

PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”

Emesso/Redatto	Verificato da	Controllo formale	Approvato
Coordinatore Gruppo di Lavoro	*Dirigente struttura/Direttore Dipartimento*	SC Qualità e Sicurezza delle Cure	☐ Comitato di Direzione ☒ Direttore Generale ☐ Direttore di Dipartimento
Firmato digitalmente*	/	Firmato digitalmente*	Firmato digitalmente*
Firmato da: CLARA PELLUCCIA Codice fiscale: PLLCRS2M67E961D Valido da: 15-05-2024 14:45:11 a: 15-05-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale 'SigningTime': 15-12-2024 14:39:25 Motivo: Approvo il documento		Firmato da: ROBERTO GENCO RUSSO Valido da: 12-11-2024 12:40:44 a: 12-11-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale 'SigningTime': 18-12-2024 17:13:39 Motivo: Approvo il documento	Firmato da: PAOLA PALMIERI Valido da: 15-09-2022 11:31:51 a: 15-09-2025 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale 'SigningTime': 19-12-2024 15:10:29 Motivo: Approvo il documento

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

Sommario

1. DISPOSIZIONI GENERALI	5
1.1 Elenco revisioni	5
1.2 Gruppo di lavoro	5
1.3 Premessa	5
1.4 Ambito di applicazione	6
1.5 Definizioni generali	7
1.6 Acronimi	10
2. ARTICOLAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE	11
2.1 Area Organizzativa Omogenea	11
2.2 Responsabilità della gestione dei flussi documentali e degli archivi	11
2.3 Articolazione dell'Agenzia	12
2.4 Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi	12
2.5 Unicità del protocollo informatico	14
2.6 Modello operativo adottato per la gestione dei documenti	14
3. FORMAZIONE DEI DOCUMENTI	14
3.1 Modalità di formazione dei documenti e contenuti minimi	14
3.2 Formato dei documenti informatici	15
3.3 Sottoscrizione dei documenti informatici	15
3.4 Valore probatorio del documento informatico	15
3.5 Documenti cartacei: originali, minute e copie	16
3.6 Documenti informatici: originali, duplicati e copie	17
3.7 Tutela della riservatezza	17
4. RICEZIONE DEI DOCUMENTI	17
4.1 Ricezione dei documenti su supporto cartaceo	17
4.2 Ricezione dei documenti informatici	18
4.3 Ricevute attestanti la ricezione dei documenti	18
4.4 Conservazione delle buste o altri contenitori di documentazione	19
4.5 Orari di apertura per il ricevimento della documentazione cartacea	19
5. REGISTRAZIONE DEI DOCUMENTI	19
5.1 Documenti ricevuti, spediti, interni	19
5.2 Documenti soggetti a registrazione di protocollo	20
5.3 Documenti non soggetti a registrazione obbligatoria di protocollo	20
5.4 Registrazione di protocollo dei documenti	20
5.5 Segnatura di protocollo	22
5.6 Annullamento delle registrazioni di protocollo	22
5.7 Differimento dei termini di registrazione	22
5.8 Registro giornaliero e annuale di protocollo	22
5.9 Registro di emergenza	23

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

6. CASI PARTICOLARI.....	23
6.1 Documentazione soggetta a registrazione particolare	23
6.2 Documentazione di gare d'appalto	23
6.3 Documenti a carattere riservato, personale e /o confidenziale	24
6.4 Lettere anonime	24
6.5 Documenti con firma illeggibile	24
6.6 Documenti non firmati.....	24
6.7 Corrispondenza con più destinatari	24
6.8 Allegati	24
6.9 Documentazione di competenza di altre amministrazioni o di altri soggetti	25
6.10 Documenti originali plurimi o in copia per conoscenza.....	25
6.11 Oggetti plurimi	25
6.12 Produzione seriale di documenti sulla base di un modello generale	25
6.13 Modelli pubblicati	26
6.14 Trasmissioni telematiche	26
6.15 Documentazione gestionale interna.....	26
7. GESTIONE DELLA POSTA ELETTRONICA	27
7.1 La posta elettronica nelle comunicazioni interne all'Agenzia.....	27
7.2 La posta elettronica nelle comunicazioni verso l'esterno (Pubbliche Amministrazioni, cittadini e altri soggetti privati)	28
7.3 La posta elettronica ricevuta da cittadini o altri soggetti privati.....	28
7.4 La posta elettronica ricevuta da altre Pubbliche Amministrazioni.....	29
8. ASSEGNAZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI.....	30
8.1 Assegnazione.....	30
8.2 Modifica delle assegnazioni.....	30
8.3 Consegna dei documenti cartacei.....	30
8.4 Consegna dei documenti informatici.....	31
8.5 Classificazione dei documenti	31
9. FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI.....	31
9.1 Formazione e identificazione dei fascicoli	31
9.2 Processo di formazione dei fascicoli	32
9.3 Modifica delle assegnazioni dei fascicoli.....	32
9.4 Tenuta dei fascicoli dell'Archivio corrente	33
9.5 Scambio di documenti o di fascicoli fra gli uffici dell'Agenzia	33
10. SPEDIZIONE DEI DOCUMENTI DESTINATI ALL'ESTERNO	33
10.1 Spedizione dei documenti cartacei	33
10.2 Spedizione dei documenti informatici.....	33
11. SCANSIONE DEI DOCUMENTI CARTACEI.....	34
11.1 Documenti soggetti a scansione	34
11.2 Processo di scansione.....	34

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

12. CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI.....	35
12.1 Struttura dell'archivio	35
12.2 Piano di Conservazione dei documenti.....	36
12.3 Memorizzazione dei documenti analogici, dei documenti informatici e delle rappresentazioni digitali dei documenti cartacei.....	36
12.4 Conservazione dei documenti informatici	36
12.5 Censimento dei depositi documentari, delle banche dati e dei software	37
13. GESTIONE DELL'ARCHIVIO.....	37
13.1 Gli archivi correnti.....	37
13.2 Dall'archivio corrente all'archivio di deposito: il cosiddetto scarto in itinere	37
13.3 Documentazione eliminabile durante lo scarto in itinere	38
13.4 L'archivio di deposito	39
13.5 Dall'archivio di deposito all'archivio storico: lo scarto.....	41
13.6 Predisposizione della documentazione.....	42
13.7 Compilazione elenco documentazione per lo scarto.....	42
13.8 Frequenza delle operazioni di scarto	43
13.9 Responsabilità sull'osservanza delle norme sullo smaltimento	43
13.10 L'archivio storico.....	44
13.11 Periodi minimi di conservazione	45
13.12 Documentazione a conservazione illimitata	45
13.13 Responsabilità sulla tenuta degli archivi	45
14. PUBBLICITA' LEGALE E TRASPARENZA AMMINISTRATIVA	45
14.1 Modelli pubblicati	45
14.2 Obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni	46
14.3 Attuazione del GDPR: gestione dei dati.....	46
15. ACCESSO	47
15.1 Accessibilità al sistema di protocollo e livelli di riservatezza	47
16. GESTIONE DELL'EMERGENZA	48
16.1 Misure da adottare in caso di emergenza	49
17. DISPOSIZIONI FINALI	49
17.1 Norma di rinvio	49
17.2 Approvazione, integrazioni, modifiche ed aggiornamenti del Manuale	49
17.3 Pubblicazione del Manuale.....	50
18. NORMATIVA.....	50
19. ALLEGATI.....	52

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

1. DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 ELENCO REVISIONI

N.	Data	Paragrafi modificati	Motivo modifica
0	18.12.2024	Emissione Procedura	

1.2 GRUPPO DI LAVORO

Cognome Nome	Qualifica	Struttura di appartenenza	Firmato digitalmente *
Alberto Panese	Direttore SC	Analisi e Sviluppo Sistemi di Controllo	Firmato da: ALBERTO PANESE Codice fiscale: PNSLR771R14L4190 Valido da: 18-01-2024 09:51:53 a: 18-01-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale: Marca Temporale (vedi le proprietà della firma) Motivo: Approvo il documento
Andrea De Vitis	Direttore SC	Controlli Sanitari e Sociosanitari Integrati	Firmato da: ANDREA DE VITIS Valido da: 24-10-2022 13:37:44 a: 24-10-2025 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale "SigningTime": 19-12-2024 10:26:09 Motivo: Approvo il documento
Davide Archi	Direttore SC	Qualità e Sicurezza delle Cure	Firmato da: DAVIDE ARCHI Valido da: 06-06-2024 07:50:04 a: 06-06-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale "SigningTime": 19-12-2024 14:05:42 Motivo: Approvo il documento
Loredana Nofroni	Direttore SC	Analisi dei Processi Economico Sanitari	Firmato da: LOREDANA ALESSANDRA NOFRONI Valido da: 15-03-2024 11:02:16 a: 15-03-2026 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale: Marca Temporale (vedi le proprietà della firma) Motivo: Approvo il documento
Marta Sottoriva	Responsabile SS	Risorse Strumentali	Firmato da: MARTA SOTTORIVA Valido da: 15-01-2024 09:41:42 a: 15-01-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale: Marca Temporale (vedi le proprietà della firma) Motivo: Approvo il documento
Raffaella Botta	Dirigente Amministrativo	Staff Direzione Generale	Firmato da: RAFFAELLA BOTTA Valido da: 15-03-2024 09:25:56 a: 15-03-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale: Marca Temporale (vedi le proprietà della firma) Motivo: Approvo il documento
Manuela Mineccia	Collaboratore Amministrativo Professionale	Staff Direzione Generale	Firmato da: MANUELA MINECCIA Valido da: 04-06-2024 16:20:58 a: 04-06-2027 01:00:00 Certificato emesso da: InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT Riferimento temporale "SigningTime": 18-12-2024 17:34:13 Motivo: Approvo il documento

Il lavoro è stato coordinato dalla **Dott.ssa Clara Pelliccia**, in qualità di Direttore della “SC Coordinamento Attività Amministrativa delle Strutture di Controllo” e Direttore Sostituto della “SC Giuridico e Risorse Umane”.

1.3 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 pertanto sono inalienabili.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

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. 445/2000 e s.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.33/2013 e s.m.i.) e la tutela dei dati personali e sensibili (D. L.gs. n. 196/2003 e s.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 al contempo tutte le misure idonee “a limitare le situazioni di rischio” (artt. 3, 29 e 30 del D. L.gs. n. 42/2004 e s.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 l'Agenzia è tenuta 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).

1.4 AMBITO DI APPLICAZIONE

Il presente Manuale di gestione documentale è adottato ai sensi degli articoli 3 e 5 del DPCM 31 ottobre 2000, recante le regole tecniche per il protocollo informatico e descrive il sistema di ricezione,

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

formazione, registrazione, classificazione, fascicolazione, trattamento e conservazione dei documenti, oltre che la gestione dei flussi documentali e dei procedimenti dell’Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS).

In particolare, disciplina:

- le modalità di gestione dei documenti e dei fascicoli dell’Agenzia;
- le modalità per la corretta tenuta dell’archivio dell’ACSS;
- 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. 42/2004 e della DGR X/325 del 27/06/2013, successivamente integrata e modificata mediante approvazione, da ultimo, della versione 04 del Titolare di Classificazione e Massimario di Scarto della Documentazione del Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia di cui al Decreto n. 15229 dell’1.12.2017 che costituisce parte integrante e sostanziale della presente procedura operativa (All. n. 1);
- gli obblighi di pubblicità della trasparenza e l’accesso agli atti, nonché la modalità di trattamento dei dati personali;
- la gestione dell’archivio in caso di emergenza.

Le disposizioni della presente procedura operativa si applicano a tutti i documenti prodotti ed acquisiti dall’ACSS nello svolgimento della propria attività amministrativa.

1.5 DEFINIZIONI GENERALI

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.

Area Organizzativa Omogenea (AOO): insieme definito di unità organizzative di una amministrazione, che usufruiscono, in modo omogeneo e coordinato, di comuni servizi per la gestione dei flussi documentali; in particolare, una AOO utilizza per il servizio di protocollazione un’unica sequenza numerica, rinnovata ogni anno solare.

Assegnazione, individuazione della persona fisica responsabile della trattazione dell’affare o procedimento amministrativo e della gestione dei documenti nella fase corrente.

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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Casella istituzionale di posta elettronica: la casella di posta elettronica, istituita da un’AOO, per la ricezione dall’esterno e per la spedizione all’esterno dei documenti da registrare a protocollo.

Categoria: la partizione del Titolario, contrassegnata da un simbolo costituito da un numero romano o da un numero arabo o da una lettera dell’alfabeto oppure da un simbolo misto costituito da una lettera e un numero, ecc.

Classificazione: l’operazione che consente di organizzare i documenti in relazione alle funzioni ed alle modalità operative dell’Agenzia.

Conservazione: Attività volta a garantire la tenuta in condizioni idonee, all’interno di archivi analogici e/o digitali, dei documenti.

Copia: la riproduzione di un documento originale eseguita a mano, a macchina o mediante apparecchio per fotocopiare; la semplice copia non ha valore giuridico; la copia ha valore giuridico e si definisce autentica o autenticata quando è emessa da un ente che può rilasciare copie conformi all’originale e reca segni di autenticazione.

Documento amministrativo: il documento amministrativo è la rappresentazione, in qualsiasi modo formata, del contenuto di atti anche interni, dell’ACSS o, comunque, utilizzati ai fini dell’attività amministrativa.

Documento analogico: la rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.

Documento archiviato: il documento informatico, anche sottoscritto, sottoposto al processo di archiviazione elettronica.

Documento conservato: il documento sottoposto al processo di conservazione sostitutiva.

Documento informatico: la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente.

Duplicato informatico: il documento informatico ottenuto mediante la memorizzazione, sullo stesso dispositivo o su dispositivi diversi, della medesima sequenza di valori binari del documento originario.

Elenco: la lista con indicazione più o meno sommaria della documentazione compresa in ciascuna busta e dei registri di un fondo non riordinato, secondo l’ordine in cui si trovano le singole unità.

E-mail (posta elettronica): il sistema di comunicazione elettronica attraverso messaggi.

Fascicolazione. l’operazione di riconduzione dei singoli documenti classificati in tanti fascicoli corrispondenti ad altrettanti affari o procedimenti amministrativi.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

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.

Firma digitale, un particolare tipo di firma elettronica avanzata qualificata, 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.

Firma elettronica avanzata: l’insieme di dati in forma elettronica allegati oppure connessi a un documento informatico, che consentono l’identificazione del firmatario del documento e garantiscono la connessione univoca al firmatario, creati con mezzi sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo e collegati ai dati ai quali detta firma si riferisce in modo da consentire di rilevare se i dati stessi siano stati successivamente modificati.

Firma elettronica qualificata: un particolare tipo di firma elettronica avanzata che sia basata su un certificato qualificato e realizzata mediante un dispositivo sicuro per la creazione della firma.

Firma elettronica: l’insieme dei dati in forma elettronica, allegati oppure connessi tramite associazione logica ad altri dati elettronici, utilizzati come metodo di identificazione informatica.

Flusso documentale: il movimento dei documenti all’interno dell’archivio (dalla fase di formazione dell’archivio corrente a quella di conservazione dell’archivio storico).

Gestione dei documenti: l’insieme delle attività finalizzate alla formazione, ricezione, registrazione di protocollo ed alla classificazione, organizzazione, assegnazione e reperimento dei documenti amministrativi, formati o acquisiti dall’Azienda, nell’ambito del sistema di classificazione adottato.

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 procedura operativa.

Minuta: l’ulteriore esemplare in originale, che resta agli atti dell’ufficio produttore, di un documento già spedito in originale al destinatario o ai destinatari.

Piano di conservazione degli archivi: lo strumento, previsto dalla normativa, che definisce i criteri di organizzazione della documentazione, di selezione periodica e di conservazione permanente dei documenti, redatto e integrato con il sistema di classificazione adottato.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Protocollo informatico: il registro su supporto informatico sul quale vengono registrati quotidianamente i documenti spediti e ricevuti da un ente. La registrazione di protocollo costituisce elemento probante dell'autenticità del documento ed è l'operazione con cui un documento entra a far parte integrante di un archivio e della memoria di un ente, per cui un documento non protocollato è come se non fosse mai stato prodotto o ricevuto. Il protocollo è atto pubblico di fede privilegiata fino a querela di falso; il protocollo è elemento essenziale per la gestione della memoria delle pubbliche amministrazioni in caso di mancanza del numero di protocollo il documento può perdere la sua efficacia.

Protocollo: il numero progressivo automatico apposto a un documento al momento della registrazione nel protocollo informatico.

Scarto: l'operazione con cui si destina al macero una parte della documentazione di un archivio.

Segnatura di protocollo: l'apposizione o l'associazione all'originale del documento, in forma permanente e non modificabile, delle informazioni riguardanti il documento stesso.

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 (Allegato n. 1).

1.6 ACRONIMI

ACRONIMO	DESCRIZIONE
ACSS	Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo
SC	Struttura Complessa
SS	Strutture Semplici
SSD	Strutture Semplici Dipartimentali
PIAO	Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2025-2026
D.Lgs	Decreto Legislativo
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
CAD	Codice Amministrazione Digitale
DPS	Documento Programmatico sulla Sicurezza dei dati
CRS	Carta Regionale dei Servizi
ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
RPCT	Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

2. ARTICOLAZIONE E ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE

2.1 AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA

Ai fini della gestione dei documenti, l'Agenzia viene considerata come un'unica Area Organizzativa Omogenea (AOO) composta dalle seguenti articolazioni organizzative interne:

- Direzione Generale;
- SC Giuridico e Risorse Umane;
- SC Analisi dei Processi Economico Sanitari;
- SC Controlli Sanitari e Sociosanitari Integrati;
- SC Analisi e Sviluppo Sistemi di Controllo;
- SC Qualità e Sicurezza delle cure;
- SC Coordinamento Attività Amministrativa delle Strutture di Controllo;
- SS Risorse Strumentali.

A tale Area è stato assegnato il codice identificativo univoco “AOO: ACE3BB7” e codice IPA: acssl.

2.2 RESPONSABILITÀ DELLA GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI

La legislazione vigente (D.Lgs. 42/2004), secondo quanto esposto in precedenza, impone ai possessori o detentori di beni culturali di garantire la loro tutela, buona conservazione e sicurezza, evitando ogni situazione di rischio.

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

Ogni azione amministrativa comporta la produzione, la tenuta e la conservazione di documentazione archivistica: la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi è pertanto responsabile della gestione documentaria in conformità alle disposizioni della presente procedura. Inoltre, gli archivi 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'Agenzia nella formazione dei piani (o massimari) di conservazione

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

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'Agenzia non provvede alla reintegrazione del danno provocato all'archivio, si può dar luogo all'intervento statale sostitutivo, a spese dell'Agenzia; 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'Agenzia 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.

2.3 ARTICOLAZIONE DELL'AGENZIA

Ai sensi e nei termini di cui all'organigramma contenuto nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2025-2026 (PIAO) vigente, l'Agenzia si articola in:

- Strutture Complesse (SC);
- Strutture Semplici Dipartimentali (SSD);
- Strutture Semplici (SS).

2.4 SERVIZIO PER LA TENUTA DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DELLA GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI

Nell'ambito dell'Area Organizzativa Omogenea, ai sensi dell'art. 61, comma 1, del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, è individuato un Ufficio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

L'Ufficio ha competenza sulla gestione dell'intera documentazione archivistica, ovunque trattata, distribuita o conservata dall'Agenzia, ai fini della sua corretta registrazione, classificazione, conservazione, selezione e ordinamento.

L'Ufficio ha valenza interna, come supporto all'attività amministrativa, e valenza esterna quale servizio pubblico di accesso alla documentazione, sia per fini amministrativi sia per fini storici e culturali.

Ai sensi del D.Lgs. 22 gennaio 2004 n. 42 e del DPR 445/2000, l'Agenzia individua nell'Archivio una funzione essenziale per garantire la certezza, la semplificazione e la trasparenza dell'agire amministrativo, il reperimento di informazioni affidabili sotto il profilo giuridico, la tutela della

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

memoria storica dell’Agenzia e il diritto di tutti i cittadini all’accesso all’informazione, alla formazione ed allo sviluppo della conoscenza.

L’Archivio e i singoli documenti dell’Agenzia sono beni archivistici; obbediscono pertanto alle disposizioni legislative di cui all’art. 2 e all’art. 10 comma 2, del D.Lgs. n. 42/2004.

L’Archivio, pur nella distinzione delle fasi di vita dei documenti, della loro valenza giuridica e storica e delle suddivisioni, è da ritenersi logicamente unico e funzionalmente integrato.

Alla Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi sono affidati i compiti di cui all’art. 61 comma 3 del DPR 445/2000 e DPCM 31/10/2000.

La Struttura competente, in particolare:

- attribuisce e provvede periodicamente ad aggiornare le autorizzazioni per l’accesso alle funzioni della procedura, distinguendo tra abilitazioni alla consultazione e abilitazioni all’inserimento e alla modifica delle informazioni;
- garantisce che le operazioni di registrazione di protocollo, classificazione ed indicizzazione dei documenti ricevuti si svolgano nel rispetto delle disposizioni della normativa vigente;
- garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro di protocollo di cui all’art. 53;
- 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 in collaborazione con i Sistemi Informativi;
- conserva il registro di emergenza;
- autorizza le operazioni di annullamento e di modifica;
- garantisce il buon funzionamento degli strumenti e dell’organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali e le attività di gestione degli archivi.

Nell’ambito della gestione dell’Archivio dell’Agenzia, la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi:

- coordina e verifica l’attuazione e il rispetto delle procedure adottate nella gestione della documentazione corrente e per il versamento all’Archivio di deposito;
- coordina le operazioni di compilazione e aggiornamento degli strumenti di corredo utili per la gestione e la consultazione delle pratiche depositate;
- sovrintende alle procedure di selezione e scarto dei documenti dell’Archivio di deposito.

La Struttura competente in materia di gestione documentale del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, opera d’intesa con il Responsabile della

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Conservazione dei documenti informatici, ai sensi dell'art. 44 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) D.Lgs. 7 marzo 2005 n. 82 e ss.mm.e ii.

2.5 UNICITÀ DEL PROTOCOLLO INFORMATICO

Nell'ambito dell'Area Organizzativa Omogenea la numerazione delle registrazioni di protocollo è unica e progressiva, senza distinzione fra i tre i tipi di documenti (“ricevuti”, “spediti” e “interni”). Essa si chiude al 31 dicembre di ciascun anno solare e ricomincia all'inizio dell'anno successivo. Ciascun documento deve essere identificato mediante l'assegnazione di un unico numero di protocollo e non è consentita l'attribuzione del medesimo numero ad altri documenti, per quanto strettamente correlati tra loro.

2.6 MODELLO OPERATIVO ADOTTATO PER LA GESTIONE DEI DOCUMENTI

Per la gestione dei documenti è adottato un modello operativo di tipo decentrato che prevede la partecipazione di più strutture di protocollazione e uffici utente, abilitati a svolgere soltanto le operazioni di loro competenza.

Il sistema di gestione informatica prevede livelli di accesso differenziati per quanto riguarda l'inserimento, la ricerca e la modifica di dati.

Ad ogni utente è associato un profilo utente che ne identifica la struttura di appartenenza, il nominativo e il livello di accesso a cui è abilitato.

3. FORMAZIONE DEI DOCUMENTI

3.1 MODALITÀ DI FORMAZIONE DEI DOCUMENTI E CONTENUTI MINIMI

Le modalità di formazione dei documenti, la loro struttura, il loro formato e gli altri elementi-base sono determinati dalla Direzione Generale e da quanto previsto dal presente Manuale. Per quanto riguarda i documenti informatici, la loro produzione è regolata sulla base di modelli *standard* presenti nel sistema informatico di gestione documentale.

Il contenuto minimo di ciascun documento deve comunque garantire la presenza delle seguenti informazioni:

- denominazione e logo dell'Agenzia (per quanto riguarda i documenti su supporto cartaceo si utilizza il formato predisposto dall'Agenzia);
- indicazione dell'ufficio dell'Agenzia che ha prodotto il documento;
- indirizzo e recapiti completi (via, numero civico, codice avviamento postale, città, sigla della provincia, numero di telefono, numero di fax, indirizzo di posta elettronica dell'Agenzia);
- data: luogo, giorno, mese, anno;

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

- destinatario;
- oggetto del documento, sufficientemente esaustivo del testo (ogni documento deve trattare un solo oggetto);
- classificazione (categoria, classe, sottoclasse e fascicolo);
- numero degli allegati, se presenti;
- numero di protocollo;
- testo;
- sottoscrizione autografa o elettronico/digitale del Direttore/Dirigente Responsabile (o del funzionario delegato);
- indicazione del Responsabile del procedimento (Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss. mm. e ii.);
- indicazione dello scrittore /referente per la pratica.

3.2 FORMATO DEI DOCUMENTI INFORMATICI

I documenti informatici prodotti dall'Agenzia - quali rappresentazioni informatiche di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti ai sensi dell'art. 1, lett. p) del CAD, indipendentemente dal *software* utilizzato, prima della loro sottoscrizione con firma elettronico/digitale, sono convertiti in uno dei formati *standard* previsti dalla normativa vigente in materia di conservazione, al fine di garantire la loro inalterabilità durante le fasi di accesso e conservazione, nonché l'immutabilità nel tempo del contenuto e della struttura.

I documenti ricevuti in un formato diverso da quelli prescritti dal presente Manuale, se sottoscritti con firma digitale sono recepiti dal sistema e convertiti in uno dei formati *standard* previsti. In caso di conversione del formato dei documenti informatici, la corrispondenza fra il formato originale ed il nuovo formato è garantita dal Responsabile della Conservazione dei documenti informatici.

3.3 SOTTOSCRIZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

La sottoscrizione dei documenti informatici è ottenuta con un processo di firma elettronico/digitale conforme alle disposizioni di legge.

A tal fine l'Agenzia si avvale dei servizi di certificazione offerti da Regione Lombardia – INFOCERT.

3.4 VALORE PROBATORIO DEL DOCUMENTO INFORMATICO

Ai sensi dell'art. 20, c. 1-bis del CAD, l'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono liberamente valutabili in giudizio, tenuto conto delle caratteristiche oggettive di qualità, sicurezza, integrità ed immodificabilità del documento stesso.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Laddove sottoscritto, il documento informatico ha il valore probatorio di cui all'art. 21 del CAD:

2-bis). Salvo quanto previsto dall'articolo 25, le scritture private di cui all'articolo 1350, primo comma, numeri da 1 a 12, del Codice civile, se fatte con documento informatico, sono sottoscritte, a pena di nullità, con firma elettronica qualificata o con firma digitale.

2-ter) Fatto salvo quanto previsto dal decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 110, ogni altro atto pubblico redatto su documento informatico è sottoscritto dal pubblico ufficiale a pena di nullità con firma qualificata o digitale. Le parti, i fidejacenti, l'interprete e i testimoni sottoscrivono personalmente l'atto, in presenza del pubblico ufficiale, con firma avanzata, qualificata o digitale ovvero con firma autografa acquisita digitalmente e allegata agli atti.

5) 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”.

3.5 DOCUMENTI CARTACEI: ORIGINALI, MINUTE E COPIE

Per ogni documento cartaceo destinato ad essere spedito vengono scritti tanti esemplari quanti sono i destinatari.

L'originale è quello spedito al destinatario.

L'originale rappresenta la redazione definitiva, perfetta e autentica negli elementi sostanziali e formali.

L'originale del documento è unico, salvo i casi dove è previsto un originale multiplo (contratti, convenzioni, ecc.).

La minuta rappresenta la redazione definitiva del documento da conservare “agli atti”. Essa porta la firma autografa ed è conservata nel fascicolo del procedimento al quale si riferisce o nell'apposita serie documentaria. Anche sulla minuta è apposta la segnatura di protocollo a cura della struttura emittente.

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

Le copie trasmesse per ragioni amministrative ad altre strutture organizzative sono conservate per tutto il tempo necessario allo svolgimento del procedimento cui il documento si riferisce e quindi eliminate secondo le norme previste dal Massimario di scarto.

Ai sensi dell'art. 23–ter c. 3 del CAD, le copie informatiche di documenti analogici e le copie per immagine su supporto informatico di documenti analogici *“hanno il medesimo valore giuridico, ad ogni effetto di legge, degli originali da cui sono tratte, se la loro conformità all'originale è assicurata*

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

dal funzionario a ciò delegato (...) mediante l'utilizzo della firma digitale o di altra firma elettronica qualificata e nel rispetto delle regole tecniche” vigenti in materia.

3.6 DOCUMENTI INFORMATICI: ORIGINALI, DUPLICATI E COPIE

Gli atti formati con strumenti informatici, i dati e i documenti informatici, comunque detenuti dall'Agenzia, costituiscono informazione primaria ed originale da cui è possibile effettuare, su diversi tipi di supporto, duplicati e copie, nei termini e per gli usi consentiti dalla legge.

Le copie, sia cartacee sia informatiche, di documenti informatici, nonché i duplicati informatici, hanno la stessa efficacia probatoria dell'originale da cui sono tratte, quando la loro conformità all'originale non è espressamente disconosciuta o qualora risulti attestata nelle forme di cui agli artt. 23 e 23-bis del CAD.

Per quanto riguarda la formazione di documenti informatici, il sistema attua un controllo delle versioni dei documenti informatici, tenendo traccia dei loro passaggi e trasformazioni fino alla versione definitiva inviata alla registrazione di protocollo e, ove richiesto, vengono conservate le versioni stesse.

3.7 TUTELA DELLA RISERVATEZZA

I documenti, le banche dati, il protocollo e gli altri registri, sono prodotti in modo da tutelare la riservatezza dei dati personali, dei dati sensibili e dei dati giudiziari secondo la normativa vigente.

4. RICEZIONE DEI DOCUMENTI

4.1 RICEZIONE DEI DOCUMENTI SU SUPPORTO CARTACEO

I documenti su supporto cartaceo possono pervenire all'Area Organizzativa Omogenea, presso la sede dell'Agenzia attraverso una delle seguenti modalità:

- posta (ordinaria, raccomandata, celere, corriere espresso, ecc.);
- a mano.

La corrispondenza indirizzata genericamente all' Agenzia di Controllo del sistema Socio Sanitario oppure a specifici Dipartimenti dell'Agenzia o ai singoli dipendenti, viene aperta, timbrata con la data del giorno corrente, suddivisa per tipologie, e quindi consegnata agli uffici preposti alla protocollazione.

Gli Atti Giudiziari e i telegrammi vengono consegnati in busta chiusa all'Ufficio Protocollo o alle unità di protocollazione decentrate, per la registrazione ed il seguito di competenza.

I meri avvisi di avvenuto recapito di un telegramma vengono semplicemente timbrati col timbro di arrivo e smistati ai destinatari.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

La posta indirizzata al Direttore Generale dell’Agenzia viene aperta dall’Ufficio responsabile della gestione del protocollo in entrata e successivamente valutata ai fini dell’individuazione di eventuali precedenti e della protocollazione da effettuarsi a cura dell’Ufficio stesso.

La corrispondenza indirizzata ai Direttori che riporta la dicitura “riservata” o “personale” o simili viene trattata secondo quanto previsto al successivo punto 6.3.

Gli inviti, le note augurali e le informazioni pubblicitarie, ove esternamente riconoscibili dal plico, sono mantenuti nella loro busta, timbrata con il timbro di arrivo.

4.2 RICEZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

I documenti informatici possono pervenire all’Area Organizzativa Omogenea, presso la sede dell’Agenzia, attraverso:

- spedizione via posta elettronica normale o certificata;
- trasmissione su supporto rimovibile (ad es.: Cd-rom, DVD, pen-drive, ecc...).

La ricezione dei documenti informatici è assicurata tramite:

- casella dell’Agenzia di posta elettronica istituzionale: direzione@acsslombardia.it
- casella dell’Agenzia di posta elettronica certificata (PEC): acss@pec.regione.lombardia.it

I suddetti indirizzi sono riservati alla funzione di ricezione/spedizione, sono resi disponibili agli uffici preposti alla registrazione di protocollo e sono pubblicati sul sito Internet dell’Agenzia all’indirizzo: Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo - www.acsslombardia.it

I documenti informatici eventualmente pervenuti alle unità organizzative non abilitate alla ricezione devono essere inoltrati all’indirizzo di posta elettronica istituzionale indicato dall’Agenzia come deputato alle operazioni di registrazione.

Per quanto riguarda la gestione della posta elettronica si veda quanto previsto alla Sezione 7.

4.3 RICEVUTE ATTESTANTI LA RICEZIONE DEI DOCUMENTI

La ricevuta della consegna di un documento cartaceo, laddove richiesta, è costituita dalla fotocopia del primo foglio del documento stesso, con un timbro che attesti il giorno della consegna. Per la corrispondenza consegnata in portineria, viene timbrata la bolletta di consegna con timbro datario e firma dell’addetto ricevente.

Per altri tipi di documenti analogici verrà rilasciata ricevuta tramite apposita dichiarazione.

Nel caso di ricezione dei documenti informatici, la notifica al mittente dell’avvenuto ricevimento è assicurata dal sistema elettronico.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

4.4 CONSERVAZIONE DELLE BUSTE O ALTRI CONTENITORI DI DOCUMENTAZIONE

Le buste dei documenti pervenuti si inoltrano sempre agli uffici destinatari e vengono conservate almeno per 24 ore; laddove necessario per espressa disposizione normativa o altrimenti ritenuto opportuno dal Responsabile dell'ufficio assegnatario, le stesse possono essere conservate per periodi più lunghi.

4.5 ORARI DI APERTURA PER IL RICEVIMENTO DELLA DOCUMENTAZIONE CARTACEA

L'Ufficio postale di Palazzo Sistema è collocato in via Taramelli 12, Nucleo G, Piano 0. Il numero interno a cui risponde è il seguente: 22589.

L' e-mail dell'Ufficio postale di riferimento è: puntoposta_palazzosistema@regione.lombardia.it

L'Ufficio postale è aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 16:30.

5.REGISTRAZIONE DEI DOCUMENTI

5.1 DOCUMENTI RICEVUTI, SPEDITI, INTERNI

In relazione alle modalità di produzione, ricezione o acquisizione al patrimonio documentale dell'Agenzia, i documenti si distinguono in:

- documenti ricevuti (In Arrivo);
- documenti spediti (In Uscita);
- documenti interni, informali e formali.

Documenti ricevuti (in Arrivo)

I documenti ricevuti sono tutti i documenti ricevuti dall'Agenzia, provenienti da soggetti (persone fisiche o persone giuridiche, pubbliche e private) esterni.

Documenti spediti (in Uscita)

I documenti spediti sono tutti i documenti prodotti dall'Agenzia e destinati, per competenza, a soggetti esterni (persone fisiche o giuridiche).

Documenti interni

I documenti interni sono prodotti, mantenuti e destinati, per competenza, ad altri uffici interni all'Agenzia.

I documenti interni si distinguono in:

- a) informali: di norma sono documenti di lavoro di natura non ufficiale, temporanea e/o interlocutoria, a preminente carattere informativo/operativo/preparatorio (ad es.: scambio di prime bozze di

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

documenti senza annotazioni significative, convocazioni e verbali di incontri interni ad un ufficio o comunque non caratterizzati da particolare ufficialità, memorie informali, brevi appunti, indicazioni operative del Dirigente interessato, ecc.).

b) formali: sono quei documenti aventi rilevanza giuridico-probatoria, di norma redatti dal personale nell'esercizio delle proprie funzioni ed al fine di documentare fatti inerenti all'attività svolta ed alla regolarità dell'azione dell'Agenzia o qualsiasi altro documento dal quale possano nascere diritti, doveri, o legittime aspettative di terzi.

5.2 DOCUMENTI SOGGETTI A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO

Tutti i documenti prodotti e ricevuti dall'Agenzia, sia analogici che informatici, sono registrati al protocollo, ad eccezione di quelli indicati successivamente (punto 5.3 e Sezione 6).

Salvo quanto previsto nella successiva Sezione 6, sono eliminati tutti i sistemi di registrazione dei documenti alternativi al protocollo informatico.

5.3 DOCUMENTI NON SOGGETTI A REGISTRAZIONE OBBLIGATORIA DI PROTOCOLLO

Ai sensi dell'articolo 53, comma 5, del DPR 445/2000, sono esclusi dalla registrazione di protocollo:

- gazzette ufficiali, bollettini ufficiali, notiziari della pubblica amministrazione;
- note di ricezione delle circolari e altre disposizioni;
- materiale statistico;
- atti preparatori interni;
- giornali, riviste, materiale pubblicitario, stampe varie, plichi di libri, depliant;
- biglietti augurali, inviti a manifestazioni e documenti di occasione vari che non attivino procedimenti amministrativi.

Non sono inoltre soggetti a registrazione di protocollo i documenti interni informali come definiti al precedente punto 5.1.

5.4 REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO DEI DOCUMENTI

La registrazione di protocollo di un documento è eseguita dopo averne verificato l'autenticità, la provenienza e l'integrità.

La registrazione dei documenti ricevuti, spediti e interni è effettuata in un'unica operazione, utilizzando le apposite funzioni previste dal sistema di protocollo (In Arrivo, In Uscita, Interno).

I requisiti necessari di ciascuna registrazione di protocollo sono:

- numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema e registrato in forma non modificabile;

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

- data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema e registrata in forma non modificabile;
- mittente o destinatario dei documenti ricevuti o spediti, registrato in forma non modificabile;
- oggetto del documento, registrato in forma non modificabile;
- data e numero di protocollo dei documenti ricevuti, se disponibili;
- impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, registrato in forma non modificabile;
- identificativo di chi ha protocollato il documento e ufficio di afferenza;
- classificazione (v. Titolare di classificazione All. 1);
- assegnazione;
- data di arrivo;
- allegati.

Inoltre, possono essere aggiunti:

- estremi provvedimento differimento termini di registrazione;
- mezzo di ricezione/spedizione (lettera ordinaria, prioritaria, raccomandata, corriere, ecc.);
- tipo documento;
- livello di riservatezza;
- elementi identificativi del procedimento amministrativo, se necessario;
- eventuali altre informazioni connesse al documento.

Una volta salvato il *report* di protocollazione, il sistema genera automaticamente un numero progressivo, che rappresenta il numero di protocollo attribuito al documento.

Il numero progressivo di protocollo è un numero ordinale costituito da almeno sette cifre numeriche.

L'insieme delle registrazioni effettuate costituisce il *Registro di protocollo*, 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.

Il Registro di protocollo si configura come *atto pubblico di fede privilegiata*; da ciò deriva che il dipendente dell'Agenzia che opera nel sistema di protocollazione assume la qualità di pubblico ufficiale; chiunque intenda contestare la veridicità di una o più registrazioni contenute nel protocollo dell'Agenzia è tenuto a proporre querela di falso in base all'art. 221 del Codice di procedura civile.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

5.5 SEGNATURA DI PROTOCOLLO

La segnatura di protocollo apposta o associata al documento è effettuata contemporaneamente alla registrazione di protocollo con apposito timbro datario d'arrivo.

I requisiti necessari di ciascuna segnatura di protocollo sono:

- codice identificativo dell'Agenzia;
- codice identificativo dell'Area Organizzativa Omogenea;
- data di protocollo;
- numero di protocollo (anteponendo al numero ordinale una successione di simboli “zero”, fino a costituire le sette cifre richieste);
- indice di classificazione.

per i documenti informatici trasmessi ad altre pubbliche amministrazioni attraverso sistemi di interoperabilità, i dati relativi alla segnatura di protocollo sono contenuti, un'unica volta nell'ambito dello stesso messaggio, in un *file* conforme alle specifiche dell'*Extensible Markup Language* (XML) e compatibile con il *Document Type Definition* (DTD) e comprendono anche:

- persona o ufficio destinatari.

5.6 ANNULLAMENTO DELLE REGISTRAZIONI DI PROTOCOLLO

Le registrazioni di protocollo in entrata e in uscita non possono essere modificate o annullate da parte della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

5.7 DIFFERIMENTO DEI TERMINI DI REGISTRAZIONE

Le registrazioni di protocollo dei documenti ricevuti sono effettuate in giornata da parte delle unità di protocollazione abilitate e comunque non oltre le quarantotto ore lavorative dal ricevimento dei medesimi, conferendo la Scheda di ricevuta protocollo.

Eccezionalmente, la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi può autorizzare la registrazione in tempi successivi, fissando comunque un limite di tempo entro il quale devono essere protocollati e, in caso di scadenze predeterminate, conferendo valore, attraverso una dichiarazione, al timbro datario apposto sui documenti di cui si è differita la registrazione.

5.8 REGISTRO GIORNALIERO E ANNUALE DI PROTOCOLLO

Il contenuto del registro e del sistema di protocollo informatico alla fine di ogni giorno è salvato su supporti di memorizzazione.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

Delle registrazioni del protocollo informatico è sempre possibile estrarre evidenza analogica.

5.9 REGISTRO DI EMERGENZA

Nel caso di inconvenienti tecnici che dovessero verificarsi sui collegamenti telematici o comunque sul funzionamento del sistema di protocollo, la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi autorizza lo svolgimento delle operazioni di protocollo su un registro di emergenza.

6. CASI PARTICOLARI

6.1 DOCUMENTAZIONE SOGGETTA A REGISTRAZIONE PARTICOLARE

L'elenco delle tipologie documentarie sottoposte a registrazione particolare viene aggiornato annualmente su iniziativa della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

I *software* di produzione e conservazione di questa tipologia particolare di documentazione devono consentire di eseguire su di essa tutte le operazioni previste nell'ambito della gestione dei documenti e del sistema adottato per il protocollo informatico. Ogni registrazione deve riportare necessariamente:

- dati identificativi di ciascun atto (autore, destinatario, oggetto, data);
- dati di classificazione;
- numero di repertorio progressivo e annuale.

6.2 DOCUMENTAZIONE DI GARE D'APPALTO

L'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario lombardo, in relazione delle modeste dimensioni dell'Ente, per garantire il corretto funzionamento della gestione operativa si approvvigiona di beni e servizi, di norma, tramite procedure di affidamento i cui importi risultano di modica entità e principalmente inferiori alle soglie comunitarie di cui all'art. 14 comma 1 lettera c) del D.Lgs. n. 36/2023.

I documenti relativi alle procedure svolte sui portali telematici delle Centrali di Committenza (Consip e ARIA) e quelli pervenuti in modalità elettronica sono inseriti nel sistema di gestione documentale. Per gli affidamenti inferiori a euro 5 mila, qualora non gestiti tramite portale, e non vi sia la possibilità di riversare i file della documentazione di gara direttamente nel sistema di gestione documentale, la SS Risorse Strumentali provvede a scaricarli e inserirli manualmente nei rispettivi fascicoli.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

6.3 DOCUMENTI A CARATTERE RISERVATO, PERSONALE E /O CONFIDENZIALE

La corrispondenza indirizzata nominativamente al personale viene regolarmente aperta e registrata a protocollo, a meno che sulla busta non sia riportata la dicitura “riservata” o “personale” o simili. In questo caso, viene recapitata in busta chiusa al destinatario il quale, dopo averla aperta, se valuta che il contenuto del documento ricevuto non è personale, lo consegna alla più vicina unità di protocollazione, per la registrazione di protocollo.

6.4 LETTERE ANONIME

Le lettere anonime indirizzate alla Direzione Generale dell’ACSS non vengono registrate dall’Ufficio Protocollo ma sono attenzionate dalla Direzione Generale stessa che ne valuta sia in termini di protocollazione sia di eventuale seguito.

6.5 DOCUMENTI CON FIRMA ILLEGGIBILE

I documenti ricevuti con firma illeggibile e di cui non è identificabile l'autore, vengono protocollati indicando nel campo mittente la dicitura “mittente non identificabile” e sono inoltrati alle strutture competenti. Il responsabile del procedimento ricevuto il documento valuterà la possibilità nonché la necessità di acquisire gli elementi mancanti per perfezionare l'atto, provvedendo altresì a comunicare all’Ufficio Protocollo il nominativo del mittente per le opportune modifiche.

6.6 DOCUMENTI NON FIRMATI

I documenti ricevuti privi di firma, ma il cui mittente è comunque chiaramente identificabile, vengono protocollati e inoltrati agli uffici responsabili del procedimento, che valuteranno la necessità di acquisire la dovuta sottoscrizione per il perfezionamento degli atti.

6.7 CORRISPONDENZA CON PIÙ DESTINATARI

Tutte le comunicazioni che abbiano più destinatari si registrano con un solo numero di protocollo. Nei protocolli in Uscita o Interni con una pluralità di destinatari tale da non poter essere contenuta nell'apposito campo dell'applicativo, dovrà essere inserita la dicitura “Destinatari diversi – vedi elenco”. L'elenco dei destinatari deve essere unito al documento e registrato nel sistema di protocollo. Sull'elenco si riporta la segnatura di protocollo.

6.8 ALLEGATI

Tutti gli allegati devono pervenire alle unità di protocollazione, per la registrazione, unitamente ai documenti a cui si accompagnano.

Su ogni allegato è riportato il timbro della segnatura di protocollo.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Si annota sia sulla lettera sia nella registrazione di protocollo, l'eventuale mancanza degli allegati.

6.9 DOCUMENTAZIONE DI COMPETENZA DI ALTRE AMMINISTRAZIONI O DI ALTRI SOGGETTI

Qualora pervenga all'Agenzia un documento di competenza di un'altra amministrazione o destinato ad altra persona fisica o giuridica, lo stesso viene trasmesso a chi di competenza, se individuabile, con lettera protocollata di accompagnamento, altrimenti viene restituito al mittente.

Se il documento viene erroneamente protocollato, il numero di protocollo deve essere annullato e il documento inviato al destinatario, con nota accompagnatoria protocollata.

6.10 DOCUMENTI ORIGINALI PLURIMI O IN COPIA PER CONOSCENZA

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

6.11 OGGETTI PLURIMI

Qualora un documento in entrata presenti più oggetti, relativi a procedimenti diversi e pertanto da assegnare a più fascicoli, si dovranno produrre copie autentiche dello stesso documento e successivamente registrarle, classificarle e fascicolarle indipendentemente una dall'altra.

L'originale verrà inviato al destinatario indicato nel documento, oppure, nel caso di destinatari plurimi, al primo in indirizzo.

6.12 PRODUZIONE SERIALE DI DOCUMENTI SULLA BASE DI UN MODELLO GENERALE

Nel caso di produzione in serie di documenti-base che abbiano destinatari multipli e parti minime variabili di contenuto (quali la diversità di importi, date, ecc.), dovranno essere compilati gli elenchi dei destinatari e delle parti variabili dei documenti-base ad essi riferiti.

Gli elenchi devono essere conservati insieme al documento-base nel fascicolo. Il documento-base, ossia minuta/copia per atti, deve essere firmato in autografo o con firma digitale.

Per quanto riguarda la protocollazione si potrà inserire nel campo del destinatario la dicitura "Destinatari diversi – vedi elenco".

Sui documenti inviati ai destinatari, ai quali non si vuole apporre singolarmente la sottoscrizione, dovrà essere obbligatoriamente riportata l'indicazione del nominativo del sottoscrittore, preceduto dall'abbreviazione "F.to", e dalla seguente dicitura: *"L'originale del documento è conservato presso (indicare la Struttura). La firma autografa/digitale è sostituita dall'indicazione del nome a norma dell'art. 3 comma 2, del D.Lgs. 39/1993"*.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

6.13 MODELLI PUBBLICATI

Ai sensi dell'art. 57 del CAD e dell'art. 6 del D.L. 13 maggio 2011, n. 70 (convertito con Legge 12 luglio 2011, n. 106), l'Agenzia si impegna a rendere disponibili per via telematica l'elenco della documentazione richiesta per i singoli procedimenti, i moduli e i formulari validi ad ogni effetto di legge, anche ai fini delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e delle dichiarazioni sostitutive di notorietà.

Non può essere richiesto l'uso di moduli e formulari che non siano stati pubblicati e, in caso di omessa pubblicazione, i relativi procedimenti possono essere avviati anche in assenza dei suddetti moduli o formulari. Altri atti o documenti potranno essere richiesti solo se strettamente necessari e la loro mancanza non potrà costituire in ogni caso motivo di rigetto dell'istanza.

Tutti i modelli di documenti pubblicati sul sito Internet o sulla rete Intranet dell'Agenzia sono classificati secondo il Titolario di classificazione in uso.

6.14 TRASMISSIONI TELEMATICHE

I flussi documentali sono trasmessi/ricevuti dall'Agenzia con immissione diretta dei dati sul *server* dell'Ente destinatario, senza la produzione e conservazione dell'originale cartaceo.

Anche laddove non vengano trasmessi con firma digitale e sistema di crittografia, tali documenti sono comunque sempre inviati tramite linee di comunicazione sicure, riservate e ad identificazione univoca, attivate con i singoli Enti destinatari.

Gli invii telematici sostituiscono integralmente gli invii cartacei della medesima documentazione. Per quanto concerne la conservazione della documentazione digitale, si rimanda al Piano di Conservazione (All. 1) e al Documento Programmatico sulla Sicurezza dei dati (DPS).

6.15 DOCUMENTAZIONE GESTIONALE INTERNA

Angolo del dipendente

I documenti gestionali interni (ferie, permessi, ecc...) presentati dai dipendenti, non vengono protocollati in quanto sono registrati nell'apposito *software* gestionale (Istruzioni Operative “Angolo del dipendente”).

L'eventuale documentazione cartacea viene conservata in fascicoli specifici gestionali o nel fascicolo personale.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

7. GESTIONE DELLA POSTA ELETTRONICA

La posta elettronica può essere utilizzata per l'invio di comunicazioni e per l'invio di documenti, sia all'interno dell'Agenzia sia nei rapporti con i cittadini ed altri soggetti privati, sia con altre Pubbliche Amministrazioni, ai sensi del Capo IV del CAD.

Le comunicazioni e i documenti, trasmessi e ricevuti per posta elettronica, formano oggetto di registrazione di protocollo e sono validi ai fini del procedimento amministrativo, una volta che ne sia accertata la provenienza ai sensi dell'art. 40-bis del CAD.

Le comunicazioni informali ricevute o trasmesse per posta elettronica, che consistano in semplice scambio di informazioni che non impegnino l'Agenzia verso terzi, non sono protocollate. A chi ne fa richiesta deve sempre essere data la risposta dell'avvenuto ricevimento.

La posta elettronica individuale/nominativa non può essere utilizzata per la ricezione o la spedizione di documenti a firma digitale, per i quali è prevista una apposita casella ufficiale.

È vietato l'utilizzo di tale casella per comunicazioni non attinenti all'attività dell'Agenzia.

Nel formato dei messaggi di posta elettronica non certificata diretti all'esterno è inserito automaticamente il seguente testo: *“Rispetta l'ambiente. Non stampare questa mail se non è necessario. Il presente messaggio contiene informazioni di natura professionale attinente alla attività lavorativa. Ai fini dello svolgimento dell'attività lavorativa le eventuali risposte potranno essere conosciute da altri soggetti nell'ambito dell'organizzazione del mittente. Le informazioni contenute in questa comunicazione sono riservate e destinate esclusivamente alla/e persona/e/o all'ente/i sopra indicati. È vietato ai soggetti diversi dai destinatari qualsiasi uso, copia, diffusione di quanto in esso contenuto ai sensi del codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196). L'Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo declina ogni responsabilità per errori, omissioni, virus contenuti in questo messaggio o nel suo allegato che risultassero dalla trasmissione. Se questa comunicazione Vi fosse pervenuta per errore, Vi preghiamo di rispondere a questa mail e successivamente cancellarla dal Vostro sistema. grazie”*.

7.1 LA POSTA ELETTRONICA NELLE COMUNICAZIONI INTERNE ALL'AGENZIA

Ai sensi dell'art. 47 comma 3 del CAD, le comunicazioni tra l'Agenzia e i dipendenti, nonché tra i vari uffici dell'Agenzia, avvengono, di norma, mediante l'utilizzo della casella di posta elettronica istituzionale dei singoli uffici, nel rispetto delle norme di protezione in materia dei dati personali e previa informativa agli interessati in merito al grado di riservatezza degli strumenti utilizzati.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

La posta elettronica viene utilizzata per:

- convocare riunioni (interne all'Agenzia);
- inviare comunicazioni di servizio o notizie dirette ai dipendenti in merito a informazioni generali di organizzazione;
- diffondere circolari e ordini di servizio (gli originali si conservano nel fascicolo specifico);
- diffondere rappresentazioni digitali di documenti cartacei regolarmente classificati e protocollati (l'originale debitamente sottoscritto si conserva nel fascicolo specifico). In tal caso, i documenti acclusi al messaggio sono trasmessi in copia immagine in formato “.pdf”.

7.2 LA POSTA ELETTRONICA NELLE COMUNICAZIONI VERSO L'ESTERNO (PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI, CITTADINI E ALTRI SOGGETTI PRIVATI)

Le comunicazioni formali e la trasmissione via posta elettronica di documenti, il cui contenuto impegna l'Agenzia verso terzi, devono sempre essere effettuate con posta elettronica istituzionale o posta elettronica certificata istituzionale.

Il documento inviato:

- se originariamente informatico, dovrà essere sottoscritto con firma elettronica avanzata, qualificata o digitale, ai sensi dell'art. 21 comma 2-bis del CAD;
- se originariamente analogico (cartaceo) dovrà esserne trasmessa una copia per immagine su supporto informatico, attestandone la conformità all'originale analogico mediante l'utilizzo di firma digitale o firma elettronica qualificata, ai sensi dell'art. 23-ter del CAD; nei casi in cui il documento venga trasmesso tramite Posta Elettronica Certificata ad un'altra pubblica amministrazione, non sono richieste né l'attestazione di conformità all'originale né la firma digitale o altro tipo di firma elettronica qualificata, secondo quanto disposto dall'art. 47 comma 2 lett. d) del CAD.

7.3 LA POSTA ELETTRONICA RICEVUTA DA CITTADINI O ALTRI SOGGETTI PRIVATI

Ai sensi dell'art. 65 comma 1 del CAD, le istanze e le dichiarazioni trasmesse per via telematica all'indirizzo istituzionale dell'Agenzia devono ritenersi valide a tutti gli effetti di legge, qualora:

- siano trasmesse, via posta elettronica o via posta elettronica certificata, regolarmente sottoscritte con firma digitale dotata di certificato valido rilasciato da un certificatore accreditato;
- l'autore del documento è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta d'identità elettronica o della Carta Regionale dei Servizi (CRS) oppure attraverso altri strumenti

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

informatici messi a disposizione dall’Agenzia, che consentano l’individuazione certa del soggetto richiedente;

- siano inviate utilizzando una casella di Posta Elettronica Certificata, le cui credenziali di accesso siano state rilasciate previa identificazione del titolare attestata da parte del gestore del sistema;
- si tratti di istanze o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà trasmesse secondo le modalità di cui all’art. 38 comma 3 del DPR 445/2000.

Al di fuori delle predette ipotesi, le comunicazioni di posta elettronica che pervengono all’indirizzo istituzionale dell’Agenzia o di singole Strutture dell’Agenzia, sono valutate in ragione della loro rispondenza a ragionevoli criteri di attendibilità e riconducibilità al mittente dichiarato, e successivamente soggette, se del caso, a protocollazione secondo le seguenti modalità:

- messaggi di posta elettronica con allegate rappresentazioni digitali di documenti originali cartacei: nel caso in cui via posta elettronica pervengano rappresentazioni digitali di documenti originali cartacei in uno dei seguenti formati standard TIFF, PDF, PDF-A, JPEG, la rappresentazione digitale e il messaggio che la trasmette verranno stampati su carta e la rappresentazione digitale verrà protocollata; nel caso si tratti di istanze o dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà, dovrà anche essere obbligatoriamente prodotta copia per immagine del documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell’art. 65 del CAD e dell’art. 38 comma 3 del DPR 445/2000.
- messaggi di posta elettronica senza allegati: qualora si volessero registrare al protocollo semplici messaggi di posta elettronica, il Responsabile del procedimento deve richiederne la protocollazione, dichiarandone per iscritto la provenienza.

In ogni caso, spetterà al Responsabile del procedimento, ove ne rilevi la necessità, richiedere al mittente la regolarizzazione dell’istanza o della dichiarazione, acquisendo ogni utile documentazione integrativa, compresa la firma autografa del documento.

7.4 LA POSTA ELETTRONICA RICEVUTA DA ALTRE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI

Ai sensi dell’art. 47 del CAD, le comunicazioni e i documenti ricevuti da altre Pubbliche amministrazioni, attraverso l’utilizzo della posta elettronica, sono valide ai fini del procedimento una volta che ne sia verificata la provenienza ovvero quando:

- sono sottoscritti con firma elettronica qualificata o digitale;
- sono dotati di segnatura di protocollo;
- sono trasmessi attraverso sistemi di posta elettronica certificata;

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

- sono trasmesse attraverso sistemi di interoperabilità di protocollo informatico o altri sistemi idonei ad attestarne inequivocabilmente la provenienza.

8. ASSEGNAZIONE E CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI

8.1 ASSEGNAZIONE

Il Dirigente Responsabile interessato che riceve il documento provvede ad assegnare a sé o ad un proprio collaboratore ovvero ad un ufficio sotto ordinato, la responsabilità del procedimento connesso al documento.

L'operazione di assegnazione è effettuata attraverso l'applicativo di protocollo.

Fino a quando non sia effettuata la predetta assegnazione, è considerato Responsabile del procedimento il Dirigente responsabile interessato che riceve il documento.

Le abilitazioni all'assegnazione dei documenti tramite il sistema informatico di gestione documentale sono rilasciate dal Responsabile del Servizio protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

8.2 MODIFICA DELLE ASSEGNAZIONI

Nel caso di un'assegnazione errata, l'ufficio dell'Agenzia che riceve il documento è tenuto a trasmetterlo, nel più breve tempo possibile, all'unità di protocollazione che ha effettuato l'assegnazione, la quale provvederà alla riassegnazione, correggendo le informazioni inserite nel sistema informatico ed inviando il documento all'ufficio di competenza.

Il sistema di gestione informatica dei documenti tiene traccia di questi passaggi, memorizzando per ciascuno di essi l'identificativo dell'operatore che effettua le operazioni sopra descritte, con la data e l'ora di esecuzione.

8.3 CONSEGNA DEI DOCUMENTI CARTACEI

Esauriti gli adempimenti di cui ai precedenti punti, i documenti cartacei, protocollati e assegnati, e la posta che non necessita di protocollazione, sono resi disponibili ai destinatari nei modi seguenti:

- l'Ufficio postale avvisa la Direzione Generale via e-mail o telefono dell'arrivo della posta, la Segreteria provvede al ritiro e consegna direttamente agli interessati;
- mediante ritiro diretto, presso l'Ufficio postale, da parte degli operatori degli uffici della Sede centrale.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

8.4 CONSEGNA DEI DOCUMENTI INFORMATICI

I documenti informatici e/o le immagini digitali dei documenti cartacei acquisite con lo *scanner* sono resi disponibili agli uffici o ai responsabili di procedimento tramite il sistema informatico di gestione documentale.

8.5 CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI

Tutti i documenti ricevuti o prodotti, indipendentemente dal supporto sul quale sono formati, sono classificati in base al Titolario di classificazione (Allegato n.1), anche se non sono protocollati.

La classificazione dei documenti in arrivo è effettuata dalle unità di protocollazione abilitate; la classificazione dei documenti in partenza è effettuata dagli uffici produttori.

Sono classificati anche gli atti preparatori interni, le minute o altri documenti che non vengono protocollati o siano soggetti a registrazione particolare.

Il programma di protocollo informatico non permette la registrazione di documenti non classificati.

9. FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI

9.1 FORMAZIONE E IDENTIFICAZIONE DEI FASCICOLI

Tutti i documenti, indipendentemente dal supporto sul quale vengono formati, sono riuniti in fascicoli o serie documentarie.

L'apertura di un nuovo fascicolo è effettuata dalla Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi su richiesta dei Responsabili interessati.

La formazione di un nuovo fascicolo avviene attraverso l'operazione di apertura, con richiesta scritta, che prevede la registrazione sul repertorio/elenco dei fascicoli e nel sistema informatico delle seguenti informazioni:

- categoria, classe e sottoclassi del Titolario di classificazione;
- numero del fascicolo (la numerazione dei fascicoli è annuale per ogni classe);
- oggetto del fascicolo;
- data di apertura;
- ufficio a cui è assegnato;
- responsabile del procedimento;
- livello di riservatezza;
- tempo di conservazione.

Il sistema di protocollo informatico provvede automaticamente ad aggiornare il repertorio/elenco dei fascicoli sulla base del Piano di fascicolazione.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Entro il mese di dicembre di ogni anno la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi provvede a formulare, sulla base del Titolario di classificazione, di concerto con gli uffici dell'Agenzia, il piano della fascicolazione per l'anno successivo.

9.2 PROCESSO DI FORMAZIONE DEI FASCICOLI

In presenza di un documento da inserire in un fascicolo si stabilisce, consultando le funzioni del protocollo informatico o il repertorio dei fascicoli, se esso si colloca nell'ambito di un affare o procedimento in corso, oppure se dà avvio ad un nuovo procedimento; se il documento deve essere inserito in un fascicolo già aperto, dopo la classificazione e protocollazione viene rimesso al Responsabile del procedimento, che ha cura di inserirlo nel fascicolo; se invece dà avvio a un nuovo affare, si apre un nuovo fascicolo (con le procedure sopra descritte).

Nel caso di documenti informatici, il sistema provvede automaticamente, dopo l'assegnazione del numero di fascicolo, a inserire il documento nel rispettivo fascicolo informatico.

Qualora si riceva un documento analogico da inserire in un fascicolo informatico, sarà cura della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi produrre la copia digitale conforme del documento stesso, in ottemperanza alle norme in materia di riproduzione sostitutiva. L'originale cartaceo sarà conservato dall'Ufficio Responsabile nella gestione del protocollo.

I documenti prodotti dall'Agenzia sono fascicolati da chi li scrive; pertanto perverranno alle unità di protocollazione già con l'indicazione del numero/identificativo di fascicolo.

I codici alfanumerici di fascicolazione sono riportati su tutti i documenti.

Qualora si riceva un documento informatico da inserire in un fascicolo analogico, il fascicolo sarà composto da documenti formati su due supporti, quello cartaceo e quello informatico, afferenti ad un affare o procedimento amministrativo che dà origine a due unità archivistiche di conservazione differenti; l'unitarietà del fascicolo è garantita dal sistema mediante l'indice di classificazione e il numero di repertorio.

9.3 MODIFICA DELLE ASSEGNAZIONI DEI FASCICOLI

La riassegnazione di un fascicolo è effettuata dall'Ufficio Responsabile nella gestione del protocollo, su istanza scritta dell'interessato che ha in carico il fascicolo, provvedendo a correggere le informazioni del sistema informatico e del repertorio dei fascicoli ed inoltrando successivamente il fascicolo al Responsabile del procedimento di nuovo carico.

Delle operazioni di riassegnazione e degli estremi del provvedimento di autorizzazione è lasciata traccia nel sistema informatico di gestione dei documenti.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

9.4 TENUTA DEI FASCICOLI DELL'ARCHIVIO CORRENTE

I fascicoli dell'Archivio corrente sono gestiti a cura dei Responsabili interessati e conservati presso gli uffici di competenza fino al trasferimento nell'Archivio di deposito.

Per quanto riguarda i fascicoli informatici, la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, d'intesa con il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici, provvede al loro trasferimento in archivi informatici di conservazione.

9.5 SCAMBIO DI DOCUMENTI O DI FASCICOLI FRA GLI UFFICI DELL'AGENZIA

Della comunicazione/scambio di informazioni, di documenti o di unità archivistiche giuridicamente rilevanti all'interno dell'Agenzia, deve essere tenuta traccia nel sistema informatico di gestione dei documenti.

10. SPEDIZIONE DEI DOCUMENTI DESTINATI ALL'ESTERNO

10.1 SPEDIZIONE DEI DOCUMENTI CARTACEI

I documenti da spedire devono essere completi di firma autografa, di classificazione e del numero di fascicolo, nonché degli elementi previsti dalla normativa sul procedimento amministrativo.

La corrispondenza è imbustata a cura degli uffici produttori e convogliata agli uffici preposti alle operazioni di affrancatura e spedizione.

Nel caso di spedizione che utilizzi pezze di accompagnamento (raccomandate, posta celere, corriere o altro mezzo di spedizione), queste devono essere compilate a cura dell'ufficio produttore, secondo le procedure in atto nell'Agenzia.

La posta in partenza viene consegnata all'Ufficio preposto alle operazioni di affrancatura e spedizione, secondo orari prestabiliti.

Eventuali situazioni di urgenza che modifichino la procedura descritta devono essere valutate e autorizzate dalla Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. I corrispondenti destinatari dell'Agenzia sono descritti in appositi elenchi dell'applicativo informatico, costituenti l'anagrafica dell'Agenzia.

10.2 SPEDIZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

La spedizione dei documenti informatici avviene all'interno del sistema informatico di gestione dei documenti, dopo essere stati classificati, fascicolati e protocollati, e comunque secondo i seguenti criteri generali:

- i documenti informatici sono trasmessi all'indirizzo elettronico dichiarato dai destinatari abilitato alla ricezione della posta per via telematica;

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

- per la spedizione, l'Agenzia si avvale delle caselle di posta elettronica istituzionali, della casella di posta elettronica certificata istituzionale, nonché dei servizi di autenticazione e marcatura temporale offerti da un certificatore abilitato (art. 27, comma 3, DPR 445/00 ed artt. 27 e 28 del CAD);
- gli uffici utente abilitati alla protocollazione provvedono ad effettuare l'invio tramite posta elettronica certificata utilizzando i servizi di autenticazione e marcatura temporale, a verificare l'avvenuto recapito dei documenti spediti per via telematica e ad archiviare le ricevute elettroniche collegandole alle registrazioni di protocollo.

Per la riservatezza delle informazioni contenute nei documenti elettronici, gli addetti alla spedizione si attengono a quanto prescritto dall'art. 49 del CAD.

Per quanto riguarda l'uso della posta elettronica, si rimanda alla precedente Sezione 7 - “Gestione della posta elettronica”.

La spedizione di documenti informatici al di fuori dei canali istituzionali descritti è considerata una mera trasmissione di informazioni, senza che a queste l'Agenzia riconosca un carattere giuridico-amministrativo che la impegni verso terzi.

11. SCANSIONE DEI DOCUMENTI CARTACEI

11.1 DOCUMENTI SOGGETTI A SCANSIONE

I documenti su supporto cartaceo soggetti a registrazione di protocollo, di formato inferiore o uguale all'A4, dopo le operazioni di registrazione, classificazione e segnatura, possono essere acquisiti in formato immagine con l'ausilio di *scanner* nel formato conforme alla tecnologia in uso.

11.2 PROCESSO DI SCANSIONE

Il processo di scansione si articola nelle seguenti fasi:

- acquisizione delle immagini in modo che ad ogni documento, anche composto da più fogli, corrisponda un unico file in un formato standard idoneo alla conservazione;
- verifica della leggibilità delle immagini acquisite e della loro esatta corrispondenza con gli originali cartacei;
- collegamento delle rispettive immagini alla registrazione di protocollo, in modo non modificabile;
- memorizzazione delle immagini, in modo non modificabile;
- il processo di scansione dei documenti cartacei, al fine di trasformarli in formato immagine, avviene nella fase di registrazione del protocollo, a cura dell'ufficio protocollante, anche con attività successive alla registrazione stessa e comunque entro le 48 ore;

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

- l'unitarietà è garantita dal sistema mediante l'indice di classificazione.

Nel caso in cui si intenda procedere alla scansione sostitutiva dei documenti analogici, oltre alle fasi precedenti, si dovrà procedere alla autenticazione, attraverso sottoscrizione digitale del *file* o di un insieme di *file*, secondo la normativa vigente, come descritto al precedente punto 3.5.

Per quanto riguarda la conservazione dei documenti cartacei scansionati si rimanda al Piano di Conservazione (Allegato n. 1).

12. CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI

12.1 STRUTTURA DELL'ARCHIVIO

Tutti i documenti prodotti dall'Agenzia costituiscono l'archivio dell'ACSS. 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'ACSS 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'Agenzia, 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

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

conservazione permanente per finalità storiche, culturali e di ricerca. Tutta la documentazione anteriore al 1975 costituisce archivio storico.

12.2 PIANO DI CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI

Il Piano di Conservazione dell'archivio comprende il Titolario di classificazione e il Massimario di scarto di Regione Lombardia (All.1).

Il suo aggiornamento compete alla Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, in accordo con il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici.

12.3 MEMORIZZAZIONE DEI DOCUMENTI ANALOGICI, DEI DOCUMENTI INFORMATICI E DELLE RAPPRESENTAZIONI DIGITALI DEI DOCUMENTI CARTACEI

I documenti dell'Agenzia sono conservati a cura della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi e del Responsabile della Conservazione dei documenti informatici.

La documentazione corrente è conservata a cura del Responsabile del procedimento, fino al trasferimento in Archivio di deposito.

I documenti informatici sono memorizzati nel sistema, in modo non modificabile, al termine delle operazioni di registrazione e segnatura di protocollo, e conservati nell'archivio informatico a cura del Responsabile della Conservazione dei documenti informatici.

Le rappresentazioni digitali dei documenti originali su supporto cartaceo, acquisite con l'ausilio dello *scanner*, sono memorizzate nel sistema, in modo non modificabile, al termine del processo di scansione.

12.4 CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI INFORMATICI

Il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici, d'intesa con il Responsabile del Trattamento dei Dati e con la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, provvede, in collaborazione con l'ufficio dell'Agenzia preposto alla gestione informatica e con il supporto della tecnologia disponibile:

- a conservare i documenti informatici;
- a controllare periodicamente a campione (almeno ogni sei mesi) la leggibilità dei documenti stessi;
- a salvaguardare gli strumenti di descrizione, ricerca, gestione e conservazione dei documenti. Va in ogni caso garantita la conservazione integrata dei documenti e delle

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

informazioni di contesto generale, prodotte sia nelle fasi di gestione sia in quelle di conservazione degli stessi.

I requisiti e le modalità per la conservazione dei documenti informatici sono descritte nel DPS e nel Piano di Conservazione (Allegato 1).

Il sistema deve inoltre fornire la documentazione del *software* di gestione e conservazione, del sistema di sicurezza, delle responsabilità previste per tutte le fasi di gestione del sistema documentario, delle operazioni di conservazione dei documenti.

La documentazione prodotta nell’ambito del Manuale di gestione e dei relativi aggiornamenti deve essere conservata integralmente e perennemente nell’Archivio dell’Agenzia.

12.5 CENSIMENTO DEI DEPOSITI DOCUMENTARI, DELLE BANCHE DATI E DEI SOFTWARE

Ogni anno la Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi e il Responsabile della Conservazione dei documenti informatici provvedono, ciascuno per la parte di competenza, ad effettuare il censimento dei depositi documentari, dei registri particolari, delle banche dati e dei *software* di gestione documentale in uso all’Agenzia, per programmare i versamenti dei documenti cartacei all’Archivio di deposito, dei documenti informatici su idonei supporti di memorizzazione e per predisporre, di concerto con l’ufficio dell’Agenzia preposto alla gestione informatica, il Piano per la continuità operativa, il *disaster recovery* e gli aggiornamenti del DPS.

13. GESTIONE DELL’ARCHIVIO

13.1 GLI ARCHIVI CORRENTI

Gli archivi correnti si compongono di documenti prodotti durante lo svolgimento dell’attività amministrativa di cui ai precedenti articoli e sono quelli attualmente in uso e in continuo accrescimento presso le strutture dell’ACSS. L’archivio, quale patrimonio pubblico, non può essere smembrato, a qualsiasi titolo, e deve essere conservato nella sua organicità.

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.

13.2 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, la Struttura dell’Agenzia che ha in carico i fascicoli deve procedere ad una operazione di selezione

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

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. È altresì da evitare lo scotch che con il passare del tempo ingiallisce e si stacca, separando inesorabilmente le parti in precedenza unite. È consigliabile raccogliere tutti i documenti in un involucri cartaceo.

13.3 DOCUMENTAZIONE ELIMINABILE DURANTE LO SCARTO IN ITINERE

Tutti i documenti totalmente superflui ai bisogni ordinari dell'ACSS 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 e/o fotocopie della corrispondenza e di atti dell'Agenzia;
- 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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

La richiesta, autorizzata dal Direttore/Responsabile della Struttura richiedente, deve essere inviata alla Struttura competente in materia di gestione documentale. Sarà cura della predetta Struttura concordare la data del ritiro con la Struttura richiedente e valutare congiuntamente la modalità di distruzione più opportuna. La Struttura competente in materia di gestione documentale 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.

13.4 L'ARCHIVIO DI DEPOSITO

Un efficiente archivio di deposito raccoglie, ordina, conserva e rende consultabile tutta la documentazione prodotta e ricevuta dall'Agenzia; 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 idonei¹ ;
- personale adeguatamente formato;

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. È fondamentale inoltre garantire 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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

- 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. 13.5, 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. 13.2.

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'Agenzia, 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 Sanitario di Regione Lombardia” vigente, quale sistema di classificazione omogeneo, ad applicazione regionale, per tutti gli atti e i documenti delle aziende sanitarie.

Il Titolario è costituito da tre titoli cui corrispondono le tre aree costitutive delle aziende sanitarie: area amministrativa (Titolo 1), area sanitaria e socio-sanitaria territoriale (Titolo 2), area ospedaliera (Titolo 3).

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 dell'Agenzia, 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.

Durante le operazioni di inserimento dei documenti nei 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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

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 (Allegato 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 l’archivio 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.

Per il trasferimento dei documenti presso il locale dell’Agenzia adibito ad archivio di deposito, la Struttura competente in materia di gestione documentale programma annualmente il versamento dall’archivio corrente a quello di deposito di fascicoli relativi a procedimenti conclusi, coinvolgendo le singole Strutture dell’Agenzia, per la parte di loro competenza, nell’individuazione della documentazione da fare convergere presso il deposito autorizzato dell’ACSS e successivo trasferimento. Tutte le attività connesse al recupero e trasferimento della documentazione vengono coordinate dalla Struttura competente in materia di gestione documentale.

L’Archivio di Deposito dell’Agenzia censito alla data di redazione della presente procedura operativa è situato nella sede legale dell’Ente in via Pola 12, Milano.

13.5 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. 2 e 10). 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”.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

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 Titolare e Massimario di scarto.

13.6 PREDISPOSIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

Dalla documentazione selezionata, se non già fatto in precedenza come dà indicazioni di cui al sopra richiamato Art. 13.4, 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, 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 (Allegato n. 2).

13.7 COMPILAZIONE ELENCO DOCUMENTAZIONE PER LO SCARTO

Ciascuna Struttura, per quanto di propria competenza, provvede a redigere la proposta di scarto utilizzando il modulo allegato (Allegato n. 3), che contiene le seguenti indicazioni:

- classificazione della documentazione come da Titolare 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....;
- 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 Struttura competente in materia di gestione documentale.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

Terminate le operazioni di verifica della congruità della richiesta rispetto al vigente Massimario di scarto, la Struttura competente in materia di gestione documentale 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 Struttura competente in materia di gestione documentale lo trasmette alla Struttura richiedente, con la quale provvederà a pianificare il ritiro del materiale oggetto di scarto. Sarà responsabilità della Struttura competente in materia di gestione documentale 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 Struttura competente in materia di gestione documentale, che lo inoltra alla Struttura richiedente. Per il completamento della procedura, la Struttura richiedente procede a trasmettere alla Struttura competente in materia di gestione documentale 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 Struttura competente in materia di gestione documentale 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.

13.8 FREQUENZA DELLE OPERAZIONI DI SCARTO

La Struttura competente in materia di gestione documentale 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.

13.9 RESPONSABILITÀ SULL'OSSERVANZA DELLE NORME SULLO SMALTIMENTO

Almeno una volta l'anno, in base al Massimario di scarto viene effettuata la procedura di selezione della documentazione da proporre allo scarto ed attivato il procedimento amministrativo di scarto documentale, a cura del Servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

documentali e degli archivi con l'invio della proposta alla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia.

Lo scarto di documenti dell'archivio dell'Ente è quindi subordinato ad autorizzazione della Soprintendenza Archivistica. È 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.

13.10 L'ARCHIVIO STORICO

L'archivio storico rappresenta la terza e ultima fase di vita dell'archivio dell'Agenzia; 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 ed ai 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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

13.11 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 Titolare) 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.

È 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 (Allegato 1) - di mantenimento di alcune tipologie di documenti per ogni utilità amministrativa, contabile o legale del documento stesso.

13.12 DOCUMENTAZIONE A CONSERVAZIONE ILLIMITATA

Tra i documenti a conservazione perenne, si citano, a mero titolo esemplificativo:

- atti di carattere normativo e regolamentare interno ed esterno all'Agenzia (delibere, ordinanze, determinazioni, circolari);
- attestazioni di natura patrimoniale (inventari,);
- documenti contabili di sintesi (bilanci e conti consuntivi, libri mastri, giornali di cassa);
- documenti contabili (fatture elettroniche e relative notifiche);
- documenti giudiziari (sentenze, atti relativi al contenzioso);
- atti riguardanti il personale (fascicoli del personale, libri matricola);
- atti che caratterizzano l'attività dell'Agenzia (atti istituzionali e specifici dell'Agenzia).

13.13 RESPONSABILITÀ SULLA TENUTA DEGLI ARCHIVI

Sulla corretta tenuta e conservazione degli archivi dell'Agenzia si rimanda a quanto stabilito al paragrafo 2.2.

14. PUBBLICITA' LEGALE E TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

14.1 MODELLI PUBBLICATI

L'Agenzia rende disponibile per via telematica l'elenco della documentazione richiesta per i singoli procedimenti, i moduli e i formulari validi ad ogni effetto di legge, anche ai fini delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e delle dichiarazioni sostitutive di notorietà. I modelli di documenti

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

pubblicati sul sito internet o sulla rete intranet sono classificati secondo il piano di classificazione in uso.

14.2 OBBLIGHI DI PUBBLICITÀ TRASPARENZA E DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI

La trasparenza, ai sensi della Legge sulla trasparenza amministrativa, è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Agenzia, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino. Nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026 (PIAO) dell'Agenzia, approvato con Deliberazione n. 1 del 17/01/2024 e s.m.i. con Deliberazione n. 2 del 21/02/2024, sono allegati la Griglia degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. n.33/2013, indicante gli ambiti di pertinenza di ACSS, e la Procedura di pubblicazione in AT dei medesimi; in presenza di modifiche al PIAO di tali previsioni, si dovrà riferire ai contenuti della griglia e delle procedure come previsti alla corrispondente nuova previsione del PIAO vigente e alle sue successive modifiche e integrazioni.

14.3 ATTUAZIONE DEL GDPR: GESTIONE DEI DATI

In data 25/05/2018 è divenuto operativo il nuovo Regolamento UE 2016/679 (GDPR) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, al quale si affianca la disciplina prevista dal D. Lgs. 196 del 30/06/2003 (Codice Privacy), modificata dal D.Lgs. n.101 del 10/08/2018 “Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679”. Particolare attenzione viene riservata dal Garante Privacy alla correlazione che sussiste tra trasparenza e tutela dei dati personali, risolta nei termini di un “bilanciamento” tra diritto alla riservatezza (inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona) e diritto dei cittadini al libero accesso ai dati, alle informazioni e ai documenti per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria in AT (accesso civico) ovvero la messa a disposizione ove detenuti dalla PA (accesso generalizzato - FOIA). L'Agenzia, con Deliberazione n. 9 del 21/12/2022, ha approvato il “Regolamento sul trattamento dei dati personali di ACSS” che, oltre a tracciare i passaggi fondamentali per la gestione delle richieste di accesso ai dati, fornisce indicazioni di carattere organizzativo per l'individuazione degli uffici competenti a decidere sulle istanze, le modalità e i tempi per lo svolgimento dell'istruttoria

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

procedurale e per le comunicazioni con il cittadino, specificando i casi di esclusione e di limitazione di accesso in conformità con l'ordinamento giuridico. L'Agenzia, anche con riferimento agli adempimenti connessi alla trasparenza in attuazione del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 e agli ulteriori atti emanati da ANAC (linee guida, delibere, atti del presidente ANAC ecc...), agisce nel rispetto del regime privacy: la pubblicazione dei dati e dei documenti (in generale sul sito web istituzionale incluso l'Albo Pretorio e in particolare nella sezione AT) viene effettuata nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679 (liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza), nonché del principio di responsabilizzazione (accountability), in questa sede interpretato come impegno a “dare conto” delle attività e delle azioni poste in essere

15. ACCESSO

15.1 ACCESSIBILITÀ AL SISTEMA DI PROTOCOLLO E LIVELLI DI RISERVATEZZA

La riservatezza delle registrazioni di protocollo o di altri registri e dei documenti informatici è garantita dal sistema attraverso l'uso di profili personali e *password* (o altre tecniche e dispositivi di autenticazione sicura). L'operatore che effettua la registrazione di protocollo inserisce il livello di riservatezza richiesto per il documento in esame, altrimenti il sistema applica automaticamente l'inserimento di un livello *standard* predeterminato.

In modo analogo, al momento dell'apertura di un nuovo fascicolo deve esserne determinato il livello di riservatezza.

Il livello di riservatezza applicato a un fascicolo si estende a tutti i documenti che ne fanno parte. In particolare, un documento con livello minore di quello del fascicolo assume il livello del fascicolo di inserimento, mentre mantiene l'eventuale livello maggiore.

In attuazione della legge n. 241/90 e ss.mm. e ii., del D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184, del D.Lgs. n. 42/2004 e ss.mm. e ii., e tenuto anche conto di quanto contenuto nel D.Lgs. del 30 giugno 2003, n. 196, nonché al GDPR, l'Agenzia ha approvato con Deliberazione n. 7 del 21/09/2022, il proprio “Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato”, consultabile anche sul Sito Internet dell'Agenzia (all'indirizzo: Accesso civico - www.acsslombardia.it). I RPCT, in collaborazione con la Struttura competente in materia di gestione documentale, in conformità alla normativa di riferimento, redige in formato digitale il “Registro degli Accessi” recante l'elenco delle richieste di accesso pervenute e ne assicura l'aggiornamento semestrale e la pubblicazione nella sezione amministrazione

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

trasparente del sito web istituzionale, come specificato nel “Piano Integrato di attività e organizzazione 2024-2026 (PIAO)”. Per ciascuna istanza viene indicato l’oggetto e la data della richiesta, nonché il relativo esito con la data della decisione.

Ai sensi dell’art. 72 e ss. del CAD, l’accesso al sistema informatico documentale da parte di pubbliche amministrazioni è realizzato applicando le norme ed i criteri tecnici emanati per la realizzazione del Sistema Pubblico di Connettività (SPC) o sulla base di specifiche convenzioni.

16. GESTIONE DELL’EMERGENZA

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’Agenzia (in quale sede 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 l’Agenzia e il personale incaricato di gestire l’archivio siano preventivamente preparati a eventuali emergenze, sia con un’adeguata formazione degli operatori (corsi antincendio

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	--	--

previsti dalla legge), sia con adeguate attrezzature e strutture², sia con protocolli di comportamento specifici e adatti alle diverse tipologie di calamità.

16.1 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 Struttura competente in materia di gestione documentale e trasmettere alla stessa la Scheda Rilevazione Danni (Allegato n. 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 Struttura competente in materia di gestione documentale 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.

È fatto assoluto divieto di precedere alla rimozione/distruzione del materiale danneggiato senza preventivo intervento e autorizzazione della Soprintendenza.

17. DISPOSIZIONI FINALI

17.1 NORMA DI RINVIO

Per quanto non previsto dalla presente procedura operativa si fa rinvio alla disciplina vigente in materia.

17.2 APPROVAZIONE, INTEGRAZIONI, MODIFICHE ED AGGIORNAMENTI DEL MANUALE

Dalla data di entrata in vigore della presente procedura operativa, sono abrogate tutte le precedenti disposizioni interne dell'Agenzia di Controllo del Sistema Socio Sanitario Lombardo (ACSS) relative alla materia ivi trattata.

Il presente Manuale è approvato, integrato e modificato con Decreto del Direttore Generale dell'Agenzia.

Il presente Manuale è soggetto a revisione ordinariamente, ogni due anni, su iniziativa della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

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.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

La modifica o l’aggiornamento di uno o di tutti i documenti allegati al presente Manuale non comporta la revisione del Manuale stesso.

Qualora se ne presenti la necessità si potrà procedere a revisione del Manuale anche prima della scadenza prevista a cura della Struttura competente del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi.

Il presente Manuale è stato trasmesso alla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia che ne ha approvato il testo.

17.3 PUBBLICAZIONE DEL MANUALE

Il Manuale di gestione è reso pubblico tramite la sua pubblicazione sul sito internet dell’amministrazione, in un’apposita sezione dell’area “Amministrazione Trasparente – Atti generali”. La pubblicazione viene effettuata nell’albo online degli atti di adozione e revisione e deve essere inviata copia alla Soprintendenza archivistica e ad altri enti o uffici.

18. NORMATIVA

- **Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss. mm. e ii.** - Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.
- **Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 513** - Regolamento contenente i criteri e le modalità di applicazione dell’articolo 15, comma 2, della legge 15 marzo 1997, n. 59 in materia di formazione, archiviazione e trasmissione di documenti con strumenti informatici e telematici.
- **Decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 428** - Regolamento recante norme per la gestione del protocollo informatico da parte delle amministrazioni pubbliche.
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 febbraio 1999** - Regole tecniche per la formazione, la trasmissione, la conservazione, la duplicazione, la riproduzione e la validazione, anche temporale, dei documenti informatici ai sensi dell’articolo 3, comma 1, del Decreto del Presidente della Repubblica, 10 novembre 1997, n. 513.
- **Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 28 ottobre 1999** - Gestione informatica dei flussi documentali nelle pubbliche amministrazioni.
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 31 ottobre 2000** - Regole tecniche per il protocollo informatico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 ottobre 1998, n. 428.
- **AIPA Deliberazione n. 51/2000 del 23 novembre 2000** - Regole tecniche in materia di formazione e conservazione di documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

sensi dell'art. 18, comma 3, del Decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1997, n. 513.

- **Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445** - Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.
- **Decreto legislativo 23 gennaio 2002, n. 10** - Attuazione della direttiva 1999/93/CE relativa ad un quadro comunitario per le firme elettroniche.
- **Ministro per l'innovazione e le tecnologie - 9 dicembre 2002** - Direttiva sulla trasparenza dell'azione amministrativa e gestione elettronica dei flussi documentali.
- **Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2003, n. 137** - Regolamento recante disposizioni di coordinamento in materia di firme elettroniche a norma dell'articolo 13 del decreto legislativo 23 gennaio 2002, n. 10.
- **Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196** - Codice in materia di protezione dei dati personali.
- **Ministro per l'innovazione e le tecnologie - 14 ottobre 2003** – Approvazione delle linee guida per l'adozione del protocollo informatico e per il trattamento informatico dei procedimenti amministrativi.
- **Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - Direttiva 27 novembre 2003**- Impiego della posta elettronica nelle pubbliche amministrazioni.
- **Direttiva del Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie 19 dicembre 2003** - “Sviluppo ed utilizzazione dei programmi informatici da parte delle pubbliche Amministrazioni.
- **CNIPA Deliberazione 19 febbraio 2004, n.11** - Regole tecniche per la riproduzione e conservazione di documenti su supporto ottico idoneo a garantire la conformità dei documenti agli originali.
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2004** - Regole tecniche per la formazione, la trasmissione, la conservazione, la duplicazione, la riproduzione e la validazione, anche temporale, dei documenti informatici.
- **Decreto Legislativo 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 7 marzo 2005, n.82** - Codice dell'amministrazione digitale (così come modificato e integrato dal **D.Lgs. 30 dicembre 2010, n. 235**)
- **CNIPA Circolare 6 settembre 2005, n.48** - Modalità per presentare la domanda di iscrizione nell'elenco pubblico dei certificatori di cui all'articolo 28, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.

 	PROCEDURA OPERATIVA GENERALE “MANUALE DI GESTIONE DOUMENTALE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI”	Cod: Pr.04 Rev: 00 Data: 18/12/2024
---	---	--

- **Decreto legislativo 4 aprile 2006, n.159** - Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82, recante codice dell'amministrazione digitale.
- **Decreto legislativo 24 marzo 2006, n.156** - Disposizioni correttive ed integrative al decreto legislativo 22 gennaio 2004, n.42, in relazione ai beni culturali.
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 2009** - Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme digitali e validazione temporale dei documenti informatici.
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 maggio 2009** - Disposizioni in materia di rilascio e di uso della casella di posta elettronica certificata assegnata ai cittadini.
- **CNIPA - Linee guida per l'utilizzo della firma digitale – Versione 1.3 – Aprile 2009.**
- **CNIPA Deliberazione 21 maggio 2009, n.45** - Regole per il riconoscimento e la verifica del documento informatico.
- **Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) 1° gennaio 2022** - Linee guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.
- **Agenzia per l'Italia Digitale (AGID) 21 dicembre 2022:** Linee guida sull' Accessibilità degli strumenti informatici.

19. ALLEGATI

Allegato n. 1. Titolare e Massimario di Scarto.

Allegato n. 2. Etichetta da apporre ai contenitori da trasferire presso l'Archivio di Deposito.

Allegato n. 3. Pr.04_Mod.01 “Modello per gli atti da proporre allo scarto”.

Allegato n. 4. Piano di conoscenza per la sicurezza di Archivi e Biblioteche.

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 SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO 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 SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO 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	Invalità 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 SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO 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

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

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

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
2. Organi e Organismi	.01	Legale Rappresentate	Documenti relativi a Presidente, Direttore Generale o altra figura (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	ILLIMITATO	
	.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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Attività Giuridico-Legale	.01	Pareri, informative giuridiche e attività tecnico-legali	Pareri legali e relazioni tecniche, compresi quelli che la struttura predispone per altre strutture.	15 anni (se raccolta autonoma) se inserito in fascicolo per il tempo del procedimento	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso civile	ILLIMITATO	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso penale	ILLIMITATO	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso amministrativo	ILLIMITATO	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso giuslavoristico	ILLIMITATO	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso stragiudiziale (arbitrato, mediazione, ecc.)	ILLIMITATO	
	.02	Contenzioso legale	Contenzioso sanzioni amministrative attive (es.: sanzioni erogate dall'ente verso terzi in materia di igiene, veterinaria, sicurezza sul lavoro, osservanza normativa antifumo; sanzioni a strutture sanitarie, ecc.) e passive. Compresi gli scritti difensivi.	10 anni	
	.02	Contenzioso legale	Procedimento per riscossione ticket sanitari	10 anni (a partire dalla conclusione del procedimento)	
	.02	Contenzioso legale	Segnalazioni / Denunce / Querele all'Autorità Giudiziaria	ILLIMITATO	
	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	10 anni	
	.03	Procedure concorsuali ed esecutive	Azioni di rivalsa	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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

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 (<i>domande di partecipazione, documenti non ritirati dagli interessati, prove d'esame ed annesso materiale documentario</i>)	5 anni <i>dopo la scadenza della graduatoria</i>	
	.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, inserire nei fascicoli personali)	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Mobilità interna ed esterna (in entrata e in uscita)	ILLIMITATO	
	.03	Assunzioni, inquadramenti, incarichi e cessazione	Cessazione del rapporto per limiti di età, di servizio, volontarie	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.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 <i>(a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)</i>	
	.04	Istituti contrattuali sospensivi della prestazione lavorativa	Documentazione relativa ai comandi e ai distacchi e alla ripresa di servizio nella sede originaria, aspettativa, congedi e altri istituti	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.05	Organizzazioni sindacali e contrattazione	Documenti legati ai rapporti con le rappresentanze sindacali e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (verbali, <i>accordi</i>)	ILLIMITATO <i>(5 anni documentazione preparatoria: lettere di invito, comunicazioni e altra documentazione di supporto)</i>	
	.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 <i>stipendiali</i> mensili (<i>cedolini paga</i>)	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, inserire 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)	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

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, <i>documentazione presenze</i> , ecc.)	5 anni	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Attestati di corsi di qualificazione e riqualificazione del personale	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Gestione crediti formativi professionali (ECM, ecc.)	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
	.13	Formazione e aggiornamento del personale	Piano annuale e triennale della formazione	10 anni	
	.14	Deontologia professionale ed etica del lavoro	Codici deontologici del personale, Codice Etico, codice di comportamento e iniziative connesse alla divulgazione, conoscenza e osservanza, iniziative di prevenzione in materia di anticorruzione.	ILLIMITATO	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Pratiche di affidamento di incarichi di lavoro autonomo (incarichi libero professionali, incarichi di natura occasionale, co.co.co) e altre forme di lavoro atipico (incarichi, contratti e relazioni, ecc.).	ILLIMITATO (da inserire nel fascicolo <i>personale</i>)	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Documenti relativi alla presa in servizio e alla cessazione di personale atipico (collaboratori, stagisti, specializzandi, frequentatori, dottorandi, tirocinanti, volontari, <i>borsisti</i> , ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	ILLIMITATO (da inserire nel fascicolo <i>personale</i>)	
	.15	Personale non strutturato o convenzionato	Fascicolo rapporti convenzione (MMG, PdF, Sumai, ecc.)	ILLIMITATO	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. Risorse finanziarie e gestione contabile	.01	Attività finanziaria e contabile	Budget di cassa (rendiconto finanziario)	10 anni	
	.01	Attività finanziaria e contabile	Ordinativi / 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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

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 <i>dalla data di dismissione del bene</i>	
	.03	Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	ILLIMITATO	<i>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.</i>
	.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)	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
6. Gestione e organizzazione del patrimonio	.04	Manutenzione ordinaria, straordinaria, ristrutturazione, destinazione d'uso	Documentazione relativa alle procedure di appalto per la ristrutturazione, manutenzione, restauro di 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, <i>contratti</i> 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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 1 - Area Amministrativa

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, patrocinii, manifestazioni, ecc.)	5 anni	
	.03	Tutela della riservatezza	Aggiornamenti elenchi incaricati privacy, nomina incaricati	10 anni	
	.03	Tutela della riservatezza	Informativa dell'Azienda e consenso al trattamento dati	Medesimo tempo di conservazione della documentazione relativa al prestazione/procedimento reso	Se il consenso (e l'informativa) è collegato a più documentazione deve essere conservato fino all'avvenuto scarto di tutti i documenti a cui afferisce.
	.03	Tutela della riservatezza	Documentazione relativa ai Reclami per la tutela della Privacy. Compresa sia la domanda (reclamo presentato) sia la risposta fornita	10 anni	
	.04	Biblioteche e centri di documentazione	Documentazione relativa al servizio di biblioteca, acquisti, catalogazione, richieste di consultazione e prestito, ecc. Compresa la gestione del centro di documentazione.	5 anni	
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione relativa alla gestione delle banche dati (es. sistema di gestione del personale, sistema finanziario-contabile, ecc.)	ILLIMITATO	Si intende la documentazione relativa alle fasi di progettazione e di gestione delle banche dati come sistema in quanto tale; da non confondere con i dati immessi che possono essere 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, installazione e configurazione sistemi, gestione carte, ecc.)	10 anni	
	.05	Sistema informatico, reti e sicurezza	Documentazione inerente i sistemi dedicati alle attività CUP/ Call Center Regionale anche per la libera professione	10 anni	
	.06	Statistiche e reporting	Statistiche e report istituzionali (es. flussi informativi ministeriali, regionali, ISTAT, ecc.) a fronte di richieste di enti esterni	ILLIMITATO	

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/rutinario (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	<i>Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale</i>	<i>Verbalì incontri / riunioni interne di pianificazione e organizzazione</i>	<i>10 anni</i>	
	.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/routine 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) ISPEL - INT	ILLIMITATO	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita - Centro Operativo Lombardia (mesotelioma)	ILLIMITATO se in fascicolo personale. 30 anni da cessazione attività	
	.02	Medicina del lavoro e malattie professionali	Questionario sulla storia di lavoro e sulle abitudini di vita - ReNaTuNS Registro Reg. Lombardia	ILLIMITATO se in fascicolo personale. 30 anni da cessazione attività	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
2. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Attività di vigilanza sanitaria sull'applicazione delle norme in materia di sicurezza ed igiene del lavoro negli ambienti di lavoro (segnalazioni, denunce, verbali di sopralluogo, verbale sanzionatorio, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Certificazioni / pareri igienico-sanitari su progetti nuovi insediamenti produttivi di carattere industriale e artigianale (es. SCIA ambienti di lavoro)	30 anni	Insedimenti 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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
3. Prevenzione medico - sanitaria	.05	Igiene urbana, ambientale e sanità pubblica	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 <i>dalla conclusione del procedimento</i>	
	.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 (<i>dai registri degli</i> enti locali)	2 anni	<i>Elenchi dei defunti per i quali è stato fissato il funerale il giorno dopo</i>
	.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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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. Verbal 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

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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	Verbal 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 <i>dalla cessazione attività</i>	
	.04	Igiene alimenti di origine animale	Rilascio pareri igienico-sanitari per l'attività di produzione, vendita e autotrasporto di carni e derivati	10 anni <i>dalla cessazione attività</i>	
	.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 <i>dalla cessazione attività</i>	
	.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 <i>dalla cessazione attività</i>	
	.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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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 équipes di soccorso dei MSB (Mezzi di Soccorso di Base, con soccorritori a bordo), dei MSI (Mezzi di Soccorso Intermedio, con infermiere a bordo) e dei MSA (Mezzi di Soccorso Avanzato, con medico e infermiere a bordo).	ILLIMITATO Conservazione da parte della Struttura ospedaliera di destinazione del paziente (in cartella clinica o quale parte integrante della documentazione di Pronto Soccorso)	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione generata dall'applicativo gestionale di COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza)/SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) e relativi allegati; registrazioni telefoniche intercorse tra la COEU (Centrale Operativa Emergenza Urgenza)/SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) e altri soggetti (utenti, équipes dei mezzi di soccorso, Forze di Polizia, ospedali, ecc.).	ILLIMITATO	
	.02	Emergenza sanitaria territoriale	Documentazione sanitaria utilizzata in occasione di 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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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 ipossiemicici	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)	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO
GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04
TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale

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/routine 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 (<i>compresi gli</i> 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 Familiare (Documentazione sanitaria, consulti psicologici, valutazioni sociali, comprendenti anche documentazione con dati riguardanti i familiari, consensi informati, informazioni inerenti i ricoveri, referti, valutazioni cliniche e psicologiche, schede, questionari, documenti contenenti dati sanitari, copia certificazione per IVG, ecc.)	20 anni	
	.03	Famiglia, infanzia ed età evolutiva	Documentazione relativa a minori sottoposti all'autorità giudiziaria (Adozioni, affidi, abbandoni, maltrattamenti, abusi, interventi di sostegno, vicende giudiziarie, ecc.)	ILLIMITATO	
	.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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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 <i>dal termine dell'assistenza</i>	
	.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/routine 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	Verballi 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	

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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/routine 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 morbosità, 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	Invalità 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	Invalità civile, sordomutismo e menomazioni visive	Documentazione per rilascio / rinnovo del contrassegno invalidi, compresa la documentazione acquisita dal paziente	5 anni	
	.04	Istanze di indennizzo	Documentazione relativa ai danneggiati da vaccinazioni obbligatorie: pratiche di indennizzo (copie conformi di: certificato vaccinale, cartella clinica, documentazione sanitaria comprovante l'entità delle lesioni, documentazione amministrativa, ecc.)	ILLIMITATO	art.3 L.210/1992 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della sanità del 4-11-1996 n. 900
	.04	Istanze di indennizzo	Documentazione relativa ai danneggiati da trasfusione o somministrazione di emoderivati: pratiche di indennizzo (copie conformi di: cartella clinica riportante la prova delle avvenute trasfusioni o somministrazioni emoderivate, 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

MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA rev04 TITOLO 2 - Area Sanitaria e Sociosanitaria territoriale					
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	

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
1. Direzione ospedaliera	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Contestazioni anomalie SDO	10 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Documentazione pagamenti ad altre strutture ospedaliere	5 anni	
	.01	Aspetti generali, organizzativi e gestionali	Pagamento ticket, ricevute	5 anni	Nota Regione Lombardia H1.2003.0001436. Allegato 3 alla DGRV1118178 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)

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

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)	

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
4. Assistenza ambulatoriale	.01	Prestazioni ambulatoriali	Referto di singole prestazioni ambulatoriali. Fascicolo / <i>cartella</i> 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 DGRV11I8I78 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 DGRV11I8I78 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")

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

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 biotipici / operatori / autotipici 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. I del maggio 2015
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Inclusioni in paraffina di campioni istologici derivati da qualsiasi fonte (es. prelievo biotipico, operatorio, autotipico, 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. Validi 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 autotipica. Il fine della lunga conservazione dei campioni è la garanzia per il paziente e i suoi familiari 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. Validi 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 familiari di poter 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 autotipico 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. Validi 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 immunocitochimiche o biomolecolari, senza necessità di riprelevare il paziente. Il tempo minimo indicato di archiviazione considera i tempi che potrebbero intercorrere tra la diagnosi, il ricevimento 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 autotipici o da liquidi biologici risultati idonei alle indagini di patologia molecolare già effettuate.	2 anni (valido anche per campioni eseguiti durante ricovero)	

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

CLASSE	COD. SOTTO CLASSE	SOTTOCLASSE	TIPO DOCUMENTO	TEMPO CONSERVAZIONE	RIFERIMENTI NORMATIVI / NOTE
5. Riabilitazione	.01	Riabilitazione	Cartella ambulatoriale di riabilitazione	10 anni da ultima registrazione	
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"

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

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 antitumorali
	.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 Unità Operative (reparti) delle Aziende Sanitarie	2 anni dalla data dell'ultima registrazione	Decreto Ministeriale 3 agosto 2001 in riferimento a Decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 - art. 60 c. 3 e 6. Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

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

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 <i>dei</i> farmaci e dei dispositivi (fascicolo della sperimentazione) <i>per uso umano</i>	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

ETICHETTA CONTENITORI

Allegato 2

S.C. / S.S.

Sede di

Tit. _____ cl. _____ sottocl.

Contenuto e natura dati:

Estremi cronologici:

dal _____ al _____

N. progressivo _____ di _____

Anno di scarto

DIRETTORE / RESPONSABILE STRUTTURA RICHIEDENTE
(timbro e firma)

PIANO DI CONOSCENZA PER LA SICUREZZA DI ARCHIVI E BIBLIOTECHE

PREMESSA

Il tema dell'emergenza è stato ampiamente 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 2014¹) o normative emanate in proposito². 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 accidentali³, 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%20il%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 culturale 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 simile 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 specializzato⁵.

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 sovraordinati⁶, 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 pericolo⁷») 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

⁷UN-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 basilari⁸»).

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 lavoratore⁹ 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 potenziale¹⁰ (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. È 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. È 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 Amministrazione 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

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

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.

- ...

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*

•		
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:

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*

ADDETTO ALLE RELAZIONI ESTERNE Nome:	ufficio:
	casa:
	cellulare:

<i>Contatti esterni</i> 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	

<i>Contatti organi di protezione e vigilanza</i>	
VIGILI DEL FUOCO	115
EMERGENZA SANITARIA	118
POLIZIA	113

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*

CARABINIERI	112
VIGILI DEL FUOCO	115
CARABINIERI TUTELA PATRIMONIO ARTISTICO <i>Legione "Lombardia", via Della Moscova 19 2021 Milano</i>	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 allegato¹³.

Il sistema di valutazione analitico proposto, si basa sulla compilazione della matrice dei rischi, seguendo il principio basato sulla relazione

$$R = P \times I, \text{ dove:}$$

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
<i>Denominazione¹⁵</i>
Riportare la denominazione univoca dell'edificio i cui si conservano i beni da tutelare.
<i>Indirizzo</i>
Localizzazione dell'edificio, indicazione, se possibile, anche delle coordinate geografiche con indicazione del sistema di riferimento.
<i>Destinazioni d'uso presenti</i>
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.
<i>Localizzazione dell'edificio nell'area urbana</i>
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).
<i>Archivi presenti</i>
<i>Segnalare quali archivi sono conservati e per facilità di individuazione e disambiguazione, segnarne la collocazione su una planimetria.</i>
<i>Metri lineari complessivi di documentazione</i>
<i>Note significative</i>
Riportare qui tutte le informazioni che si ritengono significative agli scopi della gestione dei rischi presenti e della risposta all'emergenza (livello di inventariazione, presenza di topografico,..)
<i>Localizzazione dell'archivio/biblioteca all'interno dell'edificio</i>
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.

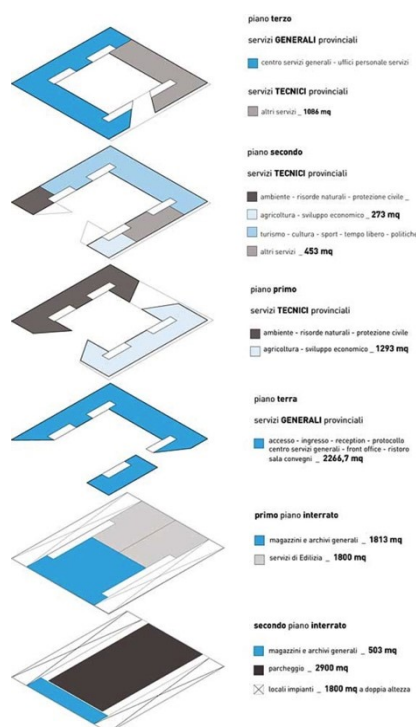


Figura 1. Esempio di planimetrie dei vari piani dell'edificio in cui segnare destinazioni d'uso, collocazioni, collegamenti verticali ed orizzontali e tutti gli elementi salienti ai fini della valutazione dei rischi.

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.

<i>Rilievo fotografico</i> 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.
<i>Segnalazione di eventuali interventi pregressi/in corso</i> 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.
<i>Impianti</i> 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.
<i>Vie di fuga</i> 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 qualitativa¹⁶.

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	BASSO	RILEVANTE	MOLTO RILEVANTE	SEVERO
	1	2	3	4	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.

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

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
<i>Codice identificativo del locale</i>
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.
<i>Descrizione e rappresentazione</i>
Descrizione generale del locale, planimetria e prospetti interni. Segnalazione delle misure salienti, collocazione degli scaffali e loro distanza da pareti e altro mobilio.
<i>Superficie</i>
Indicare la superficie in metri quadri del locale.
<i>Altezza</i>
Se possibile, indicare l'altezza massima e minima del locale.
<i>Aperture interne</i>
Indicare il numero, la disposizione e l'eventuale collegamento con altri locali. Indicare tipologia e stato di conservazione dei serramenti.
<i>Aperture esterne</i>
Indicare il numero, la disposizione, tipologia e stato di conservazione dei serramenti.
<i>Passaggi</i>
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).
<i>Arredi</i>
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).
<i>Pavimentazione</i>

^{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

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

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,....
<i>Personale presente</i>
Stima del personale che mediamente è presente nel locale in un dato orario.
<i>Uso*</i>
Indicare se il locale sia ad uso esclusivo o promiscuo
<i>Metri lineari scaffalature esistenti*</i>
<i>Caratteristiche salienti*</i>
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
<i>Materiale</i>
Indicare i principali materiali di cui sono composti gli elementi presenti in ogni locale (carta, pergamena, cuoio, etc).
<i>Ordinamento presente*</i>
Sì/No
<i>URL descrizione analitico*</i>
<i>Estremi cronologici*</i>
Estremo remoto
Estremo recente
<i>Rilievo fotografico del luogo</i>

Possibilmente con localizzazione dei punti di presa sulla mappa e con riferimenti incrociati di elementi precedentemente descritti.	
<i>Stato del locale*</i>	
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	
<i>Scaffalature</i>	
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	
<i>Rappresentazione del locale, inventario topografico e codici di urgenza</i>	
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 colore¹⁸ 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 qualitativa¹⁹.

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

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

	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,
- ...

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

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.

<i>Aree disponibili</i>
E' fondamentale individuare con anticipo le zone più sicure e più facilmente accessibili in cui eseguire gli interventi di primo intervento.
<i>Aree interne per il ricovero temporaneo</i>
Individuare possibili aree sicure dell'edificio in cui poter stoccare temporaneamente il materiale danneggiato od in pericolo di esserlo.
<i>Modalità di trasporto</i>
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.
<i>Aree esterne per il ricovero</i>
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.
<i>Congelamento</i>
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.
<i>Criticità</i>
Si riportano criticità possibili o riscontrate relative ai punti precedenti che potrebbero portare a problemi di cui tenere conto durante l'emergenza.
<i>Personale volontario di riferimento</i>
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.
<i>Pianificazione economica</i>
Pianificazione preliminare delle risorse finanziarie da impiegare per le emergenze.
<i>Sistema di sicurezza durante l'intervento</i>
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 imm modificabili.

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 vevolevoli 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.
<i>Vie di fuga</i>
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 scaffali²⁰.
<i>Vie sicure per accesso mezzi</i>
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.
<i>Localizzazione delle centrali degli impianti</i>
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.

<i>Aree sicure</i>
Per raggruppamento personale e ammassamento materiali. Segnalazione di aree precedentemente individuate e destinate per il triage e materiali.
<i>Aree per il triage</i>
Segnalare l'area sicura dove sarà possibile eseguire il triage (fase di 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.
<i>Aree di primo intervento</i>
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.
<i>Verificare disponibilità materiali</i>
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, ...
<i>Responsabili</i>
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.
<i>Vigilanza</i>
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 materiale²¹

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
<i>Allerta</i> 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.
<i>Vigilanza</i> Allarmare le squadre addette alla vigilanza. Ogni operatore è comunque tenuto a rivestire questo ruolo.
<i>Verificare l'origine dell'acqua</i> • 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.
<i>Interrompere il flusso d'acqua se di origine impiantistica</i> Chiudere il rubinetto centrale dell'impianto idraulico. Verificarne in fase preliminare la collocazione e il funzionamento, verificare la presenza di valvole esterne della rete.
<i>Disinserire la corrente elettrica</i> 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.
<i>Munirsi di sistema di illuminazione alternativo/portatile</i> Soprattutto nel caso sia stata tolta per precauzione la corrente.
<i>Primo sopralluogo</i> 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.
<i>Briefing</i>
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.
<i>Risanare l'ambiente</i>
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.
<i>Affidare ai componenti della squadra specifiche mansioni</i>
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 proseguo 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 svolgersi 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 asciutto²².

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 reumidirla 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 trattati 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 m² di piano di lavoro. Si può interrompere l'interfoliazione quando il 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 individuabile²³.

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. <u>Le operazioni successive sono da mettersi in pratica a fine evento quando vi è certezza di poter entrare nei locali interessati.</u>
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.
<i>Risanare l'ambiente</i>
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.
<i>Danni conseguenti allo spegnimento</i>
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.
<i>Affidare ai componenti della squadra specifiche mansioni</i>
• 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 disastrose 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 separazione 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 **uplicazione**, 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 Torino²⁵, 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 settore²⁶ 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**

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

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)x2	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 modificazioni 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.

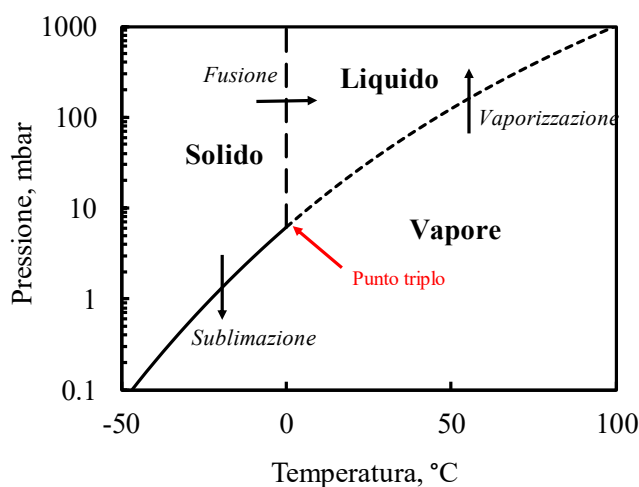
Liofilizzazione di materiale cartaceo (a cura di Davide Fissore e Antonello Barresi, DISAT, Politecnico di Torino, Laboratorio di Liofilizzazione)

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 6.11 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.

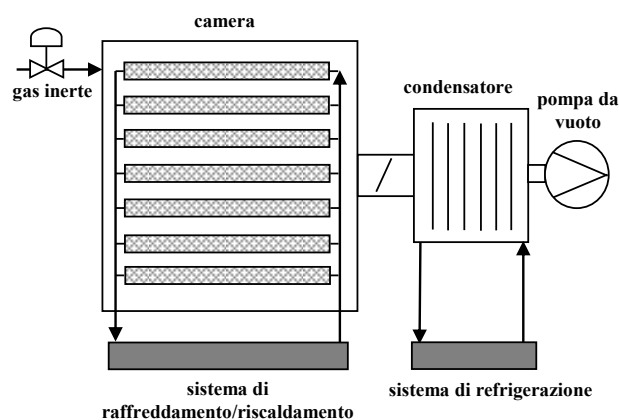
La liofilizzazione prevede due fasi consecutive: l'essiccamento primario, nella quale il ghiaccio sublima, consentendo così la completa rimozione dell'acqua libera, e l'essiccamento secondario, nella quale si riduce il contenuto di acqua legata facendola desorbire dal prodotto (occorre rilevare comunque 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.

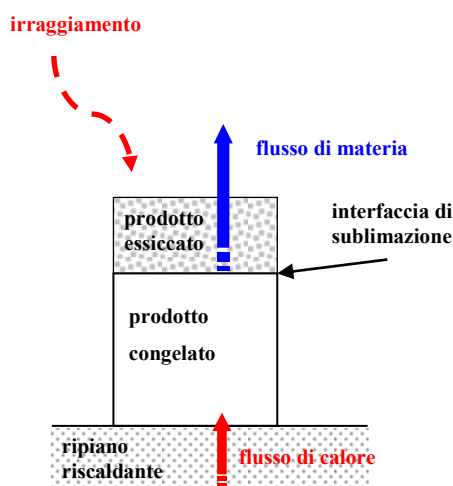
Una pompa da vuoto viene utilizzata per abbassare la pressione all'interno della camera di liofilizzazione, avviando così la fase di sublimazione.

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:

$$J_w = \frac{1}{R_p} (p_{w,i} - p_{w,c})$$

dove J_w è il flusso di sublimazione dell'acqua ($\text{kg s}^{-1}\text{m}^{-2}$), $p_{w,i}$ (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.

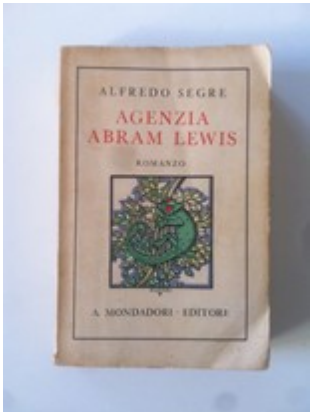
La durata del processo è una funzione complessa di molti parametri, ed è funzione non lineare dello spessore del materiale che si sta essiccando. Ciò vuol dire che se, ad esempio, per liofilizzare un

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.

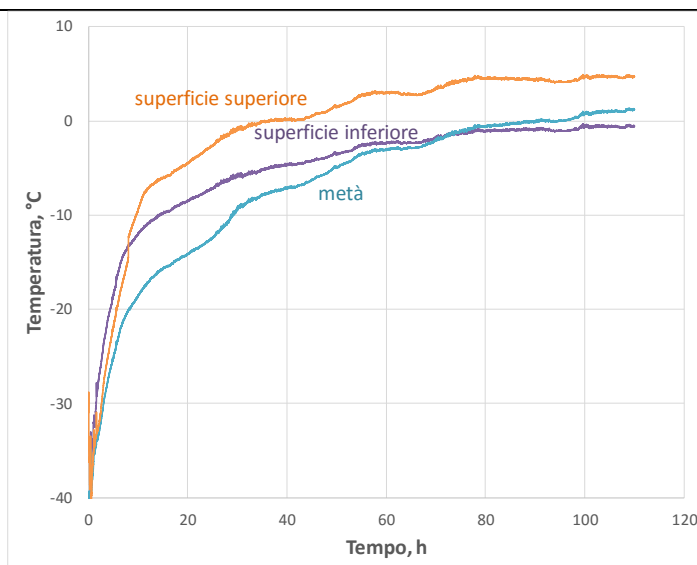
Il volume è stato inizialmente immerso in una bacinella contenente acqua per un tempo pari a 6 h. A valle di ciò il peso del volume è risultato essere pari a 755 g, ovvero la variazione di peso è stata pari al 115% circa.

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.

<i>Volume originale</i>	<i>Volume bagnato inserito nel liofilizzatore</i>	<i>Volume al termine del processo di liofilizzazione</i>
		

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.

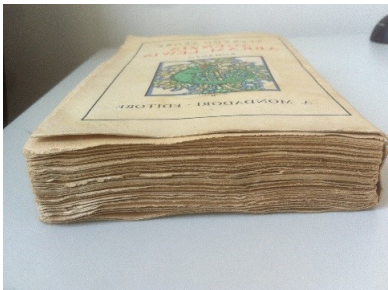
L'andamento delle temperature è abbastanza significativo, con un tratto iniziale crescente, e una sorta di andamento asintotico da un certo momento in avanti, soprattutto per le temperature misurate alle estremità superiore ed inferiore del volume, con un valore che dovrebbe essere pari a quello del 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.

SOPRINTENDENZA ARCHIVISTICA e BIBLIOGRAFICA DELLA LOMBARDIA

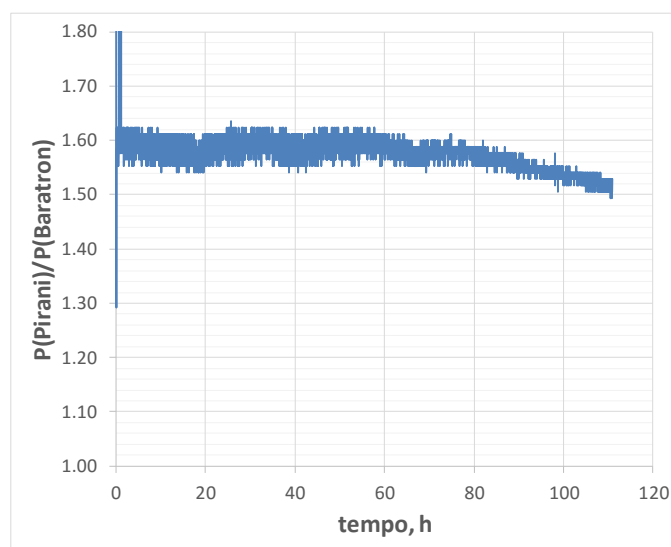
Piano di Conoscenza per la Sicurezza di Archivi e Biblioteche

A cura di Paola Mussini, Luciano Sassi – giugno 2016

<i>Volume al termine della liofilizzazione</i>	<i>Tracce di umidità nella parte centrale</i>	<i>Aspetto della parte centrale del volume dopo pochi giorni</i>
		

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 termocoduttivo (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			

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*

	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:
<i>Responsabili possesso e detenzione del bene</i>
Ente: Nome e Cognome: Recapito telefonico: Mail:
<i>Complesso archivistico- biblioteca</i>
Archivio storico, di deposito, biblioteca, ecc...
<i>Collocazione dell'archivio - biblioteca</i>
Indirizzo dell'edificio.
<i>Consistenza della documentazione</i>
N. unità archivistiche - librerie: Metri lineari:
<i>Strumenti descrittivi</i>
Inventari: Elenchi di consistenza: Altro:
<i>Situazione della sede</i>
Riportare informazioni riguardanti: • il grado di accessibilità dell'immobile • le condizioni strutturali • le condizioni impiantistiche • le condizioni delle scaffalature
<i>Interventi necessari</i>
• 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 ricordare 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 culturale 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 Strategy 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 culturale 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., CAPOLOGO 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., CAPOLOGO 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., CAPOLOGO 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.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.