsabili o Incaricati
Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.
5. Diritti dell'interessato
All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.
6. Titolare e Responsabili del trattamento
Il Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) dei Sette Laghi di Varese con sede in Viale Borri n. 57 – 21100 VARESE.

da trasmettere con raccomandata a.r. o PEC

COMUNICAZIONE DINIEGO TOTALE/PARZIALE/DIFFERIMENTO

Prot. N.

Al Sig/Alla Ditta

Oggetto: richiesta di accesso generalizzato – Provvedimento di diniego totale, parziale o differimento dell'accesso generalizzato.

Con riferimento alla Sua richiesta di accesso generalizzato ex art. 5 comma 2 del D.Lgs n. 33/2013, pervenuta a questa Azienda in data _____, prot. N. _____,

SI COMUNICA

che la stessa non può essere accolta (in tutto /in parte)
Oppure
che l'esercizio del diritto di accesso generalizzato deve essere differito per giorni _____,

per i seguenti motivi:
_____
_____
_____
_____
_____

Il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni.

Si avverte l'interessato che contro il presente provvedimento, nei casi di diniego totale o parziale all'accesso generalizzato, potrà proporre ricorso avanti il TAR per la Lombardia ai sensi dell'art. 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.Lgs n. 104/2010.

Luogo e data

Il DIRIGENTE

da trasmettere con raccomandata a.r. o PEC

COMUNICAZIONE AI SOGGETTI CONTROINTERESSATI

(art. 5, comma 5 , D.lgs n. 33/2013)

Prot. N.

Al Sig/Alla Ditta

Oggetto: richiesta di accesso generalizzato – Comunicazione ai soggetti controinteressati ai sensi dell'art. 30 del vigente regolamento aziendale e dell' art. 5 comma 5 del D.Lgs n. 33/2013.

Si trasmette in allegato copia della richiesta di accesso generalizzato della/del Sig.ra/Sig. _____, pervenuta a questa Azienda in data _____prot. N. _____, per la quale la S.V./codesta Società dalla S.V. rappresentata, è stata individuata quale soggetto contro interessato ai sensi delle vigenti disposizioni.

Entro 10 giorni dal ricevimento della presente comunicazione la S.V. (oppure) Codesta Società rappresentata dalla S.V. in qualità di _____, quale soggetto controinteressato potrà presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso generalizzata qui allegata.

Si fa presente che decorso tale termine senza che alcuna opposizione venga prodotta, l'Azienda provvederà comunque sulla richiesta di accesso.

IL DIRIGENTE

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Sette Laghi

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DEI SETTE LAGHI
POLO UNIVERSITARIO

Viale Borri 57 21100 Varese
Tel. 0332-278.111, Fax 0332-261.440

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 443 del 30/06/2025

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DELL`ASST SETTE LAGHI.

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'albo pretorio sul sito aziendale così come previsto dall'art. 32, comma 1, L. 69/2009, dal 30/06/2025 e vi rimane per quindici giorni consecutivi.

Elenco Firmatari

Questo documento è stato firmato da*:*
Annunziata Emilia - Responsabile del procedimento S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
Ghilotti Damiano - Direttore S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
Lorenzon Dario - Delegato Direzione Amministrativa
Calicchio Giuseppe - Direttore DIREZIONE SOCIO SANITARIA
Triarico Antonio - Delegato Direzione Sanitaria
Micale Giuseppe - Direttore Generale Direzione Generale
Bortolato Claudia - Incaricato alla pubblicazione Delibere

Istruttoria redatta da: Annunziata Emilia