



DECRETO N. 1205

DEL 18/12/2024

OGGETTO: AGGIORNAMENTO DEGLI ALLEGATI DEL MANUALE DI GESTIONE
DOCUMENTALE AZIENDALE

Struttura proponente: SC AFFARI GENERALI E LEGALI

Responsabile del procedimento: MARIANNA BONFANTI

IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. EZIO BELLERI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

DOTT. GIANLUCA LEGGIO

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

DR. FRANCESCO REITANO

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

DR. ANGELO GARAVAGLIA



PREMESSO che:

- l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), nel maggio 2021, ha emanato le nuove Linee Guida sulla "formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici", al fine di aggiornare e incorporare, in un'unica linea guida, le regole tecniche e le circolari in materia di gestione documentale, in attuazione al dettato normativo contenuto nella Legge 241/1990, "*Nuove norme sul procedimento amministrativo*", nel DPR 445/2000, "*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*" (TUDA), nonché nel D.lgs 82/2005 "*Codice dell'amministrazione digitale*" (CAD);
- le richiamate Linee Guida, che hanno natura vincolante, prevedono che la Pubblica Amministrazione è tenuta a redigere, adottare con provvedimento formale e pubblicare sul proprio sito istituzionale, nell'area dell'"*amministrazione trasparente*" prevista dall'art.9 del D.lgs.33/2013, il Manuale di gestione documentale;

RICHIAMATO il decreto aziendale n. 601 del 29 agosto 2023 con il quale veniva approvato il Manuale di gestione documentale aziendale, redatto dal Responsabile della gestione documentale aziendale e composto da una parte c.d. "fissa", il manuale che descrive il sistema di gestione dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, e da una parte "variabile" composta dagli allegati, che potrebbero essere soggetti ad aggiornamenti più frequenti;

TENUTO CONTO che si rende necessario procedere all'aggiornamento dei seguenti allegati del Manuale di gestione documentale aziendale:

- allegato n. 6 "Piano di fascicolazione", in quanto integrato con la descrizione puntuale dei fascicoli gestiti dalla SC Cure Primarie e dalla SS Comunicazione e con la descrizione del fascicolo del personale;
- allegato n. 17 "Procedura di rilascio delle credenziali Archiflow", alla quale è stata aggiunta la modulistica da compilare;

CONSIDERATO che è stata introdotta la "procedura di archiviazione di documentazione cartacea soggetta a registrazione di protocollo", inserita nell'aggiunto allegato n. 20 del Manuale;

DATO ATTO che dal presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'ASST di Cremona;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA



-
1. per le motivazioni tutte richiamate in narrativa, di approvare i nuovi allegati al Manuale di gestione documentale dell'ASST di Cremona, come descritti in narrativa ed allegati al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
 2. di procedere alla pubblicazione del Manuale di gestione documentale con gli allegati aggiornati e il nuovo allegato 20, nel sito web aziendale – sezione “amministrazione trasparente”;
 3. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'ASST di Cremona;
 4. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

IL DIRETTORE GENERALE
DOTT. EZIO BELLERI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

MANUALE DI GESTIONE DOCUMENTALE DELL'ASST DI CREMONA

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona





PREMESSE.....	1
RIFERIMENTI NORMATIVI	1
DEFINIZIONI	1
CARATTERIZZAZIONE DELL'AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA.....	2
MODELLO ORGANIZZATIVO	2
RUOLI E RESPONSABILITÀ	3
TIPOLOGIE DI DOCUMENTO.....	6
FORMAZIONE DEL DOCUMENTO	19
TRASMISSIONE E RICEZIONE DEI DOCUMENTI	23
IL PROTOCOLLO INFORMATICO	29
REGISTRAZIONE.....	30
ASSEGNAZIONE E SMISTAMENTO DEI DOCUMENTI	38
CLASSIFICAZIONE – FASCICOLAZIONE	39
CONSERVAZIONE E TENUTA DEI DOCUMENTI	41
CONSERVATORI ASST CREMONA.....	42
TUTELA DEI DATI PERSONALI E SICUREZZA	42
DISPOSIZIONI FINALI.....	46
ALLEGATI	47



PREMESSE

Il presente manuale è adottato secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 *"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"* (di seguito TUDA), dal decreto legislativo del 7 marzo 2005, n. 82 *"Codice dell'amministrazione digitale"* (di seguito CAD) e dalle Linee Guida AgID in materia.

In coerenza con il quadro normativo di riferimento, il manuale è volto a disciplinare le attività di formazione, gestione e archiviazione dei documenti nel rispetto della normativa vigente in materia di trasparenza degli atti amministrativi, di tutela della privacy e delle politiche di sicurezza.

Il Manuale descrive il sistema di gestione informatica dei documenti e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, ai fini di una corretta identificazione e reperibilità dei documenti acquisiti e creati dall'Azienda nell'ambito dell'esercizio delle sue funzioni.

Ai sensi del DPCM 03 dicembre 2013 *"Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40-bis, 41, 47, 57-bis e 71, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005"*; la Pubblica Amministrazione è tenuta a redigere, adottare con provvedimento formale e pubblicare sul proprio sito istituzionale il Manuale di gestione documentale. La pubblicazione è realizzata in una parte chiaramente identificabile dell'area *"Amministrazione trasparente"* prevista dall'art. 9 del d.lgs. 33/2013.

Gli allegati al presente Manuale possono essere modificati o sostituiti per gli eventuali successivi adeguamenti di natura tecnica o organizzativa.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Si rimanda allo specifico allegato n. 3 al presente Manuale.

DEFINIZIONI

Al fine di agevolare la comprensione del documento si riportano le definizioni degli acronimi utilizzati:

AOO – Area Organizzativa Omogenea: insieme di funzioni e strutture che opera su tematiche omogenee e che presenta esigenze di gestione della documentazione in modo unitario e coordinato ai sensi dell'art. 50, co. 4 del TUDA (DPR n. 445/2000 *"Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"*);

ASST – Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona;

IPA - Indice delle Pubbliche Amministrazioni;

MdG - Manuale di Gestione del protocollo informatico e gestione documentale;



RPA - Responsabile del Procedimento Amministrativo: il Dirigente e/o il Funzionario che ha la responsabilità dell'esecuzione degli adempimenti amministrativi relativi a una specifica questione;

RGD - Responsabile della gestione documentale;

SGID – Sistema gestione informatizzata dei documenti;

UOR - Unità Organizzative Responsabili - strutture in cui si articola l'AOO;

UO - Unità Organizzative;

PEC - Posta Elettronica Certificata.

CARATTERIZZAZIONE DELL'AREA ORGANIZZATIVA OMOGENEA

Ai fini della gestione unica e coordinata dei documenti, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona individua, nell'ambito del proprio ordinamento, una sola Area Organizzativa Omogenea (d'ora in poi AOO) denominata Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona, che dispone della casella di posta elettronica certificata: **protocollo@pec.asst-cremona.it**.

L'AOO si articola in Unità Organizzative Responsabili (d'ora in poi UOR) corrispondenti alle strutture semplici e complesse presenti nell'organigramma contenuto nel Piano di Organizzazione Aziendale vigente (Allegato 2).

L'ASST è accreditata presso l'Indice delle Pubbliche Amministrazioni; il codice identificativo dell'AOO è "asstr", in forma estesa "AZIENDA SOCIO – SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA", codice univoco AOO: **A5C35C2**.

MODELLO ORGANIZZATIVO

Per la gestione dei documenti, è adottato un modello operativo decentrato, che nasce dall'esigenza di attribuire autonomia alle singole strutture, prevedendo la partecipazione attiva delle UOR.

Nel sistema di gestione documentale, le UOR e gli utenti sono abilitati secondo quanto descritto nel paragrafo relativo alla "TUTELA DEI DATI PERSONALI E SICUREZZA" sulla base di quanto di seguito indicato:

registrazione di protocollo dei documenti in arrivo:

è accentrata presso la SC Affari Generali e Legali / Archivio-Protocollo.

registrazione di protocollo dei documenti in uscita:

è decentrata a carico delle singole UOR abilitate all'interno del sistema di gestione documentale aziendale;

registrazione di protocollo interno dei documenti: è decentrata a carico delle singole UOR abilitate all'interno del sistema di gestione documentale aziendale.



Le postazioni di protocollo decentrate sono coordinate dal Responsabile del Servizio per il sistema di gestione documentale.

Gli utenti del sistema di gestione documentale vengono abilitati a svolgere esclusivamente le operazioni di competenza (v. allegato n. 17 – procedura rilascio credenziali Archiflow).

Nell'ambito della AOO, la numerazione delle registrazioni di protocollo è unica e progressiva, non si differenzia tra i documenti in arrivo, in uscita o interni e si rinnova ogni anno solare.

Il numero di protocollo e la data di protocollo sono generati tramite il sistema di gestione documentale ed assegnati automaticamente a ciascun documento registrato.

Ad ogni documento è assegnato un solo numero, che non può essere utilizzato per la registrazione di altri atti, anche se correlati allo stesso.

Tutti i protocolli di settore e più in generale i protocolli diversi dal sistema di gestione documentale sono eliminati.

I dati e i documenti registrati e archiviati all'interno degli applicativi verticali sono gestiti dalle UOR di competenza.

L'ASST assicura criteri uniformi di classificazione e archiviazione, nonché di comunicazione interna tra le unità organizzative.

RUOLI E RESPONSABILITÀ

Per l'unica AOO della ASST, con appositi provvedimenti pubblicati sul sito istituzionale, sono individuati i seguenti ruoli con responsabilità sui processi in essere.

L'ASST, con decreto n. 266 del 22 maggio 2023 ha nominato il **Responsabile della Gestione Documentale** (allegato n. 2).

Il Responsabile della Gestione Documentale garantisce l'attuazione di quanto stabilito dall'articolo 61 del DPR n.445/2000 e si occupa delle seguenti attività:

- attribuisce il livello di autorizzazione per l'accesso alle funzioni della procedura di protocollazione, distinguendo tra abilitazioni alla consultazione e abilitazioni all'inserimento e alla modifica delle informazioni;
- garantisce che le operazioni di registrazione e di segnatura di protocollo si svolgano nel rispetto delle disposizioni del TUDA;
- garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro giornaliero di protocollo di cui all'art. 53 TUDA;
- cura che le funzionalità del sistema, in caso di guasti o anomalie, siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;



- garantisce il buon funzionamento degli strumenti e dell'organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali, incluse le funzionalità di accesso di cui agli artt. 59 e 60 TUDA, in base agli strumenti disponibili e nel rispetto delle disposizioni interne, e le attività di gestione degli archivi di cui agli artt. 67, 68 e 69;
- autorizza le operazioni di annullamento di cui all'art. 54 TUDA;
- vigila sull'osservanza delle disposizioni del TUDA da parte del personale autorizzato e degli incaricati;
- verifica periodicamente la rispondenza del piano di classificazione dei documenti informatici ai procedimenti amministrativi e agli affari in essere e procede al suo aggiornamento (par. 3.2 Linee Guida AgID 2021);
- predispone il manuale di gestione documentale relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, all'interscambio, all'accesso ai documenti informatici nel rispetto della normativa in materia di trattamenti dei dati personali ed in coerenza con quanto previsto nel manuale di conservazione (par. 3.4 Linee Guida AgID 2021);
- verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA (par. 3.4 Linee Guida AgID 2021);
- assume il ruolo di Soggetto Produttore del Pacchetto di Versamento, le cui responsabilità sono riportate nel Manuale di Conservazione.

Il Responsabile dei sistemi informativi svolge le funzioni previste dal POAS e in particolare:

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

L'ASST, con decreto n. 146 del 22 marzo 2023 ha nominato **Il Responsabile della transizione digitale** (allegato n. 2):

- coordina lo sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizza e coordina lo sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;



- indirizza, pianifica, coordina e monitora la sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi e alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività;
- garantisce l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promuove l'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analizza periodicamente la coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi nonché di ridurre i tempi e i costi dell'azione amministrativa;
- coopera alla revisione della riorganizzazione dell'amministrazione ai fini del punto precedente;
- indirizza, coordina e monitora la pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione e fonia;
- progetta e coordina le iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete a cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- promuove le iniziative attinenti all'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei ministri o dal Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie;
- pianifica e coordina il processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra i sistemi e servizi dell'amministrazione;
- pianifica e coordina gli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione al fine di garantire la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale di cui all'articolo 16, comma 1, lettera b) del CAD.

L'ASST, con decreto n. 369 del 09.09.2020 (allegato n. 2), ha nominato il Responsabile della Conservazione.

Il Responsabile della Conservazione, d'intesa con il Responsabile della Gestione Documentale e il Responsabile del Trattamento dei dati personali, provvede alla predisposizione e l'aggiornamento del Manuale della Conservazione, garantendo la conservazione integrata dei documenti e delle informazioni di contesto generale, prodotte sia nelle fasi di gestione sia in quelle di conservazione degli stessi.

Il Responsabile della Conservazione provvede inoltre alla conservazione degli strumenti di descrizione, ricerca, gestione e conservazione dei documenti.



È stato istituito inoltre, con provvedimento dell'ex Azienda Ospedaliera di Cremona (dal 01.01.2016 ASST di Cremona, a seguito dell'avvio della riforma sociosanitaria regionale lombarda) - deliberazione n. 374 del 14.12.2015 - il Servizio per la tenuta del sistema di gestione documentale, della gestione dei flussi documentali e degli archivi, di seguito denominato "*Servizio per il sistema di gestione documentale*", funzionalmente identificato nell'*Ufficio Archivio-Protocollo*.

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

Il Servizio svolge i seguenti compiti:

- garantisce che le operazioni di registrazione e segnatura di protocollo, classificazione ed indicizzazione dei documenti si svolgano nel rispetto delle disposizioni della normativa vigente;
- garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro di protocollo;
- cura, in collaborazione con il Responsabile dei Sistemi Informativi che le funzionalità del sistema in caso di guasti o anomalie siano ripristinate entro 24 ore dal blocco delle attività e, comunque, nel più breve tempo possibile;
- conserva il registro di emergenza;
- 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;
- autorizza le operazioni di annullamento e di modifica.

Responsabile dell'aggiornamento del presente manuale è il Responsabile della Gestione Documentale. Tutte le UOR, pertanto, devono segnalare tempestivamente all' Ufficio Archivio-Protocollo ogni evento suscettibile di incidere sull'operatività ed efficacia del Manuale medesimo, al fine di prendere gli opportuni provvedimenti in ordine all'eventuale modifica e/o integrazione della procedura stessa.

TIPOLOGIE DI DOCUMENTO

Documento Analogico

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

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



Documento Informatico

Il Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD – D.Lgs 82/2005) definisce il **documento informatico** come *"rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti"* in contrapposizione al documento analogico.

Il Regolamento UE n. 910/2014 - eIDAS (electronic IDentification Authentication and Signature) definisce il documento elettronico come *"qualsiasi contenuto conservato in forma elettronica, in particolare testo o registrazione sonora, visiva o audiovisiva"*.

Documento Amministrativo Informatico

Con **documento amministrativo informatico** si intende, ai sensi del TUDA e dell'art. 23 ter del CAD, l'atto formato dalle pubbliche amministrazioni con strumenti informatici, anche interno, nonché i dati e i documenti informatici detenuti dalle stesse, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

Documento ricevuto

Sono documenti, aventi pertanto rilevanza giuridico probatoria, provenienti da un diverso soggetto pubblico o privato e acquisiti dalla AOO. I documenti possono essere acquisiti con diversi mezzi e modalità in base alla tecnologia utilizzata dal mittente.

Il documento può essere recapitato:

- a mezzo posta (ordinaria, raccomandata, celere, corriere espresso, atto giudiziario, ecc.);
- a mezzo PEC / posta elettronica ordinaria;
- mediante piattaforme informatiche;
- per telegramma;
- a mezzo corriere;
- con consegna diretta da parte dell'interessato agli uffici preposti.

Documento inviato

Sono documenti, aventi pertanto rilevanza giuridico-probatoria, provenienti dalle UOR della AOO e indirizzati a un diverso soggetto pubblico o privato.

Il documento può essere inviato:

- a mezzo PEC / posta elettronica ordinaria;
- a mezzo posta (ordinaria, raccomandata, celere, corriere espresso, atto giudiziario, ecc.);
- mediante piattaforme informatiche;
- su supporto rimovibile;
- consegnato a mano.



I documenti informatici, compresi di eventuali allegati, sono inviati, di norma, per mezzo della sola posta elettronica certificata tramite il sistema di gestione documentale; solo in caso di impossibilità tecnica o, in via residuale, con altri mezzi, previa verifica dell'autenticità e dell'integrità del documento.

Documento interno

I documenti interni sono prodotti dalle UOR e possono essere destinati ad altre UOR dell'AOO. Sono formati, di norma, con tecnologie informatiche e sono soggetti a protocollazione solo se danno avvio ad un procedimento amministrativo di competenza della AOO.

Documenti Amministrativi Elettronici (DAE)

Per Documenti Amministrativi Elettronici si intende la produzione e conservazione dei seguenti documenti:

- Provvedimenti (Decreti e Determine);
- Atti relativi alla gestione del personale;
- Atti relativi alla gestione di lavori, servizi e forniture;
- Documenti protocollati e Repertori;
- PEC;
- Fatture e ricevute di pagamento;

Provvedimenti

I decreti del Direttore Generale e le determine dei Dirigenti delegati (come da "Regolamento in materia di deleghe di funzioni di gestione") sono gestite tramite il sistema di gestione documentale attraverso uno specifico workflow che consente lo svolgimento informatico dell'intero processo, dalla formazione del provvedimento fino alla pubblicazione (come da regolamento allegato n. 15).

L'iter amministrativo relativo ai decreti si articola nelle seguenti fasi.

Fase 1: inserimento proposta di decreto

Il funzionario istruttore provvede alla compilazione, nel sistema informatico di gestione documentale, tramite specifico workflow, della scheda relativa alla proposta di Decreto, contenente le relative informazioni/metadati. Il funzionario istruttore provvede, inoltre, all'inserimento del testo della proposta di decreto, degli eventuali allegati e della documentazione istruttoria relativa al procedimento. L'iter prosegue interessando il responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

**Fase 2: firma del responsabile del procedimento**

Il responsabile del procedimento, verificati gli atti istruttori, la proposta di decreto con i relativi allegati, provvede all'inoltro al Responsabile della struttura proponente mediante l'apposizione di una firma elettronica. Nel caso non ritenga opportuno procedere nell'avanzamento dell'iter può sospendere o chiudere il processo che si arresta a tale fase. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 3: visto contabile (se previsto)

Qualora dall'adozione del provvedimento derivi un costo/ricavo, anche in via indiretta, per l'ASST, la SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità effettua la verifica contabile della proposta di decreto e dei relativi allegati ed il direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità appone una firma elettronica che consente l'avanzamento dell'iter. Il direttore SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità può respingere la proposta che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 4: firma del responsabile dell'ufficio proponente

Il responsabile dell'ufficio proponente, verificati gli atti istruttori, la proposta di decreto con i relativi allegati, provvede, mediante l'apposizione di una firma elettronica all'avanzamento dell'iter. Il responsabile dell'ufficio proponente può respingere la proposta che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 5: firma del coproponente (se prevista)

Il coproponente, verificati gli atti istruttori, la proposta di decreto con i relativi allegati, provvede, mediante l'apposizione di una firma elettronica, all'avanzamento dell'iter. Il coproponente può respingere la proposta, che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 6: visto formale a cura della SC Affari Generali e Legali

La SC Affari Generali e Legali effettua la verifica formale della proposta di decreto procedendo alla correzione, anche attraverso le necessarie integrazioni, di eventuali irregolarità riscontrate e, mediante l'apposizione di una firma elettronica del responsabile dell'SC Affari Generali e Legali, provvede all'avanzamento dell'iter.

Il responsabile della SC Affari Generali e Legali può respingere la proposta, che in tal caso viene rinviata al responsabile del procedimento con contestuale informativa a tutti i partecipanti al procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 7: pareri del Direttore Socio Sanitario e del Direttore Sanitario

I Direttori Socio Sanitario e Sanitario, verificati gli atti istruttori, la proposta di decreto con i relativi allegati, esprimono il proprio parere — positivo o negativo — mediante l'apposizione di una firma elettronica. In entrambi i casi l'iter procedimentale procede all'avanzamento.



È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 8: parere di legittimità del Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo esprime il parere di legittimità su tutte le proposte di decreto mediante l'apposizione di una firma elettronica. Il Direttore Amministrativo può:

- respingere la proposta di provvedimento: in tal caso l'iter ritorna al responsabile del procedimento;
- esprimere un parere sia positivo, sia negativo: in entrambi i casi, l'iter procedurale di adozione del decreto procedere all'avanzamento.

È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 9: predisposizione Ordine del Giorno (ODG)

Una volta acquisiti i prescritti visti e pareri, l'SC Affari Generali e Legali predispone la versione definitiva delle proposte di decreto (trasformazione in PDF) e assegna le proposte all'ordine del giorno. Procede, infine, all'inoltro al Direttore Generale per l'approvazione.

Fase 10: adozione dei decreti (approvazione e firma digitale)

Il Direttore Generale può:

- approvare le proposte all'ordine del giorno: il sistema procede ad inserire il numero e la data per ciascun decreto approvato;
- rinviare e/o riesaminare le/la proposte/a: nel primo caso le stesse verranno rese disponibili all'SC Affari Generali e Legali.

Nel secondo caso, le proposte torneranno al responsabile del procedimento, con le indicazioni del caso.

Una volta numerati i decreti, il Direttore Generale sottoscrive gli atti con firma digitale. Gli atti firmati digitalmente dal Direttore Generale vengono resi disponibili alla SC Affari Generali e Legali per la pubblicazione.

Fase 11: pubblicazione

I decreti adottati vengono pubblicati a cura della SC Affari Generali e Legali, in conformità all'articolo 17 della L.R. n.33/2009 e s.m.i. e all'articolo 32 della L. n. 69/2009, sul sito web dell'ASST, sezione albo-online, ad eccezione di quelli che, per ragioni di riservatezza, in conformità al Decreto Legislativo n. 196/2003 e al regolamento UE 2016/679, si ritiene di escludere, in tutto o in parte, dalla pubblicità. Al termine del periodo di pubblicazione (di norma 15 gg consecutivi), il sistema provvede autonomamente al ritiro del provvedimento dall'albo online.

Per ogni seduta viene prodotto il verbale contenente l'elenco dei decreti approvati/rinviati/respinti. La SC Affari Generali e Legali invia al Collegio Sindacale l'elenco dei provvedimenti adottati in ogni seduta.



Il sistema di gestione documentale consente di estrarre registri in conformità all'articolo 22 comma 6 della LR. n.33/2009 e smi che contempla, tra le scritture obbligatorie, il Libro delle Deliberazioni del Direttore Generale.

Tali registri vengono prodotti e conservati in conformità alle vigenti regole tecniche in materia di conservazione dei documenti informatici. Gli originali di tutti i decreti adottati vengono conservati illimitatamente in conformità alle vigenti regole tecniche in materia di conservazione dei documenti informatici.

L'iter amministrativo relativo alle determinazioni si articola nelle seguenti fasi:

Fase 1: inserimento proposta di determinazione.

Il funzionario istruttore provvede alla compilazione, nel sistema informatico di gestione documentale, tramite specifico workflow, della scheda relativa alla proposta di determinazione, contenente le relative informazioni/metadati.

Il funzionario istruttore provvede, inoltre, all'inserimento del testo della proposta di determinazione, degli eventuali allegati e della documentazione istruttoria relativa al procedimento. Compilate queste azioni, l'iter prosegue interessando il responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 2: firma del responsabile del procedimento

Il responsabile del procedimento, verificati gli atti istruttori, la proposta di determinazione con i relativi allegati, provvede all'inoltro al Responsabile della struttura competente mediante l'apposizione di una firma elettronica. Il responsabile del procedimento proponente può respingere la proposta che viene rinviata al funzionario istruttore.

È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 3: visto del responsabile della struttura competente

Il responsabile della struttura competente, verificati gli atti istruttori, la proposta di determinazione con i relativi allegati provvede all'avanzamento dell'iter mediante l'apposizione di una firma elettronica. Il responsabile della struttura competente può respingere la proposta, che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 4: visto contabile (se previsto)

Qualora dall'adozione del provvedimento derivi un costo/ricavo, anche in via indiretta, per l'ASST, la SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità effettua la verifica contabile della proposta di determinazione e dei relativi allegati ed il direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità appone una firma elettronica che consente l'avanzamento dell'iter. Il direttore della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità può respingere la proposta



che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 5: visto formale a cura della SC Affari Generali e Legali

La SC Affari Generali e Legali effettua la verifica formale della proposta di determinazione procedendo alla correzione, anche attraverso le necessarie integrazioni, di eventuali irregolarità riscontrate; la SC Affari Generali e Legali predispone inoltre la versione definitiva della proposta di determinazione (trasformazione PDF) e, mediante l'apposizione di una firma elettronica del direttore della SC Affari Generali e Legali, provvede all'avanzamento dell'iter.

Il direttore può respingere la proposta, che viene rinviata al responsabile del procedimento. È possibile inserire delle annotazioni nel relativo campo.

Fase 6: adozione determinazione (approvazione e firma digitale)

Il Direttore/Dirigente preposto all'adozione del provvedimento può:

- approvare le proposte: il sistema procede ad inserire il numero e la data nella determinazione;
- respingere la proposta, che viene rinviata al responsabile del procedimento per il riesame;
- annullare la proposta nel caso in cui non intenda adottarla.

Una volta adottata la determinazione, il Direttore/Dirigente sottoscrive l'atto con firma digitale.

Gli atti, firmati digitalmente, dai Direttori/Dirigenti competenti, vengono resi disponibili alla SC Affari Generali e Legali per la pubblicazione.

Fase 7: pubblicazione

Le determinazioni dirigenziali adottate vengono pubblicate a cura dell'SC Affari Generali e Legali, in conformità all'articolo 17 della L.R. n.33/2009 e s.m.i. e all'articolo 32 della L. n. 69/2009, sul sito web dell'ASST, sezione albo-online. ad eccezione di quelli che, per ragioni di riservatezza, in conformità al Decreto Legislativo n. 196/2003 e al regolamento UE 2016/679, si ritiene di escludere, in tutto o in parte, dalla pubblicità.

Al termine del periodo di pubblicazione (di norma 15 gg consecutivi), il sistema provvede autonomamente al ritiro del provvedimento dall'albo-online. La SC Affari Generali e Legali provvede, inoltre, alla predisposizione degli elenchi mensili delle determinazioni adottate da trasmettere al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Socio Sanitario, nonché al Collegio Sindacale.

Il sistema di gestione documentale consente di estrarre registri che vengono prodotti e conservati in conformità alle vigenti regole tecniche in materia di conservazione dei documenti informatici.



Gli originali di tutte le determinazioni adottate vengono conservati illimitatamente in conformità alle vigenti regole tecniche in materia di conservazione dei documenti informatici.

Tutti i decreti e le determine:

- sono soggette a numerazione progressiva da parte del sistema di gestione documentale in uno specifico repertorio e classificate in automatico secondo il Titolario della Regione Lombardia;
- sono aggregate in un registro informatico, per ciascuna delle tipologie, generato dal sistema di gestione per ogni anno solare;
- sono trasmesse al sistema di conservazione dopo la pubblicazione sull'albo online;
- sono conservate secondo quanto previsto dal Manuale di Conservazione.

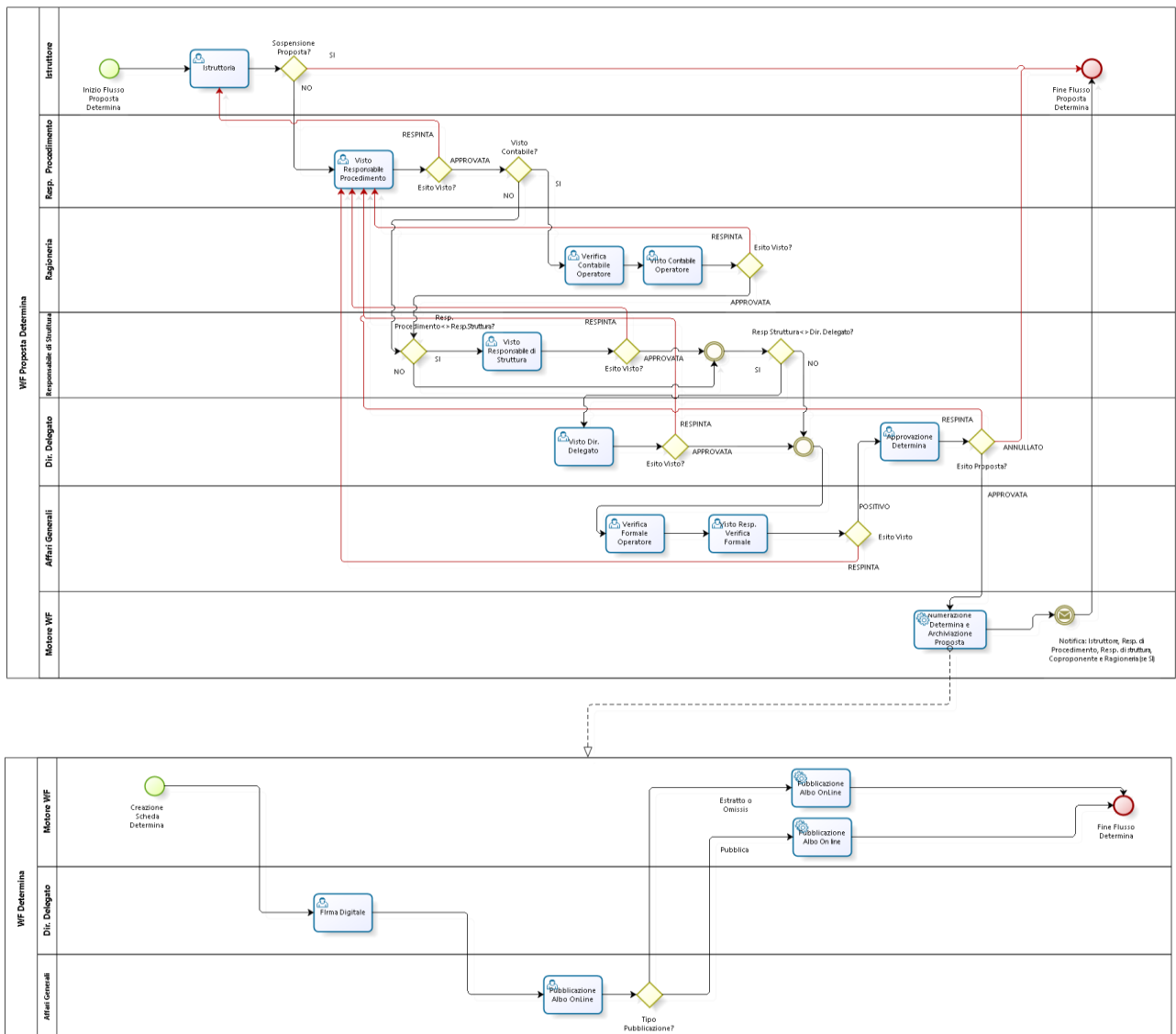


Diagramma di flusso decreti

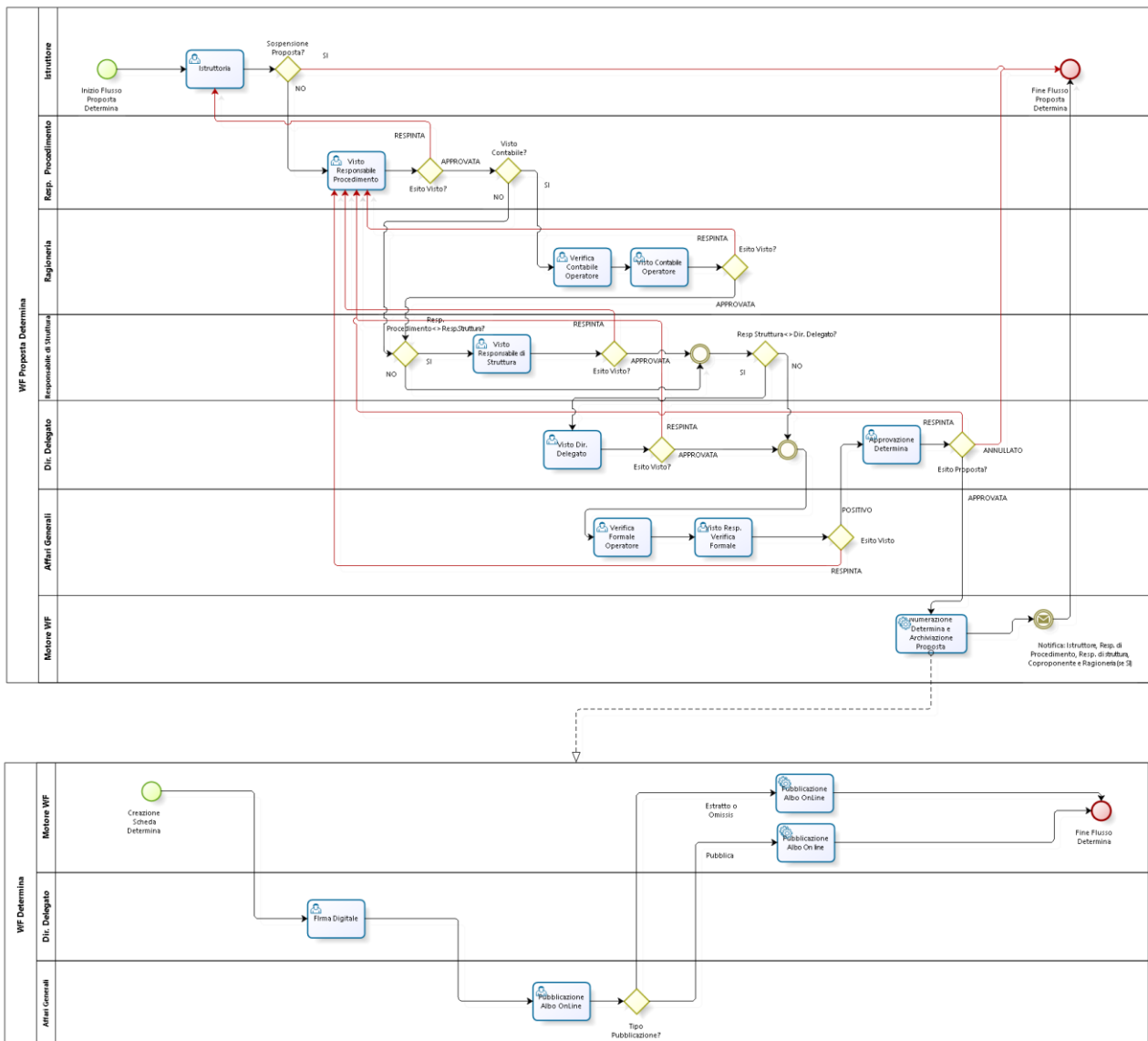


Diagramma di flusso determine dirigenziali

Atti relativi alla gestione del personale

Sono gestiti dalla SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, mediante software verticale a disposizione dell'ASST.

Si tratta, in particolare, di:

- Cartellini presenze: con cadenza mensile vengono prodotti i cartellini provvisori. Vengono elaborati e resi disponibili al dipendente nell'Area riservata del software, e sono suscettibili di modifiche ai fini della validazione conclusiva che avviene, sempre tramite il software di gestione, entro due mesi dalla produzione.



- Cedolini: con cadenza mensile vengono elaborati i cedolini e resi disponibili al dipendente nell'Area riservata del software.
- Certificazione Unica (CU): con cadenza annuale sono prodotte le CU. Vengono elaborate d'ufficio e rese disponibili al dipendente nell'Area riservata del software.

I suddetti documenti vengono inviati al sistema di conservazione.

Atti relativi alle procedure di acquisizione di forniture, servizi, e lavori

Sono prodotti e gestiti dalle SS.CC.: Gestione Acquisti, Gestione Tecnico Patrimoniale, Nuovo Ospedale, Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, Accoglienza e CUP Aziendali, Ingegneria Clinica e Servizi Informativi Aziendali, mediante l'utilizzo di apposite piattaforme (ad es. MePA, SINTEL, Nodo Smistamento Ordini - NSO).

I suddetti documenti vengono inviati al sistema di conservazione.

PEC

Le PEC relative a caselle diverse dal domicilio digitale (protocollo@pec.asst-cremona.it) sono gestite attraverso il sistema di gestione documentale.

Le PEC in entrata ricevute sugli indirizzi:

affarigenerali@pec.asst-cremona.it;

avvocatura@pec.asst-cremona.it;

conservazione@pec.asst-cremona.it;

direzione.generale@pec.asst-cremona.it;

personale@pec.asst-cremona.it;

sono registrate automaticamente nel sistema di gestione documentale e, a seguito di verifica da parte degli operatori, protocollate dall'Ufficio Archivio – Protocollo.

Le PEC in uscita trasmesse dai suddetti indirizzi attraverso il sistema di gestione documentale sono registrate e tutte conservate automaticamente dal conservatore digitale accreditato. L'eventuale protocollazione in partenza è a carico dell'UOR intestataria.

La PEC provveditorato@pec.asst-cremona.it è monitorata e gestita attraverso il sistema di gestione documentale dalla relativa UOR.

La PEC upd@pec.asst-cremona.it è monitorata e gestita dall'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Fatturazione

I flussi documentali relativi alla fatturazione si riferiscono alla produzione dei seguenti documenti:

Fatture Attive: l'ufficio competente (ufficio ciclo attivo) emette la fattura attraverso l'applicativo amministrativo contabile in uso presso l'ASST e procede all'invio della stessa attraverso il Sistema di



Interscambio Dati. Gli operatori dell'ufficio competente monitorano lo stato dell'invio attraverso il monitor delle fatture elettroniche, modulo dedicato dell'applicativo amministrativo contabile.

Fatture Passive: a seguito della ricezione di un ordine da parte dell'ASST, i fornitori provvedono alla trasmissione delle fatture elettroniche attraverso il Sistema di Interscambio Dati. Il sistema amministrativo contabile in uso presso l'ASST importa le fatture sul gestionale per la successiva analisi di controllo ed eventualmente accettazione delle fatture da parte dell'Ufficio competente (ufficio ciclo passivo). L'Ufficio competente ricevuta la fattura, effettua un "controllo formale" della stessa (verifica che la fattura sia indirizzata all'ASST, che i dati anagrafici riportati dal fornitore siano corretti, che sia riportato il codice numerico dell'ordine di riferimento, ecc.). L'ASST ha 14 giorni di tempo ai fini dell'accettazione/rifiuto delle fatture. In caso di esito positivo delle verifiche l'Ufficio competente accetta la fattura e la invia all'Ufficio liquidatore per un "controllo sostanziale" (verifica dei dati economici e della quantità) e per la liquidazione della fattura. Nel caso in cui, a seguito dei controlli effettuati, emergano degli scostamenti sulla quantità/prezzo, l'Ufficio liquidatore richiede al fornitore una nota di credito, al fine di stornare i costi erroneamente addebitati; in caso contrario, si procede al pagamento previa autorizzazione da parte del responsabile della liquidazione.

Notifiche Sistema di Interscambio (SDI) relative a Fatture Attive: le notifiche forniscono agli operatori dell'ufficio competente le informazioni relative allo stato della fattura elettronica favorendo gli opportuni interventi risolutivi se necessario.

Notifiche Sistema di Interscambio (SDI) relative a Fatture Passive: le notifiche tracciano tutti i cambi stato delle fatture, quest'ultimi sono dettati da operazioni manuali da parte degli operatori dell'ufficio competente o dalla scadenza dei termini.

I suddetti documenti vengono inviati al sistema di conservazione e conservati secondo quanto previsto dallo specifico manuale.

Ricette Dematerializzate

La Ricetta Dematerializzata (RD) è un documento informatico contenente informazioni inerenti ad una prescrizione specialistica o farmaceutica e la sua erogazione è formata nativamente in formato elettronico. Le prescrizioni dematerializzate sono generate secondo le modalità indicate nel DM 2.11.2011. Il Ministero dell'Economia e della Finanze ha riconosciuto il SISS come SAR – Sistema di Accoglienza Regionale; in Regione Lombardia, la gestione dell'intero processo prescrittivo dematerializzato è stata pertanto affidata al SISS, che gestisce la RD durante l'intero ciclo di vita della stessa, nella fase di formazione, con l'assegnazione del codice identificativo unico a livello nazionale (NRE, Numero di Ricetta Elettronica) e sua sottoscrizione da parte del medico prescrittore a quella conclusiva di erogazione.



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

Ricette Dematerializzate Erogate: l'erogazione delle ricette dematerializzate è un processo in carico all'ASST. In base ai messaggi che riceve dalle strutture, l'ASST invia le Ricette Dematerializzate erogate tramite servizi dedicati esposti dal SISS.

Ricette Dematerializzate Erogate Annullate: l'annullamento dell'erogazione delle ricette dematerializzate è un processo in carico all'ASST. In base ai messaggi che riceve dai vari dipartimentali, l'ASST invia le Ricette Dematerializzate erogate annullate tramite servizi dedicati esposti dal SISS.

Ricette Dematerializzate Prescritte: la prescrizione delle ricette dematerializzate viene effettuata dai medici al termine dell'evento di cura (visita ambulatoriale, ricovero, passaggio ps, ecc.) eseguito presso l'ASST. Tramite gli applicativi dedicati, il medico seleziona le prestazioni/farmaci da prescrivere, genera le Ricette e le invia tramite servizi dedicati esposti dal SISS.

Una volta generata la Ricetta Dematerializzata, viene stampato e consegnato al paziente il promemoria della Ricetta.

Ricette Dematerializzate Prescritte Annullate: l'annullamento delle ricette dematerializzate può essere effettuato in qualsiasi momento solo dal medico che le ha prescritte.

I suddetti documenti vengono inviati al sistema di conservazione e conservati secondo quanto previsto dallo specifico manuale.

Documenti clinici

Tutta la documentazione sanitaria e sociosanitaria viene gestita in conformità alle disposizioni dettate da Regione Lombardia.

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

- **Referti di Laboratorio:** al termine dell'esame di Laboratorio viene redatto un referto utilizzando l'apposito software. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS;
- **Referti Ambulatoriali:** al termine della visita e/o dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali viene redatto un referto utilizzando l'apposito software. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS.
- **Lettere di Dimissione:** la lettera di dimissione è redatta a completamento del ricovero. Viene redatta in formato .pdf tramite l'apposito software a seguito del completamento del ricovero del paziente e successivamente firmata dal medico tramite carta SISS.
- **Referti Anatomia Patologica:** al termine dell'esame specialistico viene redatto un referto utilizzando l'apposito software. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS.



- **Referti di Radiologia:** al termine dell'esame Radiologico viene redatto un referto utilizzando il software. Il referto in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS.
- **Verbali di Pronto Soccorso:** viene redatto in fase di chiusura dell'episodio di pronto soccorso. Il verbale in formato .pdf è firmato dal medico tramite carta SISS.
- **Piano Assistenziale Individuale:** Il piano è l'insieme delle prestazioni che il paziente dovrà eseguire nel corso del tempo ed ha la durata temporale massima di 1 anno. Viene redatto a seguito dell'apposita visita specialistica in formato .pdf. Il Una volta eseguita la stesura il documento viene firmato dal medico tramite carta SISS.

I documenti firmati digitalmente sono archiviati sul Repository aziendale e successivamente pubblicati sul Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente.

Gli applicativi dipartimentali possono visualizzare i referti archiviati sul Repository aziendale tramite dei servizi messi a disposizione dalla Nuova Piattaforma Regionale di Integrazione (NPRI), in conformità alla normativa GDPR.

Sono esclusi dalla consultazione soltanto se il paziente ha espresso parere contrario alla consultazione e, per decisione aziendale, i referti di genetica e i referti di anatomia patologica.

I cittadini possono accedere alla visualizzazione della documentazione clinica a loro disposizione tramite gli strumenti informatici di Regione Lombardia (App e Fascicolo Sanitario Elettronico).

I medici di base (MMG/PLS) possono consultare il documento utilizzando le loro cartelle cliniche integrate con il SISS e validate da ARIA.

I suddetti documenti vengono inviati al sistema di conservazione affidatario e conservati secondo quanto previsto dallo specifico manuale.

FORMAZIONE DEL DOCUMENTO

Le pubbliche amministrazioni formano gli originali dei propri documenti, inclusi quelli inerenti ad albi, elenchi e pubblici registri, con mezzi informatici secondo le disposizioni di cui al CAD.

Ogni pubblica amministrazione è tenuta ad adeguare i propri sistemi di gestione informatica dei documenti in base alle Linee Guida di AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici.

L'ASST forma i propri documenti informatici mediante l'utilizzo di applicativi di videoscrittura o tramite l'utilizzo di software gestionali di settore. Nella formazione dei documenti informatici effettuata nei diversi gestionali, deve essere attuato un controllo delle versioni degli stessi, tenendo traccia dei loro passaggi e trasformazioni fino alla versione definitiva inviata alla registrazione.



Modalità di formazione dei Documenti Informatici

Il documento informatico è formato mediante una delle seguenti modalità:

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

Il documento amministrativo informatico deve essere integro e immodificabile.

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

L'evidenza informatica corrispondente al documento informatico immodificabile è prodotta in uno dei formati che assicuri l'indipendenza dalle piattaforme tecnologiche, l'interoperabilità tra sistemi informatici e la durata nel tempo dei dati in termini di accesso e di leggibilità.

I formati adottati dall'ASST sono elencati nello specifico elenco (allegato n.12).

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

- o denominazione e logo dell'ASST;
- o indicazione dell'articolazione dell'ASST che ha prodotto il documento;
- o indirizzo e recapiti completi (domicilio digitale, via, numero civico, codice avviamento postale, città, sigla della provincia, numero di telefono, indirizzo di posta elettronica di ASST);
- o destinatario;
- o oggetto del documento;
- o classificazione (titolo, classe, sottoclasse) e fascicolazione (n. fascicolo/anno);
- o testo;
- o indicazione degli allegati, se presenti;
- o indicazione del Responsabile del procedimento (L. n. 241/1990 e ss. mm. e ii. e L.R. n. 1/2012);



- o sottoscrizione del soggetto competente.

I duplicati informatici di un documento informatico sono prodotti mediante processi e strumenti che assicurino che il documento informatico ottenuto sullo stesso sistema di memorizzazione o su un sistema diverso, contenga la stessa sequenza di bit del documento informatico di origine.

Il sistema di gestione informatica dei documenti

Ai sensi dell'art. 1 TUDA, il **sistema di gestione informatica dei documenti (SGID)** è *“l'insieme delle risorse di calcolo, degli apparati, delle reti di comunicazione e delle procedure informatiche utilizzati dalle amministrazioni per la gestione dei documenti”*.

Come previsto dall'art. 52 TUDA, il sistema di gestione informatica dei documenti deve:

- a) garantire la sicurezza e l'integrità del sistema;
- b) garantire la corretta e puntuale registrazione di protocollo dei documenti in entrata e in uscita;
- c) fornire informazioni sul collegamento esistente tra ciascun documento ricevuto dall'amministrazione e i documenti dalla stessa formati nell'adozione dei provvedimenti finali;
- d) consentire il reperimento delle informazioni riguardanti i documenti registrati;
- e) consentire, in condizioni di sicurezza, l'accesso alle informazioni del sistema da parte dei soggetti interessati, nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali;
- f) garantire la corretta organizzazione dei documenti nell'ambito del sistema di classificazione d'archivio adottato.

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

Il SGID attualmente in uso presso l'ASST è Archiflow Interactive Dashboard v. 10 dell'azienda informatica Siav S.p.A.

Sottoscrizione dei documenti digitali

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

- integrità del messaggio;
- riservatezza del messaggio;
- non ripudio del messaggio.



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

Lo strumento ufficiale utilizzato dall'ASST per apporre la firma digitale ai documenti amministrativi informatici è DigitalSign, tramite apposite tessere SISS.

Da gennaio 2022 è in uso per alcune unità operative amministrative una nuova funzionalità all'interno di SGID denominata **LIBRO FIRMA**.

Tale funzione permette di registrare tutto il ciclo di vita del documento amministrativo digitale.

Il Coadiutore/Assistente/Collaboratore Amministrativo dell'ufficio competente compila nel sistema di gestione informatico dei documenti gli indici obbligatori relativi al documento da spedire, nella sezione del documento principale inserisce la bozza del documento in formato docx e invia lo stesso nello stato di BOZZA al Referente/Responsabile della U.O., il quale prende in carico lo stesso, ne verifica il contenuto e in caso positiva lo convalida trasformando il documento in formato .PDF. Se si tratta del referente, il documento viene poi condiviso con il Responsabile al fine di apporre la firma digitale.

Il documento viene quindi firmato e ritrasmesso al Coadiutore/Assistente/Collaboratore Amministrativo proponente.

Il proponente provvede, tramite specifica funzione, alla registrazione di protocollo (facilitata dall'inserimento iniziale dei dati che restano precompilati e possono essere semplicemente convalidati).

Una volta terminata la registrazione e l'inserimento nell'apposito fascicolo, il documento viene trasmesso mezzo pec, tramite la specifica funzione.

La PEC di trasmissione viene registrata automaticamente nel sistema, allegata alla registrazione di protocollo e corredata delle ricevute di avvenuta accettazione e consegna.

Questa funzionalità permette di tracciare tutte le fasi e le versioni dei documenti proposti, dal primo stato di bozza fino al documento in partenza protocollato.

Inoltre, essendo connesso direttamente al sistema di conservazione, il documento viene conservato corredato di firma digitale, secondo quanto riportato nello specifico manuale.

Nel 2024 la funzionalità verrà estesa ad altri Uffici/U.O./Servizi operanti del sistema di gestione documentale.



TRASMISSIONE E RICEZIONE DEI DOCUMENTI

Ricezione dei documenti informatici

Le comunicazioni e i documenti informatici formano oggetto di registrazione di protocollo e sono validi ai fini del procedimento amministrativo, una volta che ne sia accertata la provenienza.

L'ASST riceve i documenti informatici per via telematica, tramite piattaforme, ovvero su supporto informatico (ad eccezione di supporti removibili: es. pen drive, hard disk).

Vengono accettati e, conseguentemente registrati, documenti informatici in formati standard previsti dalla normativa vigente. Si ricevono formati che possiedono requisiti di leggibilità, interscambiabilità e staticità al fine di garantire la loro inalterabilità.

L'ASST accetta documenti informatici nei formati elencati nell'Allegato n. 12.

Il controllo dei formati è effettuato dai Responsabili dei procedimenti.

I documenti ricevuti in un formato diverso da quelli prescritti dal presente Manuale, nonché cartelle o documenti in formati di compressione (es: .zip, .rar, .7-zip, .ace, ecc..) saranno respinti a cura del responsabile del procedimento, mediante una mail con la motivazione del respingimento.

L'ASST riceve documenti informatici sottoscritti con firma elettronica semplice, firma avanzata qualificata, con firma digitale o copia per immagine di documenti analogici, solo se accompagnati da carta di identità del soggetto sottoscrittore.

L'Ufficio Archivio-Protocollo effettua la verifica di validità del certificato di firma digitale, annotando nella scheda di protocollo le non validità del certificato; l'ufficio competente provvederà all'eventuale respingimento, secondo la procedura sopra descritta.

Ricezione dei documenti informatici attraverso PEC (Posta elettronica certificata)

La ricezione dei documenti informatici, soggetti alla registrazione di protocollo, che necessitano di un'attestazione di spedizione e di avvenuta consegna, è effettuata mediante messaggi di posta elettronica certificata.

L'indirizzo di posta elettronica certificata istituzionalmente dedicato alla ricezione della posta, nonché domicilio digitale dell'ASST è pubblicato sul sito dell'ASST di Cremona è:

protocollo@pec.asst-cremona.it



Ricezione dei documenti informatici attraverso posta elettronica ordinaria

La ricezione dei documenti informatici soggetti alla registrazione del protocollo trasmessi da posta elettronica ordinaria è garantita dalla casella di posta elettronica ordinaria istituzionale e funzionale:

protocollo@asst-cremona.it.

I documenti informatici, eventualmente pervenuti alle UOR dell'ASST non abilitate alla registrazione di protocollo ordinaria in entrata, devono essere inoltrati eccezionalmente all'indirizzo di posta elettronica istituzionale dell'ASST dal responsabile del procedimento, che se ne assume la responsabilità ai fini della gestione degli stessi nel relativo procedimento amministrativo di competenza.

Ricezione dei documenti informatici attraverso moduli e formulari

L'ASST riceve le domande di alcune procedure concorsuali attraverso la compilazione da parte dell'utente di un modulo reso disponibile su specifico applicativo web (il link di riferimento è riportato nel bando).

L'applicativo è connesso al SGID, che effettua, tramite automatismo, le operazioni di registrazione, classificazione e fascicolazione della domanda ricevuta e assegnata all'ufficio competente Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane.

Ricezione dei documenti su supporto analogico

I documenti su supporto analogico possono pervenire all'ASST attraverso:

- il servizio postale
- la consegna diretta agli uffici abilitati presso l'azienda al ricevimento della documentazione.

Nello specifico, tutti i documenti, esclusi quelli non soggetti a registrazione di protocollo, devono pervenire all'Ufficio deputato per la registrazione in arrivo.

I documenti che pervengono tramite il servizio postale vengono recapitati giornalmente – dal lunedì al venerdì – dall'addetto del servizio medesimo presso l'Ufficio Archivio-Protocollo, che verifica la corretta indicazione dell'ASST quale destinatario della corrispondenza; i documenti destinati nominativamente al personale (se indicato anche l'U.O./Servizio/Ufficio di appartenenza) dell'ASST vengono comunque aperti dall'addetto dell'Ufficio Archivio-Protocollo, a meno che si tratti di raccomandate con avviso di ricevimento o posta riservata personale: la raccomandata personale al dipendente non può essere ritirata dall'addetto dell'Ufficio Archivio-Protocollo.

I documenti amministrativi recapitati tramite corriere devono essere consegnati presso l'Ufficio Archivio-Protocollo e da questi ritirati. Non vengono ritirati dall'Ufficio Archivio-Protocollo né da



nessun altro servizio aziendale i pacchi personali destinati a dipendenti aziendali o non contenenti documentazione.

Deve essere consegnata alla Direzione di Presidio la documentazione che viene recapitata brevi manu dall'Autorità Giudiziaria.

I documenti interni sono gestiti attraverso il servizio posta interna svolta dai commessi e distribuita negli specifici punti di raccolta.

Gli orari definiti per la presentazione della documentazione analogica presso l'Ufficio sopra descritto sono indicati sul sito web istituzionale dell'ASST.

I settori ed i servizi devono uniformarsi a tali orari, sia per le richieste di registrazione dei documenti, sia per la comunicazione dell'orario delle buste, domanda di concorso o altra documentazione. L'UOR che segue la gara / concorso deve comunicare per tempo all'Ufficio Archivio-Protocollo la data di scadenza della procedura.

Le buste delle assicurate, corrieri espressi, raccomandate ecc., vengono inoltrate all'UOR competente unitamente ai documenti.

Su tutta la corrispondenza analogica recapitata, l'Ufficio Archivio-Protocollo e gli uffici abilitati a ricevere la posta appongono il "*timbro di arrivo*" con l'indicazione della data e il timbro della competenza. Il "*timbro di arrivo*" non è sostitutivo del protocollo, che è il solo ad avere valore legale (la segnatura di protocollo è apposta sul documento attraverso apposita etichetta generata e stampata al termine delle operazioni di registrazione del protocollo informatico).

Ricevute attestanti la ricezione dei documenti

Alla registrazione di protocollo vengono associate le ricevute generate dal sistema di gestione documentale e, nel caso di messaggi di posta elettronica certificata spediti, anche i dati relativi alla consegna rilasciati dal sistema di posta certificata e correlati al messaggio oggetto di registrazione.

La ricevuta di consegna del documento analogico è costituita dalla fotocopia del primo foglio del documento stesso (con timbro che attesti il giorno della consegna).

Apertura della posta

Gli uffici abilitati al ricevimento dei documenti sono delegati dal Responsabile della Gestione Documentale all'apertura di tutta la corrispondenza analogica e digitale pervenuta all'ASST.

L'apertura di peculiari tipologie documentali, anche oggetto di registrazione particolare, è delegata ai Responsabili del procedimento.



Spedizione dei documenti informatici mediante l'utilizzo della posta elettronica

Per la spedizione dei documenti informatici soggetti alla registrazione di protocollo mediante l'utilizzo della posta elettronica, l'ASST si avvale di indirizzi di posta elettronica certificata. Le comunicazioni formali e la trasmissione di documenti con posta elettronica, il cui contenuto impegna l'Azienda verso terzi, devono sempre essere effettuate con posta elettronica certificata. I documenti vengono trasmessi, dopo essere stati classificati, fascicolati e protocollati all'indirizzo di posta elettronica dichiarato dai destinatari abilitati alla ricezione della posta per via telematica ovvero:

- in caso di spedizione di un documento al cittadino / utente, all'indirizzo di posta elettronica certificata comunicato in qualità di domicilio digitale e inserito all'interno dell'INAD;
- in caso di Pubblica Amministrazione, all'indirizzo pubblicato su indicepa.gov.it;
- in caso di imprese e professionisti all'indirizzo pubblicato sull'Indice Nazionale degli Indirizzi PEC delle imprese e dei professionisti (INI PEC).

Gli utenti abilitati provvedono ad effettuare l'invio telematico utilizzando i servizi di autenticazione e verificano l'avvenuto recapito dei documenti e il collegamento delle ricevute elettroniche alle registrazioni di protocollo.

L'archiviazione delle ricevute elettroniche e il collegamento alle registrazioni di protocollo avvengono automaticamente attraverso la funzione integrata nel SGID.

In assenza di domicilio digitale, l'ASST può predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata e inviare ai cittadini stessi, per posta ordinaria o raccomandata, copia per immagine di tali documenti secondo la normativa vigente. Qualora il destinatario non sia in possesso di una casella di posta elettronica certificata (PEC) e sia necessaria la certezza dell'avvenuta ricezione, si dovrà trasmettere il documento cartaceo con raccomandata A/R o con raccomandata online (funzionalità attiva su SGID). L'ASST dovrà conservare l'originale digitale nei propri archivi; all'interno della copia analogica spedita al cittadino è riportata la dicitura:

Copia analogica di documento digitale. Il documento originale, firmato digitalmente, è conservato presso l'Ente.

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

È necessario sempre inviare la PEC dal sistema di gestione documentale al fine di preservare l'interoperabilità.



Acquisizione dei documenti analogici o tramite copia informatica

L'ASST può acquisire i documenti analogici attraverso la copia per immagine su supporto informatico di un documento originale analogico e/o attraverso la copia informatica di un documento originale analogico.

Le copie per immagine sono prodotte mediante processi e strumenti che assicurino che il documento informatico abbia contenuto e forma identici a quelli del documento analogico da cui è tratto.

I documenti informatici e/o le immagini digitali dei documenti cartacei acquisite con lo scanner sono resi disponibili agli uffici o ai responsabili del procedimento tramite il SGID.

Il processo di scansione della documentazione cartacea è effettuato successivamente alle operazioni di registrazione, classificazione, segnatura e si articola nelle seguenti fasi:

- acquisizione delle immagini in modo che ad ogni documento, anche composto da più fogli, corrisponda un unico file in formato PDF;
- verifica della leggibilità delle immagini acquisite e della loro esatta corrispondenza con gli originali cartacei;
- collegamento delle rispettive immagini alla registrazione di protocollo;
- memorizzazione delle immagini.

La copia informatica di un documento analogico è acquisita nel sistema mediante processi e strumenti che assicurino che il documento informatico abbia contenuto identico a quello del documento analogico da cui è tratto.

L'unitarietà è garantita dal sistema mediante il numero di protocollo, l'indice di classificazione e il numero di fascicolo.

Spedizione dei documenti cartacei

Qualora sia necessario spedire documenti originali analogici, questi devono essere completi almeno della firma autografa del Direttore/Responsabile della struttura competente, della classificazione, nonché delle eventuali indicazioni necessarie ad individuare il procedimento amministrativo di cui fanno parte.

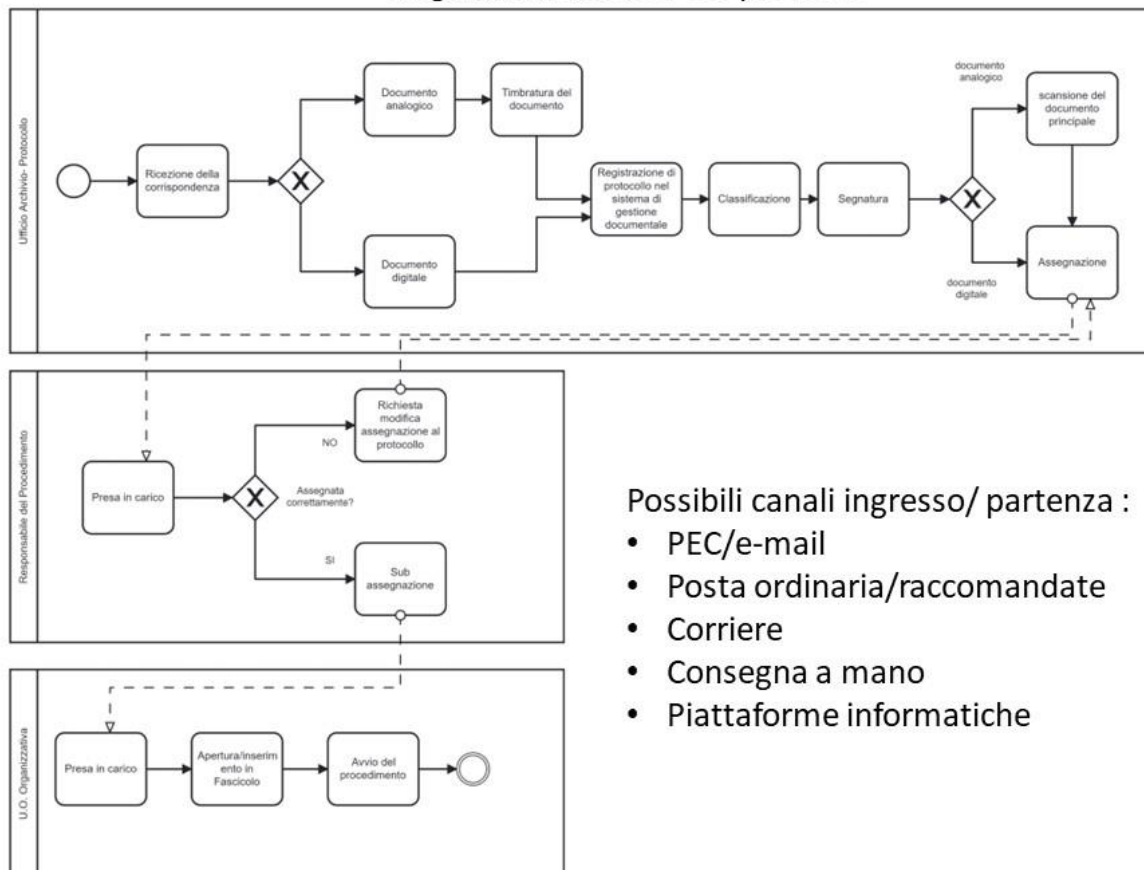
Gli uffici produttori provvedono all'imbustamento, all'eventuale compilazione dei modelli di accompagnamento e consegnano i plichi all'Ufficio Archivio-Protocollo, per il presidio ospedaliero cremonese e per la rete territoriale di Cremona e alla Segreteria della Direzione Medica di Presidio per il presidio ospedaliero Oglio Po e per la rete territoriale di Casalmaggiore, per la spedizione.

Gli addetti che ricevono i plichi per la spedizione provvedono all'affrancatura, alla compilazione della distinta postale di accompagnamento e, tramite i commessi, alla consegna della posta al servizio di Poste Italiane.



La spedizione avviene secondo le modalità meglio descritte nella procedura interna.
Eventuali situazioni di urgenza che modifichino la procedura descritta devono essere valutate e autorizzate dal Responsabile della Gestione Documentale.

Corrispondenza in arrivo diagramma di flusso del processo

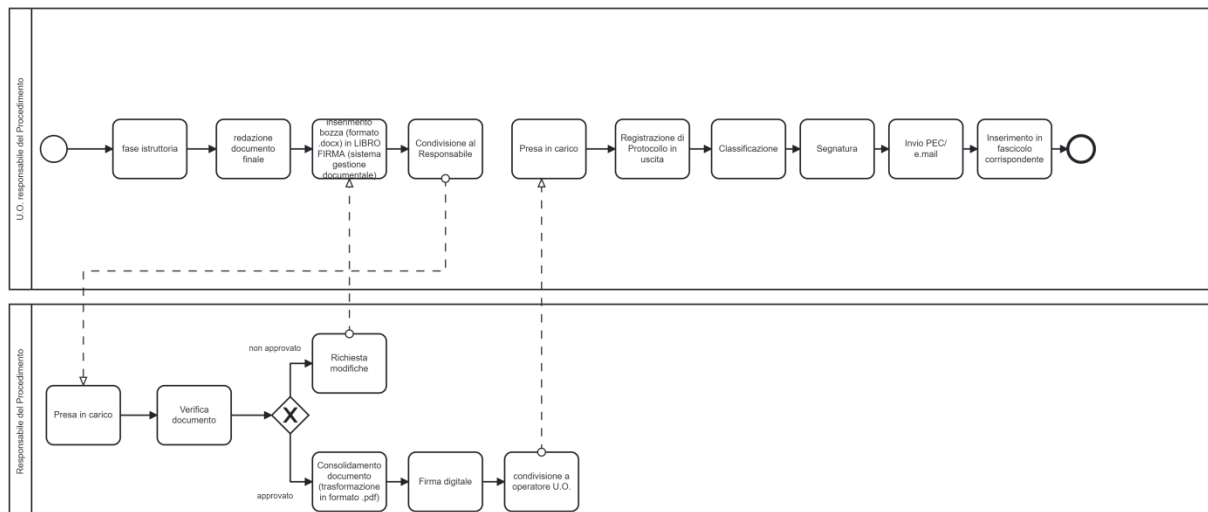


Possibili canali ingresso/ partenza :

- PEC/e-mail
- Posta ordinaria/raccomandate
- Corriere
- Consegna a mano
- Piattaforme informatiche



Corrispondenza in partenza - Diagramma di flusso del processo



IL PROTOCOLLO INFORMATICO

Ai sensi dell'art. 56 TUDA, "le operazioni di registrazione indicate all'articolo 53 e le operazioni di segnatura di protocollo di cui all'articolo 55 nonché le operazioni di classificazione costituiscono operazioni necessarie e sufficienti per la tenuta del sistema di gestione informatica dei documenti da parte delle pubbliche amministrazioni".

Pertanto, il "Protocollo Informatico" è la componente minima del Sistema di Gestione Informatica dei Documenti che assicura la gestione contemporanea della registrazione di protocollo e segnatura di protocollo, ovvero:

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

Il sistema di gestione del protocollo è esclusivamente di tipo informatico.

Non sono ammessi registri di protocollo cartacei.

Il relativo software garantisce l'immodificabilità delle registrazioni di protocollo nonché la contemporaneità della stessa con l'operazione di segnatura.

La descrizione funzionale ed operativa del sistema informatico è contenuta nel manuale del sistema di protocollo informatico, disponibile sul software stesso.



REGISTRAZIONE

Documenti soggetti a registrazione di protocollo

Tutti i documenti prodotti e ricevuti dall'ASST, indipendentemente dal supporto sul quale sono formati, sono registrati al protocollo, ad eccezione di quelli indicati nei successivi paragrafi.

Documenti non soggetti a registrazione di protocollo

Come specificato all'art. 53, comma 3 del DPR 445/2000, gli atti preparatori interni non sono soggetti a registrazione obbligatoria, intendendo per *atto preparatorio interno* qualsiasi documento che non possieda una propria autonomia funzionale.

Oltre al caso citato, non sono soggette a protocollazione le seguenti tipologie documentali:

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

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

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

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

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



- Ricevute di ritorno delle raccomandate
- Cedolino stipendiale
- Modello CU
- Cartellino delle presenze/assenze
- Certificati situazioni retributive e contributive personale dipendente
- Estratti conto
- Visite fiscali
- 730 corrispondenza e modelli.

Documentazione soggetta a registrazione particolare

I documenti elencati nell'allegato n. 4 sono già soggetti a registrazione particolare da parte dell'ASST quindi non sono registrati al protocollo.

L'ASST non riconosce validità a registrazioni particolari che non siano quelle individuate nel sopra citato elenco.

Registrazione di protocollo dei documenti ricevuti, spediti e interni

La registrazione dei documenti ricevuti, spediti e interni è effettuata, in un'unica operazione, utilizzando le apposite funzioni previste dal sistema di protocollo (Arrivo, Partenza, Interno) e presuppone l'esistenza di un documento firmato.

La veridicità dell'autenticità, provenienza e integrità è delegata al responsabile di procedimento.

I documenti prodotti da una qualsiasi UOR della AOO e destinati ad una qualsiasi UOR della AOO, sono di norma registrati dalla UOR competente come protocollo interno tra uffici.

I requisiti necessari di ciascuna registrazione di protocollo sono:

- numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema e registrato in forma non modificabile;
- 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;
- numero di protocollo dei documenti ricevuti, se disponibile;
- data di arrivo;
- impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, registrato in forma non modificabile;
- classificazione sulla base del piano di classificazione in uso (Allegato n. 5);
- assegnazione (ufficio competente);
- oggetto del documento, registrato in forma non modificabile;



- mezzo di ricezione / spedizione (lettera ordinaria, raccomandata, corriere, consegna a mano, pec, IPEC, e -mail, posta on line);
- tipo di documento;
- allegati (n. e descrizione).

Inoltre, possono essere aggiunti elementi identificativi del procedimento amministrativo, se necessario; il sistema inoltre aggiorna l'indice relativo alla conservazione.

Al termine della registrazione, il sistema genera automaticamente un numero progressivo, collegato in modo univoco e imm modificabile alla data di protocollazione. Esso 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 si configura come atto pubblico di fede privilegiata fino a querela di falso e fa fede della tempestività e dell'effettivo ricevimento e produzione di un documento, ed è quindi idoneo a produrre effetti giuridici.

La registrazione della documentazione pervenuta avviene nell'arco delle due giornate lavorative successive. Il Responsabile della Gestione Documentale può autorizzare la registrazione in tempi successivi, fissando un limite di tempo entro il quale i documenti devono essere protocollati.

Al fine di garantire data e ora certe e certificate, il sistema informatico di gestione del protocollo è sincronizzato per il calcolo dell'ora secondo i segnali del Tempo Campione Italiano, basato a sua volta sul Tempo Universale Coordinato (UTC), secondo le indicazioni dell'Istituto Elettrotecnico Nazionale "G. Ferraris", ovvero:

-UTC + 1h (se in vigore l'ora solare)

-UTC+ 2h (se in vigore l'ora legale).

Registrazione degli allegati

Il numero e la descrizione degli allegati sono elementi essenziali per l'efficacia di una registrazione. Nella registrazione di protocollo si riporta il numero degli allegati al documento, se presenti e la loro descrizione.

Tutti gli allegati devono pervenire con il documento principale al fine di essere inseriti nel sistema di gestione documentale.

Gli allegati assumono essi stessi il valore di documenti tout court, tanto che la loro alterazione o soppressione integra i reati di falso materiale o di distruzione di atti veri, puniti dal Codice penale rispettivamente dagli articoli 476 e 490.

Si annota, nel sistema di gestione documentale, nella corrispondente scheda di registrazione di protocollo, l'eventuale mancanza degli allegati.



Segnatura di protocollo

L'operazione di segnatura di protocollo è effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione di protocollo.

La segnatura di protocollo è l'apposizione o l'associazione all'originale del documento, in forma permanente non modificabile, delle informazioni riguardanti il documento stesso.

Essa consente di individuare ciascun documento in modo inequivocabile.

Le operazioni di segnatura e registrazione di protocollo sono effettuate contemporaneamente attraverso il sistema di gestione documentale.

La segnatura di protocollo di un documento cartaceo avviene attraverso l'apposizione di una etichetta sulla quale vengono riportate le seguenti informazioni relative alla registrazione di protocollo:

- codice identificativo dell'amministrazione;
- codice identificativo dell'AOO;
- data e numero di protocollo del documento;
- classificazione.

Nel caso in cui non sia possibile generare l'etichetta, l'operatore addetto deve procedere comunque alla registrazione di protocollo mediante la segnatura del documento.

I dati della segnatura di protocollo di un documento informatico sono attribuiti, 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) reso disponibile dagli organi competenti.

Le informazioni minime incluse nella segnatura sono le seguenti:

- codice identificativo dell'amministrazione;
- codice identificativo dell'area organizzativa omogenea;
- codice identificativo del registro;
- data e numero di protocollo del messaggio ricevuto o inviato (art.18 cl);
- l'oggetto;
- il mittente;
- il destinatario o i destinatari.

La struttura ed i contenuti del file di segnatura di protocollo di un documento informatico sono conformi alle disposizioni tecniche vigenti.

Quando il documento è indirizzato ad altre AOO la segnatura di protocollo include tutte le informazioni di registrazione del documento.



L'AOO che riceve il documento informatico può utilizzare tali informazioni per automatizzare le operazioni di registrazione di protocollo del documento ricevuto.

Annullamento e modifica delle registrazioni di protocollo

Le registrazioni di protocollo possono essere annullate dagli utenti autorizzati facenti parte dell'Ufficio Archivio-Protocollo, con una specifica funzione del sistema di gestione documentale, previa autorizzazione del Responsabile della Gestione Documentale, a seguito di motivata richiesta scritta o per iniziativa del Responsabile stesso.

Le richieste di annullamento dei numeri di protocollo devono essere trasmesse, dal responsabile dell'UOR tramite la propria casella di posta elettronica all'indirizzo protocollo@asst-cremona.it e, per copia conoscenza, al Responsabile della Gestione Documentale. Nella richiesta dovrà essere precisato: tipo di documento, numero di protocollo in arrivo / interno / partenza, la motivazione valida per cui si richiede l'annullamento.

Il Responsabile della Gestione Documentale, valutate le motivazioni, rilascia l'autorizzazione all'annullamento. In caso di rigetto della richiesta da parte del Responsabile della Gestione Documentale, verrà data comunicazione all'utente tramite messaggio di posta elettronica.

L'operazione di annullamento è eseguita con le modalità di cui all'articolo 54 del DPR n.445/2000. Non è possibile annullare il solo numero di protocollo e mantenere valide le altre informazioni della registrazione. L'annullamento anche di una sola delle informazioni generate o assegnate automaticamente dal sistema e registrate in forma immodificabile determina l'automatico e contestuale annullamento dell'intera registrazione.

Tutti gli interventi di annullamento e modifica possono essere effettuati dai profili utente all'uopo autorizzati, attraverso apposita funzione del SGID.

Le registrazioni annullate / modificate rimangono memorizzate nel data base e sono evidenziate dal sistema, il quale registra l'iter che ha portato all'annullamento.

Registro giornaliero di protocollo

Il registro giornaliero di protocollo è trasmesso entro la giornata lavorativa successiva al sistema di conservazione, garantendone l'immodificabilità del contenuto secondo quanto previsto nel manuale di conservazione.



Registro di emergenza

In conformità a quanto previsto dall'art. 63 TUDA, nelle situazioni di emergenza nelle quali non sia possibile utilizzare il protocollo informatico, ogni evento deve essere registrato su un supporto alternativo, denominato "registro di emergenza".

Il registro di emergenza viene attivato in caso di indisponibilità del sistema centrale di protocollo informatico, per guasto o malfunzionamento di una delle sue componenti (server, software, collegamenti di rete).

Il responsabile della gestione documentale assicura che, ogni qualvolta per cause tecniche non è possibile utilizzare la procedura informatica, le operazioni di protocollo siano svolte sul registro di emergenza informatico. A tal fine autorizza l'avvio dell'attività di protocollo sul registro di emergenza.

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

Qualora l'impossibilità di utilizzare la procedura informatica si prolunghi oltre le ventiquattro ore, per cause di eccezionale gravità si può autorizzare l'uso del registro di emergenza per periodi successivi di non più di una settimana.

L'addetto dell'Ufficio Archivio-Protocollo provvede alla registrazione d'emergenza inserendo i dati richiesti dal sistema d'emergenza.

I metadati delle registrazioni di protocollo, ovvero i campi obbligatori delle registrazioni, sono quelli stessi previsti dal SGID.

La sequenza numerica utilizzata su un registro di emergenza, anche a seguito di successive interruzioni, garantisce comunque l'identificazione univoca dei documenti registrati nell'ambito del sistema documentario dell'AOO.

Per ogni giornata di registrazione di emergenza è riportato sul relativo registro il numero totale di operazioni registrate manualmente.

Durante il periodo di interruzione il responsabile del sistema informatico provvede a tener informato l'Ufficio Protocollo sui tempi di ripristino del servizio affinché possa fornire le informazioni aggiornate a chi ne fa richiesta.

Una volta ripristinata la piena funzionalità del sistema di protocollo informatizzato, il Responsabile della gestione documentale provvede alla chiusura del registro di emergenza annotando, sullo stesso il numero delle registrazioni effettuate e la data e ora di chiusura / ripristino del sistema.

Una volta cessata la situazione di emergenza, tali registrazioni vengono riversate nel sistema di protocollo ordinario, il quale attribuisce ai documenti la normale numerazione progressiva.



Casi particolari

Qui di seguito vengono fornite alcune indicazioni operative riguardo ai comportamenti organizzativi da adottare di fronte ad alcune situazioni che possono accadere negli uffici in relazione a particolari casi di corrispondenza in entrata.

Lettere anonime/con mittente non identificabile

Per lettera anonima si intende quella che non è riconducibile ad un mittente, mentre nell'altra categoria rientrano le lettere per le quali non sia identificabile il mittente, ma presente.

Questo genere di comunicazione viene protocollato e nel campo mittente viene indicata l'anagrafica "*Mittente anonimo*" oppure "*Mittente non identificabile*" in base alla tipologia.

La lettera viene assegnata alla Direzione Generale per la successiva presa in carico e valutazione; le lettere anonime, alle quali non segue l'avvio di un procedimento amministrativo sono raccolte in un unico fascicolo annuale tenuto dalla Direzione Generale.

Nel caso delle comunicazioni con mittente non identificabile, le stesse sono assegnate all'ufficio di competenza in base alla tipologia; sono raccolte in un unico fascicolo annuale le comunicazioni con mittente non identificabile per le quali l'ufficio competente non ha potuto dar seguito all'attivazione del relativo procedimento amministrativo.

Segnalazione del whistleblower

Le segnalazioni effettuate secondo le modalità indicate nel regolamento aziendale vigente in materia sono prese in carico direttamente dal Responsabile aziendale per la Prevenzione della Corruzione, il quale provvedere alla registrazione di protocollo in forma riservata.

Lettere non firmate

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.

Allegati pervenuti senza lettera di accompagnamento

Per i documenti da considerare ai fini procedimentali come documenti allegati, ma pervenuti senza lettera di accompagnamento, si procede alla registrazione di protocollo, secondo l'usuale procedura.

Atti sanitari o socio-sanitari

Tutta la documentazione sanitaria e sociosanitaria viene gestita in conformità alle disposizioni dettate da Regione Lombardia.

Documentazione relativa a concorsi e avvisi

Nel caso di domande di partecipazione a concorsi o avvisi, sia interni che esterni, l'operatore dell'Ufficio Archivio-Protocollo, come per le altre casistiche, non è tenuto a verificare la completezza o la regolarità della domanda o della documentazione eventualmente allegata.

**Documentazione relativa a gare d'appalto**

Nel caso di offerte di gare d'appalto o altra documentazione da consegnarsi all'Ente in busta/pacco chiuso, l'Ufficio Archivio-Protocollo registra l'involucro in quanto tale e vi appone l'etichetta riportante la segnatura di protocollo.

All'etichetta prodotta dal sistema di protocollo informatico andranno aggiunti manualmente l'ora e i minuti relativi alla consegna della busta/pacco.

Dopo l'apertura dell'involucro, l'ufficio competente che gestisce la gara avrà cura di trascrivere il numero di protocollo assegnato su ciascun documento in esso contenuto.

Documenti informatici con certificato di firma scaduto o revocato

Qualora l'ASST riceva documenti informatici firmati digitalmente il cui certificato di firma risulta scaduto o revocato, questi verranno protocollati e inoltrati alle strutture competenti. Il responsabile del procedimento farà opportuna comunicazione al mittente e valuterà la necessità di acquisire il documento correttamente sottoscritto, ossia con certificato valido.

Documenti di competenza di altre pubbliche amministrazioni o di altri soggetti o con destinatario errato

Qualora pervengano all'ASST, in quanto destinataria individuata, documenti informatici di competenza di altre amministrazioni o altri soggetti, questi vengono registrati al protocollo e trasmessi all'ufficio competente o al Responsabile della gestione documentale qualora non sia possibile risalire ad un ufficio competente. L'ufficio assegnatario trasmette comunicazione al mittente dell'errato invio tramite stesso mezzo di ricezione.

Qualora pervengano all'indirizzo di ASST documenti analogici destinati ad altri, l'Ufficio Archivio-Protocollo non ritira lo stesso o lo rimanda al mittente.

Nel caso di trasmissione all'indirizzo PEC o e-mail dell'ASST di documenti destinati ad altre pubbliche amministrazioni o ad altri soggetti giuridici, l'Ufficio Archivio-Protocollo provvede a comunicare, stesso mezzo, al mittente l'errore di trasmissione. Il documento non viene registrato al protocollo.

Corrispondenza con più destinatari

Le comunicazioni che abbiano più destinatari si registrano con un solo numero di protocollo.

Nei protocolli con una pluralità di destinatari, in numero superiore a 5, questi possono essere descritti in elenchi associati al documento ed inserita nel campo la dicitura "*Destinatari diversi – vedi elenco*". L'elenco dei destinatari deve essere unito al documento e acquisito nel sistema di protocollo come "allegato esterno". Qualora i documenti debbano essere inviati per PEC a più destinatari, i cui nominativi o indirizzi di posta elettronica non devono essere posti a conoscenza tra loro per tutela della privacy o non devono essere resi visibili tra loro a garanzia di procedure contrattuali (o per altri motivi), dovranno essere effettuati tanti invii quanti sono i destinatari.

**Documenti con oggetti plurimi**

Qualora un documento analogico in entrata presenti più oggetti, relativi a procedimenti diversi e pertanto da assegnare a più fascicoli ed eventualmente a più UOR, dopo la registrazione e l'acquisizione dell'immagine del documento, che sarà unica, lo stesso verrà classificato ed assegnato alla Direzione responsabile delle UOR competenti, o alla Direzione Generale che avrà cura di diffondere la copia per immagine alle singole UOR competenti, che fascicoleranno sulla base del singolo oggetto. L'originale sarà inviato alla Direzione.

Qualora un documento digitale in entrata presenti più oggetti, relativi a procedimenti diversi e pertanto da assegnare a più fascicoli ed eventualmente a più UOR, dopo la registrazione, che sarà unica, verrà classificato ed assegnato alla UOR di competenza, primo destinatario, e condiviso con notifica con le altre. Ogni UOR che riceverà la condivisione, per competenza, del documento, avrà cura di fascicolare lo stesso in base al procedimento del singolo oggetto. Si ricorda che, nel caso specifico, il documento digitale non è considerato duplicato anche se relazionato a fascicoli diversi.

ASSEGNAZIONE E SMISTAMENTO DEI DOCUMENTI***Assegnazione dei documenti***

L'Ufficio Archivio-Protocollo, a seguito della protocollazione in arrivo, provvede ad assegnare i documenti acquisiti tramite il sistema di gestione documentale sulla base dell'organigramma agli uffici / strutture competenti per materia / funzione, anche qualora il documento ricevuto rechi in indirizzo il nominativo di un dipendente.

Tutti i documenti, dal momento della loro registrazione a protocollo, sono visibili, in quanto condivisi dal sistema di gestione documentale, all'Ufficio Archivio-Protocollo, all'UOR competente a cui viene assegnato il documento, alla Direzione strategica aziendale e alla SC Affari Generali e Legali. L'UOR assegnataria deve, a sua volta, condividere i documenti agli uffici interessati nella trattazione del procedimento amministrativo a cui è collegato il documento attraverso l'apposita funzione del software di gestione documentale.

Se il documento originale è analogico, lo stesso è consegnato all'ufficio che risulta competente nel sistema di gestione documentale.

Le assegnazioni per conoscenza devono essere effettuate solo tramite il sistema di gestione documentale. Qualora si tratti di documenti originali analogici, viene condiviso per conoscenza la registrazione di protocollo, la visibilità degli indici, del documento principale e relativi eventuali allegati.

Le abilitazioni all'assegnazione dei documenti sono rilasciate dal Responsabile della Gestione Documentale.



Modifica delle assegnazioni

Nel caso di assegnazione errata, la struttura che riceve il documento provvederà autonomamente, nel più breve tempo possibile, ad assegnare lo stesso alla struttura effettivamente competente.

In caso di incapacità di definizione della corretta competenza, provvederà a chiedere una nuova assegnazione all'Ufficio Archivio-Protocollo, il quale, sentito il Responsabile della Gestione Documentale, correggerà le informazioni inserite nel sistema di gestione e condividerà il documento alla nuova struttura di competenza.

In caso di documento analogico, lo stesso verrà fatto recapitare alla nuova struttura di competenza, dopo averne modificato la competenza sull'apposito timbro.

Il sistema di gestione informatica dei documenti tiene traccia dei passaggi di cui sopra, memorizzando, per ciascuno di essi, l'identificativo dell'operatore agente, data e ora di esecuzione.

CLASSIFICAZIONE – FASCICOLAZIONE

Classificazione dei documenti

Tutti i documenti ricevuti e prodotti, indipendentemente dal supporto sul quale sono formati e dalla protocollazione, sono classificati in base al piano di classificazione vigente "VERSIONE 04" DEL "TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIOSANITARIO LOMBARDO, GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIOSANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA" (allegato n. 5).

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: in questo caso la classificazione è a carico dell'UOR competente per il procedimento di riferimento.

I dati di classificazione sono riportati su tutti i documenti.

Il software di gestione documentale non permette la registrazione dei documenti non classificati.

Fascicolo informatico e aggregazioni documentali informatiche

Le pubbliche amministrazioni danno luogo a fascicoli informatici contenenti atti, documenti e dati relativi a un procedimento amministrativo, al fine di adempiere agli obblighi imposti dalla normativa per una corretta gestione documentale. Ai sensi del comma 2 – bis dell'articolo 41 del CAD "Il fascicolo informatico è realizzato garantendo la possibilità di essere direttamente consultato ed alimentato da tutte le amministrazioni coinvolte nel procedimento (...)".



Il fascicolo informatico reca l'indicazione:

- dell'ente titolare del procedimento;
- dell'oggetto del procedimento;
- dell'elenco dei documenti contenuti e dell'identificativo del fascicolo medesimo.

L'ASST costituisce le aggregazioni documentali informatiche riunendo documenti informatici o fascicoli informatici, per caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti stessi, o in relazione all'oggetto e alla materia o in relazione alle funzioni.

Processo di formazione dei fascicoli e delle aggregazioni documentali informatiche

Ogni documento prodotto o ricevuto deve essere inserito in un fascicolo informatico o aggregazione documentale secondo il piano di fascicolazione (Allegato n. 6). Qualora il documento sia da inserire in un fascicolo informatico, si stabilisce se esso si colloca in un'unità archivistica già esistente nell'ambito di un affare o procedimento in corso, oppure se dà avvio ad un nuovo procedimento, creando quindi un nuovo fascicolo.

Se deve essere aperto un nuovo fascicolo, spetta all'UOR competente provvedere.

La visibilità del fascicolo deve sempre essere COMPLETA (casi particolari di riservatezza potranno essere sottoposti al Responsabile della Gestione documentale che valuterà se necessario restringere la visibilità di tutto il fascicolo e con che modalità: limitata o riservata).

Se il documento deve essere inserito in un fascicolo già aperto, l'unità organizzativa competente provvede a inserire il documento nel fascicolo nel sistema informatico di gestione documentale.

I dati di fascicolazione sono riportati su tutti i documenti.

Qualora i documenti siano analogici e debbano essere inseriti in aggregazioni documentali, questi sono consegnati agli uffici competenti che devono inserirli fisicamente nei rispettivi fascicoli archivistici.

Qualora l'unità archivistica sia formata da documenti sia analogici che informatici, l'unitarietà del fascicolo è garantita dal sistema di gestione documentale mediante l'indice di classificazione e il numero di repertorio.

L'originale cartaceo del documento sarà conservato nel fascicolo cartaceo. La copia per immagine (inserita come documento principale al momento della registrazione di protocollo) verrà associata al rispettivo fascicolo informatico, creato nel SGID. Nel caso di fascicolo analogico, sulla rispettiva camicia dovranno essere riportati i dati identificativi del fascicolo informatico creato sul SGID e l'elenco dei numeri di protocollo dei documenti inseriti, sia analogici che informatici.

Le modalità di formazione gestione e conservazione dei fascicoli nel sistema informatico di gestione documentale in uso, sono descritte più dettagliatamente nell'allegato n. 19.



CONSERVAZIONE E TENUTA DEI DOCUMENTI

Pacchetti di versamento

Il Responsabile della Gestione Documentale, di concerto con il Responsabile della Conservazione, assicura la trasmissione del contenuto del pacchetto di versamento al sistema di conservazione secondo le modalità operative definite nel Manuale di conservazione (Allegato n. 7).

Il Responsabile della conservazione genera il rapporto di versamento relativo ad uno o più pacchetti di versamento e una o più impronte relative all'intero contenuto del pacchetto, secondo le modalità descritte nel suddetto Manuale.

Conservazione dei documenti informatici, dei fascicoli informatici e delle aggregazioni documentali informatiche

I documenti informatici, i fascicoli informatici e le aggregazioni documentali informatiche sono versati nel sistema di conservazione con i metadati ad essi associati, in modo non modificabile, nei tempi previsti dal Manuale di conservazione.

I fascicoli e le aggregazioni contengono i riferimenti che identificano univocamente i singoli oggetti documentali che appartengono al fascicolo o all'aggregazione.

In caso di migrazione dei documenti informatici, la corrispondenza fra il formato originale e quello migrato è garantita dal Responsabile della Conservazione.

Trasferimento delle unità archivistiche analogiche nell'archivio di deposito

Il Responsabile della gestione documentale o funzionario delegato cura il versamento nell'archivio di deposito delle unità archivistiche analogiche non più utili per la trattazione degli affari in corso, individuate dagli uffici produttori.

Le procedure di versamento sono descritte nello specifico allegato (allegato n. 11).

La documentazione analogica corrente è archiviata a cura del responsabile del procedimento fino al trasferimento nell'archivio di deposito.

Piano di conservazione

ASST applica quale piano di conservazione il *Titolario di classificazione e massimario di scarto della documentazione del Sistema Sociosanitario Lombardo ver. 4* (allegato n. 5).



Selezione dei documenti

Periodicamente, in base al piano di conservazione, viene effettuata la procedura di selezione della documentazione da proporre allo scarto ed attivato il procedimento amministrativo di scarto documentale con l'invio della proposta alla competente Soprintendenza Archivistica.

Le modalità di selezione e di scarto per i documenti informatici saranno descritte nel manuale di conservazione.

Le procedure di selezione e lo scarto dei documenti analogici sono descritte nello specifico allegato (allegato n. 8).

Conservazione in outsourcing

Per la conservazione dei propri documenti informatici l'ASST si avvale di servizi offerti da outsourcers accreditati.

Il Conservatore è il soggetto affidatario del processo di conservazione per conto del Titolare dell'oggetto della Conservazione. La sua attività consiste nell'erogazione del Servizio di conservazione dei documenti attraverso una struttura organizzativa, processi operativi e sistemi informatici di supporto da lui gestiti.

Agisce nei limiti dell'affidamento conferito e nell'osservanza degli obblighi ivi previsti, nonché nel rispetto della normativa regolante la conservazione digitale di documenti informatici.

Il Responsabile della conservazione dell'ASST, di concerto con il Responsabile della gestione documentale, vigila affinché i soggetti individuati come conservatori esterni provvedano alla conservazione integrata dei documenti ed anche delle informazioni di contesto generale, prodotte sia nelle fasi di gestione sia in quelle di conservazione degli stessi.

CONSERVATORI ASST CREMONA

Le denominazioni e le relative indicazioni della sede, dei recapiti e dei contatti dei conservatori esterni dell'ASST di Cremona sono contenute nell'allegato n. 16.

TUTELA DEI DATI PERSONALI E SICUREZZA

Accessibilità da parte degli utenti appartenenti all'Area Organizzativa Omogenea

Per ogni documento, all'atto della registrazione, il sistema consente di stabilire quali utenti o gruppi di utenti hanno accesso ad esso, nel rispetto della normativa in materia di trattamento e tutela dei dati personali. Ogni dipendente abilitato dell'ASST può consultare, nel sistema di sistema di gestione documentale, i documenti assegnati alla propria struttura e i documenti messi in



condivisione da altre strutture. Nei casi in cui debba essere tutelata la riservatezza di dati contenuti nel documento registrato, il responsabile del procedimento garantisce la stessa mediante la limitazione della visibilità del documento ai soli funzionari coinvolti nella trattazione, avendo sempre cura di acquisire nello SGID il documento principale. All'Ufficio Archivio-Protocollo deve sempre essere garantita la visibilità.

Il controllo degli accessi è assicurato utilizzando le credenziali di accesso ed un sistema di autorizzazione basato sulla profilazione degli utenti. La password è personale ed è definita dall'operatore che è tenuto a conservarla in modo da garantirne la segretezza.

Sulla base della struttura organizzativa e funzionale dell'ASST, il Responsabile della gestione documentale attribuisce almeno i seguenti livelli di autorizzazione:

- a) abilitazione alla consultazione;
- b) abilitazione all'inserimento;
- c) abilitazione alla cancellazione ed alla modifica delle informazioni.

I dipendenti, in quanto funzionari pubblici, sono tenuti a rispettare il segreto d'ufficio e quindi a non divulgare notizie di natura riservata, a non trarre profitto personale o a procurare danno a terzi e all'amministrazione di appartenenza dalla conoscenza di fatti e documenti riservati, come da codice di comportamento aziendale vigente.

Accessibilità da parte degli utenti non appartenenti all'Area Organizzativa Omogenea (diritto di accesso agli atti)

L'accesso a dati e documenti è consentito soltanto nei casi e con le modalità previsti da disposizioni di legge, quali:

- art. 15 GDPR (accesso dell'interessato a dati personali che lo riguardano);
- artt. 22 e seguenti della legge n. 241/1990 (c.d. accesso documentale);
- decreto legislativo n. 33/2013 (accesso civico, semplice e generalizzato);

L'accesso agli atti, nell'ASST, è disciplinato dal Regolamento di attuazione della legge n. 241 del 1990 e successive modifiche, disciplinante il procedimento amministrativo e il diritto di accesso ai documenti amministrativi (allegato n. 9).

Tutela dei dati personali

Ogni trattamento di dati personali, ivi compresi quelli particolari e giudiziari, deve essere condotto nel rispetto delle norme vigenti, dei provvedimenti e dei pareri dell'Autorità Garante, nonché seguendo le indicazioni del DPO aziendale.



Misure organizzative

L'ASST, in persona del Direttore Generale, è titolare del trattamento dei dati personali e provvede alle relative autorizzazioni secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia protezione dei dati, nonché dal *Modello organizzativo* adottato dall'ASST come indicato nel regolamento aziendale (allegato 14).

In particolare, ogni operatore - preventivamente autorizzato - dovrà:

- trattare i dati nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, del D.Lgs n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, e in conformità alle istruzioni impartite da ASST, anche per il tramite del Responsabile Interno individuato ai sensi del “Modello organizzativo data protection”;
- effettuare il/i trattamento/i dei dati nel rispetto dei principi di liceità, trasparenza e correttezza e limitatamente alle proprie competenze;
- trattare i dati e/o le informazioni acquisite esclusivamente nella misura strettamente necessaria ed indispensabile all'adempimento delle proprie mansioni e dei relativi compiti affidati;
- garantire la riservatezza dei dati e delle informazioni, non utilizzandoli per fini diversi da quelli istituzionali e non comunicandoli a terzi;
- garantire la protezione dei dati e il corretto utilizzo degli strumenti utilizzati, evitando di esporli al rischio di anomale intrusioni e/o eventi accidentali.
- garantire la protezione delle aree e dei locali interessati.

A tal proposito, nello svolgimento delle attività in questione, ogni operatore è tenuto all'osservanza delle misure tecniche ed organizzative implementate, finalizzate ad evitare rischi di indebita conoscenza da parte di terzi, perdita, manomissione, distruzione, diffusione dei dati, nonché di accessi o trattamenti non autorizzati e in particolare dovrà:

- custodire con cura le credenziali per l'accesso ai sistemi informatici, non comunicandole a terzi non autorizzati;
- proteggere il computer con password che deve essere custodita con la massima diligenza e non divulgata;
- proteggere il computer con screen saver per le ipotesi di assenza momentanea dalla postazione;
- custodire con cura eventuali strumenti cartacei, elettronici o supporti rimovibili in cui sono memorizzati dati personali, non lasciandoli incustoditi e riponendoli al termine dell'orario di lavoro in armadi/contenitori muniti di serratura o, comunque, in stanze ad accesso limitato;
- quando si esegue la stampa di un documento contenente dati personali, in particolare su una stampante condivisa, ritirare tempestivamente i documenti stampati per evitare la visione o il possesso da parte di soggetti non abilitati al trattamento;



- procedere alla distruzione di eventuali copie cartacee non necessarie;
- rispettare il divieto di:
 - a. utilizzo in modo personale o improprio degli strumenti in dotazione, comprese apparecchiature hardware e software;
 - b. utilizzo di strumenti elettronici e cartacei diversi ed ulteriori da quelli forniti dall'ASST;
 - c. salvare documenti contenenti dati personali sul desktop.

Per gli aspetti inerenti alla sicurezza informatica, relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, all'interscambio, all'accesso, alla conservazione dei documenti informatici, si rimanda al contenuto del piano per la sicurezza informatica (Allegato n. 10).

Per quanto non previsto nel presente Manuale in materia di misure organizzative e tecniche, si rinvia al Piano sopra citato che, ai sensi delle Linee Guida AgID 2021, prevede *"opportune misure tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio in materia di protezione dei dati personali, ai sensi dell'art. 32 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), anche in funzione delle tipologie di dati trattati, quali quelli riferibili alle categorie particolari di cui agli artt. 9-10 del Regolamento stesso"* (LG AgID, par. 3.9 e par. 4.10).

I dati personali sono contenuti nella documentazione amministrativa – in arrivo, in partenza e interna, sia informatica che analogica – di pertinenza dell'ASST che, in qualità di Titolare del trattamento dei dati stessi, è responsabile per quanto riguarda le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento e agli strumenti utilizzati, ivi compreso il profilo della sicurezza.

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

L'ASST garantisce il diritto degli individui e delle imprese ad ottenere che il trattamento dei dati effettuato, mediante l'uso di tecnologie informatiche, sia conformato al rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, nonché secondo quanto previsto dal Piano.

Sicurezza dei documenti informatici

Le disposizioni relative alla gestione della sicurezza dei documenti informatici gestiti dall'ASST sono contenute nel Piano per la sicurezza informatica che evidenzia, tra gli altri, i seguenti aspetti:

- esecuzione dell'analisi dei rischi che incombono sui dati (personali e non) e/o sui documenti trattati;
- definizione delle politiche di sicurezza da adottare all'interno dell'ASST;



- pianificazione degli interventi da attuare in esito ai risultati ottenuti dalle attività precedenti in termini di misure di sicurezza da adottare sotto il profilo organizzativo, procedurale e tecnico;
- predisposizione di piani specifici di formazione degli addetti;
- monitoraggio periodico del piano di sicurezza.

DISPOSIZIONI FINALI

Modalità di approvazione

Il presente manuale è adottato con decreto del Direttore Generale dell'ASST, su proposta del Responsabile della Gestione Documentale, dopo aver ricevuto il nulla osta della competente Soprintendenza Archivistica.

Revisione

Il presente Manuale è rivisto, ordinariamente, ogni tre anni su iniziativa del Responsabile della Gestione documentale. La modifica o l'aggiornamento di uno o tutti i documenti allegati al presente manuale non comporta la revisione del manuale stesso. Gli allegati potranno essere modificati o integrati con provvedimento separato.

Qualora se ne presenti la necessità, si potrà procedere a revisionare il manuale anche prima della scadenza prevista.

Il presente manuale potrà essere aggiornato a seguito di:

- normativa sopravvenuta;
- introduzione di nuove pratiche tendenti a migliorare l'azione amministrativa in termini di efficacia, efficienza e trasparenza;
- inadeguatezza delle procedure rilevate nello svolgimento delle attività concorrenti;
- modifiche apportate negli allegati.

Le modifiche al manuale sono comunicate alla competente Soprintendenza Archivistica.

Pubblicazione e divulgazione

Il Manuale è reso pubblico mediante la sua pubblicazione sul sito internet dell'ASST nella sezione *Amministrazione Trasparente*.



ALLEGATI

1. Provvedimento di approvazione
2. POAS 2022-2024 e provvedimenti di nomina del: DPO, responsabile della gestione documentale, responsabile della conservazione, responsabile della transizione al digitale
3. Riferimenti normativi
4. Registrazioni particolari
5. Piano classificazione/Piano Conservazione (Titolario e Massimario RL vers. 4)
6. Piano di fascicolazione
7. Manuale conservazione
8. Procedura di scarto
9. Regolamento accesso agli atti
10. Piano per la sicurezza informatica
11. Procedura operativa outsourcing
12. Formati
13. Metadati
14. Regolamento aziendale privacy
15. Regolamento Aziendale per l'adozione degli Atti Amministrativi dell'ASST Di Cremona e per l'esercizio delle funzioni delegate
16. Elenco Conservatori ASST Cremona
17. Procedura rilascio credenziali Archiflow
18. Processo di gestione dell'accesso alle sale di consultazione – Microdisegno SRL
19. Linee guida per la formazione, gestione e conservazione dei fascicoli in Archiflow



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 279 DEL 10/06/2022

**OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO DI
ORGANIZZAZIONE STRATEGICO AZIENDALE
(POAS) DELL'ASST DI CREMONA 2022 - 2024**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gianluca Bracchi

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Paola Mosa

Il Responsabile del procedimento: Bonfanti Marianna

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- la normativa vigente, dettata dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”, prevede che le Aziende Sanitarie disciplinino la propria organizzazione e funzionamento attraverso l’adozione, da parte del Direttore Generale, di apposito atto aziendale, sulla base di principi e criteri definiti dalla Regione;
- ai sensi dell’articolo 7, comma 4, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33, *“Le ASST adottano l’organizzazione interna più idonea al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio di riferimento sottoponendola all’approvazione della Giunta regionale”*;
- ai sensi dell’articolo 17, comma 2, della citata legge regionale della Regione Lombardia n. 33/2009 *“le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL, sottopongono all’approvazione della Giunta regionale, che può richiedere modifiche, il POAS e il piano dei fabbisogni triennale. (...) I POAS e i relativi aggiornamenti sono, di norma, approvati dalla Giunta regionale entro i sessanta giorni successivi alla presentazione”*;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- la d.G.R. n. XI/6278 del 11.04.2022, avente per oggetto “Linee guida regionali per l’adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell’Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza (AREU)”;
- la circolare del Direttore Generale Welfare, pervenuta tramite posta elettronica il 13 aprile 2022, e contenente prime indicazioni operative relative alla redazione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici e con la quale veniva richiesto alle ATS e ASST l’invio, entro il 4 maggio 2022, della preliminare proposta di POAS per una pre-valutazione tecnica da parte degli uffici regionali”;
- la nota regionale, trasmessa dall’UO Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario della Direzione Generale Welfare, mediante posta elettronica, in data 12 maggio 2022, e contenente la restituzione dell’istruttoria tecnica svolta rispetto alla preliminare proposta di POAS precedentemente inviata dall’ASST di Cremona;
- la circolare regionale, trasmessa dall’UO Personale, Professioni del SSR e Sistema Universitario della Direzione Generale Welfare, mediante posta elettronica, in data 20 maggio 2022, contenente le indicazioni operative per il caricamento, tramite piattaforma POAS WEB, da parte delle ATS e ASST, delle proposte dei POAS, in ottemperanza a quanto previsto dalla d.G.R. XI/6278/22, sopra richiamata, che prevede, quale unica modalità di presentazione dei POAS alla Direzione Generale Welfare l’utilizzo della piattaforma regionale POAS WEB;
- la circolare prot. n. G1.2022.0022824 del Direttore Generale Welfare, trasmessa tramite posta elettronica certificata il 26.05.2022, con la quale viene fissato nel 10 giugno 2022 il termine ultimo per l’approvazione dei POAS ed il caricamento e protocollazione degli stessi nella piattaforma POAS WEB;

ATTESO che si è provveduto alla predisposizione del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022 – 2024, attraverso un iter procedurale che, conformemente alle linee guida ed alle indicazioni regionali sopra richiamate, ha comportato:

- la verifica e l’analisi dell’assetto organizzativo esistente;
- l’elaborazione di un documento di revisione dell’assetto organizzativo, rappresentante lo strumento programmatico definito dall’ASST rispondente al mutato contesto ordinamentale

di riferimento, quale delineato dalla legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, avente ad oggetto “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33”, funzionale alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione ed al perseguimento di una migliore qualità delle cure e dell’efficienza dei livelli di produzione delle prestazioni;

- la presentazione e la discussione della proposta del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico nell’ambito del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari e l’espressione, da parte di questi ultimi, di un parere positivo alla proposta stessa, nelle rispettive sedute del 17 maggio e 19 maggio 2022;
- la presentazione e la discussione della proposta del nuovo Piano di Organizzazione Aziendale Strategico alle OO.SS. del comparto e della dirigenza e l’avvenuto confronto con le stesse rispettivamente nelle sedute del 10 maggio e dell’11 maggio 2022;

PREDISPOSTO, quindi, il documento “Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona”, allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

PREDISPOSTI e acquisiti, altresì, tutti gli ulteriori documenti previsti al punto 3) del capitolo I delle linee guida regionali POAS sopra richiamate, e che di seguito si elencano:

- parere del Collegio di Direzione;
- parere del Consiglio dei Sanitari;
- documentazione attestante l’avvenuto confronto sindacale;
- organigramma POAS 2022-2024;
- cronoprogramma di attuazione;
- decreto aziendale n. 150 del 29.03.2022 “Istituzione del Distretto Cremonese dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona, ai sensi dell’art. 36 comma 2 della legge regionale 14.12.2021 n. 22”;

PRESO ATTO dell’attestazione resa dal competente Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

D E C R E T A

1. di approvare, ai sensi della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 e conformemente alle linee guida regionali in materia e richiamate in narrativa, il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona 2022 – 2024, come da documenti allegati al presente decreto quali parti integranti e sostanziali dello stesso e, precisamente:
 - POAS dell’ASST di Cremona 2022-2024;
 - parere del Collegio di Direzione in data 17 maggio 2022;
 - parere del Consiglio dei Sanitari in data 19 maggio 2022;
 - verbale incontro con RSU e OO.SS. del comparto in data 10 maggio 2022;
 - verbale incontro con OO.SS. della dirigenza in data 11 maggio 2022;
 - organigramma POAS 2022-2024 come generato dalla piattaforma POAS WEB;
 - cronoprogramma di attuazione del POAS 2022-2024 come generato dalla piattaforma POAS WEB;
 - decreto aziendale n. 150 del 29.03.2022 “Istituzione del Distretto Cremonese dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona, ai sensi dell’art. 36 comma 2 della legge regionale 14.12.2021 n. 22”;

2. di trasmettere, mediante caricamento nella piattaforma regionale POAS WEB, il presente provvedimento ed i relativi allegati, descritti in narrativa, alla Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia, ai fini della successiva approvazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 17, comma 4, della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33;
3. di precisare che l'esecutività del presente provvedimento è subordinata all'approvazione da parte della Giunta Regionale della Regione Lombardia.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

POAS

PIANO DI ORGANIZZAZIONE
AZIENDALE STRATEGICO
2022-2024

SOMMARIO

PREMESSA.....	1
1. LA MISSION ED I PRINCIPI DEL POAS.....	2
2. LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICO.....	3
3. LA SEDE LEGALE, LE SEDI OPERATIVE E IL PATRIMONIO.....	6
3.1. IL PATRIMONIO IMMOBILIARE.....	6
3.1.1. Il patrimonio strumentale.....	6
3.1.2. Il patrimonio non strumentale.....	9
4. LE ATTIVITÀ DI INDIRIZZO, CONTROLLO E GESTIONE.....	11
4.1. GLI ORGANI DELL'ASST DI CREMONA.....	11
4.1.1. Il direttore generale.....	11
4.1.2. Il collegio sindacale.....	12
4.1.3. Il collegio di direzione.....	12
4.2. I COMPONENTI DELLA DIREZIONE STRATEGICA ED ALTRI ORGANISMI.....	12
4.2.1. Il direttore amministrativo.....	12
4.2.2. Il direttore sanitario.....	13
4.2.3. Il direttore sociosanitario.....	14
4.2.4. La direzione delle professioni sanitarie e sociosanitarie.....	14
4.3. GLI ORGANISMI DI VALUTAZIONE, CONSULTIVI E PARTECIPATIVI.....	15
4.3.1. Il consiglio dei sanitari.....	15
4.3.2. Il nucleo di valutazione delle prestazioni.....	15
4.3.3. Il collegio tecnico di valutazione aziendale.....	16
4.3.4. Il comitato etico.....	16
4.3.5. Il comitato valutazione sinistri.....	16
4.3.6. La commissione aziendale investimenti.....	16
4.3.7. La commissione aziendale dispositivi medici.....	16
4.3.8. Il CUG.....	16
4.3.9. Organismo paritetico per l'innovazione.....	17
4.3.10. L'ufficio di pubblica tutela.....	17
4.4. LE DELEGHE ED IL POTERE SOSTITUTIVO.....	17
4.5. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI.....	18
4.5.1. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile.....	18
4.5.2. L' <i>internal auditing</i>	19
4.5.3. Il responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza.....	19
4.5.4. Il controllo di gestione.....	20
4.5.5. Il comitato di coordinamento dei controlli.....	20
4.6. I CENTRI DI RESPONSABILITÀ, I CENTRI DI COSTO E IL SISTEMA DI BUDGET.....	20
4.7. L'ATTIVITÀ DI RECUPERO CREDITI.....	21
4.8. LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E DI TUTELA DEGLI UTENTI.....	21
4.8.1. La comunicazione istituzionale (interna/esterna).....	22
4.8.2. La gestione del sito, intranet e i social media.....	22
4.8.3. La <i>customer satisfaction</i>	23
4.8.4. La concessione dei patrocinii.....	23
4.8.5. URP – gestione reclami/encomi.....	23
4.8.6. La carta dei servizi.....	23
4.8.7. Le associazioni di volontariato.....	23
4.9. LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI, DI PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ IN FAVORE DELLA SALUTE E SICUREZZA DEGLI OPERATORI E DI PREVENZIONE DI ATTI DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI.....	24
4.9.1. La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori.....	24
4.10. I RAPPORTI CON LE OO.SS.....	25

5. L'ORGANIZZAZIONE INTERNA.....	25
5.1. I DIPARTIMENTI.....	25
5.2. LE STRUTTURE COMPLESSE.....	27
5.3. LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI E LE STRUTTURE SEMPLICI DISTRETTUALI.....	27
5.4. LE STRUTTURE SEMPLICI.....	28
5.5. IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI, OBIETTIVI E VALUTAZIONE.....	28
5.5.1. Gli incarichi dirigenziali.....	28
5.5.2. La valutazione della dirigenza e del comparto.....	29
6. I RAPPORTI DI COLLABORAZIONE ESTERNA.....	29
6.1. I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI.....	29
6.2. I RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ.....	30
7. IL MODELLO ORGANIZZATIVO.....	31
7.1. L'ORGANIGRAMMA ED IL FUNZIONIGRAMMA AZIENDALE.....	31
7.1.1. Il Direttore Generale e i suoi <i>staff</i>	31
7.1.2. Il Direttore Amministrativo e i suoi <i>staff</i>	31
7.1.3. Il Direttore Sanitario e i suoi <i>staff</i>	31
7.1.4. I presidi ed i Direttori di presidio.....	33
7.1.5. Il Direttore Sociosanitario e i suoi <i>staff</i>	33
8. IL DISTRETTO CREMONESE.....	34

PREMESSA

La normativa vigente dettata dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", prevede che le Aziende Sanitarie disciplinino la propria organizzazione e funzionamento attraverso l'adozione, da parte del Direttore Generale, di apposito atto aziendale, sulla base di principi e di criteri definiti dalla Regione.

Il presente Piano di Organizzazione Aziendale Strategico, di seguito indicato anche solo come POAS, rappresenta, in ambito lombardo, l'equivalente dell'atto aziendale e viene formulato secondo le indicazioni fornite dalla Regione Lombardia di cui alla deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia (d.G.R.) n. XI/6278 dell'11/04/2022, recante "Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici (POAS) delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), delle Fondazioni Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico della Regione Lombardia e dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)".

Inoltre, l'adozione del presente POAS, oltre a rappresentare un adempimento dovuto per norma, risponde all'esigenza di adeguare l'assetto organizzativo aziendale al mutato contesto ordinamentale di riferimento, quale delineato dalla legge regionale 14 dicembre 2021, n. 22, avente ad oggetto "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33", funzionale alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dalla Regione ed al perseguimento di una migliore qualità delle cure e dell'efficienza dei livelli di produzione delle prestazioni.

La redazione del POAS 2022-2024 dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona, d'ora in avanti individuata anche solo come ASST di Cremona o ASST, è ispirata ai principi declinati all'articolo 2 della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33, recante "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", così come innovata dalla su richiamata legge regionale n. 22/2021, con particolare riferimento a:

- garantire l'approccio *one health* finalizzato ad assicurare globalmente la promozione e la protezione della salute;
- assicurare la presa in carico della persona nel suo complesso;
- favorire l'appropriatezza clinica, la trasparenza amministrativa, economica ed organizzativa;
- garantire la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;
- incentivare la responsabilità della persona e della sua famiglia;
- garantire un'adeguata integrazione con l'ambito sociale.

Il presente POAS, pertanto, è lo strumento strategico attraverso il quale l'ASST di Cremona, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, definisce il proprio assetto organizzativo e le correlate modalità di funzionamento.

1. LA MISSION ED I PRINCIPI DEL POAS

L'ASST di Cremona persegue i fini istituzionali di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività, e concorre, con tutti gli altri soggetti erogatori del servizio di diritto pubblico, di diritto privato e *non profit*, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli assistenziali aggiuntivi come definiti dalla Regione Lombardia.

L'ASST garantisce la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.

L'operato dell'ASST, finalizzato a contribuire al soddisfacimento dei bisogni di salute del territorio, secondo criteri di appropriatezza e qualità, garantisce la realizzazione della sussidiarietà verticale ed orizzontale, pari accessibilità dei cittadini, libertà di scelta ed equità delle prestazioni, nonché la promozione e la sperimentazione di forme di partecipazione collaborativa con il volontariato.

L'ASST garantisce e valorizza il ruolo della famiglia, delle reti sociali e degli enti del terzo settore per lo sviluppo e la coesione territoriale e delle comunità, in un rapporto privilegiato con gli enti locali, assicurando il coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Il sistema organizzativo delineato nel presente POAS è ispirato, in particolare, ai seguenti principi:

- rispetto della persona e collaborazione interna ed esterna degli operatori a tutti i livelli, inteso come rispetto dei bisogni e dei diritti della persona, sviluppando sistemi di ascolto e di monitoraggio della soddisfazione, e come promozione di un clima organizzativo improntato al benessere di utenti ed operatori;
- integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali, in raccordo con la Conferenza dei Sindaci sulla base della valutazione dei fabbisogni del territorio elaborati anche dall'Agenzia di Tutela della Salute;
- raccordo con gli enti del terzo e quarto settore del *welfare*, al fine di valorizzare lo strumento dell'auto-mutuo aiuto e dell'utente/familiare volontario quale leva di cambiamento del percorso di presa in carico;
- qualità, intesa come capacità dell'Azienda di promuovere e sviluppare qualità globale, quindi orientata alla persona e alle prestazioni erogate, alle relazioni interne, alla struttura e alle tecnologie;
- innovazione scientifica in tutti i campi di propria competenza, intesa come promozione di tutte le forme di coordinamento e integrazione con il mondo della ricerca clinico-sanitaria;
- innovazione tecnologica e informativa a tutti i livelli, per sostenere i cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività e qualità;
- crescita professionale di tutti i collaboratori, intesa come capacità dell'Azienda di fornire a tutti gli operatori l'opportunità di approfondire le proprie conoscenze e sviluppare appieno le proprie potenzialità;
- orientamento a tradurre in risultati concreti la programmazione regionale e locale, intesa quale collegamento stabile e costruttivo con la Regione e con l'Agenzia di Tutela della Salute;
- sicurezza dell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti, nel rispetto della normativa vigente;
- trasparenza dell'azione, intesa come l'individuazione per ciascuna decisione dei criteri di riferimento e dei risultati attesi;
- efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa e rispetto dei principi di leale collaborazione, di economicità, di imparzialità, di pubblicità e di trasparenza nel rapportarsi con i diversi livelli istituzionali, anche territoriali, e con i soggetti che, a vario titolo, sono coinvolti nell'attività dell'Ente.

L'ASST si riserva, in particolare, sempre nel rispetto della legislazione comunitaria, statale e regionale, di concludere accordi e protocolli di intesa con altre pubbliche amministrazioni per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.

2. LE AREE DI SVILUPPO STRATEGICO

Gli obiettivi strategici che l'ASST di Cremona intende perseguire sono finalizzati alla presa in carico dei bisogni della persona e alla continuità della cura, attraverso percorsi assistenziali che sostengano l'attività di cura e che valorizzino il ruolo dei professionisti, e, contestualmente, attraverso la caratterizzazione dei presidi ospedalieri aziendali e la rete territoriale in ottica integrata.

L'ASST, annualmente, nel proprio piano delle *performance*, definisce le proprie linee strategiche, nelle quali declina e attua la propria mission istituzionale. I piani performance aziendali sono consultabili al link <https://www.asst-cremona.it/piano-della-performance>.

Per la loro rilevanza nel medio-lungo termine e per il carattere di radicale innovatività, si evidenziano, nello specifico, le seguenti aree di sviluppo strategico:

Il Nuovo Ospedale di Cremona

Il nuovo ospedale intende ripensare i servizi e favorire una maggiore integrazione fra le cure sanitarie e sociosanitarie, fra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale. Una struttura che faccia della sostenibilità e di un armonico rapporto con l'ambiente e la città, le cifre caratteristiche delle proprie peculiarità. Il cambiamento della concezione della struttura ospedaliera occupa un ruolo cruciale nel posizionamento del paziente al centro di tutte le scelte progettuali, da quelle organizzative della struttura a quelle architettoniche. Nello specifico partendo dal rapporto tra edificio e contesto, si assisterà ad un ribaltamento dell'attuale paradigma: dalla concentrazione del volume in un enorme monoblocco al centro dell'area ospedaliera, ad una distribuzione degli spazi produttivi lungo le aree confinanti al parco. La pandemia ci ha insegnato quanto sia importante l'attitudine della struttura adattarsi rapidamente ai mutamenti del quadro epidemiologico; pertanto, il nuovo ospedale dovrà essere il più possibile modulare e flessibile, al fine di garantire eventuali cambi di destinazione d'uso, modificando solamente le attrezzature e mantenendo per cui invariate le componenti strutturali e impiantistiche. L'intervento avverrà per sostituzione edilizia all'interno della stessa area in cui sorge l'attuale struttura. Il dimensionamento del nuovo ospedale tiene conto di parametri intrinseci (standard dimensionali e assetto nosologico degli ospedali per acuti) ed estrinseci (bacino d'utenza) e conseguentemente è tarato su un numero di posti letto complessivamente determinato in 530, oltre a 100 posti letto da dedicare ad attività di degenza non ordinaria o per prestazioni cliniche di tipo ambulatoriale. Il 15 dicembre 2021 è stato firmato il protocollo di intesa fra gli enti a diverso titolo coinvolti nella realizzazione dell'intervento. La Regione Lombardia, l'ASST di Cremona, l'ATS della Val Padana, il Comune di Cremona e la Provincia di Cremona hanno con tale documento delineato le rispettive competenze e le conseguenti modalità di partecipazione al procedimento di realizzazione del nuovo ospedale che prevede un investimento di 330 milioni di euro e tempi di realizzazione compresi tra i 5 e gli 8 anni. L'avvenuta programmazione, da parte della Giunta Regionale, con D.G.R. n. XI/4385 del 3 marzo 2021, delle risorse necessarie alla realizzazione del nuovo ospedale di Cremona, nell'ambito degli stanziamenti per investimenti in edilizia sanitaria previsti nel periodo 2021-2028, e la rilevanza storica e strategica del tema, riverberano importanti riflessi anche sull'assetto organizzativo aziendale in termini di ridefinizione delle aree di innovazione e di sviluppo strategico e, conseguentemente, di ridisegno delle strutture deputate al loro perseguimento. Il modello di *governance* proposto per l'attuazione del progetto si estrinseca in una attribuzione diretta di responsabilità in capo all'ASST di Cremona, attraverso la costituzione di una struttura complessa dedicata (SC Nuovo Ospedale), afferente ad un dipartimento funzionale (Innovazione, Sostenibilità e Aree di Sviluppo Strategico), entrambi in staff alla Direzione Generale. Alla nuova struttura dipartimentale, secondo le linee condivise con la Direzione Strategica e con il contributo di tutta la compagine aziendale, compete la promozione di una preliminare e comune riflessione su cosa significhi pensare e progettare un nuovo ospedale avendo vissuto, questa Azienda ed il suo territorio di riferimento, fra i primissimi nel mondo occidentale, la crisi pandemica. In sintesi gli obiettivi 2022-2024:

Obiettivo 2022: attivazione degli istituti operativi tecnici e di partecipazione, stabiliti nel protocollo di intesa sottoscritto da Regione Lombardia, ASST di Cremona, ATS della Val Padana, Comune e

Provincia di Cremona. Predisposizione degli atti di indizione del concorso di progettazione internazionale, e l'eventuale attivazione di protocolli di collaborazione tecnico scientifica.

Obiettivo 2024: finalizzazione delle procedure di scelta dell'assetto tipologico e della configurazione morfo tecnologica del nuovo ospedale in esito alla conclusione delle procedure concorsuali. Avvio delle successive fasi di progettazione definitiva ed esecutiva.

Obiettivo 2024: esperimento dei controlli, delle verifiche e delle validazioni degli atti progettuali preordinati all'avvio ed al successivo espletamento delle fasi di scelta del contraente cui affidare la realizzazione dell'opera.

Il compito assegnato dalla Regione Lombardia all'ASST di Cremona costituisce, nella realtà, l'occasione per ripensare gli schemi noti di risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari, sempre più complessi, estesi e differenziati – a partire dai nuovi paradigmi correlati alla sostenibilità ambientale, energetica ed alla rivoluzione digitale e tecnologica – con l'ambizione di individuare proprio a Cremona un nuovo modello assistenziale fortemente innovativo ben oltre il livello regionale e funzionale ad un rinnovato umanesimo.

Il DEA di II livello ed il potenziamento dell'attività chirurgica specialistica (vascolare e toracica) e radiologica (neuroradiologia)

Il presidio ospedaliero di Cremona, data la propria collocazione territoriale strategica e la posizione baricentrica rispetto a Mantova e Crema, nell'ambito del territorio che fa specificatamente capo all'ATS della Val Padana, si candida naturalmente ad essere riconosciuto quale Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA) di II livello. In tale prospettiva, certamente favorita dalla decisione della Regione Lombardia di investire strategicamente per la costruzione del nuovo ospedale, l'ASST andrà a potenziare l'attività chirurgica specialistica (chirurgia vascolare, già presente, e toracica) e radiologica (neuroradiologia, già presente) al precipuo scopo di implementare la struttura dipartimentale deputata al trattamento dell'urgenza e dell'emergenza e caratterizzata dalla competenza multidisciplinare e dalla presenza di unità ad alta specializzazione, nonché dal funzionamento ininterrotto di tutti i servizi di diagnostica.

L'ospedale Oglio Po e l'area casalasco-viadanese

Centrale e strategico rimane, nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari che fanno capo all'ASST di Cremona, il potenziamento dell'ospedale Oglio Po, la cui natura di presidio per acuti, legato anche alla gestione delle urgenze, è confermato. Si tratterà, nel breve periodo, di portare a frutto il progetto di recupero dell'attuale struttura ospedaliera, progettualità approvata dalla Regione Lombardia su proposta dell'ASST di Cremona, in attesa di definitivo finanziamento, così anche da garantire il migliore efficientamento dei servizi e delle attività che il POAS prevede di implementare.

Il legame fra il nosocomio Oglio Po ed il territorio circostante, la cosiddetta area casalasco-viadanese, è ineludibile ed il suo rafforzamento, entro una sempre più stretta e prioritaria sinergia con l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari dell'ASST di Cremona, è la chiave per la crescita quali-quantitativa dei servizi sul territorio, anche in una prospettiva di differenziazione e di ulteriore investimento. In questa prospettiva, alla luce delle recenti scelte regionali sulla *governance* del distretto a scavalco fra i territori delle province di Cremona e di Mantova, l'ASST di Cremona continuerà ad operare al fine di rendere pienamente efficace ed efficiente la soluzione organizzativa adottata dalla Regione Lombardia nel solco del modello sperimentale conclusosi nel 2021, in un rapporto di leale collaborazione con l'ASST di Mantova.

Il rafforzamento delle funzioni territoriali e l'integrazione tra l'ospedale e il territorio

In riferimento al Polo Territoriale la Direzione Sociosanitaria ha l'obiettivo di garantire la presa in carico integrata delle famiglie con bisogni multipli e complessi.

Presidia il governo delle strutture di prossimità anche a medio bassa intensità di cura, inoltre garantisce un'organizzazione capillare sul territorio attraverso équipe multiprofessionali integrate con MMG/PLS, medici specialisti, IFC e altri professionisti, tra i quali le assistenti sociali territoriali.

Diventa punto di riferimento della comunità locale attraverso la valorizzazione dei setting domiciliari ambulatori e semiresidenziali, lo sviluppo di programmi di prevenzione e promozione della salute, di progetti a valenza europea e nazionale su target di popolazione specifica quali cronicità, disabilità, salute mentale e autismo nell'età evolutiva e adulta.

Lo sviluppo di piattaforme tecnologiche informatizzate favorisce l'uso di strumenti quali la telemedicina, telesorveglianza, telemonitoraggio e teleriabilitazione ai fini di una valutazione e

presa in carico di profili complessi assistenziali nella casa come luogo di cura e dell'appropriatezza dei percorsi clinico assistenziali, definendo i criteri di eleggibilità per gli ambiti di competenza. Nell'area della disabilità si stanno promuovendo progetti specifici per la grave e gravissima disabilità in collegamento con il Dipartimento della salute mentale e delle Dipendenze, relativamente alla disabilità psichica e alla costituzione nelle Case di Comunità di équipe multiprofessionali fondate sul modello bio-psico sociale, nel rispetto dei LEA, dell'integrazione dei diversi livelli istituzionali e della rete dei servizi del terzo e quarto settore. Anche in questo ambito si procederà alla qualificazione di offerta di servizi a sostegno della flessibilità e modularità dei progetti di vita delle persone con disabilità.

Una funzione innovativa e strategica nella Direzione Sociosanitaria riguarda il Dipartimento funzionale delle Cure Primarie che, per la sua funzionalità, lavorerà in stretta correlazione con le strutture del Polo Territoriale e sanitarie aziendali, mentre nella gestionalità andrà a garantire la programmazione in materia di cure e assistenza sanitaria primaria (MMG/PLS, continuità assistenziale ecc.), compresa la gestione amministrativa convenzionale e la contrattualizzazione secondo gli indirizzi di organizzazione regionali.

Il Dipartimento funzionale di prevenzione svolgerà un ruolo importante di raccordo tra Polo Ospedaliero e Polo Territoriale per il raggiungimento degli obiettivi strategici e operativi nell'ambito dello sviluppo dei modelli di salute, di prevenzione e di sorveglianza della popolazione. In particolare, andrà a garantire il piano vaccinale ed a favorire l'integrazione dell'attività di screening e dei percorsi di diagnosi e cura delle patologie oncologiche.

Innovazione normativa sarà l'attività di collaborazione e integrazione con i Sindaci del territorio di riferimento per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale, per la pianificazione di piani sociosanitari territoriali, per la verifica dello stato di attuazione di progetti aziendali.

Non ultimo per importanza l'istituzione del Distretto Cremonese e l'istituzione del Distretto Casalasco Viadanese ai sensi dell'articolo 7 bis, comma 1 bis, della legge regionale n. 33/2009. Le funzioni saranno: programmazione dei servizi, garanzia degli aspetti igienico sanitari delle strutture afferenti, gestione e coordinamento dei percorsi, erogazione dell'assistenza primaria e continuità assistenziale, coordinamento ed erogazione dei servizi offerti nelle Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, compresi i Consultori.

Ad integrazione si riconosce e si promuove il ruolo del volontariato nella sua funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari. Sarà, inoltre, promosso l'avvio di sperimentazioni, nelle strutture di prossimità, di nuove modalità di risposta alle problematiche sociali e sociosanitarie attraverso gli strumenti della co-programmazione e coprogettazione.

[La sperimentazione pubblico privato al Nuovo Robbiani in Soresina](#)

Acquisitane la titolarità istituzionale delle relative funzioni ancora dall'A.O. di Crema, in attuazione della riforma regionale del 2015, il progetto gestionale sperimentale del presidio Nuovo Robbiani di Soresina conserva i tratti iniziali di innovatività e di rilevanza anche con riferimento al territorio circostante, collocato com'è a metà strada fra i principali servizi dell'ASST di Cremona e dell'ASST di Crema. È stato da tempo avviato, in stretta collaborazione con la Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia e con il coinvolgimento del privato esercente il medesimo progetto, un percorso volto a valutare la corrispondenza dell'attuale *setting* dei servizi offerti col mutato quadro dei bisogni sanitari e sociosanitari del territorio, nel rispetto degli equilibri nascenti in esito alle procedure di affidamento al tempo esperite. L'attività di monitoraggio della corrispondenza dei *setting* assistenziali in parola dovrà proseguire anche in futuro per continuare a corrispondere adeguatamente alle esigenze degli utenti, anche per la qualità dei servizi prestati. E, ciò, a maggior ragione nella prospettiva di attivazione della Casa e dell'Ospedale di Comunità prevista, in via definitiva, presso l'immobile di proprietà dell'ASST di Cremona, denominato Vecchio Robbiani, ubicato nel centro cittadino di Soresina, entro il 2026, circostanza che richiederà, entro i

confini della programmazione regionale e territoriale, una rimodulazione delle attività sanitarie e sociosanitarie rispettivamente afferenti al Vecchio Robbiani ed al Nuovo Robbiani.

La ricerca

Tra i principi a cui si ispirano le attività di programmazione, gestione ed organizzazione del servizio sanitario regionale, l'articolo 2 della legge regionale n. 33/2009 ricomprende anche *"la promozione e il sostegno dell'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria, in tutte le componenti del SSR e collaborazione con le Università con la finalità di promuovere la formazione del personale"*.

L'ASST di Cremona, attraverso la SS "Promozione e Supporto della Ricerca Clinica", in staff al Direttore Generale, intende ordinare innovativamente in seno all'Ente la funzione di ricerca, potenzialmente estesa a tutti gli ambiti di attività, anche alla luce di quanto stabilito dall'art. 17, comma 10, della legge regionale 33/2009, come modificato dalla legge di riforma sociosanitaria regionale n. 22/2021.

La struttura sarà dedicata, in particolare, alla promozione ed alla raccolta fondi finalizzati alla ricerca sanitaria, anche con il coinvolgimento di associazioni e di enti del terzo settore; si occuperà della tenuta dei rapporti con gli sponsor e con gli enti promotori, pubblici e privati, nonché della valutazione dei progetti sperimentali, sia da un punto di vista scientifico, sia dal punto di vista del rapporto dei fattori produttivi e dei costi/ricavi e della valutazione dell'impatto organizzativo; coordinerà l'impiego delle risorse organizzative dedicate, con carattere di trasversalità, e la gestione delle risorse finanziarie in una logica di sistema.

La multidisciplinarietà e la centralità del ruolo della ricerca nell'ambito dell'ASST saranno assicurate mediante la previsione di un board scientifico, coordinato dal direttore Sanitario o da altro soggetto individuato dal Direttore Generale, col supporto organizzativo dell'unità organizzativa, aperto a competenze e professionalità esterne. Il board sarà chiamato a valutare i progetti di ricerca e a suggerire e/o sollecitare, fra le altre attività, possibili nuovi indirizzi di ricerca. La struttura sosterrà e promuoverà, inoltre, la partecipazione e l'accesso dell'ASST ai finanziamenti – pubblici e privati – locali, regionali, nazionali e internazionali a sostegno dell'attuazione della ricerca sanitaria.

3. SEDE LEGALE, SEDI OPERATIVE E PATRIMONIO

L'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Cremona ha sede legale in Viale Concordia n. 1 a Cremona.

Il patrimonio aziendale è stato definito con i decreti del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 11964 del 31/12/2015 e n. 5195 del 07/06/2016.

Attraverso la propria organizzazione strutturale, l'ASST garantisce l'erogazione dei servizi afferenti sia al settore aziendale "Polo Ospedaliero", sia al settore aziendale "Polo Territoriale", nella logica sia della presa in carico e del trattamento del paziente in fase acuta, sia dell'erogazione dell'assistenza distrettuale, rispondendo al bisogno di integrazione e continuità delle cure.

3.1. IL PATRIMONIO IMMOBILIARE

3.1.1. Il patrimonio strumentale

L'Azienda dispone di un patrimonio immobiliare strumentale articolato in plessi e presidi dislocati nell'ambito territoriale assegnatole a norma della legge regionale n. 33/2009, come innovata con legge regionale n. 22/2021 e corrispondente all'ambito territoriale del distretto cremonese. Negli ospedali dell'ASST di Cremona vengono erogate le prestazioni di degenza e le correlate attività diagnostiche ed ambulatoriali.

Il Presidio Ospedaliero di Cremona

Il presidio ospedaliero cremonese si trova in Viale Concordia n. 1, a Cremona, ed è costituito da un monoblocco centrale e da diversi padiglioni circostanti realizzati essenzialmente negli anni dal 1965 al 1971.

L'area complessiva del Presidio è di circa mq. 185000 di cui circa 107000 di area verde.

Il monoblocco centrale ospedaliero è un fabbricato di circa 85000 mq. di slp costituito da 10 piani, di cui uno interrato, con una altezza di piano di cm. 320. La cubatura complessiva del monoblocco ospedaliero è di circa mc. 300000. Il monoblocco è destinato principalmente all'attività sanitaria oltre ad una parte destinata ai servizi accessori quali cucina, mensa, chiesa, uffici amministrativi e direzionali. Il piano interrato è destinato principalmente ai locali tecnici, archivi e magazzini.

I padiglioni esterni hanno caratteristiche strutturali e tecnologiche essenzialmente simili al monoblocco centrale. Hanno diverse destinazioni d'uso e dimensioni e, più precisamente:

- Padiglione 2: adibito a portineria esterna e centro prelievi. È costituito da un unico piano di circa mq. 650 ed una cubatura di circa mc 2700.
- Padiglione 3: è costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici ed archivi, un piano seminterrato adibito prevalentemente a spogliatoio, un piano rialzato adibito ad uffici amministrativi, (U.O. Risorse Umane, DAPS, Archivio-Protocollo), un piano primo sempre adibito ad uffici amministrativi (Direzione Generale - Direzione Amministrativa – Direzione Sanitaria – Direzione Socio Sanitaria – UOS Affari Generali e Legali – Avvocatura e UOS Comunicazione).Ha una superficie complessiva di circa mq. 4300 ed una cubatura di circa mc 13300.
- Padiglione 4: è costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici, officina falegnameria, magazzini, un piano seminterrato e rialzato adibiti ad aule scolastiche e locali di supporto all'attività scolastica dei corsi di laurea della sede distaccata della Università di Brescia e un piano rialzato adibito all'attività dei corsi di laurea della sede distaccata della Università di Brescia oltre che al Servizio di Formazione. La superficie complessiva è di circa mq. 2700 per una cubatura di circa mc. 9400.
- Padiglione 5: è costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici e magazzini-archivi, un piano seminterrato adibito a sale autoptiche, celle mortuarie e laboratori di anatomia patologica, un piano rialzato adibito ad esposizione salme e chiesa, un piano primo adibito a laboratorio di anatomia patologica. La superficie complessiva è di circa mq. 2600 per una cubatura complessiva di circa mc. 9000.
- Padiglione 6: è costituito da un piano interrato ed un piano fuori terra; è il fabbricato della centrale termica dove sono poste le caldaie e gli impianti di distribuzione principale. Ha una superficie complessiva di circa mq. 2200 per una cubatura di circa mc. 11500.
- Padiglione 7: è costituito essenzialmente da un piano interrato ed uno rialzato. È il fabbricato dell'ex lavanderia. Attualmente il piano interrato è adibito parzialmente a depositi, mentre il piano rialzato è adibito a sede della ditta di lavanolo. La superficie complessiva è di circa mq. 3000 per una cubatura di circa mc. 14000.
- Padiglione 8: è costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici, spogliatoi e depositi (una parte di circa mq. 700 è al rustico), un piano rialzato adibito ad, ambulatori e locali accessori, un piano primo occupato dalla U.O. di Malattie Infettive. La superficie complessiva è di circa mq. 4000 per una cubatura di circa mc. 18300.
- Padiglione 9: è il padiglione che ospita l'Hospice. È costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici, archivi e depositi, un piano seminterrato dove trova collocazione il servizio di tecnologie biomediche ed ambulatori di terapia del dolore, un piano rialzato e primo adibito ad Hospice, un piano secondo adibito ad Hospice e foresteria, un piano terzo adibito a foresteria. La superficie complessiva è di circa mq. 3400 per una cubatura di circa mc. 11500.
- Padiglione 10: è il padiglione degli uffici amministrativi. È costituito da un piano interrato adibito a depositi ed archivi, un piano seminterrato adibito in parte al Servizio di Prevenzione Protezione ed in parte al rustico, un piano rialzato e tre piani soprastanti adibiti rispettivamente al piano terra e primo, la SC Gestione Acquisti, al piano secondo SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità, e al piano terzo SC Gestione Tecnico Patrimoniale. La superficie complessiva è di circa mq. 3000 per una cubatura di circa mc. 10000.
- Padiglione 11: è stato realizzato una ventina di anni fa ed è adibito al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). È costituito da un piano interrato adibito a locali tecnici, spogliatoi e magazzini ed un piano rialzato adibito a SPDC. La superficie complessiva è di circa mq. 1900 per una cubatura di circa mc. 6500.
- Padiglione 12: il padiglione in oggetto è quello più recente essendo stato realizzato una decina di anni fa. È il padiglione adibito a Cup Cassa ed ambulatori per la libera professione. La costruzione si articola su un solo piano di circa mq. 1000 per una cubatura complessiva di circa mc. 3000.

Tutti i padiglioni, ad eccezione dei padiglioni 2 e 12, sono collegati al monoblocco ospedaliero tramite percorsi interrati coperti.

Il Presidio Ospedaliero Oglio Po

Il presidio ospedaliero Oglio Po, attivato all'inizio degli anni '90 del secolo scorso, si sviluppa con corpo principale, ospitante tutte le funzioni sanitarie, strutturato su due piani fuori terra, copertura piana e piano tecnico posto nell'interrato. Sul lato Sud-Ovest sono presenti altri fabbricati, coevi alla realizzazione dell'Ospedale, ospitanti funzioni tecniche e di supporto (centrali impiantistiche, cucina, depositi, etc.). L'area complessiva del Presidio è di circa 140.000 mq, con circa 25.000 mq di superficie coperta e 115.000 di area verde. Il nosocomio in oggetto è situato a Casalmaggiore (CR) in Via Staffolo n. 51.

Nel presidio ospedaliero Oglio Po vengono erogate le prestazioni sanitarie facenti capo ai seguenti reparti/unità operative: pronto soccorso, radiologia, poliambulatori, medicina, day hospital oncologico, pediatria, cardiologia, terapia intensiva, sale operatorie, laboratorio analisi, alta complessità e bassa intensità, psichiatria; sono presenti, inoltre, nel presidio i servizi amministrativi (cup/direzione medica/centralino).

L'edificio risulta raggiungibile attraversato la viabilità pubblica - nella direzione est-ovest dall'asse viario provinciale della SP 358 che collega Viadana a Casalmaggiore.

Il presidio Oglio Po dispone di 130 posti letto, di cui 126 ordinari e 4 di terapia intensiva "Covid-free". Le attività ambulatoriali, realizzate in sinergia con le équipe di Cremona, sono aumentate negli ultimi anni, passando dalle 860.000 del 2019 alle quasi 943.000 del 2021.

Neuropsichiatria Infantile Territoriale di Cremona

Il fabbricato che ospita la Neuropsichiatria Infantile Territoriale si trova in Via Santa Maria in Betlem n. 12 a Cremona. È un fabbricato a tre piani, di cui uno seminterrato, con una superficie complessiva di circa mq. 2.300 ed un volume di circa mc. 8.500. L'edificio è inoltre circondato da una area esterna di circa mq. 700.

Centro Psico Sociale

Il fabbricato in oggetto si trova in Viale Trento e Trieste a Cremona, presso l'ex PST.

È costituito da tre corpi di fabbrica di cui due con tre piani fuori terra ed uno seminterrato, ed uno con quattro piani fuori terra più il seminterrato. La superficie complessiva è di circa mq. 6.700 per una cubatura di circa mc. 21.000. Attualmente il fabbricato è parzialmente occupato dal Centro Psico Sociale e più precisamente al piano 2 e 3 del corpo A (prospiciente il Viale Trento Trieste) per una superficie di circa mq. 950 e per una cubatura di circa mc 2.850.

Tutta la parte rimanente del fabbricato è completamente vuota da circa due anni in quanto i poliambulatori sono stati trasferiti in altra sede.

Il servizio attualmente presente verrà trasferito nell'edificio di vicolo Maurino, che sarà oggetto di prossima ristrutturazione.

Edificio utilizzato dal Servizio infermieri di famiglia

Il fabbricato è di recente costruzione ed è situato in via Santa Maria in Betlem n. 3 a Cremona, è costituito da due piani fuori terra per complessivi circa 340 mq. ed insiste su un'area di proprietà dell'ARPA di Cremona con la quale condivide l'accesso e l'impiantistica a servizio del fabbricato.

Attualmente al piano terra è adibito al servizio di continuità assistenziale e al piano primo il servizio di infermieri di famiglia.

I suddetti servizi verranno prossimamente trasferiti alla casa di comunità che verrà attivata in via San Sebastiano all'interno dell'edificio A.

Area ex ospedale psichiatrico

Attualmente adibito al Servizio di comunità riabilitativa assistenziale – C.R.A. Nell'area dell'ex ospedale psichiatrico, che attualmente presenta due possibilità di accesso una in Via San Sebastiano 14 e l'altra in Via Belgiardino 6 a Cremona, sono presenti numerosi corpi di fabbrica, sia di proprietà ASST sia di proprietà ATS.

Per quanto riguarda gli immobili di proprietà ASST si possono distinguere i seguenti fabbricati:

Edificio A: l'edificio in oggetto risale agli anni 60 (ex Villa Salus) con un ingresso da Via San Sebastiano. È costituito da tre piani fuori terra ed un piano interrato per una superficie complessiva di circa mq. 4500 per una cubatura di circa mc 13500.

Attualmente è occupato al piano rialzato e il piano primo da servizi di ASST (servizio vaccinazioni, medicina legale territoriale e servizi sociosanitari), per la restante parte del piano primo e piano secondo servizi in capo ad ATS (Dipartimento Prevenzione Veterinaria, Dipartimento Prevenzione e Protezione dai Rischi). A seguito di alcuni interventi di ristrutturazione e adeguamento normativo, verrà ivi attivata la casa di comunità e il servizio di neuropsichiatria infantile.

Edificio B: l'edificio in oggetto è stato recentemente ristrutturato con ingresso da Via San Sebastiano. È costituito da un fabbricato a un solo piano con una piccola parte interrata destinata a locali tecnici e depositi. La superficie complessiva è di circa mq. 1700 per una cubatura di circa mc 5200. Attualmente è occupato dalle seguenti attività consultorio familiare, scelta e revoca del medico e Dipartimento di Cure Primarie.

Padiglioni Comunità Protette (CRA e CPA)

Le due palazzine in oggetto sono disposte su due piani fuori terra ed ospitano, rispettivamente, in una al piano terra il Centro Diurno e al piano primo la Comunità Riabilitativa Alta Assistenza mentre nell'altra al piano terra il Centro Diurno e mensa e al piano primo la Comunità Media Assistenza "La Vela".

Hanno le stesse identiche caratteristiche ovvero circa 1800 mq di superficie e circa 8500 mc. di volumetria cadauna.

Prossima ubicazione per il CPS di Cremona

Tra gli immobili di proprietà dell'ASST di Cremona, è presente anche un immobile sito nel centro storico di Cremona, in vicolo Maurino n. 12. Il corpo di fabbrica avente pianta a L si sviluppa su due piani fuori terra, con copertura a falde per complessivi mq. 1500 di cui 900 al piano terra e 600 al piano primo. Inoltre, è presente una superficie scoperta pari a mq. 220 adibita a cortile interno con una modesta superficie a verde. Attualmente il piano primo è in uso all'amministrazione comunale, mentre il piano terra attualmente non è utilizzato. All'interno dell'obiettivo di "Potenziamento della rete territoriale con particolare riferimento alla assistenza psichiatrica" è in corso la progettazione per l'intervento che prevede la ristrutturazione della porzione di immobile attualmente inutilizzata, al fine di poter trasferire il Centro Psico Sociale attualmente presente in via Trento e Trieste.

L'ASST svolge inoltre servizi istituzionali all'interno di edifici non di proprietà, quali:

- il CUP e il Consultorio a Casalmaggiore.

Gli spazi occupati dai servizi sopracitati sono collocati al piano terra e primo di un compendio immobiliare posto in Piazza Garibaldi a Casalmaggiore e di proprietà di una fondazione di diritto privato.

La superficie occupata complessiva è di circa mq. 1000 per una cubatura di circa mc. 3000.

Nell'edificio è presente il servizio vaccinazioni che verrà prossimamente trasferito in altra sede, oltre al servizio di infermieri di famiglia. È inoltre prevista nel corso dell'estate l'attivazione della Casa di Comunità;

- la Casa e l'Ospedale di Comunità a Soresina.

I servizi, collocati all'interno del polo sanitario "Nuovo Robbiani", in via Inzani n. 4 a Soresina, in spazi attualmente in locazione passiva, sono principalmente i seguenti:

- casa di comunità (Punto unico di accesso, ambulatori specialistici, punto prelievi e servizi infermieri di famiglia);
- ospedale di comunità (20 posti letto);
- neuropsichiatria infantile e consultorio familiare.

3.1.2. Il patrimonio non strumentale

L'ASST di Cremona dispone, inoltre, di un patrimonio immobiliare non strumentale, destinato quindi alla produzione di reddito o alla dismissione, articolato in fabbricati rurali e in fabbricati urbani, tutti dislocati nel territorio cremonese.

Fabbricati rurali

I fabbricati rurali sono i seguenti:

- compendio immobiliare denominato Cascinetta della chiesa di Cignone, ubicato in Via Giuseppe Garibaldi n. 6, 26020 Corte de Cortesi con Cignone (CR) in frazione di Corte de Cortesi;
- cascina Molino, ubicata in via Molino – 26020 Spinadesco (CR).

I suddetti compendi immobiliari constano di fabbricati strumentali all'attività agricola e di fabbricati ad uso abitativo (padronale e colonico), di norma collabenti, e delle relative aree pertinenziali.

Fabbricati urbani

I fabbricati urbani sono quelli indicati nella tabella sotto riportata. Trattasi di appartamenti e di vani singoli, destinati ad uso abitativo e commerciale (sedi di associazioni), alcuni dei quali adibiti a sede di uffici amministrativi aziendali ed altri inagibili.

Sussistono, inoltre, a patrimonio alcuni edifici religiosi, come cappelle votive o parte di fabbricati annessi ad alcune chiese del territorio.

Indirizzo	Destinazione d'uso
Via Fores n.3 – 26100 Cremona	nessuno: ex casa abitativa
Via Milano n.24 – 26100 Cremona	in comodato d'uso all'Amministrazione Provinciale di Cremona
Via Ghinaglia n.6 – 26100 Cremona	nessuno: ex CPS
Piazza Roma n.32 – 26100 Cremona	nessuno: ex casa abitativa
Via Cadore n.13/c – 26100 Cremona	nessuno: ex casa abitativa
Via Giordano n. 56 – 26100 Cremona	nessuno: ex casa abitativa
Via Anguissola n.2 – 26100 Cremona	nessuno: ex casa abitativa
Via Stenico n.5 – 26100 Cremona	nessuno: ex guardia medica
Via Postumia 23/L – 26100 Cremona	in locazione a soggetto terzo
Via Bonomelli n.1 – 26039 Vescovato	nessuno: ex ambulatori MMG
Via Molino – 26020 Spinadesco	cascina molino
Via delle Corse n.1 – 26020 Spinadesco	cappella votiva
Via Amilcare Robbiani n.6 – 26015 Soresina	nessuno: ex ospedale Robbiani di Soresina
Via Monti n.6 – 26015 Soresina	in uso al comune di Soresina
Via Monti n.12 – 26015 Soresina	in uso al comune di Soresina
Via Municipio n 4 - 26011 Casalbuttano	in uso al Comune di Casalbuttano
Via XXIV Maggio n.10 – 26022 Castelveverde	nessuno: ex comunità psichiatrica
Via Patrioti n.40 – 26035 Pieve San Giacomo	fabbricati costituenti la chiesa di Pieve San Giacomo
Via Oreste Mattarozzi n.5 – 26024 Paderno Ponchielli	fabbricati costituenti la chiesa di Acqualunga Badona
Via Cansero n.1 – 26030 Cappella de Picenardi	fabbricati costituenti la chiesa di Cansero – frazione di Cappella de Picenardi
Via Malcantone n.3 – 26030 Cappella de Picenardi	fabbricati costituenti la chiesa di Vighizzolo
Via Giuseppe Garibaldi n.6 – 26020 Corte de Cortesi con Cignone	cascinetta della chiesa di Cignone – frazione di Corte de Cortesi
Via Cairoli n.136 – 26041 Casalmaggiore	nessuno: ex ospedale di Casalmaggiore

L'ASST di Cremona ha da tempo concluso una puntuale ricognizione del patrimonio immobiliare non strumentale e ha proposto ai competenti Uffici regionali, in ossequio ad una logica di razionalizzazione del medesimo patrimonio immobiliare alla luce della sua relativa consistenza e della qualità dello stesso, una volta acquisite le perizie di stima a cura dell'Agenzia delle Entrate, un definito programma di dismissione.

L'analisi è stata estesa, altresì, agli immobili di carattere religioso, che versano normalmente in una condizione di bisogno manutentivo più o meno severo, verificando la sussistenza di una possibile destinazione al culto pubblico grazie, in particolare, alla collaborazione della Diocesi di Cremona. Le conclusioni della verifica in parola sono state portate anch'esse all'attenzione dei competenti Uffici regionali, ai fini di una congiunta valutazione in ordine al loro possibile impiego ed all'assegnazione all'ASST di Cremona delle risorse occorrenti per la loro completa messa in sicurezza.

Diritto di superficie

Con delibera della Giunta Regionale della Regione Lombardia n. X/5234 del 31/05/2016 (*"Determinazioni in merito al trasferimento dalla ex AO di Crema alla ASST di Cremona di attività relative al presidio "Polo sanitario Nuovo Robbiani" di Soresina ai sensi della legge regionale n. 23/2015"*), è stato definito il subentro dell'ASST di Cremona all'ASST di Crema nella sperimentazione gestionale pubblico privato definita con d.G.R. n. VIII/9166/2009 e nella gestione del relativo contratto di concessione e gestione per le attività sanitarie oggetto della sperimentazione medesima. Proprietario del suolo su cui è stato realizzato il nuovo Polo Sanitario di Soresina è il Comune di Soresina che, con atto notarile del 31 maggio 2010, formalizzava con l'ex Azienda Ospedaliera di Crema la permuta avente ad oggetto la cessione di aree in diritto di superficie per novantanove anni con vincolo di destinazione sanitaria per la realizzazione di un polo sanitario. L'ASST di Cremona e l'ASST di Crema hanno congiuntamente richiesto alla Direzione Generale Welfare il trasferimento di tale diritto di superficie in capo all'ASST di Cremona, a completamento degli afferimento patrimoniali disposti in attuazione della legge regionale n. 23/2015.

4. ATTIVITA' DI INDIRIZZO, CONTROLLO E GESTIONE

4.1. GLI ORGANI DELL'ASST DI CREMONA

4.1.1. Il Direttore Generale

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'ASST ed il potere gestionale dell'Azienda; è responsabile delle funzioni di indirizzo politico amministrativo e strategico che esercita anche attraverso la definizione degli obiettivi e dei programmi da attuare, nonché attraverso la verifica della loro puntuale attuazione.

Ferme le competenze e le prerogative di legge, il Direttore Generale in particolare:

- adotta l'atto di organizzazione aziendale, nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali, nel quale sono individuate le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica;
- nomina il Collegio Sindacale secondo quanto previsto dalla vigente normativa statale e regionale;
- nomina il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario e il Direttore Sociosanitario che partecipano, unitamente al medesimo Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Ente, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale;
- costituisce il Collegio di Direzione;
- costituisce il Consiglio dei Sanitari;
- nomina il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP) e il Collegio Tecnico di Valutazione;
- nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione aziendale e adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza;
- nomina e revoca i dirigenti di struttura semplice e complessa, e conferisce gli incarichi di natura professionale, di consulenza studio e ricerca, di funzioni ispettive di verifica e di controllo;
- adotta i regolamenti interni, tra cui quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, per l'attività dei controlli interni e per il sistema delle deleghe;
- definisce gli obiettivi dei programmi aziendali annuali da attuare nel quadro della programmazione sanitaria regionale e locale, con indicazione contestuale delle relative priorità e individuazione delle risorse (umane, tecnologiche, materiali ed economico-finanziarie) necessarie al loro conseguimento da destinare alle diverse finalità e la loro ripartizione tra le strutture complesse, così da consentire l'adozione del budget aziendale;
- definisce la programmazione triennale del fabbisogno del personale;
- adotta tutti gli atti relativi alla programmazione economica, finanziaria ed il bilancio annuale;
- garantisce la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- garantisce la verifica della qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni erogate.

Al Direttore Generale è consentito di provvedere, in qualsiasi momento, all'adeguamento degli assetti e delle attribuzioni funzionali e gestionali delle strutture e dei servizi, anche in ragione delle mutevoli necessità aziendali e dell'esigenza di attivare e di sviluppare soluzioni organizzative innovative, pure in implementazione dei contenuti del presente POAS, in aderenza agli obiettivi strategici dell'ASST di Cremona.

4.1.2. Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'ASST di Cremona.

Il Collegio Sindacale dura in carica per tre anni ed è composto da tre membri designati rispettivamente da Regione Lombardia, Ministero dell'Economia e delle Finanze e Ministero della Salute. La nomina del Collegio Sindacale è ad opera del Direttore Generale, che vi provvede mediante specifico provvedimento, e lo convoca per la prima seduta. Il Presidente del Collegio viene eletto dal Collegio all'atto della prima seduta. Ove, a seguito di decadenza, dimissioni o decessi, il Collegio risultasse mandante di uno o più componenti, il Direttore Generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle Amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti, dovrà procedersi alla ricostruzione dell'intero collegio. Qualora il Direttore Generale non proceda alla ricostruzione del collegio entro trenta giorni, la Regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della Regione e due designati dal Ministero del Tesoro. Il Collegio straordinario cessa dalle proprie funzioni all'atto dell'insediamento del Collegio ordinario.

Ai sensi dell'art. 12, comma 14, della legge regionale n. 33/2009, il Collegio Sindacale svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- verifica la regolarità amministrativa e contabile;
- vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- esamina ed esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

Il Collegio Sindacale accerta, inoltre, la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità

Ne definisce, più in generale, i compiti, la disposizione di cui all'articolo 3-ter, commi 1 e 2, del decreto legislativo n. 30 dicembre 1992, n. 502.

Il Collegio Sindacale dell'ASST di Cremona, attualmente in carica, è stato nominato con decreto del Direttore Generale n. 277 del 20/06/2019.

4.1.3. Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, espressamente previsto dall'art. 17 del decreto legislativo n. 502/1992, è organo dell'ASST di Cremona.

Di esso il Direttore Generale si avvale, in particolare, per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, la elaborazione del programma di attività dell'Azienda, l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, l'utilizzazione delle risorse umane.

Il Collegio concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria, alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale, che lo presiede e ne coordina i lavori; il funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da specifico regolamento ed è stato integrato nella sua composizione con decreto del Direttore Generale n. 415 del 25/08/2021.

4.2.1. I COMPONENTI DELLA DIREZIONE STRATEGICA ED ALTRI ORGANISMI

4.2.1. Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria, con provvedimento motivato. Il rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da un apposito contratto di diritto privato, così come definito dalla normativa vigente. La durata dell'incarico non può essere inferiore a tre e superiore a cinque anni, con possibilità di verifiche intermedie.

Il Direttore Amministrativo è il referente istituzionale del Direttore Generale per quanto attiene la gestione economica aziendale e l'equilibrio di bilancio, sulla base degli obiettivi generali e specifici di mandato attribuiti al legale rappresentante, avuto riferimento alle indicazioni regionali in materia di determinazione del livello dei costi complessivi dell'Azienda e di contenimento della spesa. Nello specifico, come indicato all'articolo 7, comma 7, della legge regionale n. 33/2009, il Direttore Amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori Polo Ospedaliero e Polo Territoriale, sovrintende, per quanto di propria competenza, all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio dell'ASST.

Contribuisce alla direzione strategica dell'Azienda, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della direzione strategica.

Il Direttore Amministrativo assicura la legittimità degli atti, la definizione e la direzione del sistema di governo economico finanziario dell'Azienda, il corretto funzionamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico avvalendosi a tal fine dei propri staff e delle unità organizzative afferenti all'area amministrativa.

Espleta le funzioni di direzione tecnico organizzativa del complesso delle strutture organizzative amministrative dell'Azienda e concorre alla definizione degli obiettivi di risultato dei dirigenti delle strutture in questione.

Al Direttore Amministrativo competono, altresì, le verifiche di compliance in ordine ai rilievi dei componenti del Collegio Sindacale, secondo le modalità previste dalla Giunta Regionale della Lombardia con deliberazione n. X/5661 del 30 ottobre 2016.

4.2.2. Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria con provvedimento motivato. Il rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da un apposito contratto di diritto privato, così come definito dalla normativa vigente. La durata dell'incarico non può essere inferiore a tre e superiore a cinque anni, con possibilità di verifiche intermedie.

Il Direttore Sanitario è il referente istituzionale del Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e della politica sanitaria aziendale, sulla base degli obiettivi generali e specifici di mandato attribuiti al legale rappresentante, avuto riferimento alle indicazioni programmatiche del Piano Sanitario Regionale, concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formalizzazione delle decisioni della direzione strategica, assumendo diretta responsabilità delle funzioni igienico sanitarie e tecnico organizzative e avvalendosi a tal fine dei propri staff, delle direzioni di presidio e delle relative strutture organizzative anche attraverso l'istituto della delega.

È garante dell'adozione degli interventi di verifica, demandati al produttore di servizi, circa l'appropriatezza delle prestazioni erogate ed il rispetto delle obbligazioni assunte in tema di razionalizzazione, controllo e contenimento della spesa sanitaria.

In particolare, Il Direttore Sanitario è responsabile del settore aziendale Polo Ospedaliero e gli compete di: dirigere, a livello strategico, le strutture sanitarie del settore aziendale polo ospedaliero ai fini tecnico organizzativi ed igienico sanitari; fornire parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza; promuovere ed accertare la coerenza dell'offerta aziendale con la domanda e con i principi di appropriatezza ed efficienza; svolgere attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili di Presidi, dipartimenti, strutture complesse sanitarie, promuovendone l'integrazione; proporre le linee aziendali per il governo clinico e concorrere al perseguimento degli obiettivi di budget economico dell'ASST; essere responsabile dell'attività di farmaco vigilanza; essere responsabile dell'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti medici e delle altre professionalità sanitarie.

4.2.3. Il Direttore Sociosanitario

Il Direttore Sociosanitario è individuato dal Direttore Generale in via fiduciaria, con provvedimento motivato. Il rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da un apposito contratto di diritto privato, così come definito dalla normativa vigente. La durata dell'incarico non può essere inferiore a tre e superiore a cinque anni, con possibilità di verifiche intermedie.

In particolare, Il Direttore Sociosanitario è responsabile del settore aziendale Polo Territoriale e gli compete di: coordinare la Cabina di Regia dell'ASST di Cremona, a cui spetta l'attuazione dell'integrazione sanitaria, sociosanitaria e sociale; coordinare l'attività erogativa delle prestazioni territoriali; presidiare l'erogazione, per il tramite dell'organizzazione distrettuale, delle prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, di diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa intensità, nonché delle cure intermedie e le funzioni e le prestazioni medico-legali; presidiare l'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari in base ai livelli di intensità di cura, in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, definendo le modalità di presa in carico della persona, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità; presidiare le attività di prevenzione svolte dal dipartimento funzionale di prevenzione, in coerenza con gli indirizzi di programmazione del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria dell'ATS Val Padana; sovrintendere alla gestione degli ospedali di comunità, delle case di comunità e delle centrali operative territoriali afferenti al distretto cremonese, di competenza dell'ASST di Cremona; collaborare con gli enti erogatori accreditati territoriali per l'applicazione dei modelli di presa in carico definiti e dei conseguenti piani assistenziali individuali della persona; definire specifici rapporti convenzionali con enti erogatori accreditati e soggetti del terzo e quarto settore per la delineazione di percorsi facilitati a favore del cittadino; presidiare lo svolgimento della funzione di protezione giuridica per la promozione dell'Amministratore di Sostegno a protezione dei soggetti fragili; governare l'organizzazione del D.S.M.D. anche attraverso l'individuazione di referenti di processo, in collaborazione con la Gestione Operativa - NextgenerationEu. Presidiare e monitorare lo sviluppo di progetti innovativi aziendali in collaborazione con l'ATS della Val Padana, la Regione Lombardia e le reti nazionali ed europee nelle aree di competenza sociosanitaria.

4.2.4. La Direzione delle professioni sanitarie e sociosanitarie (DAPSS)

La Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS) è una struttura complessa, dotata di autonomia gestionale, che opera in line al Direttore Generale. La DAPSS è titolare delle funzioni di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo e della prevenzione, nonché degli operatori di supporto e dell'ambito sociale che operano nell'Azienda in conformità con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali.

La DAPSS è responsabile del governo assistenziale nelle sue diverse componenti e concorre al perseguimento della mission aziendale assicurando qualità, appropriatezza, efficacia ed efficienza tecnico-organizzativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione sulla base delle funzioni e delle responsabilità attribuite a ciascun professionista, nel rispetto dei profili delineati dalla norma, nonché degli specifici codici deontologici. Concorre all'organizzazione di idonei percorsi clinico-assistenziali basati sull'integrazione delle diverse competenze professionali per garantire una risposta appropriata ai bisogni di assistenza sanitaria delle persone assistite.

La DAPSS si articola in diversi livelli:

- livello Aziendale con funzioni di pianificazione e programmazione strategica, direzione, indirizzo, coordinamento e valutazione delle articolazioni decentrate secondo gli obiettivi e le linee di indirizzo della Direzione Strategica;
- livello di Aree Dipartimentali con funzioni di integrazione organizzativa e funzionale delle risorse; sviluppo della qualità dell'assistenza attraverso la progettazione, gestione e valutazione di interventi di miglioramento trasversali,
- livello di Strutture Complesse con funzioni di programmazione, organizzazione, verifica delle prestazioni erogate e coordinamento delle risorse professionali coinvolte,
- livello Territoriale con funzioni di pianificazione e programmazione strategica, direzione, indirizzo, coordinamento e valutazione delle articolazioni decentrate secondo gli obiettivi e le linee

di indirizzo della Direzione Strategica e dalla nuova normativa regionale (legge regionale Regione Lombardia del 14 dicembre 2021, n. 22).

La DAPSS è parte della tecnostuttura aziendale al servizio del Polo Ospedaliero e del Polo Territoriale con responsabilità di risultato e supporto strategico alla Direzione Strategica (pianificazione, programmazione e controllo).

Opera in conformità con la pianificazione strategica e gli obiettivi aziendali attraverso la direzione, l'organizzazione e il coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e dell'ambito sociale, nonché degli operatori di supporto che operano nell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST). All'interno della programmazione e governo delle attività sociosanitarie assicura la pianificazione, la definizione e l'erogazione dei percorsi tecnico-assistenziali garantiti dalle professioni sanitarie e sociali e dagli operatori di supporto nelle diverse strutture aziendali, secondo criteri uniformi modulati in base alle diverse esigenze al fine di garantire appropriatezza organizzativa e l'impiego ottimale delle risorse disponibili, con particolare riguardo al monitoraggio degli esiti, della qualità e alla continuità delle cure.

La finalità della DAPSS è quella di garantire appropriate risposte alla persona, in relazione al suo stato di salute ed ai suoi bisogni sociosanitari favorendo ambiti d'integrazione e continuità assistenziale tra ospedale e territorio: la stessa si articola, infatti, nella SS Polo Ospedaliero e nella SS Polo Territoriale, garantendo comunque il governo unitario delle diverse articolazioni aziendali, in una logica di piena collaborazione e cooperazione con i dipartimenti.

Il Direttore della DAPSS partecipa al Collegio di Direzione ed al Consiglio dei Sanitari.

Alla DAPSS è affidato, inoltre, in ragione delle specifiche competenze professionali, il coordinamento dei corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

4.3. ORGANISMI DI VALUTAZIONE, CONSULTIVI E PARTECIPATIVI

4.3.1. Il Consiglio dei Sanitari

È un organismo aziendale presieduto dal Direttore Sanitario, che fornisce pareri obbligatori, ma non vincolanti, al Direttore Generale sulle attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti, nonché sulle attività di assistenza sanitaria. Il Consiglio dei Sanitari è previsto e disciplinato dalla legge regionale della Regione Lombardia 30 gennaio 1998, n. 2, recante *"Istituzione, composizione e funzionamento del Consiglio dei Sanitari"*, come modificata in particolare dalla legge regionale 27 marzo 2000, n. 18, recante *"Modifiche ed integrazioni a disposizioni legislative a supporto degli interventi connessi alla manovra finanziaria di finanza regionale"*. L'ASST di Cremona ha provveduto al rinnovo dell'organismo in parola a seguito di espletamento delle procedure di nomina di cui alla su richiamata norma regionale con decreto del Direttore Generale n. 292 del 27/06/2019.

4.3.2. Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Questo organismo risponde direttamente al Direttore Generale e si raccorda con l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) regionale. Verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale in coerenza con il sistema di programmazione regionale e gli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto; valuta la correttezza della misurazione e del grado di raggiungimento delle performance aziendali e individuali del personale secondo i principi di merito ed equità; verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di incarichi di funzione e di coordinamento e verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza ed in tema di anticorruzione. Ai sensi delle deliberazioni della Giunta della Regione Lombardia n. X/5539 del 02/08/2016 (*"Linee guida per i Nuclei di Valutazione delle Performance/Prestazioni delle ATS e ASST"*) e n. XI/4942 del 29/06/2021 (*"Attuazione dell'articolo 18 bis "Nuclei di valutazione delle strutture pubbliche e delle fondazioni IRCCS di diritto pubblico" della legge regionale n. 33/2009"*), con decreto del Direttore Generale n. 364 del 30/07/2021 è stato rinnovato il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni dell'ASST di Cremona. La

regolamentazione sul funzionamento dell'organismo è da ricondursi a quanto già contenuto delle disposizioni regionali sopra citate; le eventuali modifiche ed integrazioni sono visualizzabili al link <https://www.asst-cremona.it/atti-general>

4.3.3 Il Collegio Tecnico di Valutazione Aziendale

È chiamato ad esprimere un giudizio complessivo dell'attività svolta dai dirigenti dell'ASST di Cremona, tenuto conto della valutazione effettuata da chi ha la diretta responsabilità del dirigente. I giudizi definitivi conseguiti dai dirigenti sono parte integrante degli elementi di valutazione per la conferma o il conferimento di qualsiasi tipo di incarico o per l'acquisizione dei benefici economici riguardanti l'indennità di esclusività. Con decreto n. 560 del 26/11/2021, il Direttore Generale ha nominato il Collegio Tecnico per la Valutazione del personale dirigente dell'ASST di Cremona per il triennio 2021-2023.

4.3.4. Il Comitato Etico

L'organismo è deputato per norma ad esprimere pareri circa l'effettuazione di studi clinici sperimentali, interventistici od osservazionali, *profit* o *non profit*, sugli "usi compassionevoli", nonché su questioni etiche. Il Comitato Etico Val Padana, del quale fa parte l'ASST di Cremona quale struttura referente, è stato istituito con deliberazione del Direttore Generale n. 471 del 22/12/2016. Con l'entrata in vigore del regolamento europeo 536/2014 sulla sperimentazione clinica, tutti i Comitati Etici Lombardi presenti ed operativi sul territorio, ivi compreso quindi il Comitato Etico Val Padana, sono stati confermati per valutare gli studi farmacologici sperimentali (dalla fase I alla fase IV) sottomessi secondo il citato regolamento europeo, sino alla fine del periodo transitorio e dei relativi decreti applicativi da emanarsi a cura del Ministero della Salute.

4.3.5. Il Comitato Valutazione Sinistri

L'Organismo in discorso è stato costituito secondo le linee di indirizzo regionali contenute nei documenti "Progetto assicurativo regionale: Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri" - allegato alla circolare attuativa delle Regole per l'anno 2013 - prot.H1.2012.0036178 del 17/12/2012, e "Linee di indirizzo per l'armonizzazione della gestione dei sinistri-integrazione 2015" prot. H1.2015.0006824 del 03/03/2015. Ad esso compete la valutazione sul piano medico legale, clinico, giuridico e organizzativo, della pertinenza e della fondatezza delle richieste danni, fornendo anche supporto per la determinazione di corrette e congrue riserve al fine di quantificare adeguatamente il fondo aziendale. Il CVS aziendale, costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 129 del 22/06/2005, è stato integrato e modificato con decreto direttoriale n. 150 dell'01/04/2019.

4.3.6. La Commissione Aziendale Investimenti

Costituita con decreto del Direttore Generale n. 138 del 28/06/2018, ad essa compete, ai fini della predisposizione del Piano degli Investimenti, la valutazione delle richieste di investimento e dei fabbisogni secondo l'elenco predisposto, in ordine di priorità, dalla Commissione Aziendale Dispositivi Medici e dai gruppi per la valutazione degli investimenti. È tenuta ad analizzare la compatibilità finanziaria degli investimenti richiesti, tenendo conto delle esigenze programmabili e indifferibili. Il risultato di detta valutazione viene inviato alla Direzione Strategica per l'adozione dell'occorrente Piano.

4.3.7. La Commissione aziendale dispositivi medici

Costituita con deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 16/04/2014, ai sensi della delibera della Giunta Regionale della Regione Lombardia n. X/1185 del 20/12/2013, recante "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014", la Commissione aziendale dispositivi medici ha il compito di verificare l'appropriatezza e la convenienza economica relativa all'introduzione di nuovi dispositivi medici, nonché il corretto utilizzo, in percorsi terapeutici prestabiliti, di quelli esistenti.

4.3.8. Il CUG – Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

E' un organismo paritetico composto da un uguale numero di componenti aziendali e componenti sindacali delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative presenti in Azienda che, ai

sensi dell'articolo 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e delle direttive attuative del Dipartimento della funzione pubblica e del Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 e del 26 giugno 2019, opera in collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale ed esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze normativamente attribuite. Il CUG predispone e sviluppa il Piano delle Azioni Positive, formula pareri negli ambiti di propria competenza e verifica l'assenza di qualsiasi forma di violenza o discriminazione sul luogo di lavoro. Con decreto del Direttore Generale n. 214 del 29/04/2021, a conclusione del procedimento amministrativo avviato *ad hoc*, è stato rinnovato il CUG dell'ASST di Cremona.

4.3.9. Organismi Paritetici per l'innovazione

Si tratta di organismi costituiti nelle specifiche composizioni rispettivamente per il personale del comparto, ai sensi dell'art. 7 del CCNL personale del comparto sanità 21/05/2018, e della dirigenza, ai sensi dell'art. 6-bis del CCNL area sanità, che sono finalizzati ad attivare relazioni aperte e collaborative su progetti di organizzazione e innovazione, miglioramento dei servizi, promozione della legalità, della qualità del lavoro e del benessere organizzativo, al quale partecipano componenti in rappresentanza dell'Azienda e componenti designati dalle Organizzazioni Sindacali.

4.3.10. L'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT)

L'Ufficio di Pubblica Tutela, ai sensi dell'articolo 23 *bis* della legge regionale Regione Lombardia n. 33/2009, è autonomo ed indipendente ed opera al di fuori del rapporto di gerarchia con l'Azienda. È istituito ai fini della tutela dei diritti dei cittadini rispetto ad azioni o omissioni nell'esercizio delle attività di competenza dell'Azienda e/o dei servizi sanitari e sociosanitari presenti sul territorio. In particolare, l'UPT assolve ai seguenti compiti: consulenza sui diritti dei cittadini; ascolto ed accoglienza di reclami e segnalazioni di disservizi e di insoddisfazioni; attivazione di ulteriore istruttoria qualora l'utente non si ritenga soddisfatto dalla risposta fornita dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.); verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste dalla Carta dei Servizi. L'UPT collabora, inoltre, con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico e con l'Ufficio Comunicazione aziendale e relazioni esterne al potenziamento di ogni utile iniziativa rivolta all'umanizzazione dell'assistenza sanitaria, al mantenimento delle corrette relazioni con i cittadini e alla redazione della Carta dei Servizi; si raccorda, inoltre, con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti; ha accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti istituzionali e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.

4.4. LE DELEGHE ED IL POTERE SOSTITUTIVO

Ai sensi dell'articolo 4, comma 4, del decreto legislativo n. 165/2001, l'ASST di Cremona applica il principio di distinzione tra le funzioni di indirizzo e controllo, da un lato, e le funzioni di attuazione e di gestione, dall'altro, in un quadro di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità del Direttore Generale, della Direzione Strategica e dei vari livelli dirigenziali ed operativi dell'Ente, anche per responsabilizzare e valorizzare tutte le risorse professionali disponibili. Attualmente il sistema di ripartizione delle attribuzioni di legge fra organo di governo e dirigenti nell'ambito dell'ASST è disciplinato dal regolamento aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 188 del 16/03/2018.

I principi sopra richiamati sono oggetto di specifica definizione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e di responsabilità nella gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di spesa e di adozione di atti aventi rilevanza esterna.

Ove consentito dalla legge, il Direttore Generale può conferire proprie funzioni, ovvero revocarle, con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, in base sia al principio dell'attribuzione che a quello della delega. Il Direttore Generale vi provvede con proprio decreto a valere non oltre la durata del suo proprio incarico.

Il Direttore Generale può, altresì, conferire al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario deleghe specifiche, ulteriori e diverse rispetto alle attribuzioni ed alle competenze di legge, definendone nel contempo i contenuti ed i limiti. Al Direttore Amministrativo è demandata in via generale, fatta salva ogni eventuale diversa decisione del Direttore Generale, la rappresentanza dell'ASST di Cremona, quale delegazione trattante, nelle relazioni sindacali e nelle cosiddette procedure di raffreddamento e di conciliazione di eventuali conflitti.

Il Direttore Generale può inoltre demandare ai Direttori di Struttura Complessa la sottoscrizione degli atti amministrativi che impegnano l'ASST verso terzi, ivi circoscrivendone l'ambito soggettivo ed oggettivo delle relative più ampie attribuzioni rispetto a quelle legislativamente previste.

In caso di impossibilità o di ingiustificato ritardo nella sottoscrizione di dichiarazioni, autorizzazioni, contratti ed atti in genere da parte del dirigente, aventi anche rilevanza esterna, in relazione ai tempi da rispettare per il corretto e puntuale svolgimento dell'attività, in suo luogo intervengono, rispettivamente, il Direttore della Struttura Complessa di appartenenza ovvero il Direttore del relativo Dipartimento e, solo per il caso di inerzia del preposto Direttore di Struttura Complessa e del Direttore del Dipartimento, dal Direttore Amministrativo pure con riguardo alle funzioni direttamente afferenti alla Direzione Generale, dal Direttore Sanitario o dal Direttore Sociosanitario secondo competenza, i quali operano avvalendosi dei competenti Uffici.

Fermo restando il rispetto delle competenze e delle attribuzioni di legge, l'ASST di Cremona provvede all'affidamento di lavori, di forniture di beni e di servizi mediante decreto del Direttore Generale, oltre le soglie economiche di cui all'articolo 36, comma 2, del d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (*"Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture"*), in coerenza con gli atti di programmazione – anche sovra aziendale – e nel rispetto di quanto stabilito da eventuali atti di regolamentazione interna e, in particolare, dal regolamento in materia di cassa economale, di affidamento di lavori, servizi e forniture di beni ai sensi dell'articolo 36, comma 2, lett. a) e b), del medesimo d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50.

4.5. IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI

L'ASST di Cremona implementa e sostiene, all'interno della propria organizzazione, i sistemi di controllo interni a garanzia del rispetto dei principi di legittimità, trasparenza e buona gestione, nonché al fine di generare efficienza, efficacia ed economicità.

Ai fini dello svolgimento delle attività inerenti ai controlli interni, l'ASST adotta la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei rischi e dei controlli e, più nello specifico:

- assiste la direzione strategica nel valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni dell'Azienda e la rispondenza dei requisiti minimi definiti dai regolamenti;
- verifica la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite;
- identifica e valuta le aree operative maggiormente esposte al rischio (attraverso l'analisi dei processi, dei relativi rischi e controlli predisposti per ridurre l'impatto dei rischi) e implementa misure idonee per mitigare tale rischio.

L'ASST persegue, inoltre, lo scopo di migliorare i sistemi di gestione e di controllo organizzativi mediante la costante collaborazione ed il coordinamento con i sistemi e le funzioni di controllo di Regione Lombardia e di ORAC – Organismo Regionale per le attività di Controllo.

4.5.1. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile ha il fine di garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Obiettivo di tale controllo è la creazione di un sistema di monitoraggio interno che attesti la certezza dei processi di produzione dei dati contabili aziendali e delle procedure amministrative. Può quindi essere definito come un controllo avente ad oggetto la contabilità ed il bilancio aziendale.

Con deliberazione n. 470 del 30 ottobre 2017 avente per oggetto "Approvazione nuovo percorso attuativo della certificabilità dei bilanci (PAC) a seguito della DGR n. X/7009 del 31.07.2017, l'ASST di Cremona ha recepito ed attivato il Percorso Attuativo della Certificabilità dei bilanci dell'Azienda, così come definito dalla delibera di Giunta regionale sopra citata, con il relativo cronoprogramma di azioni, per il conseguimento di ogni obiettivo previsto dal Decreto del Ministro della Salute del 01.03.2013 "Definizione dei percorsi attuativi della certificabilità". Il Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei bilanci è stato completato nel 2019. Le procedure aziendali PAC vengono regolarmente aggiornate e vengono effettuati i controlli interni previsti dalle medesime.

4.5.2. L'Internal Auditing

La funzione di Internal Auditing (IA) è la funzione aziendale che presidia e monitora le componenti del sistema di controllo interno, al fine di valutare l'efficacia dei sistemi in essere ed implementare soluzioni correttive volte ad una maggiore affidabilità e completezza delle funzioni di controllo. Si pone come controllo di terzo livello, presidiando i controlli tipici delle funzioni aziendali di secondo livello (controllo di gestione, risk management, accreditamento, qualità, ecc.) e quelli legali alla responsabilità dirigenziale (primo livello).

La mission dell'Internal Auditing è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo di gestione dei rischi indentificandoli, mitigandoli e monitorandoli. L'Internal Auditing fornisce analisi, valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

L'ASST di Cremona si è dotata di un regolamento inerente alla funzione di Internal Auditing ed annualmente definisce il piano di attività di IA e ne attua gli obiettivi, in coordinamento con la struttura di Audit regionale.

4.5.3. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza - RPCT - aziendale

Il RPCT aziendale svolge i compiti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190. I compiti del RPCT sono, inoltre, declinati nella delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018, recante "*Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)*", e nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019.

In particolare, il RPCT:

- predispone, in via esclusiva, e verifica l'efficace attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT);
- coordina il processo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte della amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- svolge i compiti attribuitigli dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, avente ad oggetto "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", sull'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- svolge all'interno dell'organizzazione aziendale un ruolo di garanzia sul rispetto del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*", in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi amministrativi,
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento dell'ASST;
- ai sensi dell'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001, riceve, prende in carico e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni del dipendente;
- pubblica, entro il 15 dicembre di ogni anno o comunque nei tempi indicati da ANAC, sul sito web dell'ASST la relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Il RPCT partecipa attivamente ai network regionali, facendosi garante di un costante raccordo istituzionale in un'ottica di razionalizzazione dei sistemi di coordinamento delle figure di controllo.

Il Direttore Generale approva annualmente, il Piano Triennale di prevenzione della corruzione rappresenta, che viene proposto dal RPCT aziendale, che costituisce lo strumento di programmazione delle attività e delle misure finalizzate alla prevenzione dei fenomeni corruttivi, delle situazioni di illegalità e, più in generale, dei fenomeni di malfunzionamento dell'attività dell'Azienda, orientandosi, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema integrato con gli altri Sistemi presenti nell'organizzazione aziendale. Il PTPCT ha natura programmatica, individuando tutte le misure di prevenzione e di trattamento del rischio poste in essere o programmate, in parte aventi natura obbligatoria ed in parte previste come interventi ulteriori dell'ASST di Cremona per fronteggiare i rischi individuati. Il PTPCT è strutturato, infatti, come un documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili e tempistica, monitoraggio e definisce in specifiche schede di programmazione, declinate negli obiettivi di budget annuali, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa: le misure trasversali obbligatorie applicabili a tutti i processi e settori di attività ed a tutti i dipendenti, e le misure specifiche ulteriori di prevenzione e controllo dei rischi individuati.

Le misure di prevenzione, compresi gli adempimenti per la trasparenza, corrispondono, nel processo di budget, ad obiettivi "istituzionali" assegnati alle UU.OO. ed al relativo personale.

4.5.4. Il controllo di gestione

Il controllo di gestione sostiene la direzione aziendale nella formulazione e nell'articolazione degli obiettivi programmatici, presidia il processo di monitoraggio e di valutazione del conseguimento dei risultati attesi, sia durante la gestione che al suo termine. Agisce per massimizzare le capacità dell'organizzazione di perseguire con successo le proprie finalità, anche attraverso la promozione di azioni correttive nelle diverse articolazioni aziendali.

Le principali funzioni sono: la gestione del processo di budget, la costruzione di sistemi di reporting integrato, trasversale alle diverse aree aziendali (amministrative, sanitarie, sociosanitarie), coordina i sistemi di rilevazione dei dati di costo di attività al fine di produrre reportistica aziendale di supporto ai processi decisionali dell'intera organizzazione attraverso la contabilità analitica per centri di responsabilità/costo, predispone il modello LA e il Piano delle Prestazioni.

4.5.5. Il Comitato di coordinamento dei controlli

L'ASST di Cremona istituisce, all'interno della propria organizzazione, il Comitato di coordinamento dei controlli interni, presieduto dal RPCT aziendale. Il Comitato persegue la sinergia e il collegamento dei diversi ambiti e delle diverse aree di indagine considerate a maggior rischio, divenendo uno strumento strategico, che convoglia gli esiti e le risultanze dei diversi sistemi di controllo in una direzione unitaria e coerente alle strategie aziendali. Ne fanno parte, in particolare, con assetto funzionale alle questioni da trattare, il RPCT aziendale, l'internal auditor, il risk manager, il controllo di gestione, il referente per la qualità, il direttore medico di presidio e il direttore DAPSS.

4.6. CENTRI DI RESPONSABILITÀ, CENTRI DI COSTO E IL SISTEMA DI BUDGET

I singoli centri di costo, in cui vengono rilevati i costi dei fattori produttivi, si aggregano nella struttura aziendale con una logica di livelli, coerentemente al piano organizzativo aziendale, raggruppati gerarchicamente per Centri di Responsabilità e dipartimenti.

La struttura dei centri di responsabilità è di tipo gerarchico piramidale, ovvero ogni centro si aggrega al centro superiore, formando in tal modo una piramide al cui vertice si trova il totale dei costi aziendali.

Il piano dei centri è strutturato in:

- reparti, che rappresentano i principali centri "finali" dell'Azienda;
- Servizi diagnostico – terapeutici, come centri finali forniscono direttamente i servizi dell'utente (attività ambulatoriale), come centri intermedi forniscono prestazioni ai centri finali;
- Servizi sanitari, centri di supporto all'attività dei reparti o dei servizi diagnostico terapeutici;
- Servizi alberghieri;
- Servizi generali di presidio;
- Servizi generali di azienda.

I servizi alberghieri e generali, di azienda e di presidio, non forniscono prestazioni sanitarie ma “di struttura”, quali cucina e mensa, magazzino tecnico – economale, manutenzioni e, in quanto tali, sono centri che svolgono attività di supporto ai centri intermedi e finali.

Ad ogni centro competono:

- Costi e ricavi diretti attribuibili “direttamente” al centro stesso;
- Costi indiretti, relativi all'utilizzo di servizi offerti da altri centri aziendali (diagnostici, sanitaria, alberghieri, generali).

Il valore della produzione, i costi diretti e indiretti, i costi di struttura ribaltati vengono aggregati dai singoli centri di costo sottostanti in macrocentri che, essendo sotto la responsabilità di un unico dirigente o funzionario, vengono denominati Centri di Responsabilità.

Il Processo di Budget è lo strumento operativo di programmazione e controllo di breve periodo attraverso il quale ogni anno l'ASST traduce gli obiettivi pluriennali della Direzione Strategica (ovvero il Piano Triennale delle Prestazioni) in obiettivi specifici a breve termine (annuali) attraverso un processo di responsabilizzazione delle unità operative e, quindi, dei professionisti in merito agli obiettivi assegnati a fronte di un'analisi di compatibilità con le risorse disponibili, in coerenza ed applicazione delle linee programmatiche e degli indirizzi indicati da Regione Lombardia alle Aziende sanitarie.

Il Processo di Budget s'inserisce all'interno del Ciclo di Gestione delle Prestazioni in ottemperanza alle disposizioni di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, recante “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, e alle indicazioni di cui alle Linee Guida dell'OIV della Regione Lombardia. L'ASST di Cremona, con decreto del Direttore Generale n. 327 del 18/11/2018, ha adottato il “Regolamento del processo di budget”, che disciplina le finalità, gli attori, gli strumenti, nonché le fasi del processo di budget aziendale.

4.7. L'ATTIVITÀ DI RECUPERO CREDITI

L'ASST di Cremona, attraverso le proprie strutture “Accoglienza – CUP aziendali”, “Affari Generali e Legali”, “Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità” e “Avvocatura”, mette in atto le attività di recupero dei crediti insoluti derivanti, in particolare, da: ticket per prestazioni ambulatoriali non pagati; ticket per codici bianchi da pronto soccorso; prestazioni di ricovero a pagamento relative a pazienti non iscritti al SSN; crediti aventi causa in rapporti di diritto privato. Le procedure di recupero dei crediti prevedono diverse fasi, che vedono coinvolte le strutture sopra citate su diversi livelli di responsabilità e di collaborazione per un'istruttoria multidisciplinare, anche mediante la messa a ruolo affidata all'Agenzia delle Entrate – Riscossione crediti, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, del decreto-legge 22 ottobre 2016, n. 193 (“Disposizioni urgenti in materia fiscale e per il finanziamento di esigenze indifferibili”), convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 1 dicembre 2016, n. 225, e da quanto definito con deliberazione del Direttore Generale n. 565 del 22/12/2017.

L'attività di recupero dei crediti aziendali trova regolamentazione nella vigente procedura PAC – Area F) CREDITI E RICAVI 5.9- RECUPERO CREDITI.

4.8. LE MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE E DI TUTELA DEGLI UTENTI

Il governo della “cosa pubblica”, in particolare nel sistema sociosanitario, è sempre indirizzato alla costruzione di relazioni dirette con gli stakeholders: a tal fine, nel sistema di gestione aziendale sono previsti meccanismi, metodi e processi finalizzati all'ascolto ed al confronto.

Attraverso la SS Comunicazione e relazioni esterne, in staff alla Direzione Generale, e che comprende l'ufficio stampa e l'ufficio relazioni con il pubblico (U.R.P.) l'ASST di Cremona implementa un punto di osservazione (interno/esterno) rispetto ad aspettative, progetti, relazioni e accadimenti, nonché uno spazio di ascolto, confronto e azione dentro l'ospedale, aperto al territorio e alla città: la testimonianza di pazienti, familiari e operatori è, infatti, “materia viva” per costruire notizie, iniziative ed eventi, corsi di formazione, progetti di medicina narrativa.

Fra i compiti principali dell'UOS Comunicazione e relazioni esterne vi è, infatti, quello di creare relazioni, sia in termini di rapporti interni (punto di raccordo fra direzione strategica e operatori tutti i livelli) sia esterni (mass-media, istituzioni, utenti e loro familiari, associazioni di volontariato, ecc.).

L'ASST di Cremona adotta il Piano di Comunicazione aziendale, con cadenza annuale o biennale - in raccordo con la programmazione regionale e di territorio. Alla base della pianificazione vi sono le regole di sistema inviate ogni anno da Regione Lombardia alle ASST e alle ATS.

In questo contesto, l'attività di informazione e comunicazione è fattore prioritario attraverso il quale garantire ai cittadini – anche in ottica di *empowerment* dell'utenza - piena e corretta conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili. Inoltre, attraverso la comunicazione aziendale, viene espressa l'identità unitaria del Sistema Sanitario Regionale, migliorandone la riconoscibilità all'esterno attraverso il sistema dell'immagine coordinata, così che i messaggi diffusi siano univoci ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Si inseriscono in questo ambito le attività di ascolto e *problem solving* svolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che attraverso il monitoraggio continuo della domanda degli utenti, la rilevazione sistematica dei bisogni e del livello di soddisfazione per i servizi erogati, contribuiscono a favorire la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui l'Azienda si propone all'utenza.

4.8.1. La Comunicazione istituzionale (interna/esterna)

Il compito dell'area comunicazione è quello di raccogliere, costruire e diffondere le informazioni che riguardano l'attività dell'ASST di Cremona sia verso gli utenti esterni (cittadini, altri professionisti) che interni (dipendenti). La comunicazione istituzionale è una attività che permea le azioni strategiche: per far sì che sia efficace è necessario stare sempre sulla realtà dei fatti (dati alla mano) conoscere i bisogni, i punti di forza, e i punti deboli dell'organizzazione. Uno degli obiettivi fondanti, infatti, è stabilire relazioni leali e di qualità fra l'istituzione e i diversi pubblici con cui si relaziona per conseguire l'affidabilità sociale e un'immagine solida.

L'informazione corretta è uno strumento prezioso per facilitare l'accesso ai servizi e accrescere la consapevolezza dei cittadini rispetto ai percorsi di diagnosi e cura.

Per questo l'ASST di Cremona, attraverso l'Ufficio Stampa, presta particolare attenzione all'attività di comunicazione sia attraverso i media (carta stampata, radio, televisioni, internet, video produzioni) sia mediante l'organizzazione di giornate di prevenzione a tema aperte al pubblico (open-day, consulenze e visite gratuite), al fine di rendere il dialogo con gli utenti sempre più dinamico e interattivo.

Nel mantenere e creare nuove relazioni interistituzionali territoriali l'ASST consolida ed innova il sistema del partenariato quale modello di governance: nel riconoscere l'importanza e la reciprocità dei diversi livelli di governo e dei differenti ruoli, si intende favorire il coinvolgimento di tutti gli attori della società nel processo di progettazione e attuazione delle politiche di promozione della salute.

L'attività di comunicazione e promozione si svolge anche attraverso l'organizzazione di giornate di prevenzione a tema aperte al pubblico (open day, consulenze e visite gratuite), la cui partecipazione viene monitorata attraverso questionari di soddisfazione dell'utenza.

4.8.2. La gestione del sito, intranet e i social media

L'attività di comunicazione e informazione si svolge anche online attraverso l'impiego di diversi strumenti:

Sito internet: <https://www.asst-cremona.it/>, all'interno del quale i cittadini possono reperire tutte le informazioni riguardanti l'accesso ai servizi e mettersi in contatto con l'Azienda stessa compilando dei form pensati ad hoc. Sono presenti, inoltre, aree tematiche dedicate che vengono aggiornate e ridefinite in base al contesto e alle priorità (es. vaccini Covid).

Social media: (Facebook, Twitter, Youtube, Instagram, LinkedIn) sono un importante canale di comunicazione/informazione per i cittadini e negli ultimi anni, Facebook in particolare, si è trasformato in un vero e proprio sportello URP online.

Intranet aziendale: <https://intranet.asst-cremona.it/>, accessibile solo dalla rete interna, è lo strumento ad hoc per la comunicazione interna in tema di Protocolli e Procedure Qualità, comunicazioni ai dipendenti, e altro.

4.8.3. Customer Satisfaction

La *Customer Satisfaction* è un importante strumento di ascolto dei cittadini che permette agli operatori di individuare i punti critici dell'organizzazione e di conseguenza indirizzare sforzi e energie per la progettazione di azioni di miglioramento.

L'indagine di *Customer Satisfaction* ha l'obiettivo di conoscere le aspettative ed il grado di soddisfazione dei cittadini che usufruiscono di prestazioni sanitarie in regime di ricovero e in ambulatorio. Presso gli Ospedali di Cremona e Oglio Po in tutti i reparti di degenza e negli ambulatori sono disponibili i questionari che misurano il grado di soddisfazione da compilare in modo anonimo. La raccolta avviene mediante le apposite cassette affisse nei corridoi dei reparti (PT DG01 001 Rev. 02).

4.8.4. Concessione patrocini

Il patrocinio rappresenta una forma simbolica di adesione e una manifestazione di apprezzamento da parte dell'ASST a iniziative ritenute meritevoli e di particolare rilevanza territoriale e sociale.

Il patrocinio è concesso sempre ed esclusivamente con riferimento all'evento specifico per il quale è richiesto e solo per il periodo corrispondente.

Possono richiedere il patrocinio enti, associazioni, comitati, fondazioni o soggetti privati esterni all'Azienda ed operatori dell'Azienda stessa.

4.8.5. URP - Gestione reclami – encomi

La soddisfazione del cittadino che usufruisce dei servizi offerti dall'Azienda è l'obiettivo che ciascun operatore deve perseguire nell'attività quotidiana. Le segnalazioni (reclami, encomi) sono da considerarsi strumenti utili ed indispensabili per migliorare la qualità delle prestazioni offerte e misurare le aree critiche nell'ambito professionale, relazionale ed organizzativo.

L'URP ha dunque il compito di:

- informare l'utenza sulle attività e sulle modalità di accesso ai servizi dell'Azienda;
- curare l'accoglienza e l'ascolto dell'utente al fine di favorire e facilitare la risoluzione immediata ove possibile dei problemi posti sia sanitari sia burocratici;
- ricevere e dare seguito ai reclami e agli encomi secondo le modalità previste dalla gestione reclami - encomi;
- gestire il calendario presenze nell'info-point atrio ospedale.

La gestione delle segnalazioni (reclami, encomi) rappresenta uno strumento di contatto e relazione con l'utente che nel manifestare il suo disagio diventa parte attiva del cambiamento organizzativo dell'Azienda. L'URP ha il compito di ricevere e dare seguito a reclami ed encomi secondo le modalità previste nella specifica procedura (P DG01 002 Rev. 08).

L'attività di questa area è funzionale anche alla programmazione delle iniziative di comunicazione e di formazione e alla formulazione di proposte di adeguamento organizzativo procedurale e operativo.

4.8.6. La Carta dei servizi

Lo sforzo di chi è preposto al governo della cosa pubblica, in particolare nel sistema sanitario, deve essere sempre indirizzato alla costruzione di relazioni dirette con gli stakeholders, inserendo nelle proprie regole di sistema meccanismi e metodi finalizzati a determinati comportamenti di ascolto e confronto. Tra questi annoveriamo l'adozione della Carta dei Servizi che non è stata intesa come mero adempimento prescrittivo, ma come strumento efficace di riesame delle varie fasi del processo, per introdurre nuove strategie di miglioramento e fornire ai cittadini servizi di qualità. Nell'attualità anche il sito e le pagine social dell'ASST di Cremona sono costruite e implementate come una propaggine interattiva della carta dei servizi attraverso info-grafiche e aree dedicate all'informazione e all'accessibilità.

4.8.7. Le Associazioni di volontariato

L'ASST di Cremona intrattiene stabili rapporti con associazioni di volontariato e con gli organismi di tutela dei cittadini presenti sul territorio, anche attraverso una fitta collaborazione che consente di promuovere numerose iniziative comuni.

In particolare, le associazioni di pazienti o parenti sono molto attive sia nella informazione sulla malattia sia nel supporto pratico ai potenziali nuovi utenti. Inoltre, le associazioni giocano un ruolo strategico nella sinergia dei progetti di promozione della salute e sono attente lettrici del bisogno.

4.9. LA PREVENZIONE DEGLI INFORTUNI, DI PROMOZIONE DELLE ATTIVITÀ IN FAVORE DELLA SALUTE E SICUREZZA DEGLI OPERATORI E DI PREVENZIONE DI ATTI DI VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI

L'ASST di Cremona, in qualità di "datore di lavoro", attua le politiche di prevenzione e protezione e di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori nei luoghi di lavoro, in attuazione e nel rispetto della normativa vigente, attraverso anche l'istituto della delega scritta ai "dirigenti" ed ai "preposti", secondo il vigente regolamento aziendale avente per oggetto "L'organizzazione e gestione della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro".

Attraverso la SS Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, in *staff* alla Direzione Generale, viene garantito il supporto per l'individuazione dei rischi, per la loro valutazione e l'elaborazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR). La SS Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, a cui competono le funzioni ed i compiti esplicitati nell'articolo 33 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (*"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"*), collabora con le diverse figure istituzionali dell'Azienda, con i responsabili delle strutture e con i coordinatori, per l'individuazione e l'analisi dei fattori di rischio, nella predisposizione di misure di prevenzione e protezione, nella definizione dei sistemi di controllo di tali misure, nella definizione di procedure di sicurezza che hanno rilevanza ai fini della salute e sicurezza del lavoro.

I medici competenti, incaricati dal Direttore Generale con apposito decreto, previa verifica del possesso dei requisiti previsti nell'articolo 38 del decreto legislativo n. 81/2008, svolgono le attività contenute negli articoli 25 e 40 del medesimo decreto legislativo. Il medico competente coordinatore è stato individuato nella figura del Direttore dell'UO di Medicina del Lavoro.

Il Direttore Generale nomina, inoltre, il responsabile tecnico della sicurezza antincendio, nonché, ai sensi del decreto legislativo del 30 luglio 2020, n. 101 (*"Attuazione della direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordina la normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a), della legge 4 ottobre 2019, n. 117"*), l'esperto di radioprotezione di tutte le apparecchiature aziendali emettenti radiazioni ionizzanti (EQ), l'esperto responsabile della sicurezza in risonanza magnetica, ed il medico autorizzato della sorveglianza medica della radioprotezione, ai quali competono le funzioni e le responsabilità normativamente previste al fine dell'attuazione e del miglioramento dei livelli di sicurezza e salute in azienda.

I Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) sono designati secondo la procedura prevista nel protocollo di intesa vigente, sottoscritto con le OO.SS. del comparto e della dirigenza, ed avente per oggetto "definizione delle modalità di individuazione delle funzioni e delle competenze dei rappresentanti dei lavori per la sicurezza". Gli RLS agiscono quali fiduciari dei lavori e per loro conto nelle seguenti attività: sorvegliano la qualità degli ambienti di lavoro (igiene); partecipano a tutte le fasi dei processi di prevenzione dei rischi lavorativi (dall'individuazione del pericolo fino alla progettazione e applicazione delle misure di prevenzione e protezione); agiscono da punto di riferimento tra datore di lavoro, lavoratori, sindacati ed istituzione. Svolgono, pertanto, azioni conoscitive, consultive, partecipative e attive nelle attribuzioni a loro conferite dalla normativa vigente.

4.9.1. La prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori

Gli operatori delle strutture sanitarie sono esposti ad esperienze di aggressioni e di violenza con un rischio quintuplo rispetto a medesimi episodi in altri luoghi di lavoro. I medici ed i professionisti sanitari sono a rischio più alto, in quanto sono a contatto diretto con il paziente ed i suoi famigliari e

devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività, sia da parte del paziente che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione e perdita di controllo. Gli episodi di violenza contro operatori sono considerati "eventi sentinella", in quanto segnale della presenza, nell'ambiente di lavoro, di situazioni a rischio o di vulnerabilità che richiedono l'adozione di opportune misure di prevenzione e protezione dei lavoratori. In ragione di ciò, l'ASST ha emanato un protocollo destinato a tutti gli operatori coinvolti nei processi assistenziali e non, che hanno un rapporto di lavoro di qualsivoglia tipologia con l'ASST medesima. Scopo di tale protocollo è: facilitare l'applicazione della Raccomandazione ministeriale n. 8 del 2007 in materia di prevenzione degli atti di violenza; implementare misure che consentano l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di rischio (individuali, ambientali, organizzative) eventualmente presenti all'interno dell'ASST; accrescere l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi quando accadono; incoraggiare gli operatori a segnalare prontamente gli episodi subiti ed a suggerire misure per ridurre il rischio.

L'attuazione del protocollo è garantita da corsi di formazione agli operatori che vengono periodicamente svolti. Viene svolto, altresì, un periodico monitoraggio degli episodi di violenza che vengono segnalati.

4.10. I RAPPORTI CON LE OO.SS.

L'ASST di Cremona riconosce il ruolo fondamentale svolto dalle Organizzazioni Sindacali delle varie categorie di personale, al fine di prevenire e superare elementi di conflitto ed assicurare una corretta definizione dei vari aspetti connessi al rapporto di lavoro.

In tale ambito, l'ASST di Cremona, nel rispetto della distinzione dei compiti e delle responsabilità, si impegna a favorire un sistema di relazioni sindacali unitario, improntato ai principi di correttezza, buona fede e trasparenza dei comportamenti, nel rispetto delle forme di partecipazione previste dalla normativa legislativa e contrattuale.

5. L'ORGANIZZAZIONE INTERNA

5.1. I DIPARTIMENTI

In virtù di quanto disposto dall'articolo 17-bis del decreto legislativo n. 502/1992, il modello dipartimentale, inteso come insieme di strutture aggregate e diretto da uno dei direttori delle medesima, risulta il modello ordinario di riferimento per la gestione operativa delle aziende sanitarie.

I dipartimenti possono distinguersi in dipartimenti gestionali, dipartimenti funzionali, dipartimenti aziendali e/o interaziendali funzionali per disciplina, ovvero in dipartimenti d'organo/d'apparato.

I dipartimenti gestionali aggregano gerarchicamente e gestionalmente le strutture sotto il profilo delle attività, delle risorse umane e tecnologiche impiegate ed hanno il compito di:

- ottimizzare l'uso degli spazi-lavoro e delle attrezzature: gli spazi e le attrezzature del dipartimento sono quelli facenti parte delle strutture allo stesso afferenti e vengono utilizzati in modo integrato secondo criteri approvati dal Comitato di Dipartimento, nel rispetto delle direttive aziendali;
- ottimizzare la gestione integrata del personale dirigente e del comparto, nel rispetto delle normative e dei regolamenti vigenti e, per quanto di competenza, in accordo con il Direttore Sanitario ed il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie, favorendo anche la valorizzazione e l'ottimizzazione dell'impiego del personale, mediante flessibilità, per esigenze di servizio e finalità formative;
- promuovere e monitorare il corretto svolgimento delle attività cliniche o tecnico-amministrative svolte dalle strutture afferenti;
- monitorare l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, la qualità dell'assistenza fornita e le modalità di presa in carico delle persone croniche e fragili;
- elaborare in comune ed attivare programmi di formazione e di aggiornamento professionale: tenuto conto del peculiare carattere del dipartimento, che impone un'attenzione costante e significativa alla qualificazione del personale, secondo uno standard elevato ed uniforme delle varie sedi di erogazione delle prestazioni, deve essere assicurata una gestione accurata delle attività di aggiornamento professionale, per consentire la diretta correlazione con le esigenze emergenti, costantemente monitorate dal dipartimento.

I dipartimenti funzionali aggregano funzionalmente strutture sia semplici che complesse non omogenee, interdisciplinari, appartenenti a direzioni e/o dipartimenti diversi, al fine di realizzare obiettivi comuni e/o programmi di rilevanza strategica e devono:

- facilitare l'integrazione tra le risorse messe a disposizione dalle varie strutture per la realizzazione del processo che devono governare;
- confrontarsi costantemente con i responsabili degli altri dipartimenti / strutture nel rispetto delle indicazioni fornite dalla direzione aziendale;
- monitorare le prestazioni rese, sia dal punto di vista quantitativo sia qualitativo, al fine di perseguire gli obiettivi aziendali assegnati.

I dipartimenti funzionali interaziendali sono finalizzati al mantenimento dello sviluppo di processi trasversali intra-aziendali ed a supportare organizzativamente alcune reti clinico assistenziali e alcuni servizi interaziendali, per garantire percorsi clinici integrati. In particolare, il dipartimento interaziendale assicura:

- la definizione del ruolo e dei compiti di ciascuna struttura afferente al dipartimento;
- la condivisione di PDTA e protocolli di diagnosi e cura;
- le modalità di invio dei pazienti tra le diverse strutture al fine di assicurare l'unitarietà dei percorsi di cura;
- le modalità di collaborazione tra professionisti;
- l'utilizzo condiviso di strumentazioni e tecnologie, ove previsto;
- l'utilizzo integrato di risorse professionali ove previsto;
- le modalità di formazione degli operatori;
- le modalità di monitoraggio degli esiti.

La direzione del dipartimento è affidata, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ad uno dei responsabili di struttura complessa afferente al dipartimento, tenendo conto dei requisiti di esperienza professionale, curriculum scientifico, capacità gestionale ed organizzativa, programmi di attività e sviluppo.

Il direttore di dipartimento gestionale è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di struttura complessa. Il direttore del dipartimento mantiene la titolarità della struttura complessa. In particolari casi, ha facoltà di delegare alcune responsabilità organizzative a dirigenti medici della struttura di appartenenza, fino al completamento del suo incarico.

Il direttore del dipartimento resta in carica per il periodo stabilito dal Direttore Generale. L'incarico non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale e decade in caso di decadenza del Direttore Generale, ma resta comunque in carica fino alla nomina del nuovo direttore di dipartimento. L'incarico è rinnovabile e revocabile con motivata decisione da parte del Direttore Generale.

Il direttore di dipartimento è responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali del dipartimento, promuove le attività del dipartimento, coordina le attività delle strutture complesse e delle strutture semplici di riferimento, di concerto con i rispettivi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni ed il raggiungimento degli obiettivi di attività assegnati al dipartimento.

Le funzioni di direttore di dipartimento sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nel periodo di riferimento nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale.

Il direttore del dipartimento partecipa al Collegio di direzione dell'Azienda, rappresenta ufficialmente il dipartimento, ne dirige l'attività e promuove le iniziative utili al buon funzionamento dello stesso e ne risponde complessivamente al Direttore Generale.

Il direttore del dipartimento, in particolare, deve: convocare e presiedere le riunioni del Comitato di Dipartimento; mantenere i collegamenti con il Direttore Generale, la direzione strategica, i direttori degli altri Dipartimenti e il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie; negoziare il budget e gli obiettivi di produttività di dipartimento con la Direzione Generale; programmare l'acquisizione e l'allocazione delle risorse tra le strutture del dipartimento; verificare la corretta applicazione delle disposizioni della Direzione Generale e quelle conseguenti approvate dal Comitato di dipartimento; verificare la congruità dei risultati rispetto agli indicatori stabili a livello aziendale.

Può essere individuato un direttore vicario, con i seguenti compiti:

- sostituire il direttore in caso di assenza o impedimento;
- coadiuvare il direttore nelle funzioni tecniche di competenza.

Il Comitato di Dipartimento, presieduto dal Direttore di Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, esprime pareri e supporta il direttore del dipartimento nel processo di negoziazione del budget. In particolare: collabora al processo di programmazione delle attività dipartimentali; persegue l'affermazione e la diffusione di valori condivisi; garantisce l'adozione di principi e di criteri di organizzazione, coerenti agli indirizzi aziendali nonché uniformi per l'insieme delle strutture organizzative del dipartimento; promuove il processo di innovazione e di miglioramento della qualità. Nel regolamento sono individuati gli specifici compiti, le materie in cui deve indicare il parere in modo obbligatorio, le modalità di adunanza e di svolgimento dei lavori. Ne fanno parte: i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento, i responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale, i responsabili delle strutture semplici in numero non superiore alla metà del numero di strutture complesse che compongono il dipartimento, il responsabile infermieristico – tecnico di area dipartimentale, i responsabili infermieristici e/ tecnici in numero non superiore alla metà del numero di strutture complesse che compongono il dipartimento, il referente dipartimentale per la formazione, il referente dipartimentale per la qualità, il Direttore Sanitario / Direttore Sociosanitario o persona da questi delegata. I componenti del Comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore del dipartimento e parimenti decadono con la nomina dei loro successori.

L'ASST di Cremona adotta quale modello dipartimentale quello gestionale e, ciò, anche al fine di meglio favorire e sviluppare una adeguata e necessaria definizione di percorsi clinici condivisi, nonché una migliore ottimizzazione degli spazi e delle risorse umane e strumentali.

I dipartimenti aziendali gestionali sono complessivamente in numero di 9:

oltre al Dipartimento Tecnico Amministrativo, che fa riferimento alla Direzione Amministrativa, n. 7 dipartimenti afferiscono alla Direzione Sanitaria e n. 1 alla Direzione Sociosanitaria.

L'ASST di Cremona ha definito, inoltre, nella propria articolazione organizzativa, n. 3 dipartimenti aziendali funzionali: n. 1 in afferenza al Direttore Generale e n. 2 al Direttore Sociosanitario.

5.2. LE STRUTTURE COMPLESSE

Le strutture complesse sono articolazioni aziendali costituite da un insieme di attività individuabili dall'omogeneità delle prestazioni, delle competenze e dei servizi erogati, in cui si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni di produzione e/o erogazione di prestazioni e/o servizi sanitari, di amministrazione, di programmazione. Sono, pertanto, definite strutture complesse quelle articolazioni aziendali che posseggono requisiti strutturali e funzionali considerati di rilevante importanza per l'azienda, che necessitano di competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

L'individuazione delle strutture complesse presuppone l'esistenza di fattori di complessità in relazione ai quali si determina altresì la graduazione delle strutture. I fattori di complessità, oggettivamente dimostrabili, sono:

- consistenza delle risorse gestite;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- strategicità dell'attività svolta, anche in considerazione delle relazioni con altre Istituzioni e con il Territorio.

Ogni struttura complessa è dotata di autonomia gestionale, organizzativa e tecnico operativa nell'ambito degli indirizzi e delle direttive aziendali, la cui responsabilità è affidata ad un direttore nominato in conformità alle procedure stabilite dalla normativa vigente in materia.

5.3. LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI E STRUTTURE SEMPLICI DISTRETTUALI

Sono strutture che, pur non possedendo le medesime caratteristiche di complessità e di rilevanza di una struttura complessa, posseggono autonomia gestionale ed organizzativa e afferiscono gerarchicamente al dipartimento / distretto in ragione del carattere trasversale e strutturale rispetto alle attività delle altre strutture afferenti al medesimo dipartimento / distretto.

5.4. LE STRUTTURE SEMPLICI

Sono articolazioni organizzative afferenti o ad una struttura complessa o ad una direzione aziendale, con gestione di risorse specifiche formalmente attribuite dal Direttore sovraordinato e caratterizzate, in via prevalente, da responsabilità diretta di gestione delle risorse umane e tecniche e, ove previsto dagli atti di organizzazione, di risorse finanziarie.

In relazione ed in forza di detta responsabilità e fermo restando la afferenza gerarchica alla relativa struttura complessa, l'impiego delle risorse per finalità comuni alla struttura dovrà comportare il coinvolgimento del relativo responsabile.

5.5. CONFERIMENTO INCARICHI DI DIREZIONE DELLE STRUTTURE AI DIRIGENTI, OBIETTIVI E VALUTAZIONE

5.5.1. Gli incarichi dirigenziali

Il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente ai sistemi di verifica e di valutazione, riveste carattere di notevole rilevanza strategica e deve essere finalizzato al riconoscimento del merito ed alla realizzazione delle professionalità, al fine di conseguire una migliore efficienza e funzionalità delle strutture e dei servizi.

In tale contesto il conferimento degli incarichi dirigenziali, sia comportanti direzione di struttura, sia di natura professionale, verrà operato secondo le vigenti previsioni normative e contrattuali, nel rispetto del principio di trasparenza e pubblicità, anche eventualmente provvedendo all'assunzione di apposita regolamentazione aziendale.

In particolare, in corrispondenza delle diverse tipologie di incarico dirigenziale, il relativo conferimento avverrà in base alle seguenti modalità:

- Direttore di Dipartimento: è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori di Struttura Complessa appartenenti al Dipartimento, mantenendo la titolarità della struttura complessa cui è preposto;
- Direttore di Distretto: è nominato dal Direttore Generale a seguito dell'espletamento delle procedure di selezione, ove previste dalla vigente normativa al riguardo;
- Direttore di Struttura Complessa: è nominato dal Direttore Generale a seguito dell'espletamento delle procedure di selezione, ove previste dalla vigente normativa al riguardo;
- Responsabile di Struttura Semplice a valenza dipartimentale o distrettuale: è nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento o del Distretto, sentiti i Direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento o al distretto, secondo procedure e modalità, definite da apposito provvedimento del Direttore Generale, che consentano la partecipazione dei dirigenti interessati;
- Responsabile di Struttura Semplice quale articolazione interna di struttura complessa: è nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore della Struttura Complessa di afferenza, secondo procedure e modalità, definite da apposito provvedimento del Direttore Generale, che consentano la partecipazione dei dirigenti interessati;
- incarichi di natura professionale: sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore della struttura di appartenenza, sentito il Direttore di Dipartimento o di Distretto, secondo procedure e modalità, definite da apposito provvedimento del Direttore Generale, che consentano la partecipazione dei dirigenti interessati;
- incarichi professionali di base attribuibili ai dirigenti sanitari con meno di cinque anni di attività: sono conferiti dal Direttore Generale, su proposta del Direttore della struttura di appartenenza.

L'ASST di Cremona, nell'assecondare indirizzi regionali nel tempo invalsi, si impegna ad adottare ogni iniziativa volta ad assicurare il pieno rispetto dei principi di legalità e di trasparenza anche attraverso il ricorso, nel rispetto delle professionalità e delle esigenze organizzative aziendali, alla segmentazione delle funzioni e/o alla rotazione del personale e degli incarichi dirigenziali.

5.5.2. La valutazione della dirigenza e del comparto

I sistemi aziendali per la valutazione dei dipendenti attengono alle procedure per la valutazione annuale del personale dirigente e del comparto finalizzate al riconoscimento della retribuzione di risultato (dirigenza) e della produttività (comparto) e i cui esiti sono annualmente certificati dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.

Per il personale della dirigenza è inoltre adottato un sistema aziendale di valutazione dell'attività svolte e della professionalità espressa dai dirigenti al termine dell'incarico di posizione dirigenziale di cui sono titolari per il rinnovo dello stesso o l'attribuzione di incarico di natura superiore, ovvero alla maturazione dell'anzianità di servizio contrattualmente prevista per il riconoscimento di istituti giuridico-economici legati all'attribuzione di nuovo incarico di posizione dirigenziale e della fascia superiore dell'indennità di esclusività. Tale processo di valutazione è ratificato dal Collegio Tecnico.

6. I RAPPORTI DI COLLABORAZIONE ESTERNA

6.1. I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

Lo sviluppo di accordi e sinergie con l'ATS Val Padana e con le altre ASST, rappresenta uno degli obiettivi strategici dell'ASST di Cremona. Tali collaborazioni trovano espressione della implementazione dei dipartimenti interaziendali, dove l'obiettivo è rappresentato dalla costruzione di una rete sinergica ed integrata.

Dipartimento Interaziendale Funzionale Oncologico

Ha funzione di integrazione, per ambito territoriale, dei servizi, delle strutture e delle professionalità finalizzate ad assicurare la massima qualità ed efficienza nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione della malattia oncologica in tutte le sue fasi. Sono obiettivi/funzioni del DIFO: migliorare l'accesso alle prestazioni; definire percorsi clinico-assistenziali in tutte le fasi di malattia; assicurare la effettiva interdisciplinarietà dei processi diagnostico-terapeutici; promuovere la progressiva crescita delle competenze specialistiche; curare la formazione degli operatori; promuovere e coordinare la ricerca clinica; collegarsi con le associazioni di volontariato; sperimentare modelli organizzativi per una reale integrazione tra ospedale e territorio; assicurare un efficace follow-up garantendo la continuità terapeutica ed assistenziale; contribuire all'appropriatezza nell'uso delle risorse per aumentare l'efficienza del sistema. Ne fanno parte, oltre all'ASST di Cremona, identificata quale capofila, l'ATS Val Padana e le ASST di Crema e Mantova.

Dipartimento Funzionale Interaziendale Cure Palliative

È un'aggregazione funzionale ed integrata dei soggetti erogatori delle attività di cure palliative garantite nei diversi setting assistenziali in ciascun ambito territoriale.

Assolve alle seguenti funzioni:

- garantire l'accoglienza, la valutazione del bisogno e l'avvio di un percorso di cure palliative, assicurando la necessaria continuità delle cure, la tempestività della risposta e la flessibilità nell'individuazione del setting assistenziale appropriato;
- garantire la continuità delle cure palliative attraverso l'integrazione fra l'assistenza in ospedale, l'assistenza in Hospice (sociosanitario e sanitario) e l'assistenza domiciliare di base e specialistica;
- definire e attuare nell'ambito della rete i percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati;
- promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate; monitorare i costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- definire e monitorare un sistema di indicatori quali-quantitativi della rete;
- promuovere ed attuare i programmi obbligatori di formazione continua, definiti a livello regionale, rivolti a tutte le figure professionali operanti nella Rete.

È costituito dal Direttore, dal Comitato di Dipartimento – organo tecnico-scientifico con funzioni di indirizzo e di controllo, che prevede un esecutivo, che cura l'esecuzione delle decisioni del Comitato e l'esercizio delle attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi.

Comitato ed esecutivo vedono rappresentati ASST, Dipartimenti PAAPSS, PIPPS della ATS Val Padana, AREU, strutture private sanitarie e sociosanitarie (Hospice, ADI, RSA) accreditate ed a contratto, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Famiglia e Medici di Continuità assistenziale, Organizzazioni di volontariato. Inoltre, in accordo con l'ATS Val Padana e le ASST di Mantova, di

Cremona e di Crema, viene identificata quale capofila del dipartimento funzionale l'ASST di Mantova.

Dipartimento Funzionale Medicina Trasfusionale ed Ematologia

La L.R. n. 20 del 28/03/2000 configura il Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Immunoematologica (D.M.T.E.) quale struttura di coordinamento, indirizzo e organizzazione delle attività concernenti il sistema donazione - trasfusione e la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie del sangue di cui all'art. 5 della L. n. 107/90. La D.D.G. n. 27223 del 03/11/2000 definisce che il D.M.T.E. è il raccordo tra i servizi di immunoematologia e medicina trasfusionale (S.I.M.T.), delle unità di raccolta (U.R.) che operano nell'ambito territoriale di competenza. Dal 2016 l'ASST di Cremona è stata individuata quale sede di DMTE/CLV per il territorio della ATS Val Padana, a cui afferisce la SC Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) di Mantova, la SC Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) di Cremona, la SS Servizio Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (S.I.M.T.) di Crema. Inoltre, il D.M.T.E. / C.L.V. provvede all'integrazione con altri erogatori privati accreditati e con il Terzo Settore (Associazione Bambino Emopatico Oncologico (ABEO), AVIS) che insistono sul territorio di competenza.

Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera

La ASST di Cremona, attraverso il proprio DEA, partecipa assieme ad AREU – “capofila” – al Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera interaziendale. Nel DEA dell'ASST è prevista una SSD denominata AAT 118 Cremona. L'individuazione e la nomina del relativo Responsabile, pur rimanendo in capo alla ASST, è effettuata su proposta di AREU di concerto tra le due Aziende. Il personale sanitario e tecnico che espleta attività di emergenza urgenza extraospedaliera afferisce alle Strutture Complesse del DEA, alla SSD AAT 118 Cremona e ad altre Strutture di area intensiva e dell'emergenza urgenza dell'ASST. Il Direttore del DEA, nell'ambito delle funzioni e responsabilità ad esso assegnate nel proprio incarico, deve garantire, avvalendosi di predetto personale opportunamente formato e sulla base degli accordi convenzionali sottoscritti tra ASST e AREU, sia la copertura dei turni per l'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, privilegiando l'attività resa in orario istituzionale così come previsto dalla programmazione regionale, sia l'integrazione di tale personale, mediante opportuna rotazione su più funzioni, discipline e ambiti specialistici nell'attività intraospedaliera di area critica, al fine di mantenere elevate le professionalità degli operatori sanitari stessi. Il Direttore del DEA si avvale del Responsabile di SSD AAT 118 Cremona per le necessità organizzative, amministrative, logistiche, formative, di approvvigionamento e di programmazione connesse all'attività di emergenza urgenza extraospedaliera.

Il Direttore del DEA per quanto concerne le attività relative al servizio di emergenza urgenza extraospedaliero si deve rapportare con il Direttore del Dipartimento Regionale di Emergenza e Urgenza Extraospedaliera di AREU. Il Direttore DEA interagisce, qualora necessario, direttamente o per il tramite del Responsabile di SSD AAT, con un Direttore DEA di una ASST limitrofa, non sede di AAT, al fine di garantire continuità nell'erogazione dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera nel territorio di pertinenza della AAT di riferimento.

6.2. I rapporti con le Università

L'ASST di Cremona persegue la tenuta e lo sviluppo costante della rete di collaborazione e sinergia con le Università, attraverso la quale realizzare un'integrazione tra l'attività di assistenza, di didattica e di ricerca. Tali ambiti di collaborazione sono rappresentati dalle convenzioni in essere con le Università degli Studi sia lombarde (Università di Brescia, Università di Milano, Università di Pavia) sia di altre Regioni (Università di Parma, Università di Modena e Reggio Emilia), per diverse Scuole di Specializzazione di area sanitaria, che consentono di utilizzare le strutture organizzative aziendali interessate per l'espletamento di attività didattiche, integrative di quelle universitarie, svolte nell'ambito della singola Scuola di Specializzazione, ai fini del completamento della formazione accademica e professionale degli specializzandi universitari. A tal fine, con apposito documento aziendale, è stato, inoltre, regolamentato, da un punto di vista organizzativo, lo svolgimento, all'interno delle unità operative e dei servizi aziendali, dei tirocini di specializzazione universitaria, in integrazione dei singoli ordinamenti didattici specifici per ogni scuola di specializzazione convenzionata. L'ASST, al fine di promuovere programmi di ricerca, intende favorire percorsi di formazione, lo scambio di informazioni tra i ricercatori coinvolti nella ricerca ed i

clinici, nonché l'apprendimento e l'utilizzo di tecnologie innovative; persegue, infine, lo sviluppo di apposite collaborazioni con le Università degli Studi (Università di Milano, Università di Brescia, Università di Parma), realizzando cooperazioni scientifiche e didattiche.

7. IL MODELLO ORGANIZZATIVO

7.1 L'ORGANIGRAMMA ED IL FUNZIONIGRAMMA AZIENDALE

L'assetto organizzativo aziendale è caratterizzato da un Polo Ospedaliero, organizzato in dipartimenti gestionali, e da un Polo Territoriale, a cui afferisce il distretto di Cremona, istituito con decreto aziendale n. 150 del 29/03/2022, e i dipartimenti funzionali di cure primarie e di prevenzione, istituiti con decreto n. 151 del 29/03/2022 ed il DSMD.

Nell'ORGANIGRAMMA allegato (ALLEGATO 1), sono rappresentate:

- le afferenze gerarchiche e funzionali delle strutture e degli staff alla Direzione Generale, alla Direzione Sanitaria, alla Direzione Sociosanitaria ed alla Direzione Amministrativa;
- la composizione e le afferenze gerarchiche di ciascun dipartimento gestionale;
- la composizione e le afferenze funzionali di ciascun dipartimento funzionale;
- la composizione e le afferenze funzionali dei dipartimenti interaziendali.

Le competenze e le relazioni organizzative di ciascuna struttura aziendale sono, altresì, dettagliatamente descritte nel documento "FUNZIONIGRAMMA" (ALLEGATO 2).

7.1.1. Il Direttore Generale e i suoi staff

Afferiscono alla Direzione Generale, in forza della normativa regionale e statale e, comunque, in ragione della loro trasversalità e della necessità di assicurare quanto più possibile la posizione di terzietà e di indipendenza di chi è chiamato al loro svolgimento rispetto all'intera organizzazione aziendale, le seguenti strutture, dettagliatamente descritte nell'allegato "Funzionigramma": SC "DAPSS", SC "Nuovo Ospedale", SC "Sistemi Informativi Aziendali", SS "Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale", SS "Avvocatura", SS "Comunicazioni e Relazioni esterne", SS "Controllo di gestione", SS "Promozione e supporto della ricerca clinica", SS "Gestione operativa – NEXGENERATIONEU", SS "Qualità e Risk Management", nonché le funzioni relative all'anticorruzione ed alla trasparenza, all'internal auditing, al Responsabile della Protezione dei dati – DPO, all'Ufficio Relazioni con il Pubblico – URP, alle funzioni di culto ed al Medico Competente ed alla sorveglianza sanitaria del personale. È in staff al Direttore Generale il dipartimento aziendale funzionale "Innovazione, sostenibilità e aree di sviluppo strategico".

7.1.2. Il Direttore Amministrativo e i suoi staff

La Direzione Amministrativa rappresenta lo strumento di supporto agli scopi di cura e di assistenza. È la tecnostruttura che gestisce i processi amministrativi e tecnici di supporto alle strutture sanitarie e sociosanitarie aziendali per garantire la continuità gestionale tra ospedale e territorio nell'ambito sanitario e sociosanitario.

Alla Direzione Amministrativa afferiscono *in line* il Dipartimento gestionale Tecnico Amministrativo, la SC "Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane" e la SC "Affari Generali e Legali".

7.1.3. Il Direttore Sanitario e i suoi staff

Il Direttore Sanitario aziendale è coadiuvato dalle proprie strutture di staff e dai Direttori di Dipartimento nel:

- proporre alla Direzione Strategica le linee di indirizzo, pianificazione e sviluppo dell'attività sanitaria (principalmente del Polo Ospedaliero), evidenziando i progetti e le aree di priorità anche a fini allocativi delle risorse;
- condividere la strategia aziendale con i clinici al fine di creare alleanze partecipative sintoniche, coordinando l'azione aziendale sulle linee strategiche tracciate e monitorandone gli esiti.
- programmare i livelli d'offerta e le modalità organizzative necessarie a soddisfare qualitativamente i bisogni di salute. Parimenti, il Direttore Sanitario opera in collaborazione con il Direttore Sociosanitario nel supportare la definizione e messa in atto delle strategie e dei percorsi di integrazione con il Polo Territoriale (a livello delle UU.OO. dell'ASST, delle strutture erogatrici nel

bacino di utenza, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia) che possano ottimizzare il raccordo con le strutture ed i professionisti ospedalieri e la qualità della presa in carico dei pazienti cronici, in particolare quelli caratterizzati da condizioni di fragilità. Pertanto, il Direttore Sanitario esercita un'azione costante di programmazione, organizzazione e rivalutazione dell'offerta di prestazioni interne o per esterni, in un'ottica di continuo perseguimento di capacità d'offerta, tempestività, qualità, efficienza ed appropriatezza, nel rispetto dei vincoli normativo-istituzionali e delle compatibilità economiche. A tal fine, operando in una logica di team multidisciplinari, elabora e propone nuovi modelli di erogazione e presa in carico dei pazienti, anche attraverso soluzioni di reingegnerizzazione dei servizi e di ridefinizione delle reti professionali e dei percorsi di cura, che possano garantire accesso adeguato e tempestivo ad innovazioni diagnostiche e terapeutiche efficaci e sostenibili. Nel far questo, si avvarrà di adeguati strumenti di rilevazione e controllo (sistemi informativi, risk management, ...) e soprattutto delle competenze analitiche e manageriali delle articolazioni organizzative sopra citate e della Gestione Operativa. La Direzione Sanitaria, coadiuvata dalla UOC di Ingegneria Clinica e dalla Commissione Dispositivi Medici, contribuisce alla gestione dell'innovazione in ambito aziendale, tenendo conto dell'allineamento alle priorità di indirizzo strategico, dell'impatto in termini clinici, di sicurezza del paziente, di sostenibilità organizzativa ed economica; tutto ciò in un'ottica di massimizzazione del valore prodotto in termini di salute a fronte delle risorse investite attraverso analisi ed interventi conseguenti in settori specifici o processi trasversali. In quest'area di innovazione rientrano i numerosi progetti di informatizzazione che devono inevitabilmente accompagnare non solo i momenti consolidati di accettazione ed erogazione delle prestazioni, ma anche e soprattutto i nuovi modelli organizzativi che non possono prescindere dall'utilizzo di strumenti più versatili ed adeguati di rilevazione, gestione e condivisione dei dati (es. Cartella clinica e Fascicolo sanitario informatizzati, telemedicina e trasmissione dati via smartphone, piattaforme di gestione dati per la ricerca, ...). Altro settore di intervento prioritario della Direzione Sanitaria è la misurazione e valutazione degli esiti, finalizzata all'identificazione delle aree di miglioramento per una più efficace gestione dei processi clinici. A tal fine, sono disponibili sistemi di misura e di verifica sia sul portale regionale che sul portale del Programma Nazionale Esiti (Agenas); il Direttore Sanitario, coadiuvato dalle Direzioni Mediche di Presidio ed in particolare dall'Ufficio Epidemiologico (oltre all'Ufficio Qualità ed alla S.S. Controllo di Gestione in staff al Direttore Generale) dovrà condividerne periodicamente l'analisi ed interpretazione con i Comitati di Dipartimento e la Direzione Strategica. In tal senso, la Direzione Sanitaria ha un ruolo significativo nell'accompagnare i gestori della clinical governance in un percorso di crescita culturale nell'ottica della medicina basata sulle evidenze e delle best practices. Si conferma nell'attuale proposta organizzativa il ruolo della Direzione Sanitaria, per il tramite delle Direzioni Mediche di Presidio, nelle funzioni igienico-sanitarie: definizione, implementazione e controllo delle procedure di prevenzione dei rischi ambientali di natura biologica, fisica e chimica sia per i pazienti che per il personale, rispondenza ai requisiti tecnico-organizzativi per l'accreditamento istituzionale. Nel nuovo assetto dell'ASST che comprende, oltre al Polo Ospedaliero, anche la rete territoriale, le suddette funzioni igienico-organizzative sono estese alle strutture a gestione diretta della Direzione Sociosanitaria.

Sono in staff al Direttore Sanitario: SC "Medicina Legale", SC "Medicina del Lavoro", SC "Direzione Medica POC", SC "Direzione Medica POOP", SC "Farmacia", SC "Ingegneria Clinica aziendale", SS "Sanità Penitenziaria", SS "Fisica Sanitaria", SS "Coordinamento donazione organi e tessuti" e la funzione CAR-ICA.

Sono in staff al Direttore Sanitario i seguenti dipartimenti gestionali:

Dipartimento Area Medica

Dipartimento Area Chirurgica

Dipartimento Area Neuroscienze

Dipartimento Area Servizi Diagnostici

Dipartimento Area della Donna e Materno Infantile

Dipartimento Area Emergenza Urgenza

Dipartimento Area Oncologica.

7.1.4. I presidi ed i Direttori di presidio

I presidi sono articolazioni organizzative che hanno il compito di sviluppare la necessaria integrazione tra i Dipartimenti, le Strutture ed i Servizi; i presidi sono inoltre responsabili di tutti gli aspetti igienico-sanitari, delle attività di controllo di SDO e di cartelle cliniche.

L'ASST di Cremona si articola in due distinti presidi ospedalieri:

1. il presidio ospedaliero di Cremona;
2. il presidio ospedaliero Oglio Po.

Il Direttore medico di presidio ha la responsabilità della corretta e della funzionale erogazione delle prestazioni previste dai percorsi assistenziali. Opera in conformità alle disposizioni della direzione strategica per il raggiungimento degli obiettivi aziendali e si avvale, nell'esercizio delle proprie competenze, degli uffici di *staff* aziendale con i quali è chiamato a collaborare. In particolare, sono competenze del Direttore medico di presidio:

- assicurare la coerenza organizzativa e gestionale del presidio in sinergia con il responsabile infermieristico;
- favorire l'efficienza allocativa delle risorse tra i diversi dipartimenti, in coerenza con la natura e l'entità delle attività che gli stessi sono chiamati a garantire per il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- adottare tutti i provvedimenti di gestione necessari per il corretto funzionamento del presidio;
- presidiare, in coerenza con gli obiettivi aziendali, nell'ambito di un processo che veda il coinvolgimento dei responsabili di struttura complessa (dipartimento e/o unità organizzative), il budget;

promuovere la qualità dell'assistenza e sottoporre a verifica i risultati dell'attività in

termini sia di efficienza organizzativa che di efficacia sanitaria;

- assicurare il controllo della documentazione sanitaria;
- garantire la corretta gestione delle dimissioni ospedaliere, della loro modalità operativa e della loro rendicontazione ivi compreso il controllo delle schede di dimissione ospedaliera e della relativa coerenza con la documentazione sanitaria;
- è responsabile della funzione di valutazione, verifica e attestazione del mantenimento dei requisiti di accreditamento strutturale, tecnologici e organizzativi generali e specifici; è competente per l'autocertificazione quadrimestrale dei requisiti organizzativi, per la redazione di eventuali nuove istanze e per la gestione di tutte le problematiche derivanti dalla emissione di nuove normative in materia e / o conseguenti alle periodiche visite ispettive da parte dei competenti organismi dell'ASL nelle varie articolazioni aziendali;
- assicurare l'appropriata applicazione dei sistemi gestionali dell'azienda, la sistematicità delle relazioni con le strutture centrali per l'interscambio di informazioni e dati;
- promuovere la cultura dell'integrazione organizzativa e della pratica interdisciplinare, supportandone lo sviluppo e presidiandone la traduzione operativa;
- assicurare l'uniforme applicazione sul presidio delle linee di sviluppo individuate dalla direzione strategica;
- garantire il continuo adeguamento quali-quantitativo dei servizi offerti alla domanda espressa dalla popolazione di riferimento, proponendo forme di organizzazione dei servizi, di erogazione delle prestazioni e di acquisizione delle risorse, secondo le modalità ritenute più idonee a massimizzare gli aspetti di efficacia, efficienza e qualità dei processi di produzione dell'assistenza;
- organizzare la libera professione *intramoenia*.

7.1.5. Il Direttore Sociosanitario e i suoi staff

La Direzione Sociosanitaria presiede la gestione dei percorsi di presa in carico dei pazienti, ha il compito di garantire ai pazienti percorsi di cura identificabili in continuità assistenziale, sia in merito a prestazioni erogabili presso il polo ospedaliero, sia in riferimento a prestazioni erogabili nel polo territoriale.

Afferiscono al Direttore Sociosanitario le seguenti strutture: SC "Cure Palliative", SC "Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive", SC "Servizi per la domiciliarità", SC "Cure primarie", SC "Distretto Cremonese", SS "Consultorio familiare Casalmaggiore" e la funzione "Casa di comunità Casalmaggiore", al fine di promuovere e sostenere l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, anche con i servizi sociali degli enti locali, nel percorso di presa in carico delle persone con fragilità, cronicità e disabilità.

Sono, inoltre, in *staff* al Direttore Sociosanitario il dipartimento gestione di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) ed i dipartimenti funzionali di Cure Primarie (DCP) e di Prevenzione (DFP).

8. IL DISTRETTO CREMONESE

Ai sensi della legge regionale n. 22/2021, ogni ASST ha articolato il proprio territorio in distretti coincidenti con uno o più ambiti sociali territoriali di riferimento per i Piani di zona.

Con decreto del Direttore Generale n. 150 del 29/03/2022, l'ASST di Cremona ha istituito il Distretto Cremonese corrispondente con l'ambito sociale territoriale di Cremona, caratterizzato da 48 Comuni e una popolazione di circa 156 mila abitanti.

Il distretto è l'articolazione organizzativa funzionale per la gestione coordinata della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, finalizzata all'integrazione tra le diverse unità d'offerta per assicurare l'accesso ai servizi, l'equità nella risposta ai bisogni e il monitoraggio della qualità dei servizi offerti. Persegue, nel percorso evolutivo dei servizi offerti a livello distrettuale, una logica di omogeneizzazione dei percorsi ai fini di uniformità nella risposta ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, pur valorizzando le specificità e le autonomie proprie del territorio. Garantisce la continuità, l'unitarietà degli interventi e dei percorsi di presa in carico delle famiglie e dei loro componenti con fragilità, con particolare attenzione alle persone disabili, promuovendo l'utilizzo del progetto di vita quale strumento per creare percorsi personalizzati e integrati nella logica del budget di salute. Collabora attraverso la definizione di accordi tecnico operativi con le aziende sociali e le unità di offerta sociosanitarie territoriali accreditate, al fine di uniformare percorsi di presa in carico dei soggetti cronici, fragili e garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Promuove lo sviluppo di reti sociali a livello distrettuale con cui le istituzioni si possono relazionare e collaborare per promuovere iniziative di salute, sostegno e aiuto reciproco nella realizzazione di interventi integrati rivolti a target privilegiati di popolazione.

Le principali funzioni riguardano la programmazione dell'offerta dei servizi ad alta integrazione con la Direzione Strategica e i Sindaci del territorio, la gestione e il coordinamento di servizi sociosanitari afferenti, l'erogazione di attività inerenti l'assistenza primaria e la continuità assistenziale sia ambulatoriale che domiciliare, l'integrazione e la collaborazione tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri, la gestione della presa in carico del cronico, fragile, disabile, il coordinamento e l'erogazione dei servizi presenti nelle Case di Comunità, negli Ospedali di Comunità e nelle Centrali Operative Territoriali (Case di Comunità di Soresina e di Cremona e Ospedali di comunità di Cremona e di Soresina), l'esercizio delle funzioni igienico sanitarie delle strutture territoriali, la gestione diretta del Consultorio familiare.

Il Distretto promuove azioni innovative integrandosi con i Dipartimenti aziendali, in particolare il Dipartimento funzionale delle Cure Primarie e il Dipartimento funzionale di prevenzione, sia a livello territoriale che ospedaliero.

Promuove inoltre momenti di consultazione, ascolto e aggregazione delle associazioni di volontariato ai fini della coprogettazione e realizzazione di interventi nel rispetto delle competenze.

Con nota regionale G1.2022.0012011 del 1/3/2022 è stato assegnato alla ASST di Mantova il Distretto Casalasco Viadanese Oglio Po, ai sensi dell'articolo 7 *bis*, comma 1 *bis*, della legge regionale n. 33/2009, caratterizzato da 27 comuni di cui 17 dell'area casalasca in provincia di Cremona e 10 dell'area viadanese in provincia di Mantova.

Atteso che la responsabilità gestionale dei servizi erogati nel distretto rimane in capo alle rispettive ASST di afferenza, è per tanto da attribuirsi all'ASST di Cremona l'afferenza gestionale del Consultorio familiare e della Casa di Comunità di Casalmaggiore.

Si evidenzia comunque il rapporto funzionale ad elevata integrazione e collaborazione con il territorio viadanese, poiché si è considerata l'esigenza di:

- dare continuità e sviluppo ai processi di cura in una logica di integrazione, riducendo la frammentazione delle risposte e delle unità d'offerta
- migliorare l'accessibilità ai servizi
- sviluppare assetti organizzativi tendenti alla medicina di prossimità, ulteriormente sostenuti dalla realizzazione della Casa di Comunità Hub in Casalmaggiore e Casa di comunità Hub di Viadana
- rafforzare le sinergie tra i servizi sanitari del polo ospedaliero Oglio Po, i servizi sociosanitari del polo territoriale di Casalmaggiore e di Viadana e i servizi sociali territoriali
- sviluppare ulteriormente gli strumenti ICT per la gestione delle informazioni sociosanitarie e sociali.

Sistema Socio Sanitario

ALLEGATO 1



Regione
Lombardia

ASST Cremona

POAS ASST Cremona 2022-2024 Organigramma

Legenda



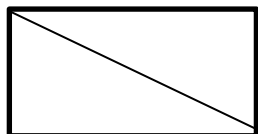
Dipartimento Gestionale



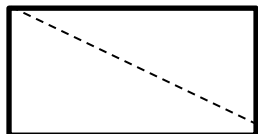
Dipartimento Funzionale



Struttura Complessa



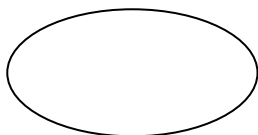
Struttura Semplice Dipartimentale



Struttura Semplice Distrettuale



Struttura Semplice



Funzione



Relazione gerarchica



Relazione funzionale

Descrizione

Ufficio/Funzioni

Acronimi:

DAPSS - Direzione Aziendale Professioni Sanitarie e Sociosanitarie

DCP - Dipartimento Cure Primarie

DFP - Dipartimento Funzionale Prevenzione

DSMD - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze

MEU - Medicina Emergenza Urgenza

POC – Presidio di Cremona

POOP – Presidio di Oglio Po

SPDC - Servizio Prevenzione Diagnosi e Cura

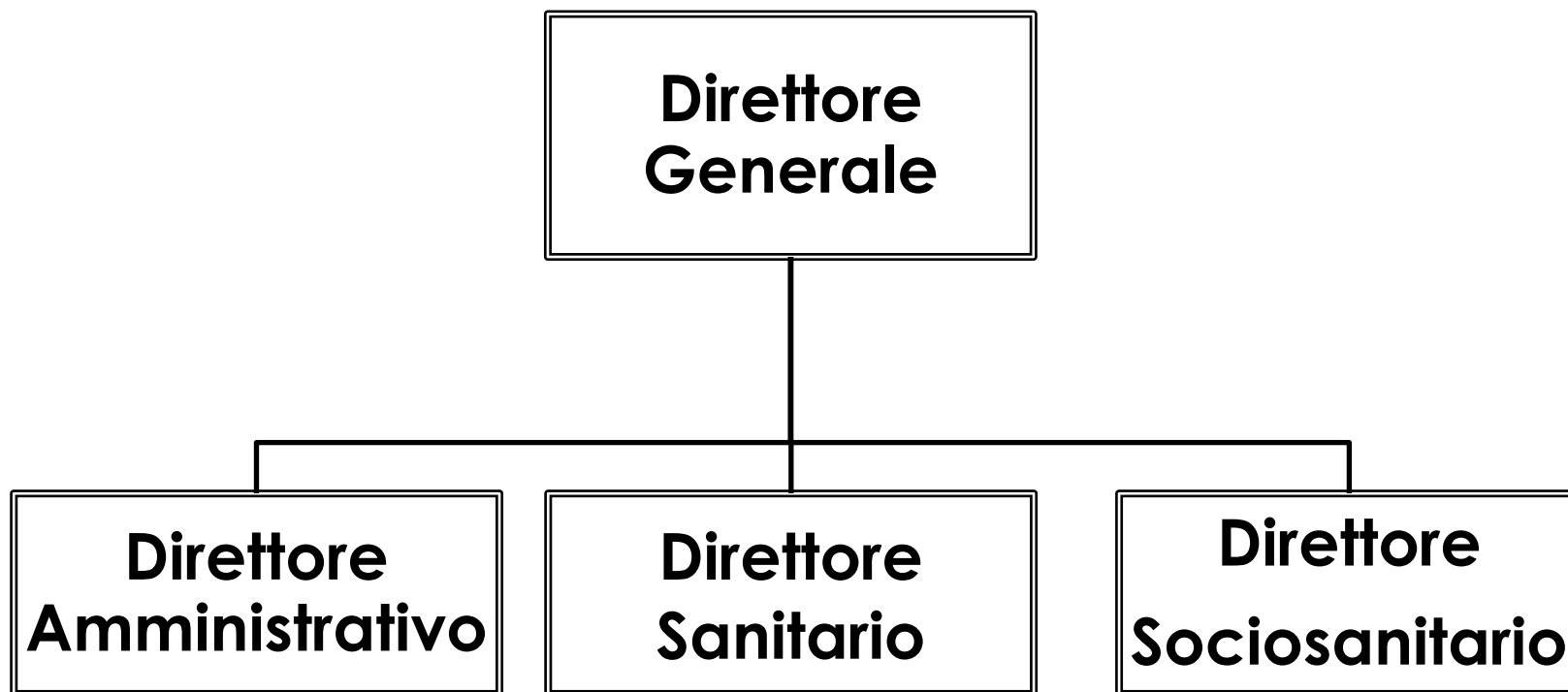
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

DIREZIONE STRATEGICA



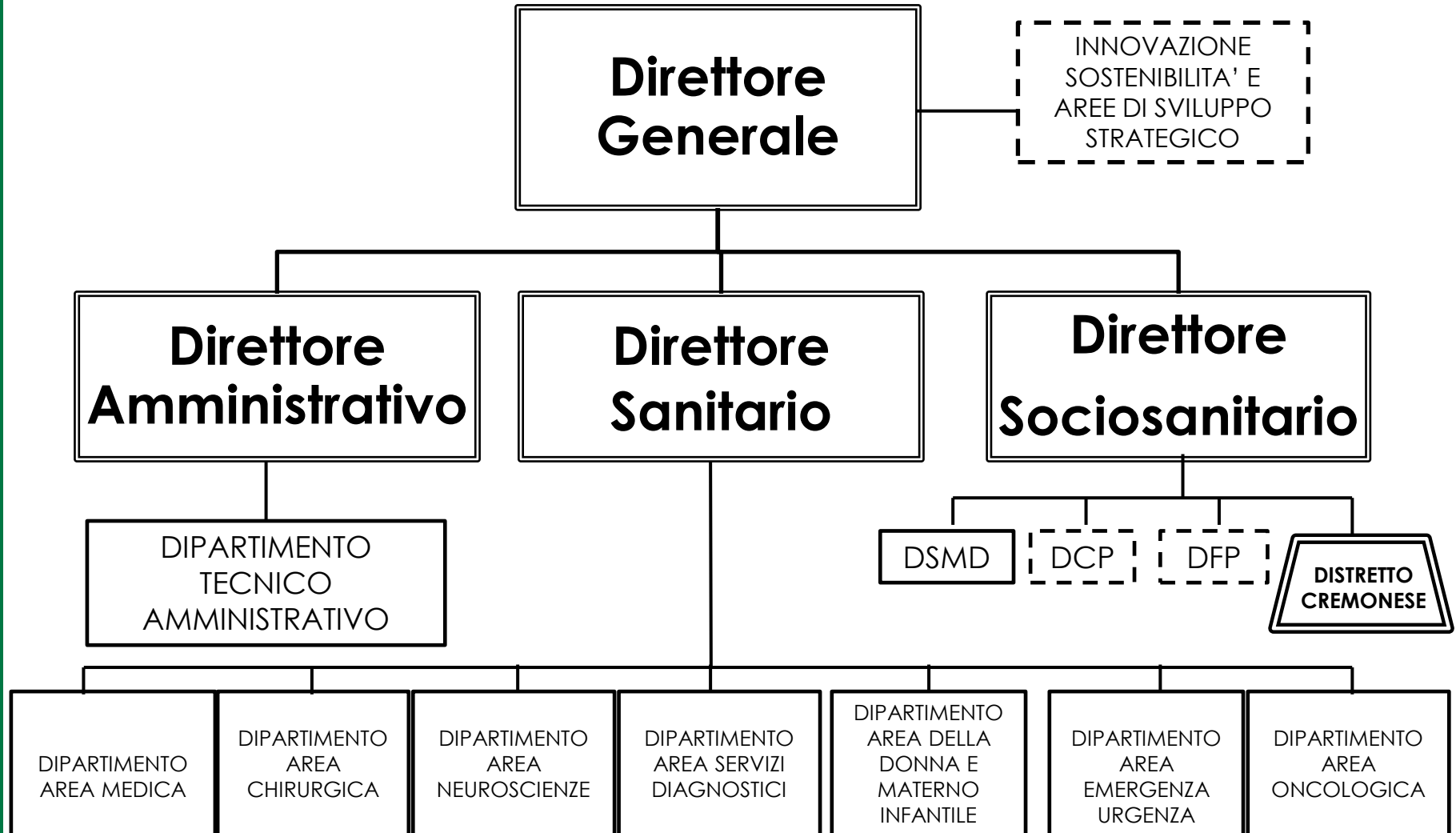
Sistema Socio Sanitario



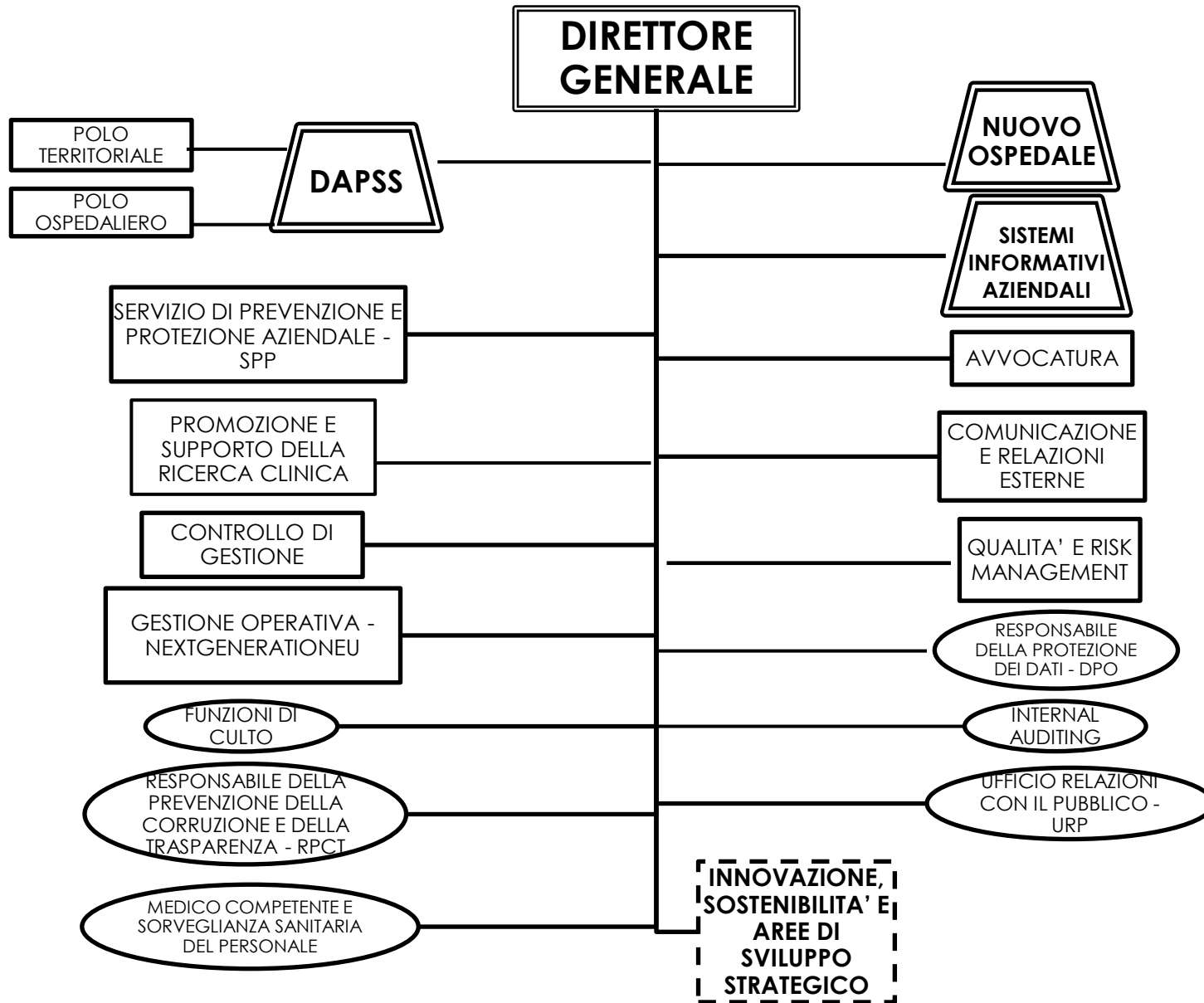
Regione
Lombardia

ASST Cremona

DIPARTIMENTI E DISTRETTI POLO OSPEDALIERO E POLO TERRITORIALE



Direzione Generale



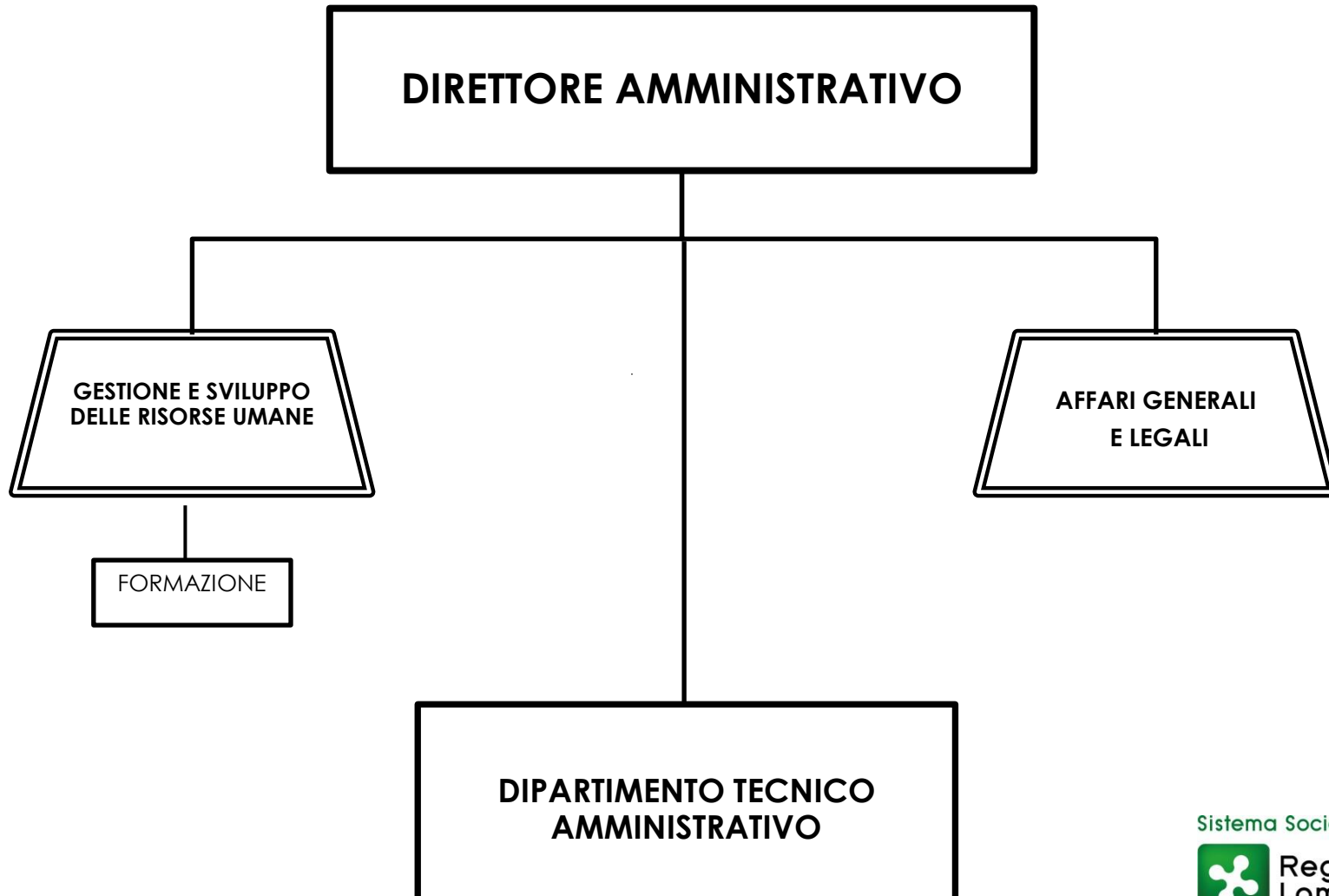
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Direzione Amministrativa



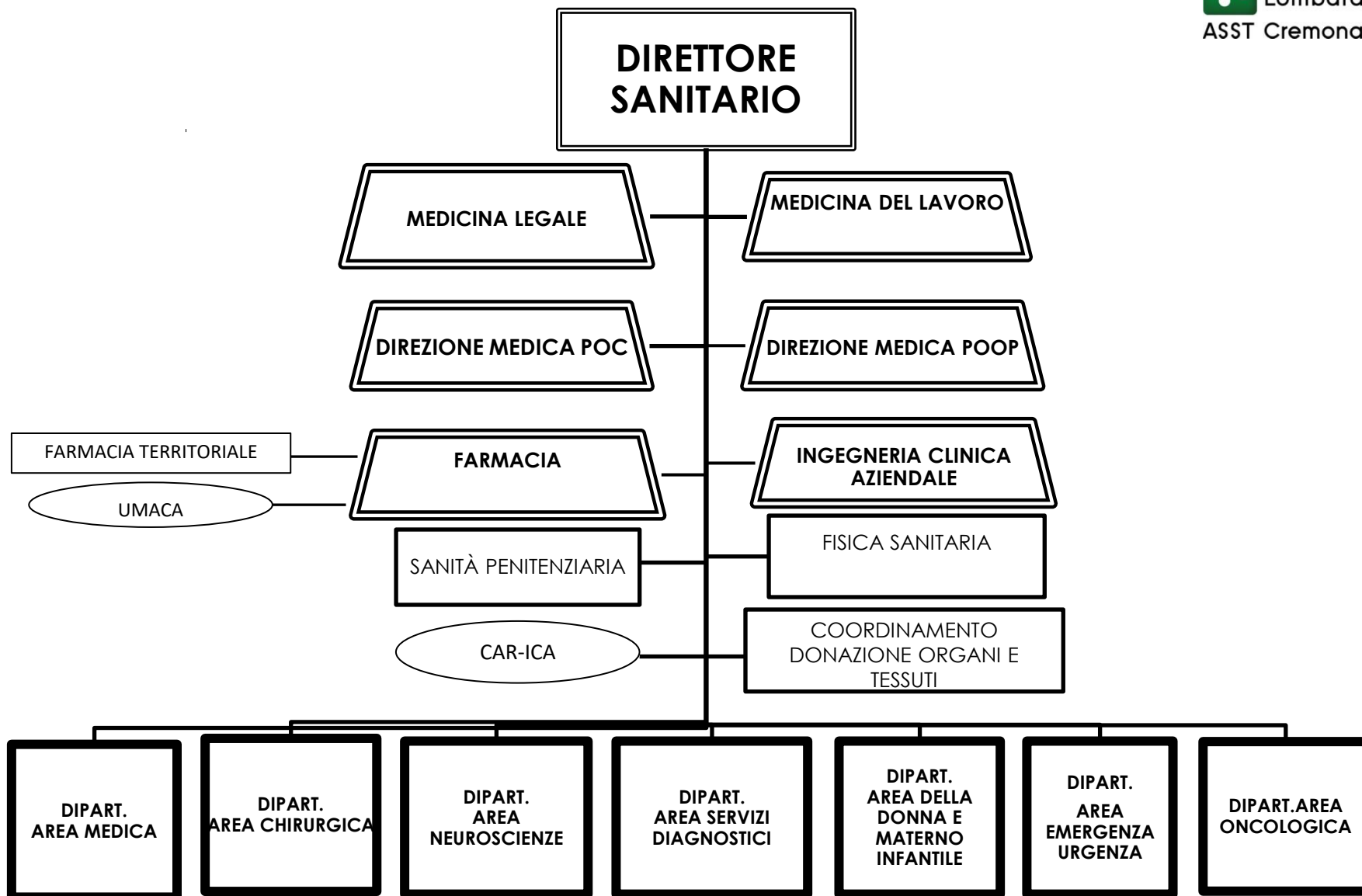
Sistema Socio Sanitario



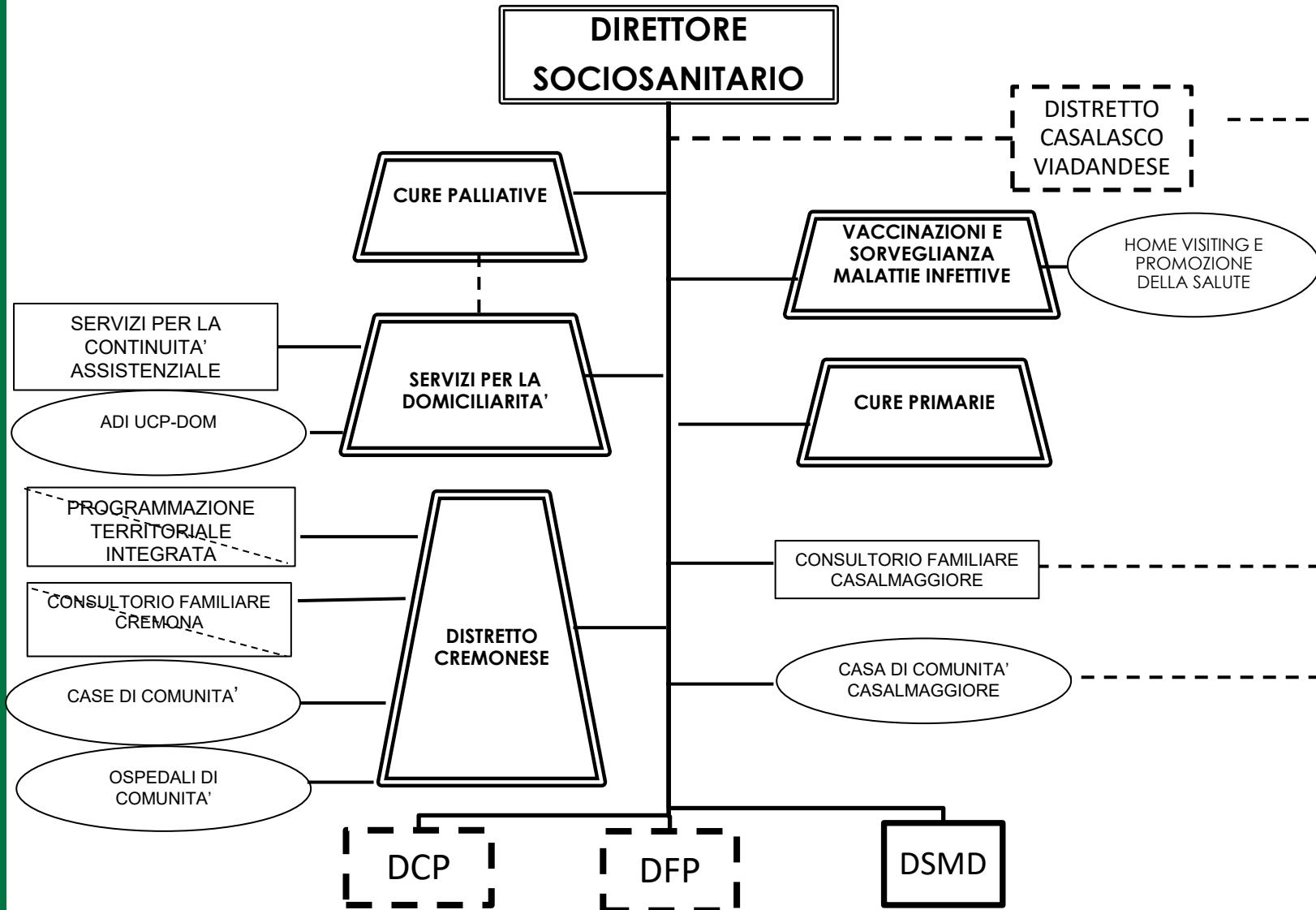
Regione
Lombardia

ASST Cremona

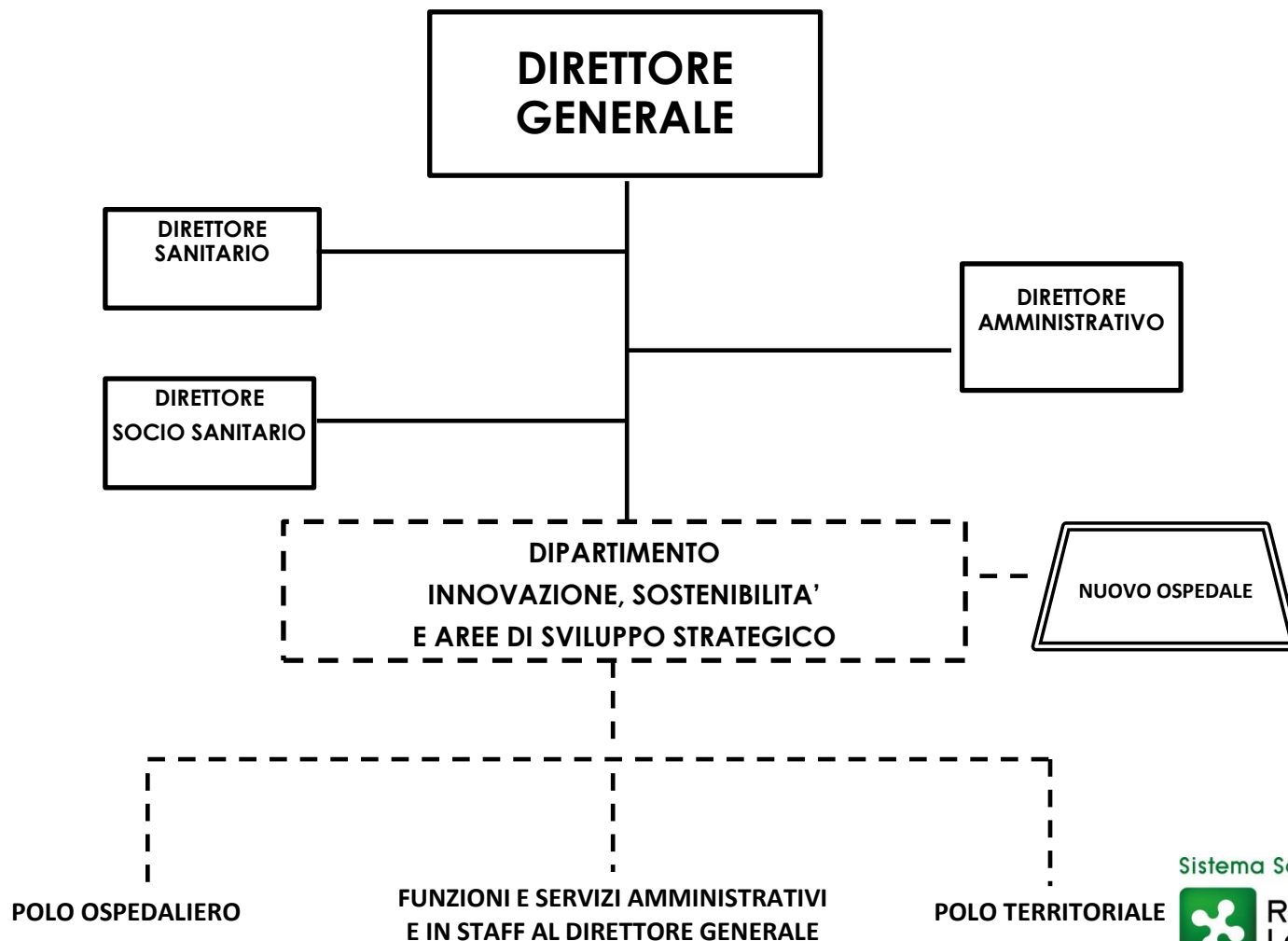
Direzione Sanitaria



Direzione Sociosanitaria



DIPARTIMENTO FUNZIONALE INNOVAZIONE, SOSTENIBILITA' E AREE DI SVILUPPO STRATEGICO



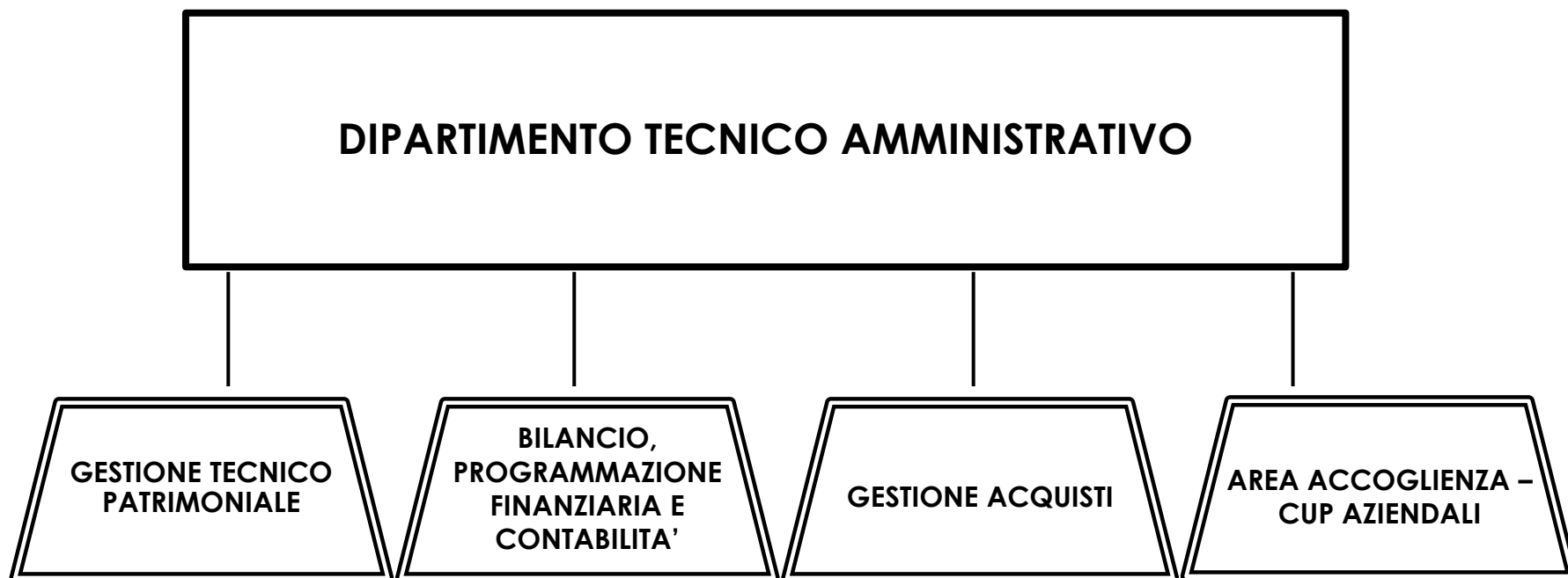
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimento Gestionale



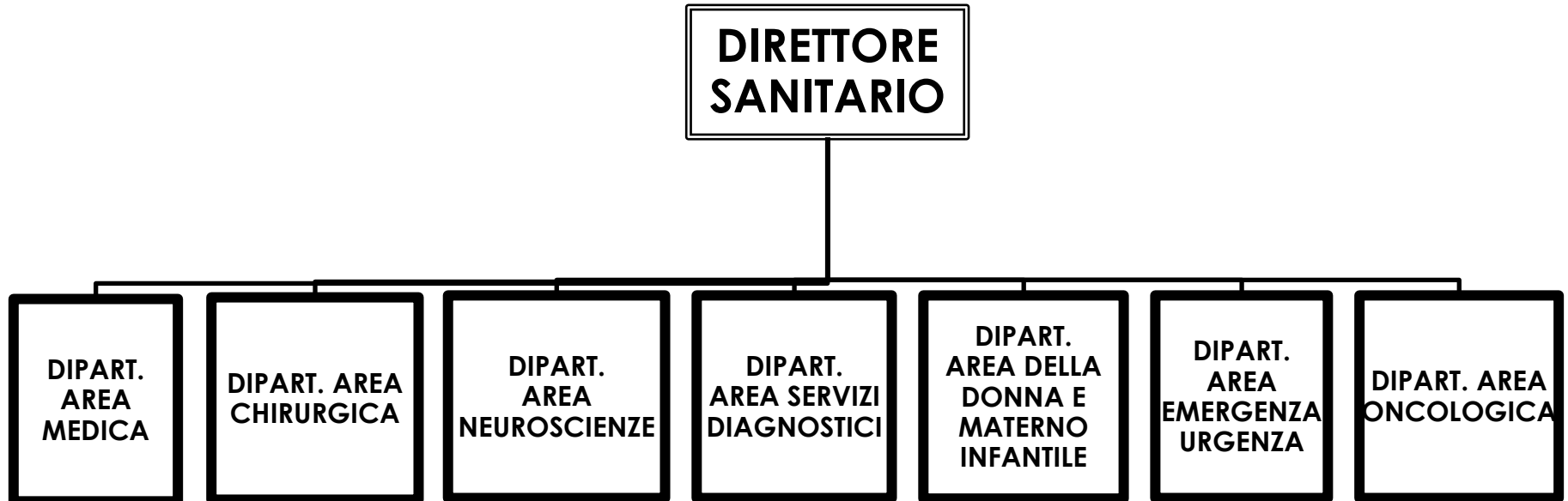
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimenti Gestionali



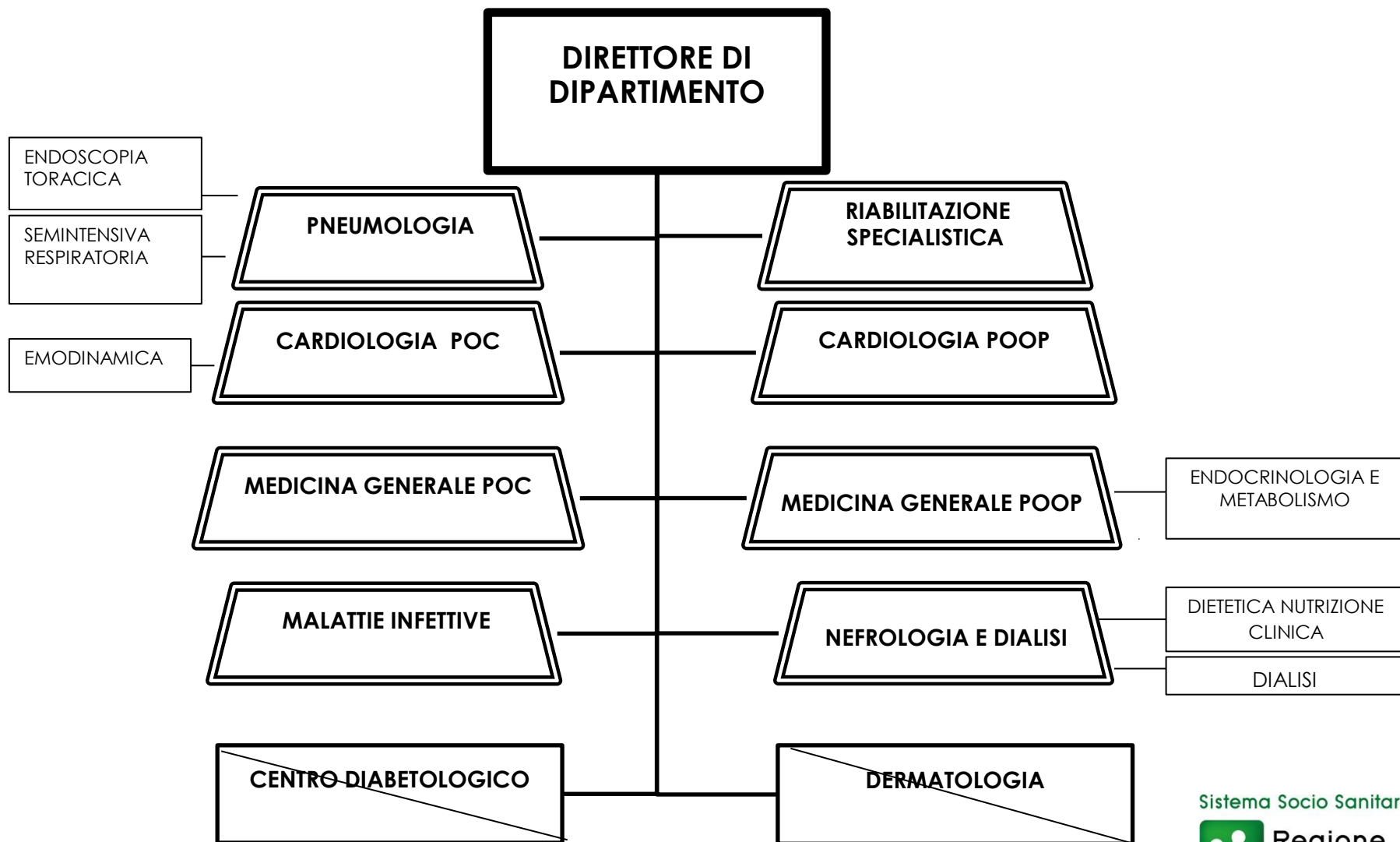
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimento Area Medica



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

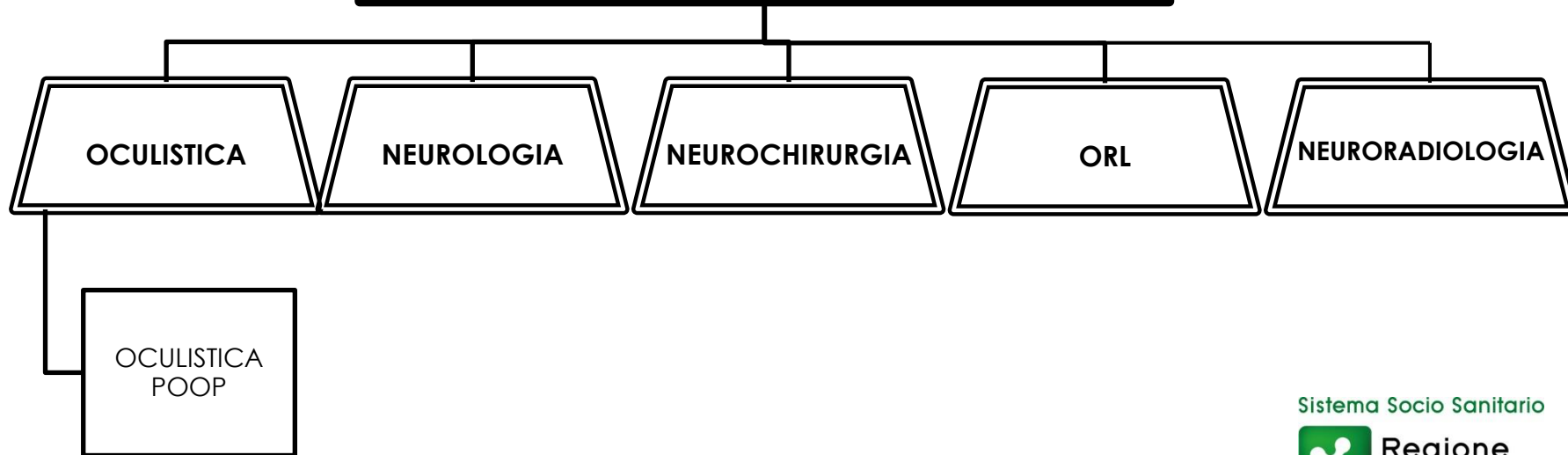
ASST Cremona

Dipartimento Area Chirurgica



Dipartimento Area Neuroscienze

**DIRETTORE
DI DIPARTIMENTO**



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimento Area Servizi Diagnostici

**DIRETTORE DI
DIPARTIMENTO**

**CENTRO EMOSTASI E
TROMBOSI**

MICROBIOLOGIA

**LABORATORIO
ANALISI POC**

**LABORATORIO ANALISI
POOP**

PLASMACITOAFERESI

**IMMUNOEMATOLOGIA
E MEDICINA
TRASFUSIONALE**

CENTRO LAVORAZ. E
VALIDAZIONE

**ANGIOGRAFIA E
RADIOLOGIA
INTERVENTISTICA**

RADIOLOGIA POC

RADIOLOGIA
SENOLOGICA

RADIOLOGIA POOP

**ANATOMIA
PATOLOGICA**

CITOGENETICA

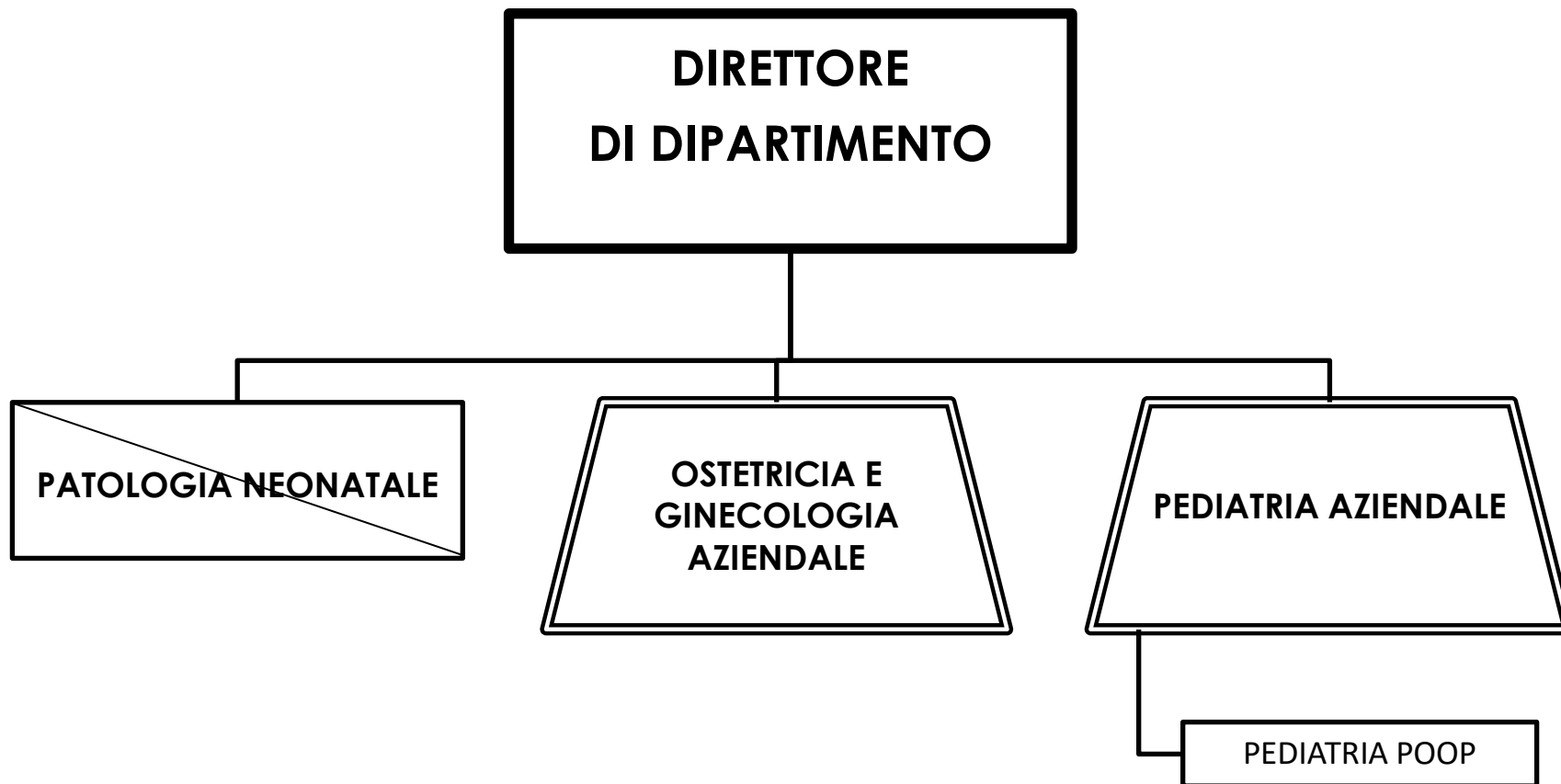
Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

ASST Cremona

Dipartimento Area della Donna e Materno Infantile

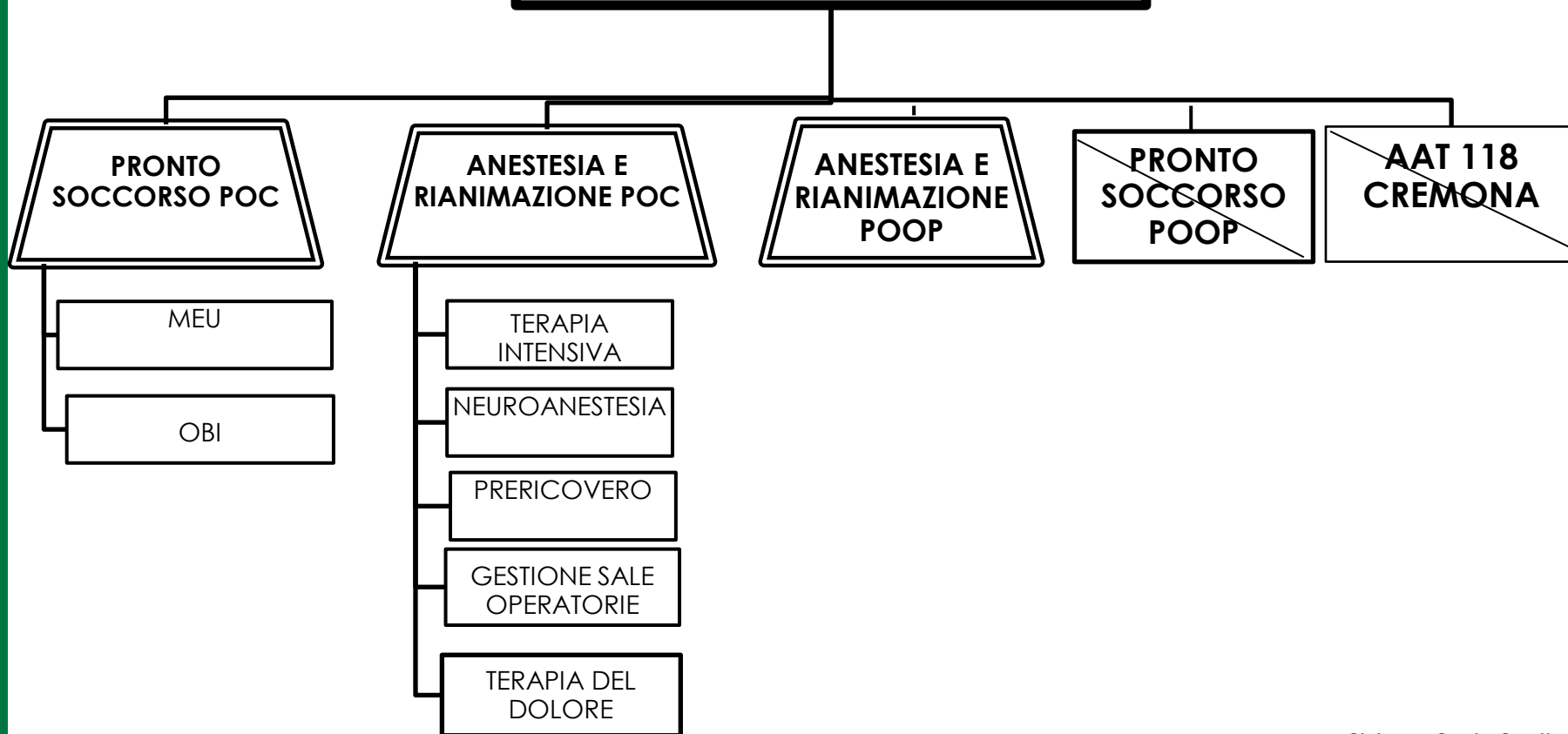


Sistema Socio Sanitario

 **Regione
Lombardia**
ASST Cremona

Dipartimento Area Emergenza Urgenza

DIRETTORE DI DIPARTIMENTO



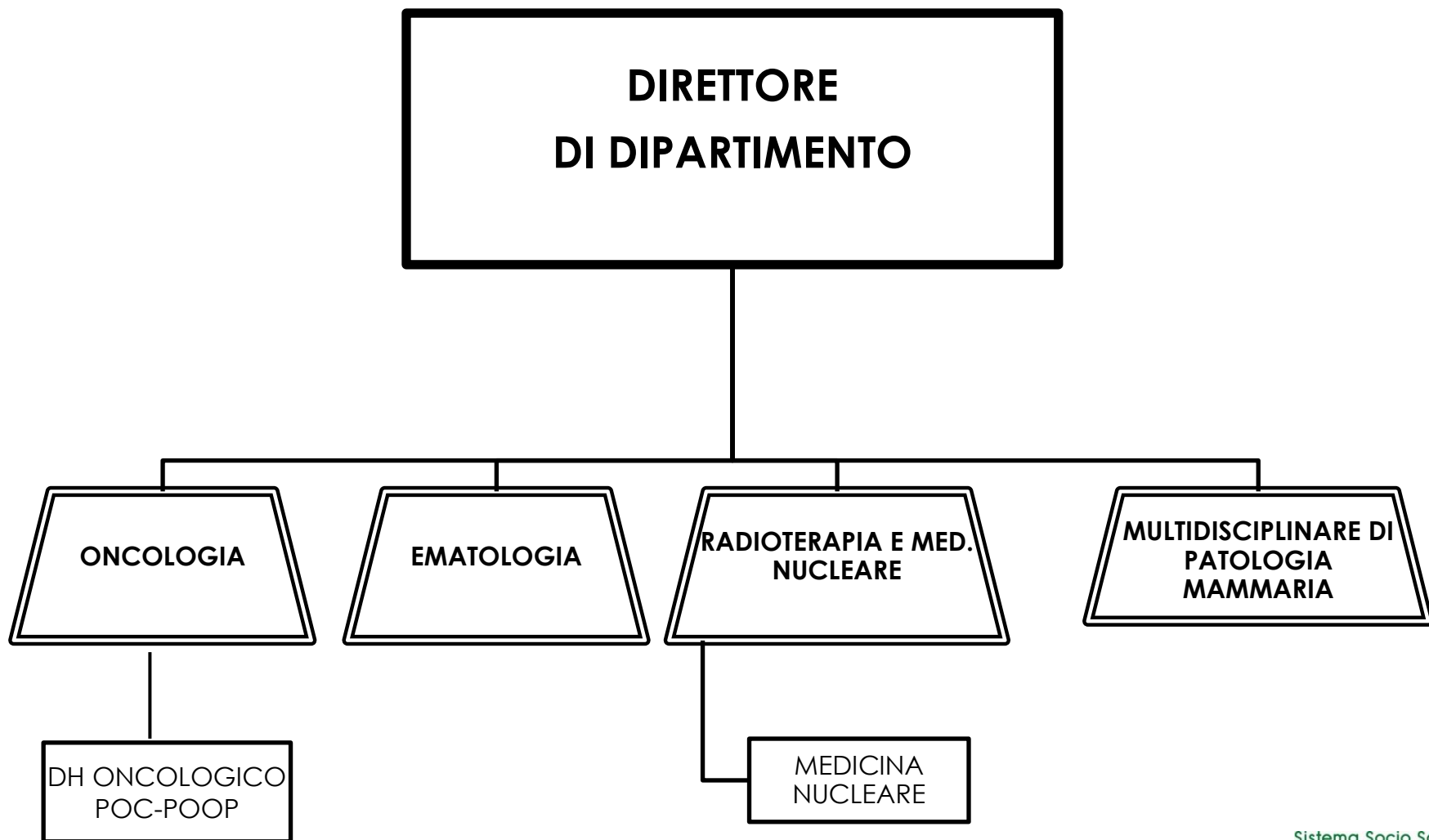
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimento Area Oncologica

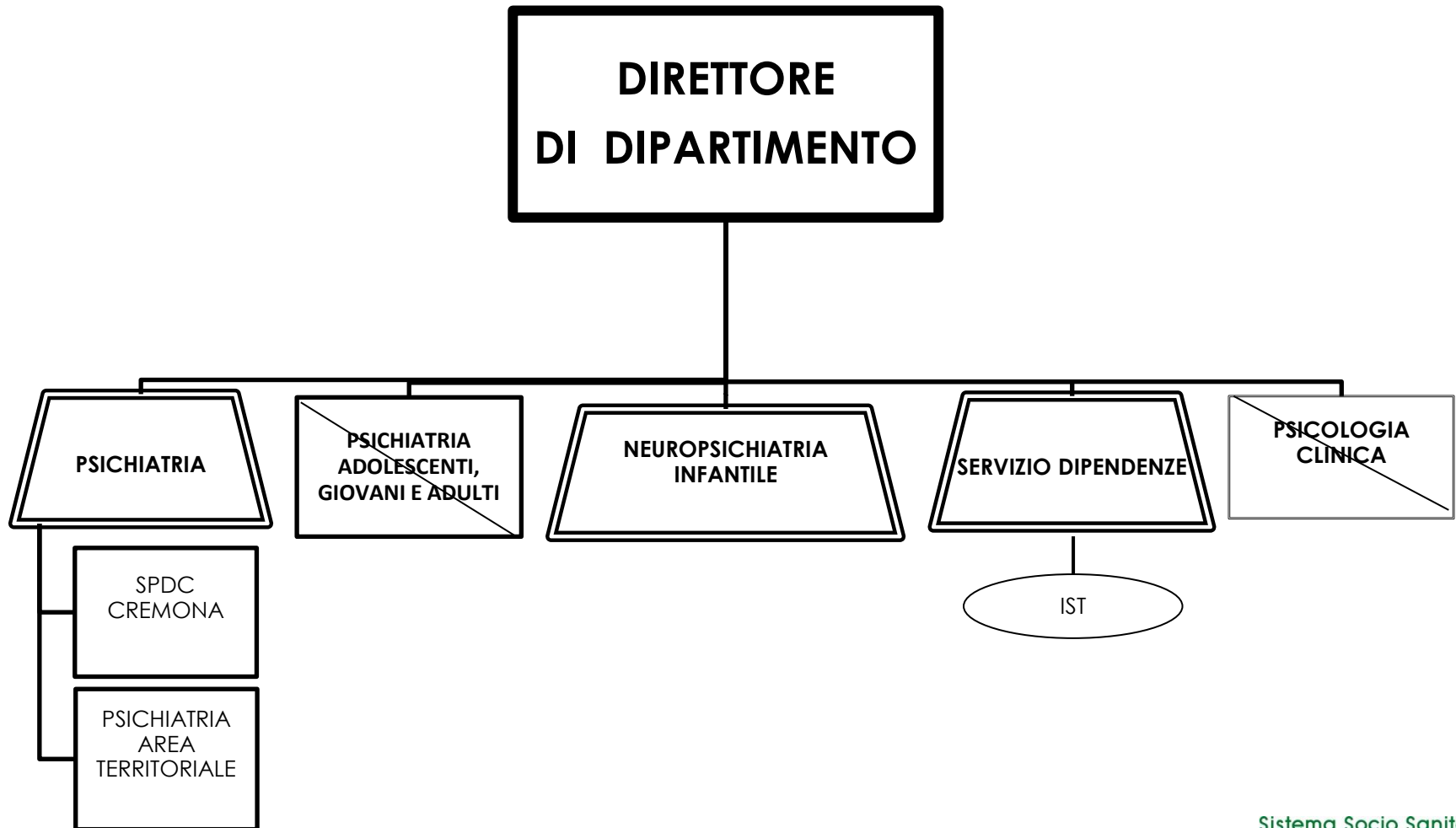


Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia
ASST Cremona

Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze



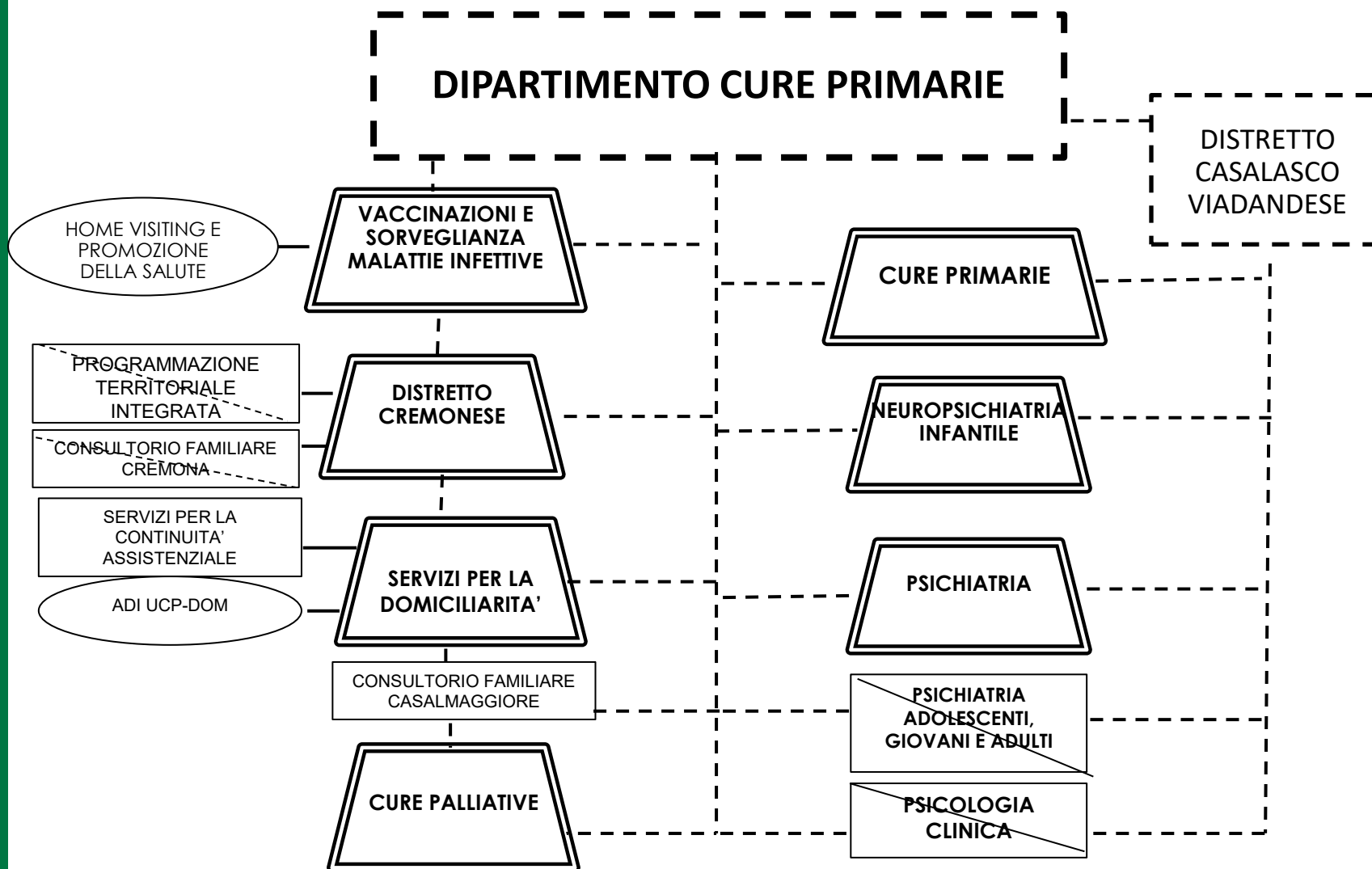
Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

Dipartimento Cure Primarie

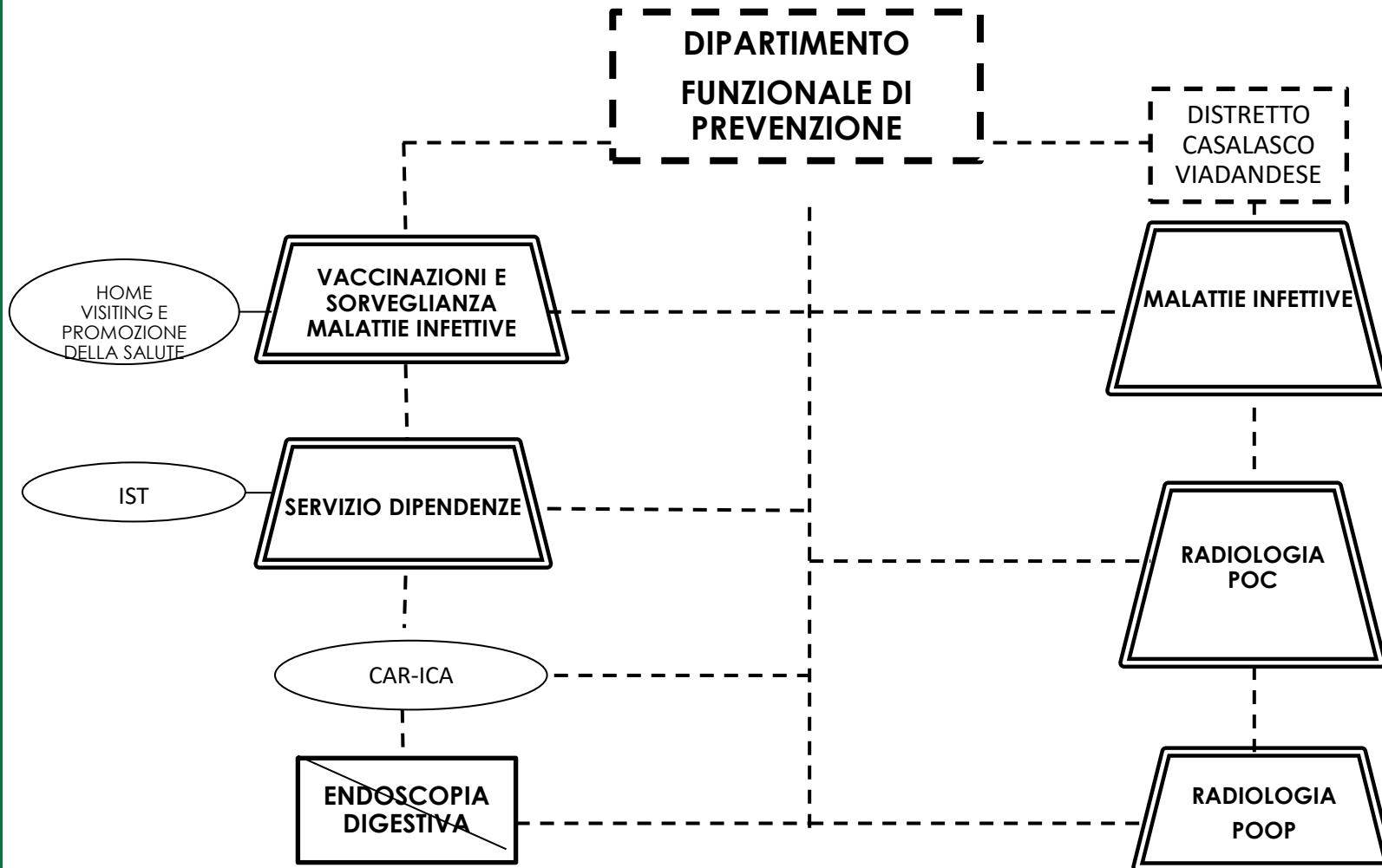


Sistema Socio Sanitario

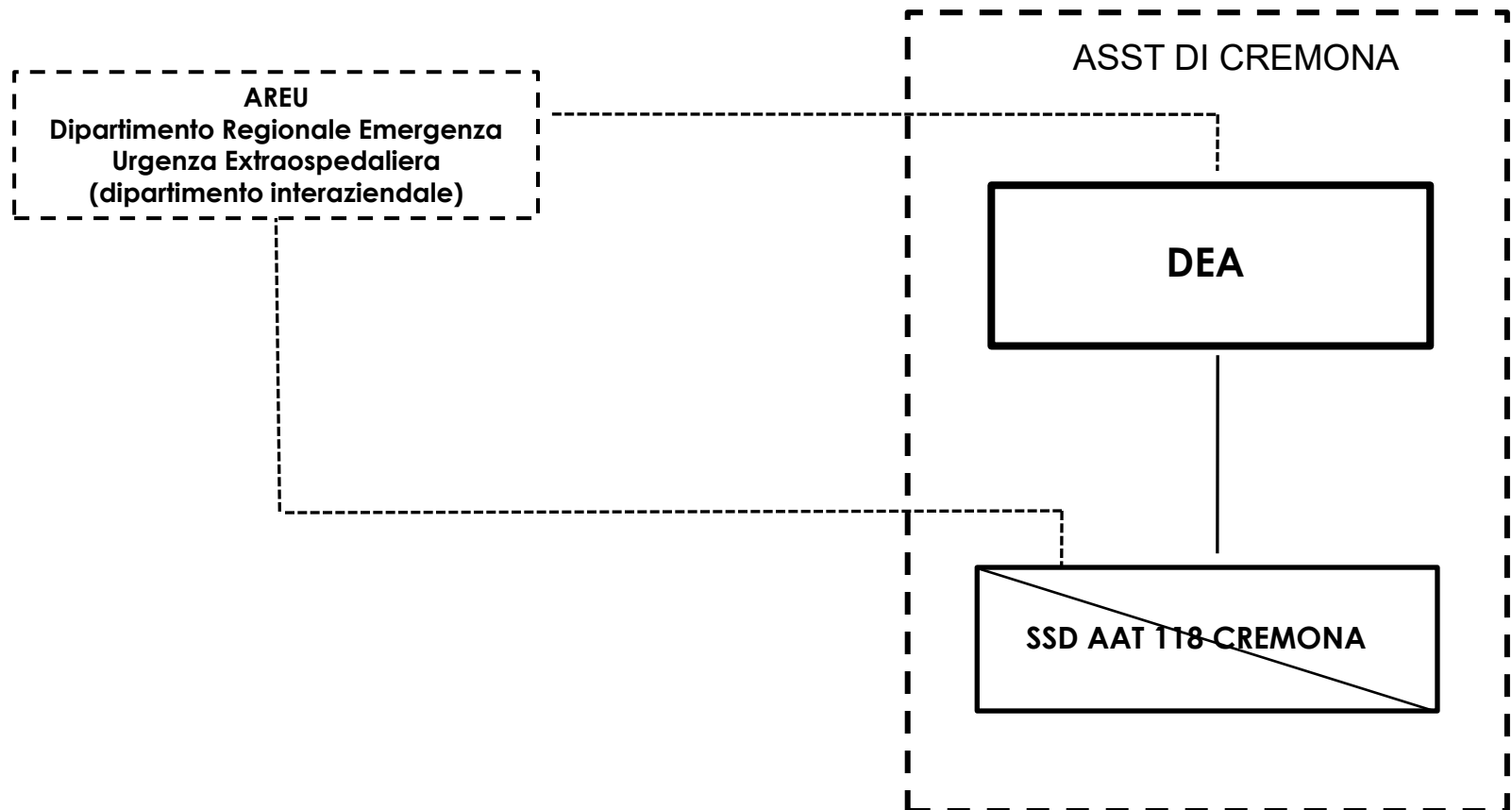


Regione
Lombardia
ASST Cremona

Dipartimento Funzionale di Prevenzione



DIPARTIMENTO REGIONALE DI EMERGENZA E URGENZA EXTRAOSPEDALIERA



Sistema Socio Sanitario

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE ONCOLOGICO

ATS Val Padana

SC
Osservatorio Epidemiologico

SC
Programmazione e Governo
delle Risorse Area Sanitaria e
Rete Territoriale

SS
Programmi di
Screening di Popolazione

ASST di Crema

SC
Oncologia

SSD
Anatomia Patologica

SC
Chirurgia Generale

SC ADI UCP-DOM
Cure Palliative

SSD
BREAST-UNIT

SS Anestesia

SS Oncoematologia

MAC Oncologia

ASST di Cremona (CAPOFILA)

SC
Oncologia

SC
Anatomia Patologica

SC
Radioterapia e Medicina
Nucleare

SC
Multidisciplinare di
patologia mammaria

SC
Cure Palliative

SC
Ematologia

SS Chirurgia a bassa
intensità senologica

SS
Terapia del dolore

SS
Radiologia Senologica

SS
Chirurgia Senologica

ASST di Mantova

SC
Oncologia Mantova

SC
Radioterapia Mantova

SC
Medicina Nucleare
Mantova

SC
Chirurgia senologica

SC Laboratorio
Anatomia Patologica
Mantova

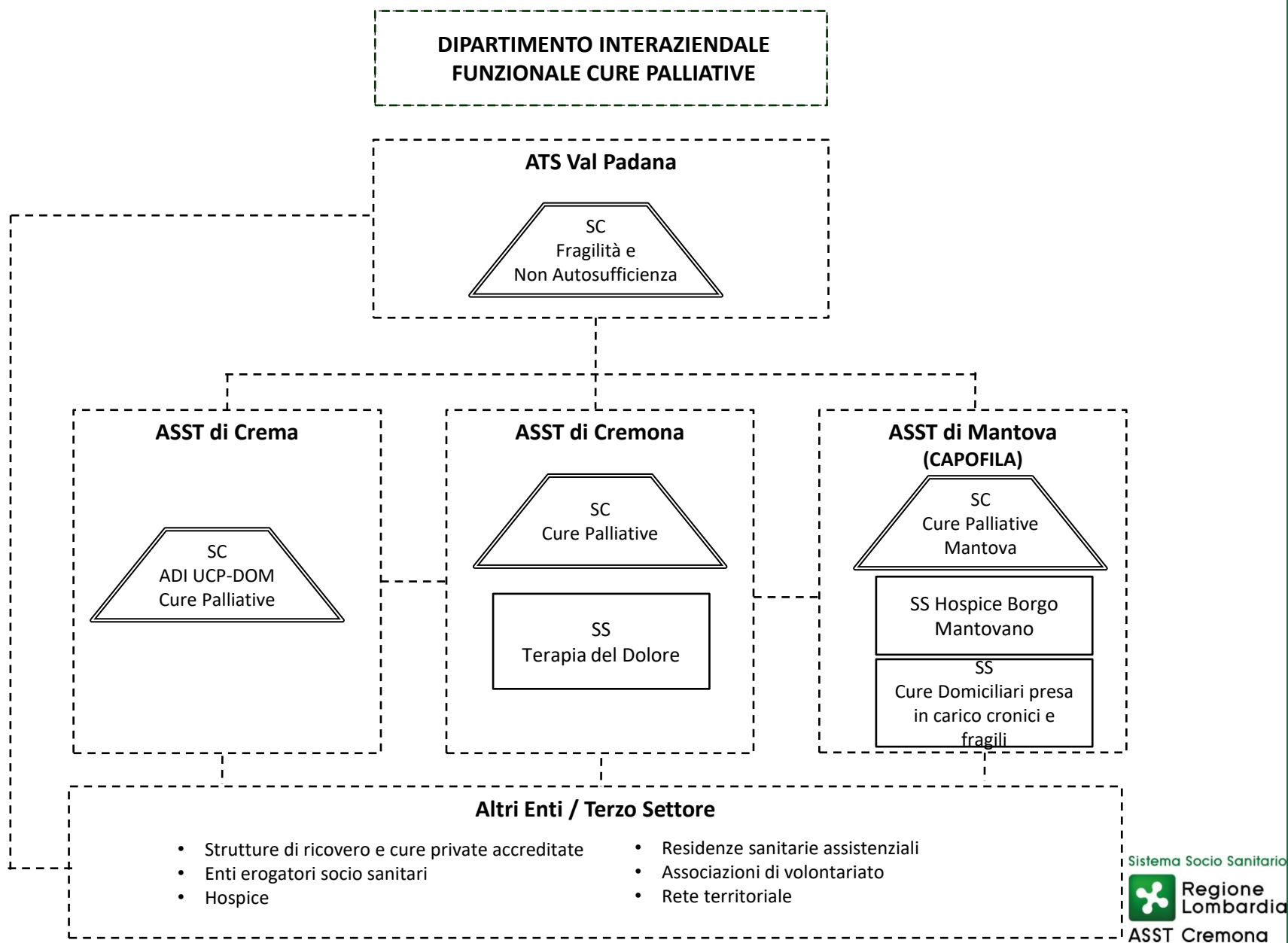
SS Attività di
Terapia del dolore

SC
Cure Palliative
Mantova

SS
Centro Mammografico

Altri Enti / Terzo Settore

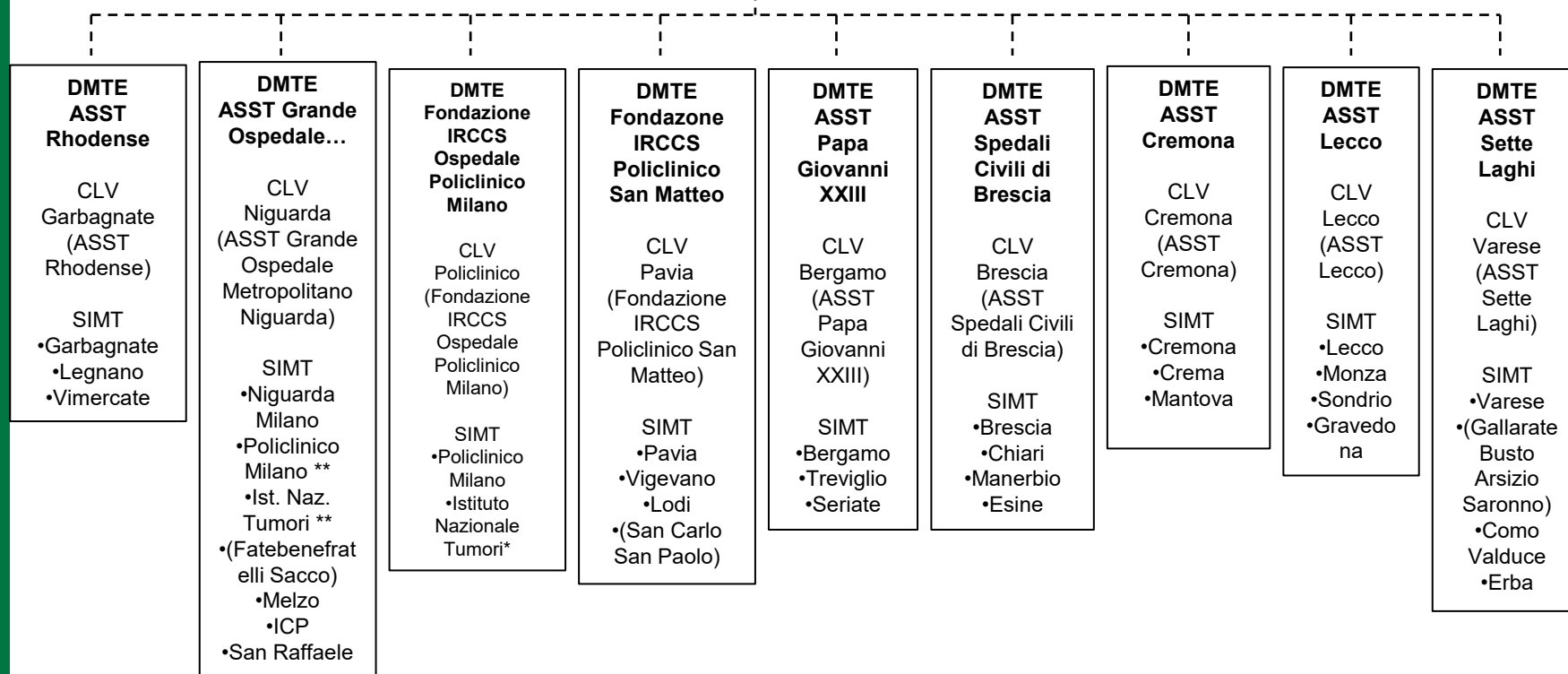
- Strutture di ricovero e cure private accreditate
- Enti erogatori socio sanitari
- Hospice
- Residenze sanitarie assistenziali
- Associazioni di volontariato
- Rete territoriale



IL DMTE/CLV DI CREMONA

AREU

SC SRC
(Struttura Regionale di Coordinamento)



DMTE = Dipartimento di Medicina Trasfusionale ed Ematologia

*= Lavorazione

**= Qualificazione Biologica

CLV = Centro di Lavorazione e Validazione

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia
ASST Cremona

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona

**POAS ASST CREMONA 2022-2024
FUNZIONIGRAMMA**

STAFF DIREZIONE GENERALE

SC DAPSS

La Mission della DAPSS è quella di garantire appropriate risposte alla persona, in relazione al suo stato di salute ed ai suoi bisogni sociosanitari favorendo ambiti d'integrazione e continuità assistenziale tra ospedale e territorio; a tal fine ha previsto nella propria organizzazione l'individuazione di figure ad hoc che operano trasversalmente per l'integrazione degli ambiti sopra richiamati.

Nel perseguire tali finalità il Direttore della DAPSS si adopera per assicurare l'ottimale impiego delle risorse disponibili, coerentemente alle scelte organizzative aziendali, nel rispetto della valorizzazione delle professioni sanitarie, distinte per aree disciplinari e si impegna ad assicurare, secondo criteri uniformi, modulati in base alle diverse esigenze organizzative, la programmazione, la definizione e l'erogazione dei percorsi tecnico-assistenziali attraverso l'impiego ottimale delle risorse disponibili.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
DIRETTORE GENERALE	Dipendenza gerarchica per quanto concerne: pianificazione organizzativo-strategica, partecipazione e condivisione processo di budget, processo di valutazione, formulazione di pareri e valutazioni in merito alle strategie Aziendali in materia di programmazione e riorganizzazione di attività/servizi.
DIRETTORE SANITARIO DIRETTORE AMMINISTRATIVO DIRETTORE SOCIO SANITARIO	Relazione funzionale: (condivisione obiettivi, collaborazione, consulenza) Collaborazione nell'individuazione e programmazione degli obiettivi assistenziali delle rispettive aree, collaborazione con la Direzione Amministrativa per garantire un corretto rapporto fra assistenza e tutte le attività clinico- assistenziali presenti nella struttura per la definizione degli obiettivi organizzativi comuni
SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane, SS Controllo di gestione, SC Gestione Acquisti, SC Medicina del Lavoro, SC Direzione Medica di presidio, SS Qualità e Rischio clinico, URP, soggetti esterni all'ASST / Università	Ulteriori relazioni funzionali

SS	POLO TERRITORIALE

Nella cornice della mission istituzionale della D.A.P.S.S., la SS Polo Territoriale supporta l'ASST nell'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali. Si adopera per: assicurare una efficiente, efficace ed appropriata gestione delle risorse assegnate attraverso l'uniforme applicazione delle procedure Aziendali e attraverso la massima integrazione tra le diverse strutture; curare la definizione degli standard di funzionamento in collaborazione con i livelli di responsabilità dei diversi servizi e in stretto raccordo con la DAPSS; collaborare con i diversi livelli di professionalità coinvolte, secondo le linee di indirizzo della DAPSS e della programmazione delle strutture e dei servizi di competenza per l'ambito territoriale, in stretta collaborazione con il Responsabile di Dipartimento e/o con i Direttori di U.O. /Servizi in relazione alle attività attribuite; concorrere alla valutazione del fabbisogno del personale di competenza nel rispetto delle linee di responsabilità; sovraintendere alla continuità del processo di erogazione delle attività dei servizi adoperandosi per garantire la dotazione appropriata e congrua di personale in relazione alla pianificazione delle attività, ai carichi di lavoro, ai modelli organizzativi e ai doveri normativi; sviluppare metodiche di analisi dei carichi di lavoro in linea con gli indirizzi del U.O.C. DAPSS; collaborare alla raccolta e trasmissione agli organismi preposti, dei flussi previsti dalla normativa di riferimento; partecipare al processo di budget per la parte di competenza specifica in supporto sia al Direttore U.O.C. DAPSS, sia al Direttore di Dipartimento con il quale definisce il budget di Dipartimento nel rispetto delle linee di responsabilità; promuovere lo sviluppo della qualità dell'assistenza infermieristica, riabilitativa/educativa e dell'accoglienza anche attraverso l'individuazione e/o il coordinamento dei gruppi di miglioramento e ricerca; assicurare l'aggiornamento tecnico-scientifico e la promozione culturale delle professioni sanitarie non mediche e di supporto assegnate, attraverso l'analisi dei bisogni formativi; proporre piani di formazione continua o di altre iniziative finalizzate al mantenimento ed allo sviluppo professionale avvalendosi del servizio di formazione aziendale e delle iniziative promosse da altri enti; promuovere la ricerca in campo infermieristico, riabilitativo/educativo in coerenza con gli indirizzi e finalità della U.O.C. DAPSS e con gli orientamenti e sviluppi nelle diverse aree; guidare il processo di valutazione e presiedere il nucleo di valutazione della propria area per il personale del comparto; collaborare alla programmazione del tirocinio clinico per gli studenti dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie dei diversi profili presenti nell'area; collaborare con gli altri Responsabili di Area al fine di garantire gli indispensabili livelli di integrazione, l'equilibrato utilizzo delle risorse assegnate, avvalendosi della flessibile collocazione delle risorse in ragione delle necessità contingenti e programmate (nel rispetto delle linee/regole Aziendali) proponendo i relativi livelli di priorità al Direttore U.O.C. DAPSS; facilitare e promuovere l'accesso al cittadino e la continuità nell'erogazione dei servizi, la collaborazione con le organizzazioni/enti presenti sul territorio; collaborare alla programmazione e monitoraggio dell'organizzazione e funzionamento delle attività di orientamento e di accesso ai servizi aziendali; promuovere in coerenza con quanto definito per l'ambito territoriale, la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi orientati alla presa in carico dell'utente, alla personalizzazione del processo ed all'integrazione tra i diversi professionisti. Ne cura la progettualità, l'implementazione, la valutazione e la condivisione con le diverse componenti professionali, metodologicamente ed operativamente di concerto con la DAPSS.

Relazioni organizzative e funzionali:

Il Dirigente delle professioni sanitarie del polo territoriale dipende dal Direttore del DAPSS, nei confronti del quale ha una dipendenza gerarchica per quanto concerne la pianificazione organizzativo-strategica, il processo di budget, il processo di valutazione e la formulazione di pareri e valutazioni in merito alle strategie Aziendali in materia di programmazione e riorganizzazione di attività/servizi. Ha, inoltre, una relazione funzionale con il Direttore Sociosanitario, i Direttori di Distretto e di Struttura Complessa del territorio, per garantire un corretto rapporto fra assistenza e tutte le attività clinico-assistenziali presenti e collabora nell'individuazione e nella programmazione degli obiettivi assistenziali delle aree dipartimentali del polo ospedaliero.

SS	POLO OSPEDALIERO

Nella cornice della mission istituzionale della DAPSS, la SS Polo Ospedaliero si adopera per: assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche; garantire alla persona la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitativa e sociale in relazione allo stato di salute ed alle condizioni (famiglia, ambiente, cultura, religione) che possono produrre una sua modificazione; garantire le attività tecnico sanitarie e riabilitative; garantire gli interventi di supporto assistenziale e di natura domestico-alberghiera al fine di rispondere alle necessità di accoglienza ed ospitalità della persona; assicurare il raggiungimento dei risultati qualitativi e quantitativi concordati con la Direzione Aziendale attraverso la programmazione, la direzione ed il coordinamento delle risorse umane, tecnico-strumentali ed economiche assegnate nonché alla loro valutazione; gestire le attività assistenziali, formative e di ricerca al fine di raggiungere la migliore qualità dell'assistenza anche attraverso la revisione dei processi organizzativi e la valutazione dei risultati.

In particolare, concorre al raggiungimento degli obiettivi delle strutture aziendali attraverso le seguenti azioni/attività: promuovere i processi e i percorsi di integrazione professionale; assicurare l'ottimizzazione allocativa delle risorse interne ai dipartimenti e garantire il processo di gestione con particolare riferimento agli aspetti di programmazione, selezione, inserimento e valutazione, allocazione, sviluppo professionale, sistema premiante e produttività, mobilità in applicazione ai regolamenti aziendali; garantire un impiego appropriato (rispetto alle necessità assistenziali e tecniche nonché alle indicazioni normative in materia di idoneità lavorativa e applicazione degli istituti contrattuali), flessibile (rispetto ai progetti dipartimentali, alle esigenze organizzative, alle emergenze e ai volumi di attività) e puntuale delle risorse umane all'interno del dipartimento elaborando proposte finalizzate alla razionalizzazione ed ottimizzazione nell'uso delle stesse; definire gli obiettivi e le priorità degli interventi formativi del personale collaborando attivamente nella stesura del programma formativo e sua relativa pianificazione, in collaborazione con i Responsabili del Settore Formazione, con i Direttori di Dipartimento, e con i Responsabili di Area (I.F.O.); promuovere la ricerca e la sperimentazione di modelli organizzativi innovativi orientati alla presa in carico dell'utente, alla personalizzazione del processo ed all'integrazione tra i diversi professionisti. Curarne la progettualità, l'implementazione, la valutazione e la condivisione metodologicamente ed operativamente con le diverse componenti professionali, di concerto con il Direttore di UOC, il Responsabile di Area di riferimento della DAPSS: promuovere il supporto nello sviluppo di nuovi modelli organizzativi ed assistenziali, valutare, sulla base degli obiettivi e degli indicatori predefiniti, l'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni erogate; favorire l'aggiornamento tecnico-scientifico e la promozione culturale delle professioni sanitarie non mediche e di supporto, attraverso l'analisi dei bisogni formativi e proposta di formazione continua finalizzata al mantenimento ed allo sviluppo professionale in collaborazione con il Responsabile della formazione; promuovere la sicurezza dei processi diagnostici; valutare il fabbisogno di risorse tecnologiche sanitarie; partecipare con i Direttori del Dipartimento dei Servizi e degli altri Dipartimenti alla stesura e verifica del Budget assegnato; collaborare alla definizione del fabbisogno di personale; partecipare al coordinamento e nella gestione integrata delle risorse afferenti ai dipartimenti, in rapporto ai bisogni assistenziali e riabilitativi ed ai volumi di attività da garantire.

Relazioni organizzative e funzionali:

Il Dirigente delle professioni sanitarie del polo ospedaliero dipende dal Direttore DAPSS, nei confronti del quale ha una dipendenza gerarchica per quanto concerne la pianificazione organizzativo-strategica, il processo di budget, il processo di valutazione e la formulazione di pareri e valutazioni in merito alle strategie Aziendali in materia di programmazione e riorganizzazione di attività/servizi; ha, inoltre, delle relazioni funzionali con il Direttore Sanitario, le Direzioni Mediche di presidio e i Direttori di Dipartimento con i quali collabora per l'individuazione e la programmazione degli obiettivi assistenziali delle aree dipartimentali del polo ospedaliero, al fine di garantire un corretto rapporto fra assistenza e tutte le attività clinico-assistenziali presenti nella struttura per la definizione degli obiettivi organizzativi comuni.

SC	NUOVO OSPEDALE

E' la struttura complessa dedicata allo sviluppo dell'obbiettivo strategico legato alla realizzazione del nuovo ospedale a Cremona, alla sua declinazione progettuale ed alla sua completa attuazione, curando in particolare l'organizzazione e l'integrazione del complesso delle attività direttamente ed indirettamente finalizzate, avvalendosi di risorse interne ed esterne. Governa le funzioni di stazione appaltante e svolge, nel caso, i compiti di responsabile unico del procedimento. Cura, in particolare, sempre secondo le indicazioni del Direttore Generale e della Direzione Strategica, la definizione delle linee programmatiche e di sviluppo meta-progettuale del nuovo complesso ospedaliero, inquadra l'investimento nel contesto ordinamentale di riferimento, delinea le fasi procedurali in cui si articola il processo di formazione del progetto, dispone gli opportuni strumenti di controllo e di monitoraggio del percorso in rapporto al cronoprogramma, si rapporta agli stakeholder ed agli enti comunque coinvolti, individua ed attiva gli strumenti partecipativi previsti dall'ordinamento, aziona gli istituti posti dal codice dei contratti pubblici e dalle vigenti normative a presidio dell'attività contrattuale dell'Azienda, attiva infine ogni iniziativa comunque finalizzata al raggiungimento del suddetto obiettivo strategico.

SC	SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

La valenza strategica dei Sistemi Informativi risiede nella gestione, ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse ICT. Garantisce l'apporto proprio ai processi di informatizzazione, di innovazione tecnologica, di omogeneizzazione e di standardizzazione delle informazioni. E' preposto alla cura e allo sviluppo del patrimonio informativo per favorire il miglioramento della gestione dei singoli servizi e l'ottimizzazione delle procedure organizzative.

Si occupa della gestione, progettazione e attuazione del sistema informativo aziendale idoneo alla gestione dell'azienda nelle sue molteplici funzioni, cliniche, amministrative, tecniche e di governo.

Ha un ruolo centrale nel coordinamento tra le esigenze informative della Regione Lombardia, con annesso sistema informativo socio sanitario (SISS) e lo sviluppo dei sistemi aziendali.

Progetta, gestisce ed implementa l'infrastruttura e la rete aziendale sia locale che geografica oltre ai sistemi di comunicazione, come la telefonia mobile e fissa che sempre più convergono su sistemi ICT.

Partecipa ai tavoli regionali per la programmazione e progettazione di sistemi informativi aziendali e interaziendali.

Progetta ed implementa ogni aspetto del ciclo di vita dei dati: raccolta, elaborazione, mantenimento e condivisione, garantendo livelli adeguati di sicurezza, protezione e privacy imposte dalle linee guida in essere come AGID, NIS, GDPR.

Assiste attivamente, anche direttamente, l'utenza della ASST ed identifica soluzioni tecnologiche al fine di minimizzare e facilitare il lavoro degli operatori.

Nell'ambito della propria sfera di competenza, possibile oggetto di evoluzione organizzativa nel breve/medio periodo, si occupa in particolare:

- della predisposizione degli strumenti necessari per la elaborazione e la gestione dei dati aziendali;
- dell'adeguamento costante del sistema informativo per il controllo di tutti i dati aziendali, finalizzati al soddisfacimento delle necessità informative interne ed esterne;
- della codifica uniforme delle informazioni e degli archivi di base, oltre alla predisposizione di criteri e procedure per l'acquisizione costante ed omogenea delle informazioni;
- della reingegnerizzazione dei processi aziendali e della definizione delle configurazioni trasversali ai vari software;
- della definizione di regole di implementazione e di sviluppo software, sia nelle modalità procedurali che operative, al fine di garantire la coerenza con quanto previsto dalle normative regionali;
- della predisposizione di cruscotti multidimensionali tematici, così da permettere alla direzione strategica un confronto diretto ed immediato sulle diverse linee produttive aziendali.

SS	SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - SPP

La SS Servizio di Prevenzione e Protezione dai rischi sui luoghi di lavoro, in staff al Direttore Generale, è costituita ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia prevenzione, protezione dai rischi professionali per i lavoratori, al fine di agire sul miglioramento possibile della sicurezza, della salute e del benessere psicofisico degli stessi e degli ambienti di lavoro. Esso svolge i compiti e le funzioni previsti dalla normativa vigente in materia e, in particolare, dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, con particolare riferimento all'articolo 33 del medesimo decreto legislativo, recante *"Compiti del servizio di prevenzione e protezione"*.

Il SS Prevenzione e Protezione aziendale ha specifiche relazioni funzionali con la SC Medicina del Lavoro, la SC Gestione Tecnico Patrimoniale, la DAPSS e le direzioni mediche di presidio.

Il SS Prevenzione e Protezione, inoltre, coadiuva la direzione aziendale affinché venga garantita l'organizzazione della gestione delle emergenze – fra le quali l'incendio – in applicazione del DM 19 marzo 2015.

Il SS Prevenzione e Protezione collabora con le direzioni mediche di presidio e con le strutture territoriali nella gestione degli aspetti ambientali e di gestione dei rifiuti pericolosi.

SS	AVVOCATURA

Cura la rappresentanza e la difesa in giudizio dell'Amministrazione in tutte le sedi di giustizia e provvede alla tutela legale dei diritti e degli interessi dell'Ente, anche attraverso le procedure di recupero dei crediti legati all'attività contrattuale aziendale. Gestisce il risarcimento dei danni da responsabilità medica e sanitaria in fase stragiudiziale e giudiziale nell'ambito della SIR (Self Insurance Retention) contrattualmente prevista e collabora con le compagnie di assicurazione nella gestione dei sinistri ultra SIR. Cura i risarcimenti attivi e passivi, dall'iniziale richiesta risarcitoria alla definizione della controversia. Svolge attività di media conciliazione ai sensi del decreto legislativo n. 28/2010 e mediazione dei conflitti avanti gli organismi competenti. Svolge attività di coordinamento del Comitato Valutazione Sinistri, in collaborazione con la SC di Medicina Legale e con la SS Qualità e Risk Management e gestisce tutte le attività propedeutiche e successive alle controversie oggetto di discussione (reiezione/liquidazione/denunce Corte dei Conti/comunicazioni varie operatori coinvolti). Fornisce ai settori/uffici aziendali ed agli staff dell'Azienda attività di supporto e consulenza legale per problematiche amministrative in generale. Si esprime in ordine all'eventuale affidamento di incarichi a legali esterni, quando questo si renda necessario o anche solo opportuno con riferimento alla complessità, alla specificità delle materie trattate o al livello della sede giurisdizionale, ovvero quando i giudizi si svolgono fuori dalla circoscrizione di competenza.

SS	PROMOZIONE E SUPPORTO DELLA RICERCA CLINICA

L'ASST di Cremona, attraverso la SS "Promozione e Supporto della Ricerca Clinica", in staff al Direttore Generale, intende ordinare innovativamente in seno all'Ente la funzione di ricerca, potenzialmente estesa a tutti gli ambiti di attività, anche alla luce di quanto stabilito dall'art. 17, comma 10, della legge regionale 33/2009, come modificato dalla legge di riforma sociosanitaria regionale n. 22/2021. La struttura sarà dedicata, in particolare, alla promozione ed alla raccolta fondi finalizzati alla ricerca sanitaria, anche con il coinvolgimento di associazioni e di enti del terzo settore; si occuperà della tenuta dei rapporti con gli sponsor e con gli enti promotori, pubblici e privati, nonché della valutazione dei progetti sperimentali, sia da un punto di vista scientifico, sia dal punto di vista del rapporto dei fattori produttivi e dei costi/ricavi e della valutazione dell'impatto organizzativo; coordinerà l'impiego delle risorse organizzative dedicate, con carattere di trasversalità, e la gestione delle risorse finanziarie in una logica di sistema.

La multidisciplinarietà e la centralità del ruolo della ricerca nell'ambito dell'ASST saranno assicurate mediante la previsione di un board scientifico, coordinato dal direttore Sanitario o da altro soggetto individuato dal Direttore Generale, col supporto organizzativo dell'unità organizzativa, aperto a competenze e professionalità esterne.

SS	COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE

L'UOS Comunicazione e relazioni esterne dell'ASST di Cremona comprende l'ufficio stampa e l'ufficio relazioni con il pubblico (URP). È un punto di osservazione privilegiato, un'antenna ricettiva (interna/esterna) rispetto ad aspettative, progetti, relazioni e accadimenti. **È uno spazio di ascolto, confronto e azione dentro l'ospedale, aperto al territorio e alla città.** Fra i compiti principali dell'UOS

Comunicazione e relazioni esterne - che negli ultimi anni ha assunto sempre più le caratteristiche di un laboratorio in progress - c'è quello di **creare relazioni**. Per questo la SS funge da punto di raccordo fra direzione strategica e operatori a tutti i livelli e degli esterni (mass-media, istituzioni, utenti e loro famigliari, associazioni di volontariato, ecc.).

L'UOS Comunicazione e relazioni esterne risponde alla Direzione Generale dell'ASST di Cremona e persegue l'attuazione del Piano di Comunicazione - adottato a cadenza annuale o biennale - in raccordo con la programmazione regionale e di territorio.

Alla base della pianificazione vi sono le regole di sistema inviate ogni anno da Regione Lombardia alle ASST e ATS. In questo contesto, l'attività di informazione e comunicazione è fattore prioritario attraverso il quale garantire ai cittadini – anche in ottica di *empowerment* dell'utenza - piena e corretta conoscenza dei servizi sanitari e sociosanitari disponibili. Non solo. Fondamentale è esprimere, attraverso la comunicazione aziendale, l'identità unitaria del Sistema Sanitario Regionale, migliorandone la riconoscibilità all'esterno attraverso il sistema dell'immagine coordinata, così che i messaggi diffusi siano univoci ed uniformi su tutto il territorio regionale.

Si inseriscono in questo ambito le attività di ascolto e *problem solving* svolte dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) che attraverso il monitoraggio continuo della domanda degli utenti, la rilevazione sistematica dei bisogni e del livello di soddisfazione per i servizi erogati, contribuiscono a favorire la semplificazione del linguaggio e l'aggiornamento delle modalità con cui l'Azienda si propone all'utenza.

La SS Comunicazione segue la comunicazione istituzionale (interna/esterna): il compito dell'area comunicazione è quello di raccogliere, costruire e diffondere le informazioni che riguardano l'attività dell'ASST di Cremona sia verso gli utenti esterni (cittadini, altri professionisti) che interni (dipendenti). L'Ufficio stampa attua l'attività di comunicazione sia attraverso i media (carta stampata, radio, televisioni, internet, video produzioni) sia mediante l'organizzazione di giornate di prevenzione a tema aperte al pubblico (open-day, consulenze e visite gratuite), al fine di rendere il dialogo con gli utenti sempre più dinamico e interattivo. Nello specifico si occupa di:

- coordinare le attività di comunicazione interna ed esterna, collabora con i media, costruisce relazioni intra-istituzionali territoriali, contribuisce a rafforzare e promuovere l'immagine aziendale a diversi livelli;
- garantire la tempestività di divulgazione delle notizie (comunicati stampa, conferenze stampa, trasmissioni radiofoniche e televisive, video produzioni, ecc.); segnala gli interlocutori più idonei per interviste e opinioni specialistiche, cura rubriche periodiche in collaborazione con i media locali.

Attraverso la collaborazione con i media, la SS Comunicazione contribuisce a rafforzare e promuovere l'immagine aziendale a diversi livelli. Questo accade attraverso la tempestività di divulgazione delle notizie e la segnalazione degli interlocutori più idonei per interviste e opinioni specialistiche, e nella cura di rubriche periodiche in collaborazione con i media locali.

Nel mantenere e creare nuove relazioni interistituzionali territoriali la SS Comunicazione intende consolidare ed innovare il sistema del partenariato quale modello di *governance*. Nel riconoscere dell'importanza e la reciprocità dei diversi livelli di governo e dei differenti ruoli, si intende favorire il coinvolgimento di tutti gli attori della società nel processo di progettazione e attuazione delle politiche di promozione della salute.

L'attività di comunicazione e informazione si svolge anche online attraverso l'impiego di diversi strumenti: Sito internet, Social media, Intranet aziendale.

La SS Comunicazione si occupa, inoltre, della [Customer Satisfaction](#), importante strumento di ascolto dei cittadini che permette agli operatori di individuare i punti critici dell'organizzazione e di conseguenza indirizzare sforzi e energie per la progettazione di azioni di miglioramento.

Presso gli Ospedali di Cremona e Oglio Po in tutti i reparti di degenza e negli ambulatori sono disponibili i questionari che misurano il grado di soddisfazione da compilare in modo anonimo. La raccolta avviene mediante le apposite cassette affisse nei corridoi.

La SS Comunicazione gestisce le procedure di concessione patrocini e i reclami/encomi che pervengono all'URP, nonché l'adozione e l'aggiornamento della carta dei servizi

La SS Comunicazione e relazioni esterne si occupa anche di promuovere iniziative e progetti di fundraising tesi a coinvolgere i diversi stakeholder (cittadini, utenti, istituzioni, associazioni di volontariato, fornitori, imprese, ecc.) nel sostegno delle strutture dell'ASST di Cremona in tema di innovazione e sviluppo. Ciò accade in coerenza con i valori aziendali.

SS	CONTROLLO DI GESTIONE

Il Controllo di Gestione supporta il processo decisionale della Direzione Strategica attraverso la raccolta, la valutazione e l'organizzazione di dati e di informazioni atti a definire le strategie e a prevedere le occorrenti risorse organizzative, con lo scopo di supportare la gestione aziendale verso il conseguimento degli obiettivi pianificati anche di carattere economico, evidenziando gli scostamenti (per attuare le opportune azioni correttive/miglioramento) e valutare i risultati di gestione raggiunti.

Il Controllo di Gestione implementa il percorso del budget in tutte le sue fasi (definizione obiettivi, negoziazione, monitoraggio, valutazione).

Si occupa della gestione dell'intero processo di valutazione individuale della dirigenza (definizione obiettivi individuali, predisposizione schede di valutazione e valutazione ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato).

Gestisce il sistema di contabilità analitica e garantisce il debito informativo ad esso attinente (flusso Co.An, modello LA, modello CP, Osservatorio Servizi).

Effettua l'attività di monitoraggio degli obiettivi di mandato, obiettivi ATS e Risorse Aggiuntive Regionali.

Garantisce il debito informativo relativo al controllo di gestione verso enti esterni (Regione e ATS).

Si occupa dell'elaborazione dei documenti programmatori relativi al ciclo della *performance* aziendale come da decreto legislativo n. 150/09.

Nell'ambito della propria sfera di competenza, possibile oggetto di evoluzione organizzativa nel breve/medio periodo, si occupa in particolare:

- della predisposizione degli strumenti necessari per la elaborazione e la gestione dei dati aziendali;
- della codifica uniforme delle informazioni e degli archivi di base, oltre alla predisposizione di criteri e procedure per l'acquisizione costante ed omogenea delle informazioni;
- della predisposizione di cruscotti multidimensionali tematici, così da permettere alla direzione strategica un confronto diretto ed immediato sulle diverse linee produttive aziendali.

SS	QUALITA' E RISK MANAGEMENT

Costituisce nei confronti e a supporto della Direzione Strategica e delle strutture aziendali il riferimento per il sistema e le procedure di qualità; promuove e coordina le attività volte alla gestione e al miglioramento continuo della Qualità dei servizi aziendali; cura e organizza la formazione e l'aggiornamento nel campo della Qualità; supporta la Direzione Strategica nella definizione delle politiche della Qualità e nella predisposizione del Piano Qualità dell'Azienda PIMO. Elabora il piano annuale di Risk Management. Partecipa ai Network regionali bimensili. Effettua gli audit clinici richiesti dagli operatori. Svolge il controllo dei requisiti di accreditamento ed elabora le istanze di accreditamento. La struttura, in staff al Direttore Generale, è espressione della centralità che l'azione di governo dei processi clinici intende dare ai temi della sicurezza del paziente; questa si dovrà tradurre in programmi di prevenzione, monitoraggio, adeguamento tecnologico e sensibilizzazione e formazione degli operatori.

SS	GESTIONE OPERATIVA – NEXTGENERATIONEU

La Gestione Operativa ha il compito di affiancare la Direzione Strategica nella pianificazione e relativa declinazione alle Unità Operative. Le funzioni principali riguardano la programmazione degli asset produttivi ospedalieri (sale operatorie, degenze, PS e ambulatori) e territoriali (ambulatori e degenze), l'ottimizzazione dei percorsi dei pazienti tra i diversi setting assistenziali e la promozione e coordinamento aziendale di progetti di miglioramento organizzativo nell'ottica della clinical governance. Nell'ambito del programma *NextGenerationEu*, coordina ed effettua il monitoraggio dei progetti innovativi e degli interventi PNRR. Compito della Gestione Operativa è anche quello di pianificare in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia con la D.A.P.S.S., con la Direzione Medica di Presidio, le strutture territoriali e quelle amministrative e col supporto della SS Controllo di Gestione. I benefici attesi dai servizi e dagli strumenti che favoriscono un migliore accesso ed una più ampia condivisione delle informazioni, oltre che una più evoluta e migliore interazione tra i diversi attori del sistema sanitario, siano essi pazienti, medici, operatori, strutture oppure altri soggetti interessati provenienti da settori diversi attengono sostanzialmente all'incremento dell'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici adottati, ovvero degli esiti, anche in termini di riduzione degli errori clinici. Inoltre, possono indurre un guadagno di

efficienza con conseguente ottimizzazione dei servizi resi, un miglioramento della gestione del paziente, in loco, a distanza e/o in mobilità. Tale struttura ha dipendenza gerarchica dal Direttore Generale e collabora con la Direzione Sanitaria e Sociosanitaria per attività di supporto, pianificazione e controllo dei processi e relativi esiti.

Nell'ambito della propria sfera di competenza, possibile oggetto di evoluzione organizzativa nel breve/medio periodo, si occupa in particolare:

- della predisposizione degli strumenti necessari per la elaborazione e la gestione dei dati aziendali;
- della codifica uniforme delle informazioni e degli archivi di base, oltre alla predisposizione di criteri e procedure per l'acquisizione costante ed omogenea delle informazioni;
- della predisposizione di cruscotti multidimensionali tematici, così da permettere alla direzione strategica un confronto diretto ed immediato sulle diverse linee produttive aziendali.

FUNZIONE	RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI - DPO

Viene designato dal Direttore Generale in ragione delle qualità professionali e della conoscenza specialistica della normativa e della prassi in materia di protezione dei dati. Svolge il compito di vigilare sull'osservanza in Azienda della normativa inerente la protezione dei dati con particolare riferimento al rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (G.D.P.R), nonché presta attività consulenziale in materia.

La funzione di R.P.D. è in staff al Direttore Generale.

FUNZIONE	RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA - RPCT

Il RPCT aziendale svolge i compiti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190. I compiti del RPCT sono, inoltre, declinati nella delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 recante "Parere sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e nel PNA 2019.

In particolare, il RPCT:

- predispone, in via esclusiva, e verifica l'efficace attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT);
- coordina il processo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte della amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- svolge i compiti attribuitigli dal decreto legislativo n.33 del 2013 sull'esercizio dell'accesso civico semplice e generalizzato;
- svolge all'interno dell'organizzazione aziendale un ruolo di garanzia sul rispetto del decreto legislativo n. 39/2013 in materia di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi amministrativi,
- cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento dell'ASST;
- ai sensi dell'art.54 bis del decreto legislativo n. 165/2001, riceve, prende in carico e pone in essere gli atti necessari ad una prima attività di verifica e di analisi delle segnalazioni del dipendente;
- pubblica, entro il 15 dicembre di ogni anno o comunque nei tempi indicati da ANAC, sul sito web dell'ASST la relazione recante i risultati dell'attività svolta.

Il RPCT partecipa attivamente ai network regionali, facendosi garante di un costante raccordo istituzionale in un'ottica di razionalizzazione dei sistemi di coordinamento delle figure di controllo.

Il RPCT presiede il comitato aziendale di coordinamento dei controlli

FUNZIONE	INTERNAL AUDITING

La funzione di *Internal Audit* (IA) è la funzione aziendale che presidia e monitora le componenti del sistema di controllo interno, al fine di valutare l'efficacia dei sistemi in essere ed implementare soluzioni correttive volte ad una maggiore affidabilità e completezza delle funzioni di controllo. Si pone come controllo di terzo livello, presidiando i controlli tipici delle funzioni aziendali di secondo livello (controllo di gestione, risk management, accreditamento, qualità, ecc.) e quelli legali alla responsabilità dirigenziale (primo livello).

La mission dell'*Internal Auditing* è quella di assistere l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso un approccio sistematico orientato a valutare e migliorare i processi di controllo di gestione dei rischi indentificandoli, mitigandoli e monitorandoli. L'*Internal Auditing* fornisce analisi,

valutazioni, raccomandazioni e piani di miglioramento organizzativi in relazione alle attività esaminate.

L'ASST di Cremona si è dotata di un regolamento inerente la funzione di *Internal Auditing* ed annualmente definisce il piano di attività di IA e ne attua gli obiettivi, in coordinamento con la struttura di Audit regionale. La funzione è svolta dalla SC Affari Generali e Legali, in stretta collaborazione e raccordo con le altre strutture aziendali, in relazione agli argomenti trattati ed alle competenze richieste nei singoli audit che vengono svolti.

FUNZIONE	UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - URP

La soddisfazione del cittadino che usufruisce dei servizi offerti dall'Azienda è l'obiettivo che ciascun operatore deve perseguire nell'attività quotidiana. Le segnalazioni (reclami, elogi) sono da considerarsi strumenti utili ed indispensabili per migliorare la qualità delle prestazioni offerte e misurare le aree critiche nell'ambito professionale, relazionale ed organizzativo.

L'URP ha dunque il compito di:

- informare l'utenza sulle attività e sulle modalità di accesso ai servizi dell'Azienda Ospedaliera;
- curare l'accoglienza e l'ascolto dell'utente al fine di favorire e facilitare la risoluzione immediata ove possibile dei problemi posti sia sanitari sia burocratici;
- ricevere e dare seguito ai reclami e agli elogi secondo le modalità previste dalla gestione reclami - elogi;
- gestire il calendario presenze nell'info-point atrio ospedale.

La gestione delle [segnalazioni](#) (reclami, elogi) rappresenta uno strumento di contatto e relazione con l'utente che nel manifestare il suo disagio diventa parte attiva del cambiamento organizzativo dell'Azienda. L'URP ha il compito di ricevere e dare seguito a reclami ed elogi secondo le modalità previste nella specifica procedura (P DG01 002 Rev. 08).

L'attività di questa area è funzionale anche alla programmazione delle iniziative di comunicazione e di formazione e alla formulazione di proposte di adeguamento organizzativo procedurale e operativo.

FUNZIONE	MEDICO COMPETENTE E SORVEGLIANZA SANITARIA DEL PERSONALE

I medici competenti, incaricati dal Direttore Generale con apposito decreto, previa verifica del possesso dei requisiti previsti nell'articolo 38 del decreto legislativo n. 81/2008, svolgono le attività contenute negli articoli 25 e 40 del medesimo decreto legislativo. Il medico competente coordinatore è stato individuato nella figura del Direttore dell'UO di Medicina del Lavoro.

FUNZIONE	FUNZIONI DI CULTO

Funzione in staff al Direttore Generale, mediante la quale viene garantito ai pazienti ricoverati nelle strutture dell'ASST di Cremona di ricevere assistenza religiosa su richiesta propria o dei parenti/caregiver ovvero durante il servizio di visita periodica da parte dei ministri di culto, mettendo a disposizione "idonei locali" per l'esercizio della libertà religiosa e per l'adempimento delle pratiche di culto. Il ministro di culto o il rappresentante della comunità religiosa assicura un'assistenza morale su base volontaria e chi garantisce il servizio deve essere chiaramente identificabile. L'accesso alle strutture aziendali viene autorizzato dalla direzione generale ed effettuato nel rispetto delle regole stabilite dalla direzione medica di presidio ospedaliero e della struttura ove il paziente è ricoverato.

DIPARTIMENTO FUNZIONALE	INNOVAZIONE, SOSTENIBILITA' E AREE DI SVILUPPO STRATEGICO

E' una struttura dipartimentale finalizzata al perseguimento dell'obiettivo strategico costituito dalla realizzazione del nuovo ospedale, secondo le fasi ed i tempi individuati nei documenti programmatici, attraverso l'utilizzo delle risorse ad essa affidate e con il concorso delle strutture e degli organi aziendali di volta in volta funzionalmente coinvolti per competenza. Il Dipartimento, si fa carico, altresì, dello sviluppo di altre aree di sviluppo di lungo respiro individuate dall'ASST, ad elevata innovazione tecnologica e digitale.

Il dipartimento per il Nuovo Ospedale opera, in staff alla Direzione Generale, secondo le modalità proprie del dipartimento funzionale compendiando e coordinando, nel perseguimento dell'obiettivo ad esso affidato, le strutture aziendali le quali, ferme l'afferenza, la propria autonomia e responsabilità, nel contempo riconoscono la reciproca interdipendenza in funzione del raggiungimento del suddetto comune obiettivo. Compete, pertanto, al Direttore del Dipartimento funzionale l'individuazione ed il coinvolgimento delle strutture e delle professionalità interne ed esterne all'ASST di Cremona il cui contributo sia ritenuto necessario o comunque utile al compimento del proprio mandato ed al perfezionamento delle procedure ed in generale di ogni azione orientata al raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento stesso.

STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA

SC AFFARI GENERALI E LEGALI

L'uniformità dei processi amministrativi aziendali, il coordinamento organizzativo, la cura dell'attività regolamentare e l'efficienza dell'attività amministrativa integrata ospedale – territorio rappresentano gli obiettivi prioritari della struttura per concorrere efficacemente alla mission aziendale. La SC complessa Affari Generali e Legali supporta la Direzione Strategica nelle attività istituzionali proprie. E' staff del Direttore Amministrativo ed è deputata alla trattazione degli affari generali e degli adempimenti organizzativi di interesse dell'Azienda nel suo complesso nelle materie di norma non assegnate specificatamente ad altre strutture e servizi. La struttura presidia l'iter procedurale di formazione e pubblicazione dei decreti direttoriali e dei provvedimenti determinativi dirigenziali, supporta, attraverso l'esame della normativa e la promozione della relativa conoscenza, le strutture aziendali sotto il profilo giuridico amministrativo; garantisce la gestione documentale nel rispetto delle regole tecnico normative in essere, gestendo, altresì, tutti i processi afferenti al protocollo ed alla tenuta degli archivi aziendali ed alla conservazione analogica e digitale dei documenti prodotti dall'ente. Rientra nella responsabilità della Struttura la gestione dei processi di tutela del patrimonio, tra cui l'accettazione di lasciti testamentari, donazioni e liberalità in genere, i contratti di comodato d'uso di beni mobili ed immobili ed i contratti di locazione attiva e passiva. Cura le collaborazioni e gli accordi quadro con le istituzioni sanitarie e non e gli enti del terzo settore. In collaborazione con altre strutture aziendali, supporta la direzione aziendale nella gestione del contratto di concessione per la costruzione e gestione del polo sanitario di Soresina e nella gestione della sperimentazione pubblico privato insistente presso il medesimo polo sanitario. In collaborazione con la SC Accoglienza- CUP Aziendali e la SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità, si occupa del recupero crediti delle prestazioni sanitarie, anche mediante la gestione della messa a ruolo affidata all'Agenzia delle Entrate – Riscossione crediti. Segue la collaborazione con l'UEPE per l'attivazione delle posizioni relative ai lavori di pubblica utilità. Gestisce l'iter istruttorio connesso alle proposte di partecipazione sponsorizzata ad eventi formativi rivolte ai dipendenti dell'ASST. In collaborazione con la SS Avvocatura, gestisce l'affidamento degli incarichi di rappresentanza e tutela dell'Azienda a legali esterni e ne cura i diversi aspetti correlati allo svolgimento dell'incarico, lasciando, di norma, la trattazione del merito alle strutture ed ai servizi coinvolti. Inoltre, supporta le attività di segreteria degli organi ed organismi collegiali dell'Azienda: Collegio Sindacale, Collegio di Direzione, Nucleo di Valutazione, Consiglio dei Sanitari. Svolge, inoltre, la funzione di *internal audit*, nell'ambito del sistema dei controlli interni. Coordina, attua e monitora, in collaborazione con il DPO aziendale, le attività inerenti l'attuazione del sistema di tutela della riservatezza e della protezione dei dati personali previsto dal Regolamento europeo GDPR 679/2016 e successiva normativa.

SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE

In un'Azienda di erogazione di servizi alla persona, le risorse umane rappresentano il fattore strategico per eccellenza nella gestione delle attività d'istituto. La politica del personale è pertanto uno degli aspetti più qualificanti dell'azione di governo della Direzione Strategica Aziendale in costante rapporto con i diversi livelli programmatori e gli atti di indirizzo regionali. La pianificazione dei fabbisogni è finalizzata all'appropriata definizione dell'organizzazione aziendale, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse economiche assegnate in corrispondenza agli obiettivi strategici. Alla struttura è affidata l'attuazione degli indirizzi gestionali espressi dalla Direzione Aziendale, quale struttura di pianificazione, di reclutamento, di amministrazione, di sviluppo di carriera del personale

dipendente. Compete, pertanto, alla struttura la gestione e l'amministrazione delle risorse umane, intesa come modalità di gestione che deve generare comportamenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi aziendali istituzionali e strategici, secondo criteri di efficienza ed economicità. La politica del personale è quindi volta ad assicurare all'azienda la disponibilità quali-quantitativa di risorse necessarie alla realizzazione dei compiti istituzionali in linea con le evoluzioni normative e contrattuali e nel rispetto dei vincoli di bilancio. Compete infatti all'UOC, in tale ottica, la gestione dei processi relativi alla pianificazione e programmazione delle risorse, il reclutamento delle stesse, attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti e le tipologie contrattuali ritenute più opportune (contratti di lavoro dipendente a tempo indeterminato, determinato, contratti libero professionali, rapporti di lavoro interinale, specialisti ambulatoriali), l'assunzione, la valutazione delle posizioni (gestione del sistema degli incarichi dirigenziali e dei processi di progressione e mobilità orizzontale e verticale dei dipendenti del comparto), la valutazione delle prestazioni, oltre alla gestione amministrativa in senso stretto sotto il profilo giuridico, economico, previdenziale e fiscale delle risorse umane, compreso il supporto all'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

Nei processi di propria competenza la struttura svolge un ruolo primario di interfaccia tra l'Azienda ed i dipendenti e supporta i responsabili gestionali nel ruolo di governo delle risorse umane a loro assegnate.

Le relazioni sindacali costituiscono per ASST Cremona uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana; la struttura supporta all'interno della delegazione trattante il governo del rapporto con le OO.SS. e la rappresentanza sindacale unitaria, e ne cura le relazioni.

SS	FORMAZIONE

Parimenti strategica è la costante azione di formazione del personale (formazione permanente, dossier formativo, ecc.), il cui piano aziendale viene definito sulla base di una capillare mappatura dei fabbisogni, oltre che in ottemperanza a specifici input regionali in linea con obiettivi e regole di sistema.

Una formazione consapevole di dimensioni non solo specialistiche, ma anche relazionali, gestionali e manageriali, orientata alla valorizzazione dei ruoli e delle esperienze sostiene le fasi della pianificazione strategica ed accompagna lo sviluppo delle competenze dei professionisti. L'Azienda infatti orienta la formazione dei propri operatori per l'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità in modo che i loro comportamenti consentano miglioramenti degli outcome.

L'UOS Formazione governa i processi formativi, dalla rilevazione dei fabbisogni alla erogazione della formazione ai professionisti, con lo scopo di: favorire l'acquisizione di tecnologie innovative e competenze tecnico professionali; implementare competenze relazionali e comunicative anche con riferimento alla presa in carico che richiede una forte integrazione tra operatori di diversi ambiti.

DIPARTIMENTO GESTIONALE	TECNICO AMMINISTRATIVO

Il Dipartimento Tecnico-Amministrativo è una struttura organizzativa a carattere gestionale in line alla Direzione Amministrativa aziendale, di cui costituisce strumento operativo per il raggiungimento degli obiettivi aziendali attraverso il coordinamento e l'integrazione di risorse, competenze e funzioni delle strutture che lo compongono, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità gestionale dei dirigenti preposti a ciascuna.

Le strutture afferenti il Dipartimento sono:

- SC Gestione Acquisti;
- SC Gestione Tecnico Patrimoniale;
- SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità;
- SC Area Accoglienza-CUP.

In particolare, il Dipartimento indirizzerà la propria azione al fine di:

- ottimizzare l'attività di supporto e servizio alle strutture sanitarie e sociosanitarie del polo ospedaliero e del polo territoriale, in una logica di proficua ed efficace collaborazione;
- coordinare i processi tecnico-amministrativi trasversali che richiedono un approccio multidisciplinare e una particolare attenzione programmatica e gestionale, valorizzando ruolo e competenze di ogni attore coinvolto;

- supportare lo sviluppo della capacità di progettazione di soluzioni tecniche ed organizzative innovative che sfruttino le possibilità offerte dalla tecnologia, ma che promuovano anche flessibilità e propensione al cambiamento;
- rilevare puntualmente il fabbisogno formativo di dirigenti e operatori e la soddisfazione di tali necessità in maniera organica ed efficace, promuovendo e sostenendo lo sviluppo delle competenze tecniche, digitali e manageriali delle risorse umane assegnate a garanzia del raggiungimento di obiettivi istituzionali, (quali la qualificazione dell'azienda quale stazione appaltante), ma anche del livello qualitativo dell'azione amministrativa in linea con la Missione 6 del PNRR, nonché della soddisfazione personale delle risorse;
- svolgere attività di indirizzo e condivisione delle novità normative di settore, a tutela della legittimità ed efficacia d'azione, nonché del rispetto della normativa in tema di trasparenza ed anticorruzione;
- supportare lo sviluppo e il miglioramento dei processi di effettiva e puntuale verifica sulla corretta esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi e di lavori, mediante opportuna segregazione delle funzioni tipiche del processo di approvvigionamento, il monitoraggio continuo delle prestazioni, l'elaborazione ed applicazione di sistemi di rilevazione di risultato e soddisfazione, in collaborazione con i diversi RUP e DEC;
- assicurare la gestione operativa ed il monitoraggio del budget gestito, rilevando e segnalando informazioni utili al controllo dell'equilibrio economico aziendale;
- coordinare la gestione dei finanziamenti, del piano investimenti e monitorarne la realizzazione nel rispetto di destinazioni e tempistiche di realizzazione;
- curare la programmazione degli acquisti in collaborazione con le strutture tecniche e sanitarie non afferenti al Dipartimento;
- promuovere nuove prassi, condividere know-how, stimolare la propensione al *problem solving*, assicurare piena fruibilità dei gestionali aziendali e delle piattaforme informatiche a disposizione, in un'ottica di ottimale utilizzo delle risorse strumentali e di progressiva dematerializzazione dei processi;
- supportare, attraverso la condivisione di processi innovativi di accoglienza volti al miglioramento costante dei servizi amministrativi destinati all'utenza e della loro accessibilità in tutti gli ambiti di erogazione del Polo Ospedaliero e del Polo Territoriale.

SC	GESTIONE ACQUISTI

La struttura complessa Gestione Acquisti garantisce l'approvvigionamento di beni e servizi necessari all'espletamento dell'attività sanitaria e sociosanitaria aziendale mediante la programmazione degli acquisti e la gestione della logistica aziendale.

In particolare:

- gestisce l'intero processo di approvvigionamento, partecipando alla individuazione dei fabbisogni, curando l'espletamento delle più adeguate procedure di scelta del contraente, provvedendo alla stipula dei contratti, alla codifica dei prodotti, all'emissione degli ordinativi, alla liquidazione delle fatture nonché alla ricezione, stoccaggio e distribuzione delle merci;
- garantisce il rispetto della normativa di settore in particolare in tema di aggregazione della domanda a vari livelli: centralizzazione nazionale CONSIP, regionale ARIA, consorile AIPEL;
- cura la predisposizione della documentazione di gara, collaborando con le altre strutture tecniche e sanitarie aziendali per la corretta definizione dei fabbisogni in ottica di omogeneizzazione di utilizzo e di uso razionale delle risorse a disposizione, anche attraverso continua attività di benchmarking;
- è responsabile dell'inventario dei beni mobili anche attraverso rilevazioni fisiche periodiche;
- gestisce i magazzini aziendali di beni sanitari ed economici e la relativa logistica interna;
- collabora alla definizione del budget aziendale per beni e servizi e al monitoraggio dell'andamento della spesa, supportando la contabilità analitica con analisi periodiche dei dati di consumo;
- nomina i Direttori dell'Esecuzione del Contratto, quali specialisti dotati delle competenze e professionalità necessarie alla corretta conduzione contrattuale, supportandoli nella attività di verifica della qualità, tempestività e coerenza delle attività svolte anche attivando, ove necessario, le adeguate misure correttive; in particolare partecipa stabilmente alla gestione dei

principali servizi aziendali sia esternalizzati sia a gestione diretta (lavanolo, ristorazione e buoni pasto , pulizie, rifiuti, trasposti interni ecc.);

- collabora con l'Avvocatura aziendale e/o con i professionisti esterni alla gestione del contenzioso relativo alle procedure di scelta del contraente e alla fase di esecuzione del contratto;
- assolve il debito informativo nei confronti di Regione Lombardia e di tutti gli altri enti pubblici, garantisce l'invio dei flussi periodici di rendicontazione di consumi e contratti, coordina la raccolta e pubblicazione delle informazioni in tema di anticorruzione e trasparenza;
- cura la formazione continua dei propri collaboratori e delle figure a vario titolo coinvolte nel processo di approvvigionamento, in particolare dei Direttori dell'Esecuzione del Contratto, anche al fine del soddisfacimento dei criteri per la qualificazione dell'azienda quale stazione appaltante;
- si adopera per il mantenimento della Certificazione di Qualità UNI.EN.ISO 9001-2015.

Il Direttore della struttura ricopre, di norma, il ruolo di Responsabile Unico del Procedimento ai sensi dell'art 31 del Decreto Legislativo n.50/2016, è nominato Responsabile Anagrafe Stazioni Appaltante per l'ASST di Cremona ed è referente aziendale per le relazioni con ARIA SpA, nonché componente della Commissione Aziendale Dispositivi Medici per l'analisi delle richieste di introduzione di nuovi device e sistemi.

SC	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

La Struttura fornisce supporto tecnico alla Direzione nella definizione del Piano degli Investimenti con specifico riguardo al Piano Triennale dei Lavori Pubblici in coerenza con la cornice programmatica regionale per il perseguimento delle finalità indicate nelle linee di indirizzo regionali e di quelle volte ad un razionale ed efficiente utilizzo delle infrastrutture dedicate alle attività istituzionali.

Le attività gestionali, espletate nel quadro ordinamentale e disciplinare di riferimento, contemplano, in sintesi:

- ✓ l'adozione delle iniziative, degli atti e dei provvedimenti volti a dare tempestiva attuazione agli investimenti programmati; l'assunzione delle funzioni di Responsabile Unico del Procedimento degli interventi di sviluppo infrastrutturale ed il coordinamento delle figure e delle professionalità, anche esterne al proprio organico tecnico, coinvolte nei procedimenti di progettazione, realizzazione, collaudo e messa in esercizio;
- ✓ l'esperimento, in ottemperanza al quadro normativo vigente, delle procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi tecnici, servizi manutentivi e, in genere, delle forniture necessarie al perseguimento degli obiettivi assegnati o all'assolvimento dei propri compiti istituzionali;
- ✓ l'attivazione ed il coordinamento degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria necessari mantenimento in efficienza del patrimonio immobiliare disponibile e strumentale;
- ✓ la gestione delle risorse finanziarie stanziata dagli Enti sovraordinati a beneficio dell'Azienda per la realizzazione degli interventi di sviluppo infrastrutturale;
- ✓ le attività di monitoraggio e di rendicontazione nonché l'assolvimento dei debiti informativi verso le Autorità e gli Organismi tutori.;
- ✓ l'acquisizione, prioritariamente mediante l'accesso agli strumenti contrattuali resi disponibili dalle centrali di committenza, dei beni e dei servizi, quali l'attivazione o la voltura di utenze, necessari per la conduzione dei beni strumentali.

Alla SC Gestione Tecnico Patrimoniale competono le attività di gestione e manutenzione del parco automezzi aziendale, l'attivazione e la gestione degli strumenti e dei servizi per il controllo degli accessi, per la vigilanza nei presidi istituzionali, per il corretto utilizzo delle reti viabilistiche e delle aree di parcheggio al servizio degli stessi.

Compete alla Struttura la fornitura, l'installazione, l'attivazione, la gestione ed il controllo, anche mediante l'accesso a professionalità esterne all'Azienda, dei presidi tecnici, dei dispositivi e degli impianti speciali costituenti il sistema infrastrutturale di prevenzione incendi a disposizione delle figure professionali e delle risorse organizzative coordinate dal Servizio di Prevenzione e Protezione.

SC	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITA'

La struttura fornisce il supporto nella gestione economico-finanziaria dell'Azienda in coerenza con le scelte della Direzione Strategica. E' strumento, anche tramite il controllo di gestione, della corretta rilevazione di costi, oneri, ricavi e proventi. Elabora report per la Direzione, ed i destinatari eventualmente individuati, al fine del monitoraggio della gestione. Si occupa della tenuta della contabilità generale, cura la registrazione delle fatture passive e l'emissione di quelle attive, con i conseguenti adempimenti legati ai rapporti con fornitori e clienti, l'emissione di ordinativi di pagamento e la contabilizzazione degli incassi. Procede alla redazione del Bilancio Preventivo, delle Rendicontazioni Trimestrali (CET) e del Bilancio d'esercizio. Si occupa della programmazione e del monitoraggio dei flussi finanziari, predispone il Piano dei Flussi di Cassa. Gestisce la riconciliazione dei flussi di cassa G3S e cura e verifica il rispetto dei tempi di pagamento verso fornitori; monitora e pubblica l'indicatore di tempestività dei pagamenti – ITP. Procede alla contabilizzazione dei compensi relativi alle risorse umane, della gestione contabile del trattamento economico del personale dipendente e non strutturato e procede ai versamenti mensili di contributi, oneri previdenziali, ritenute fiscali, imposte dirette e indirette (INPDAP, IRPEF, IRAP, INPS, INAIL, IVA, IRES). Cura gli adempimenti di natura fiscale e la tenuta dei libri contabili e fiscali obbligatori, in conformità alle disposizioni di legge; aggiorna le gestioni liquidatorie. Cura i flussi informativi di carattere economico con la Regione, con il Collegio Sindacale, con la Corte dei Conti e i Ministeri, segue i rapporti con il Tesoriere.

SC	AREA ACCOGLIENZA – CUP AZIENDALI

L'UOC Area Accoglienza – CUP Aziendali assicura i servizi amministrativi finalizzati all'accesso dei cittadini, garantendo la gestione ed il coordinamento di tutte le attività amministrative direttamente connesse all'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dell'Azienda nelle diverse articolazioni del Polo Ospedaliero e del Polo Territoriale, in un'ottica rivolta alla semplificazione e all'individuazione di percorsi integrati ed innovativi, finalizzati alla facilitazione nella fruizione dei servizi da parte degli utenti.

In particolare, sono di competenza della struttura:

- l'organizzazione e il funzionamento dei servizi di front - office (CUP, Scelta e Revoca del medico, Accettazione Ricoveri, accettazione prelievi) nelle diverse strutture aziendali, mediante un'interfaccia costante con le strutture sanitarie e sociosanitarie erogatrici, le Direzioni Mediche Ospedaliere, la Direzione di Distretto, la Direzione Sanitaria e Sociosanitaria;
- il funzionamento, coordinamento e controllo delle attività amministrative di accettazione prelievi sul territorio, presso strutture esterne all'Azienda (punti prelievi esterni e attività di prelievo sul territorio);
- la gestione dei servizi amministrativi di diretto supporto alle strutture erogatrici sanitarie e sociosanitarie (segreterie e supporto amministrativo di Laboratorio Analisi, Radiologia, Anatomia Patologica, Dipartimento di Salute Mentale, Medicina Legale, Servizi sanitari e sociosanitari afferenti al Polo Territoriale, quali consultori e servizi vaccinali);
- le attività di monitoraggio finalizzate alla programmazione e definizione dell'offerta di prestazioni e alla rimodulazione dell'offerta sanitaria e sociosanitaria, orientate al rispetto dei tempi d'attesa ed alla garanzia della presa in carico dei pazienti, in collaborazione e stretta sinergia con l'UO Gestione Operativa, con il Responsabile Unico dei Tempi d'Attesa, con le direzioni Mediche di Presidio, con le Direzioni Sanitaria e Sociosanitaria, nonché con i centri servizi aziendali ed extraaziendali;
- la gestione centralizzata delle agende di prenotazione, mediante configurazione, secondo la programmazione definita, orientata alla trasparenza dell'offerta sanitaria aziendale;
- le attività di back office finalizzate alla predisposizione e verifica dei flussi informativi di riferimento: rendicontazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali, bonifica degli errori, gestione e monitoraggio delle notifiche al sistema regionale RRP delle attività svolte, monitoraggio e bonifica dell'anagrafica centralizzata aziendale, in raccordo e collegamento con i referenti interni delle UUOO controllo di Gestione e Sistemi Informativi e con i referenti SISS e RRP;
- la gestione dei Servizi di Centralino e Portineria - info point nelle diverse sedi aziendali, quali punti di primo contatto e facilitazione all'accesso degli utenti ai servizi.

È, inoltre, di competenza della UOC la gestione dei processi amministrativi inerenti all'esercizio della libera professione intramuraria e alla erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero a pagamento, in regime privatistico.

Attengono a questo ambito organizzativo dell'UOC:

- la stesura e l'aggiornamento periodico del regolamento aziendale per l'organizzazione della Libera professione;
 - la definizione e l'aggiornamento periodico del tariffario aziendale delle attività a pagamento;
 - la gestione amministrativa delle richieste di autorizzazione all'esercizio della libera professione intra moenia nelle sedi aziendali ed in strutture esterne, nel rispetto della normativa nazionale e regionale e del regolamento aziendale;
 - la rendicontazione delle attività svolte in Libera Professione e la relativa ripartizione dei proventi secondo regolamento aziendale;
 - il monitoraggio dell'attività a pagamento e, in particolare, dell'attività libero professionale ambulatoriale e di ricovero, ai fini della verifica del corretto espletamento, in osservanza della regolamentazione aziendale, anche al fine di garantire costantemente l'equilibrio tra attività istituzionale SSN e libera professione in termini di volumi e tempi d'attesa;
 - la gestione di convenzioni attive con fondi integrativi, casse e assicurazioni per l'erogazione di attività in regime privatistico, nonché di convenzioni con altri Enti e Strutture private per l'erogazione, anche al di fuori delle strutture aziendali, di prestazioni a pagamento;
 - la gestione delle convenzioni passive per l'acquisizione di consulenze e prestazioni specialistiche
- L'attività, svolta nel rispetto dei principi di trasparenza, è orientata alla salvaguardia della libertà di scelta dei cittadini ed alla promozione e valorizzazione delle eccellenze cliniche e assistenziali dell'Azienda.

Per la realizzazione degli obiettivi assegnati, la struttura sviluppa costanti relazioni funzionali sia con le diverse articolazioni aziendali ed i relativi livelli di responsabilità (Direzioni ospedaliere, dipartimenti, unità operative), sia con le Istituzioni del sistema regionale.

STAFF DIREZIONE SANITARIA

SC	MEDICINA LEGALE

La mission della UO si svolge su due ambiti: ospedaliero e territoriale.

1. Polo Ospedaliero (Polo Ospedaliero di Cremona e di Oglio Po) la Medicina legale si occupa della Medicina necroscopica e quindi della gestione di tutti i pazienti deceduti nel territorio della ASST di Cremona sia in Ospedale che a domicilio, coordinando le visite necroscopiche richieste dalle Ditte di Onoranze Funebri.

Esegue i riscontri diagnostici delle persone decedute a domicilio di cui non sia chiara la diagnosi di morte, di solito su richiesta del MMG, oppure dei familiari (ai sensi dell'art.4 della legge 24/2017), nonché dei soggetti giunti cadavere in Pronto Soccorso.

In generale gestisce i rapporti con l'Autorità Giudiziaria (Procura della Repubblica di Cremona) per i casi in cui il decesso del paziente potrebbe essere causato o concausato da lesività esogena o da presunta malpractice.

Gestisce il processo del consenso/dissenso informato del paziente mediante consulenze ai reparti della ASST, per i casi in cui il clinico richiede il parere medico legale: dissenso del paziente, presenza o meno di Disposizioni anticipate di trattamento valide, capacità del paziente di fornire un consenso valido.

Con il Servizio Sociale esegue la valutazione clinica e la relazione per il Giudice Tutelare dei soggetti ricoverati che necessitano di procedura diagnostico o terapeutica invasiva e non sono in grado di fornire un consenso valido, in assenza di un tutore. La relazione ha lo scopo di richiedere la nomina urgente di amministratore di sostegno ad acta.

Coordina l'applicazione aziendale delle Linee Guida per la gestione del fine vita dei pazienti ricoverati o a domicilio mediante valutazione collegiale insieme al palliativista e al rianimatore.

Gestisce il contenzioso della ASST in collaborazione con l'Avvocatura, mediante studio della documentazione clinica, visita medico legale del paziente, discussione del caso con i clinici coinvolti. Elabora le relazioni medico legali. Partecipa al Comitato Valutazione Sinistri per presentare il caso alla Direzione Strategica.

Presta attività ambulatoriale (per prestazioni extra LEA) per utenti che richiedono valutazione e relazione medico legale in ambito di responsabilità civile, polizza privata infortuni, infortunistica sul lavoro o malattia professionale o casi di presunta malpractice relativa a strutture sanitarie diverse da quelle della ASST di Cremona.

Gestisce ed esegue il prelievo di tessuti (cornee ed ossa) in collaborazione con l'Obitorio e con il Coordinatore del prelievo di organi.

2. Il Polo Territoriale: la Medicina Legale svolge le seguenti attività:

- Commissioni per la valutazione degli stati di invalidità civile, cecità e sordità nonché valutazione dello stato di handicap e del collocamento mirato al lavoro di soggetti invalidi, con visita degli utenti in ambulatorio (a Cremona e a Casalmaggiore) o a domicilio per i pazienti non trasportabili del territorio della ASST di Cremona.
- Commissione Medica Locale Patenti (provinciale) per valutare l'idoneità alla guida (patenti di categoria A/B o patenti superiori, patenti speciali per minorati degli arti, patenti nautiche) presso l'Ambulatorio di Cremona. Per favorire l'utenza del territorio cremasco viene svolta la Commissione anche a Crema.
- Collegio di ricorso avverso il giudizio di non idoneità al porto d'armi.
- Attività ambulatoriale per il rilascio di certificazioni monocratiche di tipo medico legali (patenti di guida, patenti nautiche, porto d'armi, esenzione dalle cinture di sicurezza, contrassegno di circolazione e sosta per soggetti con deambulazione sensibilmente ridotta, ecc) per gli utenti del territorio della ASST di Cremona nonché certificazioni estemporanee per astensione anticipata dal lavoro per gravidanza a rischio, soggetto affetto da grave patologia o congedo straordinario per cure termali.
- Collegi medici per valutare l'inabilità assoluta al lavoro relativa ai dipendenti delle ASST di Brescia, Mantova, Crema e di altri Enti pubblici non economici
- Valutazione e preparazione della istruttoria per la Commissione Medica Ospedaliera dei casi di richiesta di indennizzo per danni da vaccinazione e trasfusioni ai sensi della legge 210/1992.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: il Direttore della UO dipende gerarchicamente dal Direttore Sanitario con cui condivide obiettivi e strategie della UO
Responsabile SC	Relazione funzionale: con il Direttore Amministrativo per la gestione del contenzioso e con il Direttore Socio Sanitario per la gestione di alcune attività territoriali (valutazione delle persone con disabilità sia adulta sia minore con difficoltà di apprendimento per il percorso scolastico). Con i Direttori ed i Coordinatori di tutte le UUOO Sanitarie della ASST per le varie problematiche medico legali.
Responsabile SC	Relazioni con Stakeholder: Procura della Repubblica di Cremona e Forze dell'Ordine della Provincia di Cremona. Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili (Comitato Provinciale di Cremona), Unione Italiana Ciechi ed ipovedenti di Cremona, Ente Nazionale Sordi (Sezione Provinciale Cremona). Motorizzazione Civile e Prefettura di Cremona. ASST Crema.

SC	MEDICINA DEL LAVORO

Le U.O.O.M.L., istituite da Regione Lombardia da alcuni decenni, confermate nella loro attuale suddivisione ed organizzate in Rete regionale nel 2017, rappresentano un patrimonio specifico dell'organizzazione sociosanitaria lombarda, unico nella realtà della sanità e della prevenzione in Italia. Ad esse è affidato il ruolo di Servizi Specialistici di Medicina del Lavoro (MdL) ad integrazione clinica di secondo livello a favore dei Dipartimenti di Igiene e Prevenzione Sanitaria delle ATS, nonché ai bisogni del Territorio relativi alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. In questo scenario viene offerto supporto specialistico e consulenziale per soggetti terzi, pubblici e privati, quali Medici Competenti (M.C.), Medici di medicina generale (MMG), altri Medici specialisti sia all'interno sia all'esterno della struttura ospedaliera, INAIL e/o associazioni di categoria soprattutto per la diagnosi di malattie da lavoro e per la valutazione delle idoneità lavorative. Pertanto, le principali aree di erogazione prestazioni con un approccio multidisciplinare sono:

- diagnostica clinica e strumentale per la diagnosi specialistica e la prevenzione delle malattie lavoro-correlate;
- indagini epidemiologiche su popolazioni lavorative: incidenza e prevalenza delle malattie professionali, dei fattori di rischio, studio delle relazioni esposizione-risposta e del monitoraggio biologico;
- caratterizzazione dei rischi occupazionali tramite metodologie dell'igiene industriale e della tossicologia occupazionale;
- cancerogenesi professionale comprendente anche l'attività di referenza provinciale per i registri mesoteliomi e tumore naso-sinusale (TUNS);
- valutazione e sorveglianza sanitaria di lavoratori esposti ed ex esposti ad amianto iscritti nel registro ATS Val Padana;
- ergonomia con particolare focus sulla valutazione dei rischi psicosociali e biomeccanici;
- promozione della salute (WHP e TWH);
- centro di riferimento per l'allergologia professionale e per le patologie dell'agricoltura.

Sede di tirocinio per specializzandi e studenti di corsi di laurea magistrali e triennali, l'U.O. è impegnata anche in attività di ricerca e di collaborazione all'interno dei tavoli tecnici regionali.

I Dirigenti Medici svolgono inoltre il ruolo di Medico Competente (M.C.) e di Medico Autorizzato (M.A.) per l'ASST di cui sono dipendenti e, attraverso apposita convenzione, anche per altre realtà pubbliche e private. L'attività comporta l'ottimizzazione dei protocolli di indagine per l'esecuzione degli accertamenti chimico-clinici in favore dei lavoratori, la definizione dei criteri di idoneità delle diverse figure professionali per le specifiche mansioni e per il reinserimento lavorativo degli inidonei alla mansione attribuita o dei disabili o di coloro con ridotte capacità lavorative.

Per tale ruolo è necessaria condivisione ed integrazione con altre articolazioni aziendali fra cui le principali sono il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP), la Formazione, il Risk Manager, la Fisica Sanitaria, le Risorse Umane e la Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie (DAPSS).

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: <u>Direzione Sanitaria</u> per le attività della U.O.O.M.L. Indicazione/condivisione budget e pianificazione delle attività sia intraaziendali sia territoriali sia regionali
Responsabile SC	Relazione funzionale: <u>Direzione Generale</u> e <u>tutte le UU.OO. aziendali</u> per le attività di M.C. e di M.A. Condivisione delle attività di Sorveglianza Sanitaria sia sulla base del protocollo sia sulla base di esigenze estemporanee; viene svolta attività di consulenza nello specifico ambito.

SC	DIREZIONE MEDICA POC

Il presidio ospedaliero di Cremona si caratterizza all'interno del polo ospedaliero come la struttura di riferimento a livello provinciale per le patologie specialistiche di secondo livello e di alta complessità. È sede di DEA di primo livello e C.T.Z. provinciale con Neurochirurgia, è centro deputato al prelievo di

organi, nonché sede di attività progettuali interprovinciali con la ASST di Mantova inerenti il settore della neurochirurgia e neuroradiologia.

È presente, inoltre, il Centro di Decontaminazione Medico Nucleare.

La struttura Ospedaliera è sede di continui interventi di ammodernamento strutturale ed impiantistico con lo sviluppo di zone di cantiere che interessano sia le aree sanitarie che quelle dei servizi di supporto.

L'ospedale di Cremona presenta in assetto accreditato circa 700 posti letto, di cui circa 500 attivi.

Di seguito si riportano sinteticamente i dati di produzione relativi all'anno 2021:

1. Accessi di Pronto Soccorso: 42.859
2. Volume totale di ricoveri: 14.336, di cui:
 - 2.1 Ricoveri ordinari: DRG medico=9500 DRG chirurgico=4836
 - 2.2 Ricoveri Day hospital: DRG medico= 442 DRG chirurgico=1924
3. Prestazioni ambulatoriali totali: 2.604.532

Per la gestione del presidio è individuato un Direttore Medico al quale sono attribuite responsabilità organizzative ai fini igienico-sanitari.

Opera con autonomia tecnico-funzionale sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sanitario e concorre al raggiungimento degli obiettivi e della pianificazione/programmazione aziendale.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero ha competenze gestionali e organizzative ai fini igienico-sanitari, di prevenzione, di promozione della qualità, nonché di formazione e aggiornamento correlati agli ambiti di competenza.

La figura del Direttore medico si pone al rinforzo della Direzione Sanitaria attraverso attività di clinical governance che prevedono l'integrazione tra Direzioni di Dipartimento e Direzioni di Presidio.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: con la direzione strategica viene condivisa la vision strategica da cui dipende la programmazione delle attività ospedaliere; viene pianificato il budget e la declinazione degli obiettivi nonché le progettualità strategiche dell'Azienda
Responsabile SC	Relazione funzionale: la DMP condivide con tutte le Unità Operative ospedaliere gli obiettivi della Direzione Strategica, ha ruolo di facilitazione e monitoraggio nei processi ospedalieri, vigila sulla sicurezza delle attività e sulla corretta applicazione della normativa vigente in ambito sanitario, coordina progetti aziendali e incentiva il miglioramento della qualità nell'erogazione delle cure
Responsabile SS	Relazione funzionale: non ci sono SS

SC	DIREZIONE MEDICA POOP
Principali Funzioni/Attività	FUNZIONE ORGANIZZATIVA • Promozione/organizzazione dell'attività sanitaria in attuazione alla pianificazione della Direzione Strategica • Partecipazione al processo di budget per gli aspetti di competenza • Organizzazione di procedure di collegamento tra le Unità Operative ed i Servizi diagnostici • Formulazione di pareri e valutazioni sull'attivazione delle convenzioni attive e passive • Partecipazione alle riunioni di Dipartimento • Partecipazione ai Comitati e Commissioni/Gruppi di lavoro Aziendali • Coordinamento delle attività ambulatoriali e del Poliambulatorio • Gestione del Servizio di Dietetica • Gestione del Personale Medico in convenzione • Gestione del sistema qualità FUNZIONE DI SORVEGLIANZA IGIENICO-SANITARIA • Controlli igienico-sanitari programmati ed estemporanei: sale operatorie, centrale di sterilizzazione, Unità Operative e Servizi, Cucina e mensa. • Controllo sulla corretta applicazione dei protocolli di gestione del materiale biologico/potenzialmente infetto • Definizione delle strategie e dei protocolli contro le infezioni ospedaliere ed occupazionali in collaborazione col CIO • Partecipazione al CIO • Sorveglianza sulle attività di pulizia disinfezione disinfestazione e sterilizzazione • Controllo delle infezioni nosocomiali • Programmazione periodica, dei monitoraggi per ricerca legionella, monitoraggi acqua di dialisi e acqua potabile, alimenti • Vigilanza sulla corretta procedura di raccolta, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti sanitari solidi e liquidi • Sorveglianza sulla tutela dell'igiene ambientale nell'ambito del presidio. FUNZIONE DIVIGILANZA E CONTROLLO • Vigilanza sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte dei professionisti addetti alle attività sanitarie • Vigilanza sul rispetto della riservatezza dei dati sanitari e sensibili ai sensi della Legge 196/03 • Problematiche relative alla sicurezza di pazienti, visitatori ed operatori per quanto di competenza • Monitoraggio e controllo dell'attività di ricovero delle UU.OO e sollecito codifica SDO entro i tempi stabiliti • Verifica completezza SDO • Controlli a campione delle cartelle cliniche attraverso l'applicazione di filtri specifici • Pianificazione, selezione campione ed effettuazione attività di autocontrollo di congruenza • Controllo qualità documentale cartella clinica • Controllo archivio cartelle cliniche

	• Vigilanza, in collaborazione con la Farmacia degli armadi farmaceutici e dei dispositivi medici • Controlli sulle cartelle cliniche in merito a qualità ed appropriatezza dei ricoveri FUNZIONE DI RELAZIONE /INTERAZIONE (CON SOGGETTI INTERNI ALL'AZIENDA) • Gestione delle richieste dalla Procura e/o Polizia Giudiziaria • Attività di Medicina Necroscopica • Inoltro denunce obbligatorie • Collaborazione con il Servizio di Fisica Sanitaria e Medicina del Lavoro per la gestione delle problematiche inerenti la radioprotezione • Collaborazione con la Medicina del Lavoro anche per campagne vaccinali interne • Collaborazione con il Servizio di Prevenzione e Sicurezza e Ufficio Tecnico per formulazione di pareri su interventi edilizi • Formulazione di pareri sull'acquisto di apparecchi elettromedicali e presidi sanitari
Relazioni gerarchiche	A monte DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE A valle UU.OO.

SC	FARMACIA

La S.C. ha il compito di programmare, coordinare e garantire l'approvvigionamento dei beni farmaceutici per i Presidi ospedalieri e dei Servizi Territoriali afferenti all'ASST, vigilare sulla loro corretta conservazione ed appropriato utilizzo, garantire specifica produzione galenica e si occupa di assistenza farmaceutica diretta per i pazienti in dimissione e/o territoriali, con attività specifiche nei seguenti settori:

- Processo di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi sanitari comprensivo della valutazione del fabbisogno
- Gestione del percorso logistico dei farmaci e dispositivi medici: stoccaggio, conservazione e distribuzione dei beni farmaceutici alle UU.OO. Ospedaliere e ai Servizi Territoriali
- Gestione degli stupefacenti
- Informazione al personale dell'ASST e preparazione di Documentazione Scientifica per le Unità Operative in tema di farmaci e dispositivi medici
- Gestione e revisione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero e del repertorio dei dispositivi medici
- Produzione di galenici clinici e tradizionali, in particolare in ambito Oncologico e Pediatrico (UMACA, TPN, ecc.)
- Rilevazione e Monitoraggio dei consumi e spesa farmaceutica, con assegnazione di budget specifici per conto economico
- Distribuzione diretta dei farmaci in fascia A, A/PHT e H per uso domiciliare per i pazienti dimessi e/o esterni
- Assistenza Farmaceutica Territoriale
- Monitoraggio e rendicontazione delle prescrizioni nel tracciato regionale File F
- Gestione e controllo del Registro AIFA per forme farmaceutiche orali o iniettive ad Alto Costo e relative procedure di rimborso
- Attività di farmacovigilanza e dispositivovigilanza
- Attività specifica nell'ambito delle Sperimentazioni cliniche
- Supporto, controllo e vigilanza sulla gestione dei farmaci e dei dispositivi medici

- Collaborazione per quanto di propria competenza con la U.O. Acquisti e Servizi per la stesura di capitolati tecnici, per la valutazione di gare regionali, per valutazione e scelta delle forniture e svolgimento di incarico di DEC per gran parte dei contratti
- Partecipazione al Comitato Etico Val Padana
- Partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro, quali: Comitato Igiene Ospedaliera, Commissione Investimenti, Commissione Dispositivi, Commissione HTA, Comitato per il Buon uso del Sangue, Comitato Ospedale Senza Dolore
- Collaborazione con Direzione Strategica e CdG alla definizione e monitoraggio obiettivi di budget trasversali sulle differenti UU.OO. su temi di specifica competenza farmaceutica (monitoraggio consumi, utilizzo biosimilari, produzione File F, ecc)

Le molteplici attività assicurate dalla S.C. di Farmacia sono essenziali, trasversali e comuni alle due dimensioni di contesto organizzativo ed ambientale della ASST.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Direzione Sanitaria (pianificazione, partecipazione al processo di budget, valutazione di ambiti di specifica competenza, monitoraggi di consumo con indicatori economici e clinici, scelte di PTO, monitoraggi produzione File F, valutazione off-label, gestione registri AIFA, valutazioni per HTA e commissione dispositivi, gestione comunicazione con DGW per area farmaceutica)
Responsabile SC	Relazione funzionale: Direzione Amministrativa (condivisione obiettivi tramite collaborazione con le UU.OO. in staff alla DA) Direzione Sociosanitaria (condivisione e collaborazione per programmazione e gestione delle attività riferite agli ambiti territoriali, con particolare attenzione all'assistenza dei pazienti aventi diritto, afferenti dal territorio cremonese e casalasco, alle necessità territoriali in caso di carenza distributiva di farmaci indispensabili e all'ambito vaccinale) Direzioni Mediche di Presidio (collaborazione per gestione stupefacenti, farmaco e dispositivovigilanza, distribuzione comunicazioni informative ed ispezioni interne sulle UU.OO.) DAPSS (collaborazione per stesura capitolati, consulenza e formazione sulle nuove acquisizioni, collaborazione per gestione ispezioni interne sulle UU.OO. e valutazioni personale tecnico assegnato) SC Gestione Acquisti (collaborazione per gestione gare, acquisti e programmazione per materiali sanitari di competenza e collaborazione nella gestione del personale tecnico e logistica di magazzino) SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità (collaborazione per redazione CET, compilazione bilancio e previsioni tendenziali, monitoraggio spesa e File F, per quanto di competenza)

	Tutte le UU.OO. Ospedaliere e Territoriali della ASST (collaborazione e consulenza per approvvigionamento farmaci e materiale sanitario, per appropriatezza d'uso, per rendicontazione e per tutte le problematiche relative al ciclo di vita dei materiali all'interno della ASST) SS Controllo di Gestione (collaborazione per individuazione obiettivi/indicatori nel processo di budgeting e successiva rendicontazione, interpretazione e contestualizzazione dati) SC Ingegneria Clinica (collaborazione nella gestione dei dispositivi medici correlati ad strumentazioni ed apparecchiature e nelle valutazioni per HTA e commissione dispositivi) SS Servizio di Protezione e Prevenzione e Medicina del Lavoro (collaborazione e consulenza sulla scelta ed utilizzo dei DPI e sul monitoraggio delle esposizioni a rischio del personale) Risk Management (collaborazione sulla gestione del rischio clinico e monitoraggio degli indicatori negli ambiti di competenza, quali ad esempio il monitoraggio degli errori evitati in fase prescrittiva delle chemioterapie e delle non conformità operative dei laboratori di galenica) SIMT (collaborazione nella gestione e rendicontazione d'uso degli emoderivati di conto-lavorazione, nella comunicazione con la Struttura Regionale di Coordinamento e nella redazione del Comitato Buon Uso del Sangue)

SS	FARMACIA TERRITORIALE

La S.S. ha il compito di integrare le organizzazioni della S.C. e della propria struttura con quella dei servizi della Rete territoriale della ASST (Servizi Distrettuali e loro articolazioni, SERD, U.O. Vaccinazioni, ecc) e programmare, coordinare e garantire l'assistenza farmaceutica, protesica ed integrativa per i pazienti territoriali, con attività specifiche per gli ambiti di propria competenza nei seguenti settori:

- Processo di approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi sanitari comprensivo della valutazione del fabbisogno e della gestione dei contratti per le aree di propria competenza, con particolare riferimento a Distribuzione Diretta, Nutrizione Artificiale Domiciliare, Ossigenoterapia Domiciliare, Vaccinazioni, Dipendenze
- Informazione e contatto con Specialisti intra ed extra ASST ed i MMG/PLS in merito alla fornitura territoriale di farmaci, protesica minore, maggiore ed integrativa
- Rapporto funzionale con la ASST contabile SUPI (ASST Mantova) per la gestione delle forniture di materiali in ambito di protesica ed integrativa di competenza SUPI
- Gestione fornitura, rendicontazione e pagamento preparati galenici forniti per il tramite delle Farmacie Territoriali agli aventi diritto
- Rilevazione e Monitoraggio dei consumi e spesa farmaceutica, con assegnazione di budget specifici per conto economico per il settore di propria competenza
- Assistenza Farmaceutica Territoriale inclusa l'eventuale gestione degli stupefacenti
- Monitoraggio e rendicontazione delle svariate tipologie di fornitura negli opportuni tracciati regionali
- Collaborazione per quanto di propria competenza con la U.O. Acquisti e Servizi per la stesura di capitolati tecnici, per la valutazione di gare regionali, per valutazione e scelta delle forniture e svolgimento di incarico di DEC per gran parte dei contratti

- Partecipazione a commissioni e gruppi di lavoro per le aree di propria competenza quali: Commissione Dispositivi, Commissione HTA, Commissione Forniture Straordinarie, Team Nutrizionale Multidisciplinare, ecc.

Le molteplici attività assicurate dalla S.S., come quelle dalla S.C. di Farmacia sono essenziali, trasversali e comuni alle due dimensioni di contesto organizzativo ed ambientale della ASST.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SS	Dipendenza gerarchica: Direttore S.C. (pianificazione, partecipazione al processo di budget, valutazione di ambiti di specifica competenza, monitoraggi di consumo con indicatori economici e clinici, scelte di PTO, monitoraggi produzione File F, valutazione off-label, gestione registri AIFA, valutazioni per HTA e commissione dispositivi, gestione comunicazione con DGW per area farmaceutica, gestione comunicazione con ATS)
Responsabile SS	Relazione funzionale: Direzione Sanitaria (per il tramite del Direttore S.C. sulle aree di attività sopra menzionate) Direzione Amministrativa (per il tramite del Direttore di SC per condivisione obiettivi tramite collaborazione con le UU.OO. in staff alla DA) Direzione Sociosanitaria (relazione diretta e per il tramite del Direttore di S.C. per condivisione e collaborazione per programmazione e gestione delle attività riferite agli ambiti territoriali, con particolare attenzione all'assistenza dei pazienti aventi diritto, afferenti dal territorio cremonese e casalasco, alle necessità territoriali in caso di carenza distributiva di farmaci indispensabili, all'ambito vaccinale e a tutte le integrazioni con i servizi della Rete territoriale della ASST) SC Area Accoglienza – CUP Aziendali e strutture territoriali (relazione diretta in integrazione per le attività di gestione delle attività sanitari di propria competenza) SC Gestione Acquisti (relazione diretta per collaborazione per gestione gare, acquisti e programmazione per materiali sanitari di competenza e collaborazione nella gestione del personale tecnico e logistica di magazzino) SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità (relazione diretta e per il tramite del Direttore di S.C. per collaborazione per redazione CET, compilazione bilancio e previsioni tendenziali, monitoraggio spesa e File F, per quanto di competenza) Tutte le UU.OO. Territoriali della ASST (relazione diretta per collaborazione e consulenza per approvvigionamento farmaci e materiale sanitario, per appropriatezza d'uso, per rendicontazione e

	per tutte le problematiche relative al ciclo di vita dei materiali all'interno della ASST) SS Controllo di Gestione (relazione diretta e per il tramite del Direttore di S.C. per collaborazione per individuazione obiettivi/indicatori nel processo di budgeting e successiva rendicontazione, interpretazione e contestualizzazione dati) Servizio Farmaceutico di ATS Valpadana (relazione diretta e per il tramite del Direttore di S.C. per coordinamento, pianificazione e controllo delle attività erogative a livello locale e per l'integrazione su iniziative/progetti o accordi/convenzioni con le farmacie territoriali) Specialisti intra ed extra ASST e MMG/PLS (relazione diretta per Informazione/consulenza e contatto/controllo con Specialisti intra ed extra ASST ed i MMG/PLS in merito alla fornitura territoriale di farmaci, protesica minore, maggiore ed integrativa) Responsabile SUPI Contabile ASST Mantova (relazione diretta per il coordinamento delle attività condivise per assistenza protesica e integrativa)

FUNZIONE	UMACA

Gestisce i laboratori di galenica, le attività di allestimento delle chemioterapie antitumorali UMACA e la Nutrizione Parenterale Totale

SC	INGEGNERIA CLINICA AZIENDALE

L'Ingegneria Clinica opera in staff alla Direzione Sanitaria, mantenendo un collegamento funzionale con la Direzione Socio Sanitaria, e partecipa alla cura della salute tramite la direzione e la gestione delle tecnologie sanitarie, sia in ambito ospedaliero che territoriale e domiciliare, con l'obiettivo primario di garantirne l'uso sicuro, appropriato ed efficiente.

Si impegna a definire i propri obiettivi in modo da esplicitare bisogni, programmi ed indirizzi verso la Direzione finalizzati al governo delle tecnologie.

In particolare, promuove le attività di seguito riportate:

- programmazione, in accordo con le indicazioni della Direzione Aziendale, dei fabbisogni di tecnologie sanitarie ed identificazione delle necessità cliniche e delle conseguenti caratteristiche tecniche utili all'acquisizione delle stesse;
- valutazione delle richieste di acquisizione di tecnologie sanitarie, con l'obiettivo di predisporre una proposta di piano investimenti, da sottoporre all'approvazione del Collegio di Direzione e della Direzione aziendale, e, in caso di acquisizioni con un impatto sulla spesa corrente, di predisporre il contributo al Bilancio preventivo annuale;
- predisposizione di una reportistica periodica, funzionale al monitoraggio da parte della Direzione Strategica dei fabbisogni di attrezzature e del budget assegnato;
- gestione delle procedure di acquisizione di tecnologie sanitarie, negli ambiti previsti dalla delega della Direzione Aziendale (predisposizione dei capitolati di gara e successiva valutazione delle offerte);
- predisposizione delle richieste di finanziamenti di tecnologie sanitarie, con le modalità individuate da Regione Lombardia;
- gestione della manutenzione delle tecnologie sanitarie in dotazione all'Azienda, attraverso l'affidamento dei servizi di manutenzione e la verifica del corretto svolgimento delle attività di messa in servizio e di manutenzione programmata, correttiva e straordinaria;
- verifica costante delle apparecchiature utilizzate/funzionanti e del loro stato di obsolescenza, in funzione del piano di sostituzione e razionalizzazione delle risorse tecnologiche, anche attraverso il costante aggiornamento dell'inventario, dal quale risulti l'assegnazione al centro di responsabilità;

- gestione delle richieste di visione di tecnologie sanitarie presso le strutture aziendali, per la parte di competenza;
- elaborazione di linee guida o di protocolli per il personale utilizzatore di impianti ed attrezzature pericolose nell'ambito della valutazione dei rischi;
- coordinamento, assieme al gruppo formato (DAPS e Farmacia) delle attività aziendali di Health Technology Assessment finalizzate all'introduzione di nuove tecnologie sanitarie;
- supporto all'attività di ricerca scientifica negli ambiti di competenza;
- coordinamento dei progetti e delle attività di telemedicina, di concerto con la Direzione Socio Sanitaria, i Sistemi Informativi e la Gestione Operativa;
- assolvimento dei debiti informativi nell'ambito delle tecnologie sanitarie;
- partecipazione alle procedure di accreditamento per le parti di competenza, in collaborazione con i servizi coinvolti;
- elaborazione di proposte di modelli operativi nello specifico campo di competenza;
- espressione di parere di legittimità delle proposte di deliberazione del Direttore Generale e degli atti e dei provvedimenti nelle materie di competenza;
- sviluppo di programmi di formazione per l'introduzione delle nuove tecnologie.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Direttore Sanitario (condivisione obiettivi, pianificazione e budget)
Responsabile SC	Relazione funzionale: Direzione Aziendale (condivisione obiettivi) Direttori Dipartimenti, RSPP e Direttori UO Cliniche (pianificazione piano acquisti, formazione, consulenza) Direttori UO amministrative e Farmacia (collaborazione nella gestione dei piani acquisti, delle gare di appalto, dei beni aziendali, consulenza)

SS	SANITA' PENITENZIARIA

L'U.O.S. Sanità Penitenziaria è in staff alla Direzione Sanitaria e trova la sua collocazione all'interno di questa dimensione perché – per Legge dal 2004 – è diventata il gestore della salute della popolazione detenuta, con l'obiettivo di assicurare i L.E.A. ed organizzare le modalità operative assistenziali all'interno del carcere, in modo autonomo ed in condivisione con le varie UU.OO. a carattere clinico-diagnostiche dell'ASST di Cremona.

Inoltre la sua esistenza permette il raccordo con l'Amministrazione Penitenziaria sia per il monitoraggio e lo screening di patologie che hanno poi impatto con il mondo "extramurario" (infezioni da HIV, HCV, TBC, LUE e Sars-Cov-2), sia per la costruzione di "percorsi in uscita" a tutela delle fragilità personali in essere nella gran parte dei ristretti nella Casa Circondariale di Cremona (italiani e stranieri senza fissa dimora, senza un lavoro ed in balia della malavita organizzata, per mancanza di alternative istituzionali.), insieme ad una casistica di detenuti patologici che vanno supportati sul territorio per gravi situazioni di handicap fisico e talvolta – sempre di più – psichico.

Dal 2004 al 2014 la figura di riferimento è stata quella del Dirigente Sanitario, ovvero una figura medica – non necessariamente con specializzazione – che forniva la presenza per 18 ore settimanali, ovvero lo stesso impegno assicurato anche prima della riforma al Ministero della Giustizia.

Dal 2015 al 2020 la Direzione Sanitaria ha prima introdotto il profilo del Coordinatore Medico Clinico-organizzativo e del Referente per la Sanità Penitenziaria, per poi unificare in uno stesso Dirigente Medico le 2 funzioni, atto propedeutico all'attribuzione dell'SS.

Relazioni organizzative e funzionali:

Oltre alla dipendenza gerarchica diretta alla Direzione Sanitaria, per la quale l'SS Sanità Penitenziaria opera in staff, la stessa si coordina funzionalmente con la Direzione Sociosanitaria, dal momento che ben 2 UOC ed 1 U.O.S.D. del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze gravitano da oltre 30 anni nell'ambito carcerario. Infatti collaborano quotidianamente nella cura del detenuto sia Psichiatri (SC Psichiatria 27) e Psicologi (S.S.D. Psicologia Clinica), sia Medici / Infermieri / Assistenti Sociali / Educatori appartenenti alla SC Dipendenze.

Per provvedere ad assicurare le cure di base e gli accertamenti clinico-strumentali, l'SS Sanità Penitenziaria si coordina con tutte le UU.OO. dell'ASST per effettuare visite, esami finanche interventi chirurgici.

Sotto il profilo gestionale, il Direttore dell'SS Sanità Penitenziaria concorda con il Direttore Sanitario la pianificazione delle attività sanitarie e la gestione delle risorse umane; Insieme al Direttore Sociosanitario – con report anche al Direttore Sanitario - valuta il coinvolgimento della SS. nelle operatività a carattere sociale/assistenziale.

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC (Direttore Sanitario)	Dipendenza gerarchica: 1) pianificazione delle attività clinico-organizzative dell'U.O.S. 2) gestione delle risorse umane e strumentali 3) richieste di nuovi spazi da accreditare, presidi medico-chirurgici ed arredi da impiegare nella quotidianità 4) programmazione occupazione letti di degenza ospedaliera presso il Repartino Detenuti 5) comunicazione delle disposizioni promosse da U.O. Regionale Sanità Penitenziaria, PRAP e Direzione Casa Circondariale 6) costruzione e controllo budget risorse umane, con rendicontazione semestrale ed annuale 7) verifica posizioni individuali con valutazione e misurazione di eventuali insorgenze di contenziosi
Responsabile SC (Direttore Socio-Sanitario)	Relazione funzionale: condivisione dei protocolli di: accoglienza approvvigionamento e dispensazione degli stupefacenti gestione del rischio suicidario operatività nel Trattamento Sanitario Obbligatorio promozione interventi interni 1) progetto caregiver 2) corsi antifumo 3) seminari sulle infezioni da HIV/HCV e MTS attività istituzione con gli Enti Territoriali del Sociale (Comune di Cremona, Caritas, Volontariato, ect.)
Responsabile SS	Relazione funzionale: con tutte le UU.OO. aziendali sanitarie ed amministrative

SS	FISICA SANITARIA
Principali Funzioni/Attività	Svolge le attività che prevedono l'applicazione delle metodologie della Fisica alla Medicina nei settori della diagnosi e della cura, con il fine di assicurare la qualità delle prestazioni erogate e la radioprotezione per i pazienti, gli operatori e gli individui della popolazione, ai sensi del decreto legislativo n. 101/2020 e del decreto legislativo 81 del 2008. opera principalmente nei settori della terapia e della diagnostica per immagini.
Relazioni gerarchiche	A monte DIREZIONE SANITARIA A valle /
Relazioni funzionali	U.O. di Radioterapia e Medicina Nucleare U.O. di Radiologia POC U.O. di Radiologia POOP U.O. Medicina del Lavoro -Medico Competente Direzione Medica POC-POOP per la gestione del personale professionalmente esposto

SS	COORDINAMENTO DONAZIONE ORGANI E TESSUTI

L'UOS Coordinamento donazione organi e tessuti:

- predispone il programma annuale delle attività, da sottoporre alla valutazione della Direzione Generale dell'Azienda e del Coordinatore del Centro Regionale;
- attiva, attraverso la Direzione Medica, il collegio di accertamento di morte nei casi previsti dalle normative vigenti in materia (L. 578/93 e DM 582/94), anche indipendentemente dalla donazione di organi e tessuti;
- assicura l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore al CRT competente e alla struttura individuata per l'allocazione degli organi;
- assicura in modo diretto o per delega il coordinamento di tutte le operazioni di prelievo e trasferimento di organi e tessuti;
- compila, in collaborazione con la Direzione Medica, il Registro Locale dei Cerebrolesi, dei prelievi effettuati, e delle cause di mancata effettuazione dei prelievi;
- monitora i decessi per individuare i potenziali donatori di cornee, valvole cardiache, innesti vascolari, segmenti osteo-articolari, cute, e collabora con i rianimatori ai colloqui con i familiari del donatore;
- elabora i programmi per il reperimento di organi e tessuti;
- svolge attività di sensibilizzazione e consulenza nei confronti degli operatori sanitari sulle problematiche relative alla donazione ed al trapianto;
- sviluppa le relazioni organiche con i medici di Medicina Generale, allo scopo di sensibilizzare ed informare correttamente sulle possibilità terapeutiche del trapianto e sul valore sociale della donazione;
- presenta annualmente, alla Direzione Sanitaria dell'Azienda e al Coordinatore del Centro Regionale, una motivata relazione in merito all'attività svolta;
- organizza attività di informazione, di educazione sanitaria e di crescita culturale della comunità locale in tema di trapianti, curando in modo programmatico target particolari (scuole, comunità religiose, etc..) in collaborazione con le associazioni di volontariato, secondo gli indirizzi del CRT.

FUNZIONE	CAR-ICA

Mediante il Comitato CAR-ICA (Contrasto dell'antibiotico resistenza prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza), in staff alla Direzione Sanitaria, l'ASST assicura:

- il coordinamento, l'integrazione, la trasversalità delle competenze specialistiche necessarie per la più adeguata gestione della problematica infettiva, integrando le competenze in ambito igienistico, microbiologico, farmaceutico, infettivologico, di risk management, di DAPSS, di medico competente e RSPP;
- la gestione della prevenzione delle ICA e degli isolamenti dei pazienti, per evitare la diffusione dei microorganismi multiresistenti in ambiente ospedaliero e nelle strutture residenziali per pazienti anziani.

Scopo è quello di assicurare:

- la definizione del rischio infettivo nel contesto operativo
- l'implementazione di misure di prevenzione e di controllo delle infezioni associate all'assistenza definite da protocolli e procedure validati basati sulle evidenze scientifiche;
- l'adozione di misure di sorveglianza adeguate al contesto organizzativo;
- l'informazione, l'addestramento, la formazione del personale addetto all'assistenza;
- l'adesione alla sorveglianza microbiologica in ambito regionale;
- l'uso corretto ed il monitoraggio del consumo di antibiotici, anche attraverso un modello di antimicrobial stewardship.

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA MEDICA

SC	PNEUMOLOGIA

L'UOC di Pneumologia è un'area specialistica che afferisce al Dipartimento Medico dell'ASST di Cremona. Essa si occupa della prevenzione, della diagnosi e della cura delle patologie pleuro-polmonari acute e croniche, con lo scopo di prevenire e soddisfare i bisogni di salute dei pazienti affetti da patologie dell'apparato respiratorio, garantendo la presa in carico della persona e, quando necessario, la formazione del care giver.

Gli ambiti e le finalità d'intervento dell'Unità Operativa trovano il loro fondamento nell'aumento dell'incidenza delle patologie respiratorie, nel loro rilevante impatto sociale e negli ingenti costi diretti e indiretti che queste determinano, pertanto è indispensabile definire un'adeguata risposta con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e quindi la qualità di vita dei pazienti, nonché il contenimento della spesa sanitaria in questo ambito. Tale risposta si deve attuare con diverse modalità operative fra loro integrate, favorendo ove possibile il trattamento ambulatoriale e domiciliare, anche mediante l'utilizzo della Televisita e del Telemonitoraggio, definendo una programmazione che consenta un abbattimento dell'attesa per l'accesso alla diagnosi e alla cura, investendo nell'aggiornamento del personale medico e infermieristico, al fine di acquisire nuove competenze che possano favorire la diagnosi e la cura e nella progettazione di PDTA indirizzati alla presa in carico multidisciplinare del paziente nell'ambito di un percorso diagnostico-terapeutico definito.

L'attività dell'UOC di Pneumologia si articola in degenza ordinaria (dotata di 22 posti letto), SS di Subintensiva respiratoria (dotata di 8 posti), SS di Endoscopia Toracica (biopsie bronchiali e transbronchiali, EBUS-TBNA, toracoscopia medica), attività ambulatoriale strutturata in: Servizio di Fisiopatologia respiratoria, Servizio di allergologia, Ambulatorio di pneumologia generale/BPCO, Ambulatorio per la gestione del paziente con insufficienza respiratoria cronica in ossigenoterapia e ventiloterapia, Ambulatorio per diagnosi e trattamento dei Disturbi respirati nel sonno, Ambulatorio Asma e Asma grave, Ambulatorio Patologie interstiziali, Ambulatorio per la diagnosi e terapia l'ipertensione polmonare, Ambulatorio Patologie della pleura, Ambulatorio Diagnosi-stadiazione - follow-up delle neoplasie polmonari, Ambulatorio Patologia bronchiectasica, Diagnosi e Cura del Tabagismo (Centro Antifumo), MAC per l'esecuzione di biopsie transtoraciche Tac guidate; infine erogazione di consulenza specialistica presso altre UOC e Pronto Soccorso.

L'UOC di Pneumologia è, inoltre, riconosciuta Centro Malattie Rare per la Diagnosi e la Cura della Sarcoidosi e Fibrosi Polmonare Idiopatica.

Infine svolge attività didattica-formativa nell'ambito dei Corsi di Laurea in Scienze infermieristiche, Fisioterapia e di Assistente sanitario.

SS	ENDOSCOPIA TORACICA

Principali funzioni / attività:

Endoscopia sia bronchiale sia pleurica

Procedure interventistiche endoscopiche quali talcaggio pleurico, toracosopia interventistica e broncosopia interventistica.

Ecografia interventistica quali toracentesi , applicazione di drenaggi e biopsie eco guidate

SS	SEMINTENSIVA RESPIRATORIA

Principali funzioni / attività:

Terapia e diagnosi del paziente con insufficienza respiratoria

Utilizzo della Ventilazione Meccanica

Monitorizzazione del paziente con insufficienza respiratoria

Gestione dei pazienti con Disturbi respiratori del Sonno e della loro terapia

Monitoraggio e gestione domiciliare dei pazienti con grave handicap respiratorio con telemedicina , video assistenza , programmi di educazione e gestione dei ventilatori domiciliari .

SC	RIABILITAZIONE

L'UO Riabilitazione Specialistica è accreditata per n° 36 posti letto di degenza riabilitativa specialistica (codice 56, temporaneamente disattivati) per Riabilitazione Neuromotoria in esiti di malattie neurologiche di tipo acuto (cerebrolesioni acquisite, patologie midollari, polineuropatie) e malattie neurodegenerative, miopatie di varia origine, patologie ortopediche (esiti di interventi protesici elettivi e post-traumatici) e per un'area ambulatoriale per visite specialistiche fisiatriche e terapia manu medica, riabilitativa e strumentale, comprensiva di MAC riabilitativi (06, 07, 08). L'area ambulatoriale è attiva in entrambi i Presidi Ospedalieri POC e POOP. Il regime MAC viene attivato, nel rispetto dei criteri di accreditamento, nei pazienti neurologici afferenti direttamente all'Ambulatorio Fisiatrico oppure inviati dagli Ambulatori di Neurologia, tra cui quello dedicato ai disturbi del movimento.

Nell'ambito delle Macroattività Ambulatoriali Complesse Riabilitative, prevalentemente a media complessività (MAC 07), il Professional segue pazienti affetti da Mb. Parkinson, Corea Huntington, Sclerosi Multipla e Neuropatie di varia origine. Il regime MAC 07 prevede pacchetti di prestazioni riabilitative con visite specialistiche, trattamenti fisiokinesiterapici, logopedici, e terapie fisiche erogate da più figure professionali, tra cui il Medico Specialista Fisiatra. Nel corso dell'anno vengono erogati circa 500 accessi riabilitativi di questo tipo. Per ogni accesso il Professional effettua una visita al paziente, si confronta con gli altri professionisti (Fisioterapista, Logopedista, Infermiere) sull'andamento dei trattamenti erogati e predispone la relazione di dimissione al termine del ciclo (in genere comprensivo di 15-20 sedute per paziente). L'impegno quotidiano del Professional su queste attività dipende dal numero variabile di pazienti che accedono al regime MAC nella giornata e può essere stimato in circa 1/3 dell'orario lavorativo giornaliero.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direttore Dipartimento Medico	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, definizione obiettivi, valutazione
Direttore Dipartimento Medico	Relazione funzionale: Condivisione, collaborazione
Responsabile SSD	Relazione funzionale: //

SC	CARDIOLOGIA POC
Principali Funzioni/Attività	UCIC emodinamica elettrofisiologia degenza semintensiva degenza ordinaria

	attività ambulatoriale (ambulatorio cardiopatia ischemica, ambulatorio scompenso, ambulatorio aritmie, ambulatorio pacemaker, ambulatorio generale) diagnostica non invasiva (holter ecg. holter pressorio, test da sforzo, test cardiopolmonare) imaging: ecocardiografia, RMN cardiaca, angiografia coronarica, ecocardiografia con stress farmacologico e con cicloergometro,
Relazioni gerarchiche	A monte: direttore di dipartimento A valle: responsabile SS Emodinamica
Relazioni funzionali	Direttore SC Cardiologia POOP

SS	EMODINAMICA

Struttura per le cure intensive cardiologiche per pazienti affetti da patologie acute cardiologiche (infarto miocardico acuto, angina instabile, scompenso cardiocircolatorio e shock, bradi- e tachiaritmie, embolie sistemiche e polmonari) ed internistiche (insufficienza respiratoria, circolatoria e renale).

SC	CARDIOLOGIA POOP

L'U.O. Cardiologia/UTIC POOP è riferimento nella cura delle cardiopatie per un ampio bacino geografico-demografico (circa 80.000 abitanti) che ricade anche oltre l'ASST di CR, coinvolgendo assistiti extra-regionali e del territorio mantovano.

Inserita in un PO dotato di PS h24, Imaging specialistico, Laboratorio Analisi Cliniche autonomo, l'U.O. di Cardiologia è centro Spoke in rete tempo-dipendente con il POC, indirizzato prevalentemente alla gestione completa (dalla diagnosi, al ricovero, alle modalità di cura, al follow-up integrato con il territorio) delle cardiopatie a medio-bassa intensità, in particolare la Cardiopatia ischemica, le Aritmie e lo Scompenso cardiaco con l'attivazione di relativi Ambulatori dedicati. Garantisce assistenza h24 con turni di guardia diurni/notturni/festivi, reperibilità notturna/festiva.

L'UTIC comprende 4 posti riservati (su 8 in totale condivisi con la TI, con unico personale infermieristico) che permettono una monitoraggio dei parametri vitali h/24 per la cura di patologie acute, centralizzando al POC i casi ad elevata instabilità. Nel 2019 sono stati inviati per esame emodinamico-coronarografia-PTCA al POC 207 pazienti, pari al 20% degli esami invasivi totali effettuati in ASST.

- Il settore dell'Elettrostimolazione è indirizzato anche alla cura elettrica delle aritmie e dello SC in modo da fornire una gestione terapeutica e completa per lo SC, elemento caratterizzante e da condividere come qualificante le offerte erogabili dall'U.O. in ambito Aziendale: nel 2021, nonostante la contrazione delle attività e del personale, sono state effettuate 132 procedure: 97 impianti di PM (58 primi impianti); 20 impianti di defibrillatore impiantabile mono e bicamerale, 9 impianti di Loop recorder.

- Nel 2019 le prestazioni ambulatoriali di diagnostica non invasiva (Test da sforzo, ecocardiografia di I e II livello, Tilt test, Refertazione Holter ECG e Pressorio, visite ambulatoriali generali e specifiche) sono state 18.266 (4883 nel primo quadrimestre 2022). Le attività in MAC (CVE, Terapia infusionale per SC): 81 nel primo quadrimestre 2022.

- Specificatamente alla gestione dello Scompenso Cardiaco, l'Ambulatorio Scompenso ha effettuato nel 2019 293 visite (104 nel primo quadrimestre 2022). In tale ambito l'U.O. si propone come Centro pilota di riferimento anche per il Territorio e di governo dei percorsi integrati (vedi Riforma Sanitaria Lombardia) con un programma di mantenimento, attivazione e sviluppo al suo interno delle attività ambulatoriali anche complesse (MAC) garantendo diagnosi-follow-up anche tramite l'implementazione delle metodiche di telemedicina e l'istituzione di un Ambulatorio Infermieristico dedicato.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Capo Dipartimento. Direzione Sanitaria. Condivisione budget, pianificazione attività e relativa valutazione inerente indicatori di performance pre-individuati
Responsabile SC POC	Relazione funzionale: condivisione obiettivi, collaborazione/integrazione

SC	MEDICINA GENERALE POC

Principali Funzioni/Attività	-RICOVERO -DIAGNOSI -TERAPIA -AMBULATORIO IPERTENSIONE -AMBULATORIO ENDOCRINO METABOLICO -AMBULATORIO OSTEOPOROSI -AMBULATORIO REUMATOLOGIA AMBULATORIO PER IL PIEDE DIABETICO AMBULATORIO MEDICINA GENERALE/EPATOLOGIA
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE DI DIPARTIMENTO DIRETTORE MEDICO DIRETTORE SANITARIO DIRETTORE GENERALE A valle : /
Relazioni funzionali	CON TUTTE LE UNITA' OPERATIVE

SC	MEDICINA GENERALE POOP

Presa in carico dei pazienti internistici, il più delle volte molto complessi e polipatologici, sia nel contesto organizzativo (quindi nell'ambito del miglioramento funzionale dell'organizzazione anche delle altre UU.OO. specialistiche del Dipartimento), sia nel contesto ambientale (per la popolazione, i cittadini, gli stakeholder).

L'U.O.C. consta di 48 posti-letto di degenza ordinaria (suddivisi in due sezioni di 24 ciascuna) e di 2 posti-letto in regime di day-hospital; il 97 % dei ricoveri avviene con modalità di urgenza/emergenza da Pronto Soccorso, ove il paziente si autopresenta o dove giunge con mezzi di soccorso, talvolta su indicazione del Medico di Medicina Generale.

Non essendo il nosocomio dotato di reparti specialistici (nefrologia, ematologia, oncologia, neurologia, pneumologia, malattie infettive.....) l'utenza ricoverata risulta spesso di pertinenza di tali UU.OO.; stretta e molto proficua è pertanto la collaborazione con le suddette specialità, tutte presenti al P.O.C.

Relazioni organizzative e funzionali:

Le principali relazioni (gerarchiche e funzionali) devono contemplare aspetti di pianificazione, elaborazione e discussione del budget, valutazione qualitativa delle professionalità presenti, condivisione degli obiettivi con Direzione Strategica, Dipartimento Medico, collaborazione con altre UU.OO., formazione continua del personale.

I compiti menzionati sono tutti sostanzialmente a carico del Direttore, coadiuvato talvolta dai due colleghi vicari.

SS	ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO

Principali funzioni/attività: malattie del metabolismo, con particolare riferimento alla funzionalità tiroidea

SC	MALATTIE INFETTIVE

Principali Funzioni/Attività	- Attività di degenza ordinaria - Consulenze interne - Attività ambulatoriale: - MAC - Prime visite - Ambulatorio interdivisionale epatiti virali (con la medicina interna) - Infezione da HIV - Infezioni complesse (osteoarticolari, cute e tessuti molli) - TORCH – infezioni in gravidanza - Tubercolosi - Servizio interno di ecografia - Servizio interno di posizionamento di CVC - Comitato Infezioni Ospedaliere - Gruppo Operativo CIO - Commissione aziendale degli antibiotici - Gruppo Operativo Antibiotici Il Direttore della SC è membro del gruppo di lavoro ministeriale Programma Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza PNCAR Membro del gruppo di lavoro dell'Istituto Superiore di Sanità MicroNet - Attività di ricerca: - Coordinamento del progetto nazionale MuSICARe (progetto Multi Societario sul Controllo dell'Antibiotico Resistenza) - Progetto Antibiotico Resistenza CCM - Progetto polmoniti SIMIT - Progetto ICONA (HIV) - Progetto MASTER (HIV) - Attività editoriale – Giornale Italiano per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie
Relazioni gerarchiche	A monte: Dipartimento di Medicina A valle: personale di reparto
Relazioni funzionali	Trasversale: - Consulenze: tutte le unità operative - CIO: tutte le unità operative - Commissione antibiotici: tutte le unità operative - Ambulatorio epatiti virali: Medicina Interna

SC	NEFROLOGIA E DIALISI

Il 10% della popolazione generale è affetto da malattia renale cronica; la percentuale di soggetti nefropatici è ancora più elevata nella popolazione anziana. La SC di Nefrologia e Dialisi si occupa della cura delle nefropatie croniche, delle loro complicanze e dell'insufficienza renale acuta, patologia che colpisce circa il 5% dei pazienti ricoverati. Sono a carico della Nefrologia e Dialisi anche in pazienti con nefropatia in fase terminale (dializzati), la cui prevalenza nella popolazione è di circa 800 casi x milione. Nella provincia di Cremona esistono due SC di Nefrologia e Dialisi: una nell'ASST di Crema e un nell'ASST di Cremona. Il bacino di utenza della provincia è di circa 350.000 abitanti, di cui 250.000 circa afferiscono all'ASST di Cremona (area cremonese, area del Casalasco e di Soresina).

La SC è dotata di 21 posti letto di Degenza (circa 600 ricoveri ordinari l'anno), e gestisce l'emodialisi Ospedaliera del POC (30 posti tecnici + 2 posti contumaciali) e i Centri Dialisi ad Assistenza Limitata (CAL) del Presidio Ospedaliero dell'Oglio Po' (12 posti tecnici) e del Nuovo robbiani di Soresina (12 posti tecnici). Inoltre vengono gestiti i pazienti in emodialisi domiciliare (n = 3) e in dialisi peritoneale domiciliare (n = 23). Il totale dei pazienti in trattamento dialitico cronico è di circa 210 pazienti. La Dialisi Ospedaliera si occupa oltre che del trattamento dei pazienti con insufficienza renale cronica terminale (ambulatoriali ed ospedalizzati), anche dei pazienti ricoverati con insufficienza renale acuta (circa 50 casi l'anno). Sono gestiti dalla SC di Nefrologia e Dialisi anche i pazienti con insufficienza renale acuta ricoverati nelle Unità Intensive (TI e UCIC).

Attività Chirurgica: Posizionamento cateteri venosi centrali per dialisi (circa 150/anno), allestimento fistole artero-venose (circa 30/anno), posizionamento chirurgico del cateteri peritoneali (circa 20/anno).

La SC ha come mission la presa in carico dei pazienti con Nefropatie croniche per cui ha sviluppato una vasta attività ambulatoriale con ambulatori di Nefrologia Generale ed ambulatori specialistici (ipertensione arteriosa, insufficienza renale cronica, nefropatie glomerulari, onco-nefrologia, trapianto renale). Vi è una particolare sensibilizzazione al trapianto renale per cui i pazienti uremici già in fase pre-dialitica vengono valutati dal Nefrologo per l'inserimento in lista di trapianto renale da vivente o da cadavere. Per i pazienti con trapianto renale vi è inoltre un ambulatorio dedicato. La SC ha una rilevante attività MAC per la gestione degli addestramenti alla dialisi domiciliare, per i controlli dei pazienti in dialisi domiciliare e per la terapia dei pazienti con nefropatie in fase attiva. Dalla SC dipendono 2 SS: La SS di Dialisi Ospedaliera e la SS di Dietetica e Nutrizione Clinica.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direttore Dipartimento	Dipendenza gerarchica: pianificazione, organizzazione, valutazione
Direttore Dipartimento	Relazione funzionale: condivisione obiettivi, collaborazione
Responsabile SC TI	Relazione funzionale: gestione dei pazienti con insufficienza renale acuta e pianificazione dei trattamenti dialitici
SS	DIETETICA NUTRIZIONE CLINICA

L'ambulatorio di dietologia e nutrizione clinica si occupa della gestione nutrizionale e terapia dietetica, con particolare attenzione a:

- pazienti in sovrappeso corporeo o con obesità conclamata;
- pazienti con diabete mellito di tipo 1 e di tipo 2;
- pazienti con sindrome metabolica (obesità, diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa, dislipidemia);
- pazienti con patologie gastroenterologiche ed epatologiche (ad esempio, colon irritabile, patologie pancreatiche, reflusso gastroesofageo, steatosi epatica);
- pazienti con malattie renali;
- problemi nutrizionali in pazienti con patologie oncologiche

SS	DIALISI

Principale funzione / attività: trattamento dialitico nei pazienti cronici con le varie modalità dialitiche disponibili (emodialisi, emodiafiltrazione, dialisi peritoneale manuale ed automatizzata)

SSD	CENTRO DIABETOLOGICO

Mettere a disposizione dei cittadini afferenti all'ASST di Cremona, gli interventi clinici-diagnostico-terapeutici secondo le attuali evidenze scientifiche per la cura del Diabete Mellito e delle complicanze. Il Centro Diabetologia si propone di fornire una risposta qualificata ed esperta per l'inquadramento clinico e la cura del diabete, che in Italia colpisce il 5,5% della popolazione e rappresenta una delle principali malattie croniche gravata da gravi complicanze croniche.

Il Centro attraverso l'integrazione multidisciplinare e garantisce così una presa in carico completa. Per una corretta gestione del diabete è indispensabile la partecipazione attiva del paziente alla sua cura. E' per questo che parte dell'attività di Diabetologia è incentrata sul processo di formazione del paziente e della sua famiglia. Attraverso percorsi dedicati alle diverse tipologie di pazienti si vuole contribuire ad elevare

la qualità della vita della persona con diabete attraverso il miglioramento continuo dell'assistenza nella prevenzione, e gestione monitoraggio clinico della malattia. L'organizzazione è tesa a valorizzare il ruolo specifico ed unico del diabetologo e del "team dedicato" nel miglioramento continuo della "cura" delle persone con diabete, attraverso la formazione il governo clinico, il rapporto con istituzioni, le società scientifiche, e le associazioni pazienti.

Si intende realizzare questi processi attraverso l'integrazione multiprofessionale con obiettivo di migliorare le competenze professionali e l'integrazione di tutti coloro che sono coinvolti nel sistema di cura in un'ottica di efficacia e di efficienza appropriatezza.

I valori di fondo che sottendono sono: l'eticità professionale, il miglioramento continuo, l'orientamento all'eccellenza. Il centro Diabetologico cura pazienti con diabete tipo 1, tipo 2, secondario, gestazionale e ha in carico pazienti che iniziano e sono in terapia con le nuove tecnologie (microinfusori, sensori, sistemi integrati). E' attivo un ambulatorio dedicato alla cura delle lesioni del piede. Effettua, prime visite, controlli, monitoraggio clinico metabolico, provvede alla prescrizione di piani nutrizionali, ha attivi percorsi di educazione terapeutica per automonitoraggio, gestione terapia insulinica, prevenzione cura del piede, gestione terapia insulinica, ipoglicemie. Si rilasciano certificazioni per rilascio patente di guida 800-1000 anno. Sono attivi e in carico ogni anno 6500 pazienti con mediamente 900 primi accessi.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direttore Dipartimento Internistico	Dipendenza gerarchica
Direttore Dipartimento Internistico	Relazione funzionale: Organizzazione e condivisione di percorsi gestionali e assistenziali
Responsabile SSD	Relazione funzionale: organizzazione e definizione di percorsi per tipologie di assistenza (ambulatoriale, MAC, formativa, educativa) e per tipologia pazienti (Diabete tipo1, 2, gestazionale, gravidanza, tecnologia
Territorio	Condivisione percorsi di cura per pazienti cronici fragili

SSD	DERMATOLOGIA

L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Dermatologia (UOSD) del Presidio Ospedaliero di Cremona è l'unica Unità Operativa di Dermatologia della Provincia di Cremona e costituisce il punto di riferimento per le patologie dermatologiche più complesse della Provincia di Cremona e dei

territori confinanti, inoltre esercita una funzione attrattiva non solo dei territori cremaschi e casalaschi, ma anche dalle province limitrofe di Piacenza, Lodi, Mantova, Parma, Brescia, Bergamo e Pavia. Le prestazioni erogate e le tipologie di attività svolte dall'UOSD di Cremona coprono tutti i settori della Dermatologia Clinica, Medica e Chirurgica; gran parte di esse sono state progressivamente introdotte dall'attuale Direttore nel corso dell'ultimo trentennio: Chirurgia Dermatologica, Dermatologia Allergologica, Dermatoscopia, Chirurgia Dermoscopica guidata, Ingegneria Tissutale, Terapia Fotodinamica, Terapia con Farmaci Biotecnologici, che si sono affiancate alle attività di Fototerapia, Malattie a Trasmissione Sessuale, Dermatologia Pediatrica, Vulnologia e Micologia Dermatologica. L'UOSD costituisce in particolar modo un punto di riferimento per quanto riguarda la Chirurgia Dermatologica e risulta attrattiva nei confronti degli Specialisti Dermatologi delle Case di Cura di Cremona, del territorio provinciale e delle province limitrofe, che da decenni inviano settimanalmente una consistente casistica selezionata di casi oncologici all'Ambulatorio di secondo livello per i Tumori della Pelle, istituito e condotto dal Direttore dell'UOSD. L'attività chirurgica è stata mantenuta anche durante la pandemia e il numero di interventi chirurgici effettuati nell'ultimo triennio 2019-2021 è risultato essere: 974 nel 2019 (3 medici in organico), 746 nel 2020 (2 medici in organico dal 2° quadrimestre) e 801 nel 2021 (2 medici in organico). L'UOSD pur subendo una significativa contrazione dell'organico medico dal 1991 ad oggi: da 5 unità a 2 unità, di cui una presente solo per i 3/5 del proprio orario di lavoro presso il POC (in quanto distaccato due giorni alla settimana presso il POOP), ha sostanzialmente mantenuto gli standard qualitativi e quantitativi, raggiungendo costantemente gli obiettivi di budget quantitativi e qualitativi assegnati. Risultato ancor più significativo se si considera che gran parte dell'attività Dermochirurgica, soprattutto quella più complessa sotto il profilo della tecnica operatoria ed economicamente maggiormente remunerativa, svolta in regime di Day Surgery, ricade sul Direttore, unico medico ospedaliero, sempre presente in reparto, così come ricade su di esso la maggior parte dell'attività consulenziale per i pazienti ricoverati negli altri reparti POC e per i pazienti afferenti dal Pronto Soccorso. L'UOSD è stata sede di tirocini di Dermochirurgia Avanzata e sotto la guida del Direttore ha formato diversi specialisti esterni frequentatori, inoltre ha raggiunto i requisiti assistenziali necessari per afferire alla rete formativa della Scuola di Specializzazione Università della Lombardia Orientale facente capo alla Clinica Dermatologica dell'Università di Brescia, a cui afferiscono anche la Clinica Dermatologica dell'Università di Pavia e l'UOSD dell'Ospedale di Mantova. Il Direttore dell'UOSD dell'Ospedale di Cremona svolge attività didattica e tutoriale nell'ambito della rete formativa e sono ormai numerosi gli specializzandi in Dermatologia dell'ultimo anno di Specializzazione provenienti prima da Parma e attualmente da Brescia che hanno completato la loro formazione presso l'UOSD di Cremona.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile Dipartimento Medico	Dipendenza gerarchica: concorso raggiungimento obiettivi di budget dipartimentali
Responsabile SC Direzione Medica	Relazione funzionale: coordinamento attività specialistica ambulatoriale con UOSD
Responsabile SS Sitra	Relazione funzionale: coordinamento attività infermieristica con attività UOSD

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA CHIRURGICA

SC	CHIRURGIA GENERALE POC

Erogare un'offerta terapeutica di elevata qualità per quanto attiene il trattamento chirurgico delle patologie benigne e maligne dell'addome e del torace, ivi comprese le stazioni linfatiche inguinali e ascellari; gestire in maniera appropriata le patologie urgenti che necessita di trattamento

chirurgico; partecipare al trauma team nella gestione del paziente traumatizzato; garantire in tempi adeguati il trattamento delle patologie suscettibili di trattamento chirurgico in regime ambulatoriale.

Nel contesto organizzativo: la UOC Chirurgia Generale è l'UO di maggiori dimensioni del Dipartimento Chirurgico; ad essa spetta il compito di :

- individuare percorsi di preparazione dei pazienti nel periodo pre-operatorio che rispondano ai moderni criteri di tailoring della pre-abilitazione;
- condividere le indicazioni per le tempistiche di accesso alla line dell'urgenza e dell'emergenza
- perfezionare dal punto di vista formale le attività ordinarie in tema di consulenza interna, comunicazione dell'esame istologico, comunicazione con famigliari e Medici di medicina Generale
- approntare progetti di ricerca prospettica nell'ambito delle neoplasie dell'apparato digerente, della chirurgia guidata dalla fluorescenza, della chirurgia mininvasiva della parete addominale

Nel contesto ambientale: la UOC Chirurgia Generale è l'unica UO di tutta la Provincia di Cremona in possesso dei requisiti strutturali per la chirurgia oncologica avanzata, con particolare riferimento alla chirurgia dell'esofago, del fegato e del pancreas; alla chirurgia mininvasiva dello stomaco; alla chirurgia del cancro del retto avanzato che necessita di resezioni pelviche combinate; alla chirurgia dei grossi tumori retroperitoneali con necessitano di resezioni viscerali e vascolari associate. Il rapporto con le cliniche private attiva nella città di Cremona e con il presidio Spoke POOP è un rapporto di reciproco scambio culturale, di disponibilità ad accogliere pazienti affetti dalla patologia sopra citata, e di invio di pazienti affetti da patologia di minore impatto in termini di impegno globale del setting assistenziale.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: pianificazione della turnistica di reparto, pianificazione del programma operatorio, comunicazione degli obiettivi di budget e verifica del loro raggiungimento, valutazione dei Dirigenti Medici, programmazione della formazione e dell'attività scientifica, rapporti con le altre strutture dell'ASST e con gli MMG
Responsabile SS Chirurgia Senologica	Relazione funzionale: Pianificazione ed esecuzione attività di chirurgia senologica
Responsabile C1F3 Chirurgia d'urgenza	Relazione funzionale: Audit percorsi e risultati, formazione ATLS dei Dirigenti Medici della UOC
Responsabile C1F3 Rapporti Istituzionali d'urgenza	Relazione funzionale: comunicazione con Medici di Medicina generale

SS	CHIRURGIA SENOLOGICA

Il chirurgo senologo esegue le visite senologiche di diagnosi e indica il percorso chirurgico da seguire nelle donne in cui è stato diagnosticato un tumore del seno, oppure avvia a una discussione con i colleghi per un trattamento preoperatorio con farmaci.

Gestisce il follow-up della maggioranza delle pazienti operate per tumore al seno o lesione intraepiteliale. Quando è necessaria la mastectomia, si garantisce nella maggioranza dei casi la ricostruzione immediata con tecniche che dipendono dalla singola situazione.

SC	CHIRURGIA GENERALE POOP

Principali funzioni/ attività:

Attività ambulatoriale e di ricovero

Chirurgia generale

gastroenterologica

epatobiliopancreatica

endocrinochirurgia

chirurgia laparoscopica e mininvasiva

chirurgia senologica

attività ambulatoriale pre e post chirurgica

In collaborazione con gli specialisti della UOC Urologia, attività di chirurgia urologica

In collaborazione con gli specialisti della SSD di Chirurgia Vascolare, attività di chirurgia vascolare.

SS	CHIRURGIA A BASSA INTENSITA' SENOLOGICA

Principali funzioni/ attività :

Attività ambulatoriale e di ricovero.

chirurgia generale

chirurgia senologica

attività ambulatoriale pre e post chirurgica.

SC	ORTOPEDIA POC
Principali Funzioni/Attività	-Chirurgia elettiva ortopedica -Chirurgia traumatologica differibile ed in urgenza -Pronto Soccorso ortopedico -Attività ambulatoriale di I° e II° livello -Assistenza ai degenti -Consulenze specialistiche interne ed esterne -Doppia reperibilità notturna e festiva -Attività di Insegnamento c/o UniBS
Relazioni gerarchiche	A monte: Dipartimento di Neuroscienze e Osteo-Articolare A valle: direttamente l'Utenza
Relazioni funzionali	Con tutti gli altri Dipartimenti e singole UO dell'Azienda, in particolare: Radiologia, Anestesia e Rianimazione, Pronto Soccorso, Riabilitazione Specialistica, Neuro-NCH, Anatomia Patologica, Laboratorio, Trasfusionale

SC	ORTOPEDIA POOP

Principali Funzioni/Attività: Presa in carico dei pazienti ortopedici e traumatologici anche di elevata complessità (polifratturati) con particolare attenzione alle patologie della mano e pediatriche.

Relazioni organizzative e funzionali:

Le principali relazioni (gerarchiche e funzionali) devono contemplare aspetti di pianificazione, elaborazione e discussione del budget, valutazione qualitativa delle professionalità presenti, condivisione degli obiettivi con Direzione Strategica, Dipartimento Medico, collaborazione con altre UU.OO., formazione continua del personale.

SC	CHIRURGIA VASCOLARE

Principali Funzioni/Attività	-Trattamento della patologia ostruttiva ed aneurismatica dell'aorta toracica e addominale, degli arti superiori ed inferiori, dei tronchi sovraortici e delle arterie viscerali -trattamento patologia venosa degli arti inferiori -ambulatorio di diagnostica vascolare -ambulatorio prima visita medicazioni, e controlli post-operatori -reperibilità chirurgica vascolare 24 h x 365 giorni/anno
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore Dipartimento Chirurgico A valle: /
Relazioni funzionali	Direttori di Dipartimento e singole UU.OO. dell'Azienda

SC	UROLOGIA

La struttura complessa di Urologia afferisce al Dipartimento Chirurgico della ASST Cremona, e si propone come obiettivo principale quello di garantire ai propri pazienti una diagnosi tempestiva ed accurata, e conseguentemente un'efficace impostazione terapeutica in linea con le più moderne tecniche riconosciute, nell'ambito della patologia del sistema genitourinario.

A tale scopo mette a disposizione dei Pazienti le più moderne metodologie sia di tipo chirurgico che non chirurgico, con approccio multidisciplinare nella collaborazione di altre SC (es Nefrologia), e specificatamente nell'ambito oncologico con la partecipazione al gruppo multidisciplinare per la patologia urologica oncologica (Oncologia Medica, Radioterapia, Nefrologia Oncologica, Anatomia patologica, Radiologia), per garantire gli obiettivi assistenziali secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, e nel rispetto della dignità della persona.

I principali ambiti di trattamento sono i seguenti:

Malattie Neoplastiche Genito-Urinarie, e chirurgia specifica completa in ambito demolitivo con intento curativo, e ricostruttivo, con approccio endoscopico, miniinvasivo laparoscopico o a cielo aperto con tecnica di minilaparatomia.

Litiasi reno-ureterale e vescicale, in gestione urgente od elettiva, con indicazione a chirurgia endoscopica miniinvasiva (ULL, RIRS, ECIRS, PCNL) o non chirurgica (ESWL).

Sindrome ostruttiva da adenoma prostatico, sclerosi del collo vescicale, stenosi uretrali

Vescica neurologica, incontinenza urinaria

Patologie malformative

Infezioni delle vie urinarie, prostatiti, orchiepididimiti ed ureteriti

Gestione derivazioni urinarie

Biopsie Prostatiche RNM guidate (fusion) e attività diagnostiche avanzate invasive. E' dotata di posti letto ordinari all'interno del reparto di Chirurgia Multispecialistica e in quello di Week Surgery; di posti letto all'interno del reparto di Day Surgery e 2 posti tecnici di chirurgia a bassa intensità operativa e assistenziale (BIC).

Si pone l'obiettivo di offerta di prestazione clinico/diagnostica al territorio con rispetto della qualità del servizio in conformità con gli standard definiti dalle linee guida di riferimento (SIU, EAU, SiURO, ROL, NCCN) e con particolare attenzione alle tempistiche derivanti dalle liste di attesa secondo direttive regionali.

Si pone inoltre l'obiettivo di riferimento territoriale per la chirurgia oncologica ad alta complessità e specificatamente per pazienti ad alta fragilità sistemica per età o comorbidità, stante la disponibilità della terapia intensiva post operatoria e la programmazione multidisciplinare dei trattamenti aggiuntivi necessari (neoadjuvanti o adjuvanti) in concerto con Oncologi e radioterapisti.

La disponibilità di nefrologia oncologica consente supporto specifico immediato in caso di pazienti in cui l'intervento comporti una significativa perdita della funzione renale a livelli di criticità clinica, Per la gestione delle urgenze territoriali di pertinenza urologica specifiche e in particolare per la

traumatologia, ha disponibilità di collaborazione con la radiologia interventistica per i traumi renali e urologici in generale, per le procedure di embolizzazione selettiva eventualmente indicabili. E' inoltre parte attiva nei programmi di prevenzione sul territorio inserendosi nel network di Bollino Azzurro dei Centri multidisciplinari per il tumore alla prostata, patrocinio di AIRO (Associazione Italiana di Radioterapia ed Oncologia Clinica), CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri), Fondazione AIOM, ROPI (Rete Oncologica Pazienti Italia) e SIUrO (Società Italiana di Uro-Oncologia). Promuove e coordina iniziative di informazione e prevenzione sul territorio delle patologie dell'apparato uro-andrologico. E' inserita nel network didattico della Scuola Di Specializzazione di Urologia della Università degli Studi di Milano.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile Dipartimento Chirurgico	Dipendenza gerarchica: Il Direttore UOC Urologia è responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento e della UOC specificatamente, ne promuove le attività, coordina le attività delle strutture di riferimento di concerto con i relativi responsabili, perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse strutture organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento. Le sue funzioni sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale per tramite del Direttore di Dipartimento.
Responsabile Direzione Generale/Strategica	Relazione funzionale: Verifica il reporting del controllo di gestione e prevede l'analisi e il confronto dei risultati economici mensili di tutti i centri negozianti rispetto ai parametri di budget attraverso Elaborazione dei consuntivi, analisi degli scostamenti, analisi delle dinamiche che hanno generato gli scostamenti e eventuali criticità. Governa le risorse direttamente imputabili all'unità cui fa capo; definisce le azioni correttive / revisione di budget attraverso la sintesi delle criticità emerse dall'analisi degli scostamenti, identificazione delle azioni correttive a breve, definizione degli interventi di riorganizzazione a breve termine e di eventuale ritaratura del budget.
Responsabile SS	Relazione funzionale: ne determina gli obiettivi clinici monitorando gli stessi e il bilancio specifico nell'ambito del bilancio della SC.

SS	UROLOGIA POOP

Svolge attività ambulatoriale urologica e attività di piccola chirurgia urologica.

SC	CHIRURGIA TORACICA

Si occupa:
del percorso diagnostico terapeutico della patologia polmonare oncologica,
delle emergenze chirurgiche toraciche
della terapia chirurgica e di tutte le patologie toracopolmonari
dell'attività ambulatoriali pre e post chirurgica

Relazioni funzionali:

a monte: direttore del dipartimento
a valle: /

SSD	ENDOSCOPIA DIGESTIVA

L'Endoscopia Digestiva dell'ASST di Cremona è il punto di riferimento per la popolazione della provincia di Cremona ed eroga prestazioni anche alle popolazioni afferenti da province limitrofe nei due presidi di Cremona e Casalmaggiore.

I dati dell'osservatorio epidemiologico dell'ATS Valpadana (riferiti alla rilevazione del triennio 2012-2014) sulla incidenza delle principali neoplasie dell'apparato digerente (esofago, stomaco, colon-retto, pancreas, fegato e vie biliari) dimostrano un numero di casi incidenti superiore sia ad altre regioni del nord sia delle rimanenti regioni italiane. Anche la mortalità per le medesime neoplasie è più elevata nel territorio rispetto alle altre regioni d'Italia (<https://www.ats-valpadana.it/schede-registro-tumori>) verosimilmente per una maggiore prevalenza di neoplasie diagnosticate in stadi più avanzati piuttosto che per la carenza di opzioni terapeutiche disponibili.

Queste evidenze epidemiologiche rappresentano la logica premessa dell'importanza di una Endoscopia all'avanguardia che consenta una diagnosi sempre più precoce di condizioni di rischio, lesioni precancerose e neoplasie dell'apparato gastrointestinale. Parallelamente lo sviluppo di una Endoscopia Digestiva "operativa" consente, con ridotta invasività rispetto alla chirurgia, oltre l'inquadramento eziologico invasivo (diagnosi e campionamento biptico), il trattamento radicale delle lesioni neoplastiche superficiali del tratto gastroenterico con particolare riferimento all'esofago, stomaco e colon. Infine, negli stadi più avanzati di malattia, l'Endoscopia Digestiva consente il trattamento e la palliazione dei pazienti oncologici.

Alle patologie neoplastiche si affianca l'elevata prevalenza delle patologie benigne gastroenterologiche nella popolazione generale.

Molte di queste patologie hanno un andamento cronico-recidivante e necessitano di una continuità assistenziale espletata sia in regime ambulatoriale sia di ricovero durante le fasi di acuzie. A tale proposito il numero di ricoveri per malattie dell'apparato digerente in Italia presenta un trend in aumento nei decenni 1999-2019 posizionandosi al secondo posto tra le cause di ricovero, con una percentuale dei ricoveri ordinari che varia a seconda dei criteri di analisi utilizzati dal 13 al 24% del totale.

In particolare le malattie dell'apparato digerente rappresentano fino al 73% dei ricoveri nelle UU.OO. di Medicina e Chirurgia Generale.

Questo impatto delle malattie sul SSN rende conto della necessità nel contesto organizzativo aziendale di una stretta integrazione dell'Endoscopia Digestiva con le UU.OO. ove i pazienti con diagnosi gastroenterologiche vengono curati.

In dettaglio vanno valorizzate:

- 1) L'integrazione con il **P.S. e la Medicina d'Urgenza** per la gestione delle urgenze emorragiche del tratto gastrointestinale superiore ed inferiore.
- 2) I rapporti con la **Medicina Interna e la Chirurgia Generale** per la gestione delle anemie da perdita gastrointestinale, le pancreatiti acute e croniche, la litiasi delle vie biliari, le sindromi malassorbitive, le malattie infiammatorie croniche intestinali riacutizzate e le diverticoliti con vari livelli di gravità. In particolare, gli stretti rapporti di collaborazione con la **Chirurgia Generale** consentono trattamenti chirurgici mini-invasivi (marcature preoperatorie) e la gestione delle complicanze chirurgiche (leaks, deiscenze, stenosi) riducendo di ricorso a reinterventi o trattamenti radiologici percutanei.
- 3) Infine con le UU.OO. di **Oncologia, Radioterapia, Neurologia e Neurochirurgia** viene gestita la palliazione dei sintomi secondari alle malattie oncologiche (itteri neoplastici, stenosi lumenali) ed il posizionamento di presidi per la nutrizione enterale (PEG, PEG-J, sonde nasogastriche o nasodigiali) o la somministrazione di farmaci (es. LevoDopa).

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Direzione strategica e Direzione Sanitaria: - pianificazione delle attività dell'U.O. - negoziazione del budget

	- valutazione dei risultati; <u>Direttore Dipartimento:</u> - razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi; - Il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi assistenziali attraverso il coordinamento e l'integrazione delle attività delle strutture del Dipartimento per raggiungere il miglior servizio a costi appropriati; - Il miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie con particolare riguardo all'umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del Dipartimento; - Il coordinamento e lo sviluppo delle attività di ricerca, studio, formazione e aggiornamento delle strutture del Dipartimento; - Razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti; - lo sviluppo di modelli organizzativi innovativi nella gestione della risorsa umana e professionale, favorendo il lavoro di équipe interdisciplinare e multiprofessionale.
Responsabile SC	Relazione funzionale: <u>Direzione Strategica:</u> - Rappresenta la Struttura nei rapporti con la Direzione generale; - Assicura il coordinamento, l'integrazione e il controllo, clinico – organizzativo ed economico per la propria Struttura - Gestione della sicurezza e dalla tutela della privacy; - Garantisce le funzioni e le attività, per tipo e per volume, programmate all'interno del budget; - Predisposizione del budget della Struttura e negoziazione con il Direttore di dipartimento strutturale; - recepimento dei risultati della negoziazione del Dipartimento con la Direzione generale in merito a quanto di interesse per la propria Struttura; - Esecuzione delle attività programmate per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel budget di Dipartimento, per la parte di competenza della Struttura; - Assicura, per la parte di competenza, i livelli organizzativi necessari per l'urgenza ed emergenza interna, secondo gli indirizzi della Direzione sanitaria; - Provvede, secondo le linee di indirizzo della Direzione generale, alla valutazione dei Dirigenti, secondo quanto previsto dai vigenti accordi contrattuali; <u>Direttore Sanitario e Direttore U.O. Risorse Umane:</u> - Predisporre, secondo gli indirizzi definiti dal Comitato di dipartimento, in collaborazione con i responsabili del personale infermieristico e/o tecnico-sanitario e/o riabilitativo della propria Struttura, il piano per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane della UO, con esplicitazione del piano di formazione, aggiornamento e di ricerca, per la negoziazione con il Direttore di Dipartimento, all'interno del processo di budget; <u>Direttore Dipartimento e Comitato Dipartimentale:</u> - Collabora attivamente alla attività del Dipartimento, anche in qualità di membro del Comitato di dipartimento;

	- Stabilisce le linee di applicazione, nella propria Struttura, dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita e percepita, indicati dal Dipartimento, con particolare attenzione alla centralità del paziente; - Concorre con il Dipartimento a sviluppare i livelli di integrazione con le altre Strutture nell'ambito dei rapporti intra/interdipartimentali; - Contribuisce alla formulazione delle proposte, in sede di Comitato di dipartimento, per il piano di sviluppo e valorizzazione delle risorse umane del Dipartimento; - Assicura la gestione delle risorse assegnate e la loro integrazione con le risorse comuni del Dipartimento; - Sostiene lo sviluppo e il buon funzionamento del Sistema Informativo di Dipartimento e aziendale ed in particolare coordina il monitoraggio, la raccolta e la validazione dei dati; <u>Direttori UU.OO. del proprio e di altri Dipartimenti</u> nei quali vengono gestiti pazienti con problematiche gastroenterologiche: - Assicura la gestione clinico – assistenziale del paziente; - Insieme ai Medici della U.O. partecipa attivamente e condivide le linee di gestione comune dei pazienti stabilite durante le riunioni multidisciplinari <u>SC Ingegneria clinica:</u> - Sorveglianza della manutenzione ordinaria degli spazi e attrezzature/apparecchiature, condivise e delegate; - gestione del processo di valutazione delle tecnologie sanitarie (technology assessment) - gestione della sicurezza, della tutela della privacy e della qualità. <u>SC Gestione Acquisti:</u> - Con il coordinatore infermieristico verifica la disponibilità dei presidi e devices necessari all'esecuzione delle indagini endoscopiche diagnostiche ed operative - Concorda con l'U.O. di approvvigionamento e logistica la partecipazione alle gare regionali di accessori/devices

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA NEUROSCIENZE

SC	OCULISTICA

La SC di Oculistica dell'ASST di Cremona, parte del Dipartimento di Neuroscienze, si occupa elettivamente di tutte le patologie che interessano le strutture oculari e i suoi annessi, oltre che di tutte le patologie sistemiche (di carattere reumatologico, dismetabolico, neurologico, oncologico, pediatrico) che interessano anche l'occhio e l'apparato visivo.

Tutte le patologie sono trattate, sia per quanto riguarda l'aspetto medico che quello chirurgico, da Medici Specialisti che hanno approfondito da molto tempo il campo di attività di cui si occupano nello specifico. Soprattutto nella chirurgia della cataratta, del glaucoma, dello strabismo e nella chirurgia vitreo-retinica vengono quotidianamente impiegate le tecniche chirurgiche più moderne con strumentari e tecnologie sempre di ultima generazione.

La SC di Oculistica svolge la propria attività nell'ambito dell' ASST di Cremona e assicura il trattamento in regime di degenza ordinaria ai pazienti affetti da malattie acute mediche chirurgiche; il trattamento in regime di day hospital/day surgery; attività e prestazioni specialistiche ambulatoriali con l'obiettivo di ripristinare e mantenere lo stato di salute e benessere, migliorare la qualità della vita, minimizzare gli esiti invalidanti delle patologie.

I sopraindicati servizi sono assicurati agli utenti/pazienti che sono costituiti da cittadini residenti nel territorio cremonese, bresciano, piacentino e parmigiano che si rivolgono direttamente all'azienda ospedaliera in funzione delle patologie da cui sono affetti.

Alcune aree particolari di attività della UO rappresentano peraltro settori di eccellenza. Tali aree sono costituite dalle maculopatie di varia natura (prevalentemente la maculopatia "legata all'età"), dalle retinopatie dismetaboliche (diabete), dalla chirurgia vitreo-retinica e dai trapianti di cornea.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, Budget, Valutazione e Formazione
Responsabile SC	Relazione funzionale: Pianificazione, Programmazione Operatoria, Compartecipazione Attività Programmazione UO
Responsabile SS	Relazione funzionale: Selezione e corretto indirizzamento pazienti

SS	OCULISTICA POOP

Principali funzioni/attività della SS di Oculistica del presidio ospedaliero Oglio Po sono: effettuare attività ambulatoriale ed eseguire interventi di cataratta, piccoli interventi chirurgici della palpebra ed iniezioni intraoculari per la cura della degenerazione maculare.

SC	NEUROLOGIA

La SC Neurologia della ASST di Cremona serve da riferimento per un bacino di circa 230-250.000 persone, se si assume che 1/3 o meno degli abitanti della provincia di Cremona faccia riferimento alla Neurologia della ASST di Crema. In questo bacino si può stimare che esistano almeno 2000 persone affette da s. epilettiche, 350 affette da Sclerosi Multipla, 700 affette da M. di Parkinson, 4500 affette da demenza, 25.000 affette da emicrania e altre cefalee, 500-1000 polineuropatie diabetiche, e 2500 con esiti di ictus. Meno frequenti, ma rilevanti per la disabilità sono poi i casi con sclerosi laterale amiotrofica, miastenia gravis e polineuropatie autoimmuni. Molti di questi pazienti richiedono una o più visite neurologiche all'anno e alcuni anche un ricovero. Molto numerose sono anche le patologie neurologiche minori, come vertigini, perdite di coscienza, tremore, difficoltà cognitive non gravi, sindromi dolorose, disturbi visivi che pure si rivolgono agli ambulatori della UO Neurologia per una valutazione. Inoltre ogni anno si verificano circa 400 nuovi ictus e 150-200 altre patologie neurologiche acute o riacutizzatesi che richiedono un ricovero nei letti della UO Neurologia.

La SC è dotata di 18 posti letto, di cui quattro di Stroke Unit subintensiva. E' sede di Stroke Unit di 3° livello e hub per la trombectomia e la trombolisi per l'ictus ischemico acuto, di centro di riferimento regionale per la Sclerosi Multipla per la provincia di Cremona, di Centro Epilessia di 2° livello e di Centro per i Disturbi Cognitivi e le Demenze. I ricoveri annuali sono tra 550 e 600. Tutte le principali patologie neurologiche vengono diagnosticate e trattate presso la ASST Cremona. Solo in casi eccezionali ci si avvale della consulenza di altri centri specialistici, per patologie molto rare e la cui diagnosi richiede tecniche presenti solo in poche sedi. La SC Neurologia fornisce anche numerose prestazioni strumentali di Neurofisiopatologia, sia interne all'ASST che ambulatoriali, per la popolazione, per un totale di circa 4000 tra EEG, EMG, Potenziali Evocati e monitoraggi operatori all'anno. Particolare rilevanza hanno i monitoraggi intraoperatori e le indagini neurofisiologiche nella

Terapia Intensiva, anche per l'accertamento della morte cerebrale. Viene svolta anche regolare attività ambulatoriale settimanale di Neurologia generale e di 2° livello (malattie cerebrovascolari, cefalea, epilessia, sclerosi multipla, M. di Parkinson e disturbi del movimento, M. di Alzheimer e demenze, malattie del sistema nervoso periferico, miastenia e sclerosi laterale amiotrofica). Infine, si fornisce un servizio di neurologia ambulatoriale e di consulenza ospedaliera con cadenza settimanale presso il presidio ospedaliero di Oglio Po.

La presenza della SC Neurologia e la adeguata dotazione di risorse umane, strumentali e organizzative hanno una doppia ricaduta positiva. La prima ricaduta, nel contesto organizzativo dell'ASST Cremona, è la gestione esperta delle patologie neurologiche ricoverate, sia in Neurologia che in altre UO, che permette trattamenti efficaci ed efficienti, secondo le linee guida più aggiornate, erogati in tempi adeguati, senza spreco di risorse e di giorni di degenza e migliorando le competenze di tutti i professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti. Uno specifico obiettivo della SC Neurologia è l'aggiornamento costante delle pratiche terapeutiche, assistenziali e organizzative relative alle malattie neurologiche, per mantenere l'offerta della ASST Cremona al livello degli standard più elevati in materia.

La seconda ricaduta, per la comunità cremonese, è la riduzione della disabilità sul territorio grazie alle numero sempre crescente di terapie ricanalizzanti per l'ictus, la gestione moderna ed efficiente delle cronicità neurologiche, la risposta alla richiesta di valutazione e presa in carico neurologica, la promozione dell'empowerment dei pazienti e dei caregiver, grazie al contatto con lo specialista esperto, e la creazione di un solido legame tra l'ospedale e la comunità basato sulla ampiezza e qualità dell'offerta da un lato e la fiducia, la soddisfazione e gli stimoli al miglioramento delle prestazioni dall'altro.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direzione strategica	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, assegnazione obiettivi di budget, valutazione
Direzione strategica	Relazione funzionale: Condivisione obiettivi, formulazione proposte
Direttore dipartimento	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, valutazione
Direttore dipartimento	Relazione funzionale: Condivisione obiettivi, collaborazione, consulenza
Direttore UO Pronto Soccorso Aziendale	Dipendenza gerarchica: No
Direttore UO Pronto Soccorso Aziendale	Relazione funzionale: Collaborazione, consulenza per il percorso ictus
Direttore UO Radiologia	Dipendenza gerarchica: No
Direttore UO Radiologia	Relazione funzionale: Collaborazione, consulenza per il percorso ictus

SC	NEUROCHIRURGIA

La SC si occupa della diagnosi e cura di tutte le patologie neurochirurgiche, ossia del sistema nervoso centrale e periferico. Vengono trattate tutte le patologie di pertinenza neurochirurgica cranica e spinale (oncologica, vascolare, malformativa e traumatica). Le più frequenti sono:

- tumori cerebrali benigni, in particolare adenomi dell'ipofisi, meningiomi e craniofaringiomi;
- tumori cerebrali maligni, in prevalenza gliomi e metastasi;
- aneurismi e malformazioni vascolari;
- ernie discali, instabilità e altre patologie degenerative della colonna vertebrale.

SC	NEURORADIOLOGIA

Si occupa della diagnosi e terapia delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico, della base cranica e del rachide.

Utilizza tecniche radiologiche avanzate: TC, RM, angiografia digitale e radiologia tradizionale. Opera in ambito interventistico, formula diagnosi e interviene nella cura delle patologie in particolare di origine vascolare, quali: trombectomia per l'ictus ischemico acuto, angioplastica e posizionamento di stent per le stenosi dei vasi arteriosi del distretto Testa-collo, le embolizzazioni di aneurismi cerebrali e malformazioni vascolari, ecc.

SC	ORL

La Struttura Complessa di Otorinolaringoiatria ha quale obiettivo principale quello di costituire un punto di riferimento per il territorio afferente, garantendo ai propri pazienti un work-up diagnostico accurato e tempestivo, strategie terapeutiche in linea con le più avanzate e consolidate procedure sia in ambito della patologia oncologica che infiammatoria.

L'offerta di prestazioni clinico/diagnostiche al territorio avviene nel rispetto della qualità del servizio in conformità con gli standard definiti dalle linee guida di riferimento nazionali ed internazionali (SIO, AOOI, EHNS, AAOHNS, NCCN) e con particolare attenzione alle tempistiche derivanti dalle liste di attesa secondo direttive regionali.

L'acquisizione di sofisticate tecnologie dedicate, sia in ambito diagnostico che terapeutico, la discussione multidisciplinare con i Colleghi delle altre unità operative (Endocrinologia, Neurochirurgia, Radioterapia, Pneumologia, Radiologia, Oncologia, anatomia Patologica) soprattutto nell'ambito della patologia della base cranica, della ghiandola tiroide e dell'oncologia del distretto testa-collo sono appunto finalizzati per garantire gli obiettivi della centralità del paziente, della efficacia, della qualità e della appropriatezza delle cure.

I principali ambiti di trattamento sono i seguenti:

- Patologia chirurgica della ghiandola tiroide
- Patologia oncologica del distretto cervico-cefalico
- Patologia oncologica delle vie aero-digestive superiori
- Patologia oncologica della base cranica anteriore e media
- Patologia oncologica delle ghiandole salivari
- Patologia infiammatoria e malformativa del distretto testa-collo
- Patologia infiammatoria e malformativa del distretto naso-sinusale
- Patologia infiammatoria delle vie aero-digestive superiori

La SC di Otorinolaringoiatria è dotata di posti letto ordinari all'interno del reparto di Chirurgia Multispecialistica e in quello di Week Surgery; ha a disposizione ambulatori dedicati per la diagnostica di primo e secondo livello e per la diagnostica audiologica e vestibologica. Afferente al dipartimento di Neuroscienze è anche il Servizio di Chirurgia maxillo-facciale: l'attività diagnostica ambulatoriale e chirurgica è quotidianamente svolta con stretta e multidisciplinare cooperazione.

Costante è la promozione di iniziative di informazione e prevenzione sul territorio e presso i MMG.

La SC di Otorinolaringoiatria è inserita nella rete formativa della Scuola di Specializzazione di Otorinolaringoiatria della Università degli Studi di Brescia.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile Dipartimento Testa-Collo	Dipendenza gerarchica: Il Direttore SC di Otorinolaringoiatria è responsabile del raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento e della SC. Le attività ed il coordinamento delle attività, l'acquisizione di nuove attrezzature, l'implementazione dei servizi offerti vengono opportunamente vagliate collegialmente, perseguendo la massima integrazione possibile, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'applicazione di procedure comuni ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Dipartimento.
Responsabile Direzione Generale/Strategica	Relazione funzionale: Verifica e controllo di gestione tramite analisi e la periodica verifica dei risultati economici e di produttività chirurgica

	ed ambulatoriale, rispetto ai parametri di budget e ad eventuali criticità nel raggiungimento degli stessi. Discussione delle delle criticità e delle opportune azioni correttive attraverso l'analisi degli scostamenti, definizione degli interventi di riorganizzazione del processo produttivo e di eventuale ritaratura del budget.
Responsabili altre SC	discussione multidisciplinare di casi di comune competenza, organizzazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, stesura di PDTA, organizzazione di protocolli di ricerca, organizzazione di corsi e seminari multidisciplinari nell'ambito di aspetti specialistici della patologia comune

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA SERVIZI DIAGNOSTICI

SC	LABORATORIO ANALISI POC

Principali Funzioni/Attività	1. DIAGNOSTICA IN URGENZA/EMERGENZA (Laboratorio d'urgenza) Settore dedicato all'esecuzione di esami urgenti (chimica clinica, ematologia, coagulazione, immunometria, microbiologia), definiti in accordo con i clinici ospedalieri. E' attivo 24/24h. Si occupa anche della preparazione, conservazione e spedizione dei campioni, secondo i termini di legge, di alcuni test con valenza medico-legale che devono essere inviati all'ASL (ad esempio alcolemia) E' situato all'ingresso della struttura. 2. DIAGNOSTICA EMATOLOGICA (Laboratorio di Ematologia) settore é dedicato all'esecuzione di emocromo con formula leucocitaria e valutazione morfologica microscopica, VES. 3. DIAGNOSTICA DELLE MALATTIE EMORRAGICHE E TROMBOEMBOLICHE (laboratorio coagulazione): effettua i test globali dell'emostasi e quelli di II e III livello. Esegue i test della coagulazione su plasma, siero e sangue intero. E' in stretta relazione con il Centro Emostasi e Trombosi. 4. DIAGNOSTICA BIOCHIMICA CLINICA E' organizzata in tre settori: ▪ PREANALITICA: vengono accettati tutti i materiali biologici della normale routine, comprensiva anche dell'attività di altre Unità Operative (Centro Trasfusionale, genetica Medica). Inoltre sono conservati (con o senza pre-trattamento) i campioni che devono essere spediti per l'esecuzione ad altri ospedali o al presidio Oglio Po. ▪ LABORATORIO DI BIOCHIMICA CLINICA: in questo settore sono dosati enzimi, proteine, farmaci: I dosaggi si effettuano su plasma, siero, urina e altri materiali biologici ▪ LABORATORIO DI IMMUNOMETRIA: questo settore si occupa di diagnostica endocrinologica (ormoni tiroidei, della fertilità e altri ormoni), di farmaci immunosoppressivi

	e di oncologia (fornendo ai medici richiedenti strumenti per la valutazione nel tempo dei marcatori tumorali). I materiali utilizzati sono siero, plasma, urina e sangue intero. PUNTI DI FORZA DELLA STRUTTURA 1. Laboratorio d'Urgenza h24 2. Collaborazione tra Clinica e Laboratorio nelle seguenti aree diagnostiche: 1. emostasi e trombosi, 2. infettivologia 3. reumatologia, 4. endocrinologia, 5. oncologia, 6. ematologia 3. Refertazione supportata dall'interpretazione diagnostica 4. Tempestiva segnalazione al curante, sia per pazienti ricoverati che per pazienti ambulatoriali, degli esiti patologici ed eventuale invio del paziente agli specialisti ospedalieri. 5. Centralità della UUOO all'interna dell'area sanitaria territoriale che la individua come "Hub ideale" 6. Partecipazione a studi clinici nazionali ed internazionali che investono sia la diagnostica che la valutazione di nuovi sistemi analitici e test (emostasi e trombosi, oncologia, endocrinologia, sierologia infettiva, microbiologia)
Relazioni gerarchiche	A monte DIPARTIMENTO AREA SERVIZI DIAGNOSTICI A valle SS MICROBIOLOGIA
Relazioni funzionali	ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: tutti i dipartimenti, le SC e SS ed i centri prelievo (ospedale e territorio) 2. ALL'ESTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA: - MMG - CASE DI RIPOSO - PUNTI PRELIEVO - ASST MANTOVA

SS	MICROBIOLOGIA

Principali Funzioni/Attività	MACRO-AREA MICROBIOLOGIA E' organizzata in cinque settori: • SIEROLOGIA E AUTOIMMUNITÀ: effettua esami di sierologia infettiva e indagini di I° e II° livello per la diagnosi delle malattie autoimmuni, compresa la malattia celiaca. • URINE E PARASSITOLOGIA: si eseguono indagini sulle urine sangue intero, feci, di carattere chimico-fisico e parassitologico. • BATTERIOLOGIA: si eseguono esami di I° e II° livello di isolamento e tipizzazione di batteri su urine, feci, sangue intero e altri materiali biologici, antibiogrammi • MICOBATTERIOLOGIA: si esegue la ricerca dei micobatteri microscopica, colturale, in biologia molecolare e di sensibilità antibiotica.

	• BIOLOGIA MOLECOLARE: si eseguono in biologia molecolare test infettivologici e batteriologici su diversi materiali biologici

SSD	CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI

Principali Funzioni/Attività	CENTRO EMOSTASI E TROMBOSI a) AMBULATORIO PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN TERAPIA ANTICOAGULANTE (Ambulatorio TAO) dove sono guidati nella loro terapia anticoagulante orale di lunga durata. I pazienti seguiti sono, al momento, 4.950 in AVK e 583 pazienti in terapia con DOAC). Il Centro é accreditato a livello nazionale ed appartiene alla FCSA (Federazione Centri per la diagnosi della trombosi e la Sorveglianza delle terapie antitrombotiche). Dal 2002 è attiva una rete di telemedicina che comprende 17 collegamenti con il territorio cremonese attraverso i gruppi di medici di medicina generale, le case di riposo: Sono inoltre collegati via web direttamente al Centro anche singoli pazienti. Oggi la rete coinvolge attivamente circa 1.800 pazienti. Inoltre, attraverso la sinergia creata con l'Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati (AIPA), è attivo un servizio di controlli domiciliari per i pazienti con particolari necessità sanitarie. Il Centro di Cremona, oltre ad essere il centro di riferimento provinciale, è uno dei più attivi a livello nazionale. b) AMBULATORIO PER LE MALATTIE TROMBOTICHE dove i pazienti a rischio o affetti da patologie da trombosi vengono valutati per ricevere il trattamento antitrombotico (terapia anticoagulante/antiaggregante) più efficace c) AMBULATORIO PER LO STUDIO DELLE COAGULOPATIE EMORRAGICHE CONGENITE/ACQUISITE. Si eseguono visite specialistiche e consulenze per i pazienti con malattie emorragiche (Emofilie congenite e/o acquisite, M von Willebrand, piastrinopatie, difetti piastrinici), sia ambulatoriali che ricoverati nella struttura ospedaliera. Il Centro ospedaliero di Cremona è riconosciuto come Centro Regionale per l'Emofilia ed appartiene all'Associazione Italiana Centri Emofilia (AICE). Il Centro è accreditato a livello nazionale. Segue attivamente 45 pazienti con malattia emorragica congenita. d) AMBULATORIO GRAVIDANZE: Le donne a rischio di trombosi, o con precedenti tromboembolici, vengono seguite durante tutta la gravidanza e, in casi particolari, vengono utilizzati i farmaci antitrombotici più adeguati al fine di ridurre e minimizzare il rischio di insorgenza di complicanze trombotiche. e) AMBULATORIO DI DIAGNOSTICA VASCOLARE NON INVASIVA (ECOCOLOR DOPPLER VENOSI): La diagnostica vascolare viene effettuata ai fini diagnostici per i pazienti seguiti dal Centro per definire la durata ottimale del trattamento antitrombotico (anticoagulante) e/o la sospensione dello stesso e le possibili recidive in corso di terapia.

	f) CONSULENZE SPECIALISTICHE PER PAZIENTI RICOVERATI + PRONTO SOCCORSO. I Medici del Centro Emostasi e Trombosi eseguono tempestivamente le consulenze interne richieste per i pazienti ricoverati, affetti da malattia trombotica o emorragica o pazienti in terapia anticoagulante, Il Centro é strettamente integrato con il Laboratorio di Coagulazione, in grado di diagnosticare alterazioni coagulative, congenite o acquisite, sia di carattere emorragico che pro-trombotico e di valutare gli effetti delle terapie antitrombotiche (anticoagulanti/antiaggreganti).

SSD	LABORATORIO ANALISI POOP
Principali Funzioni/Attività	Prestazioni di routine e di urgenza di chimica-clinica, ematologia, coagulazione, microbiologia, urine e vari del Presidio e ambulatoriali afferenti da tre Punti prelievo, da diverse RSA dell'ambito territoriale Oglio-Po e da cinque attività di prelievo. Attività specialistica aziendale: Proteine specifiche, Elettroforesi, Immunotipizzazioni sieriche e urinarie e altre indagini correlate. Attività specialistica aziendale: Allergologia. Attività specialistica aziendale: Ormoni e marcatori tumorali in Tecnica Radioimmunologica. Attività specialistica aziendale: Ormoni e loro metaboliti, farmaci antiepilettici e similari, medicina del lavoro e marcatori di alcoolismo cronico in metodo HPLC . Altri esami aziendali manuali distribuiti in vari settori. Centro Emostasi e Trombosi (FCSA): attività di assegnazione e monitoraggio TAO e NAO anche in collaborazione con Cooperative di MMG del territorio.
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore Generale Direttore Sanitario Aziendale Direttore Dipartimento Medicina Radiologica e di Laboratorio A valle: Punti e attività di prelievo
Relazioni funzionali	Utenti esterni e interni. Referente Area Casalasco- Viadanese, Direzione Medica POOP, Direzione Amministrativa Aziendale e sue diramazioni compresi i sistemi informativi, Direzione Sociosanitaria Aziendale, ATS Valpadana, DAPSS, Farmacia, Laboratori aziendali ed extra azienda, UUOO POOP e POC, Personale ausiliario aziendale o appaltato addetto alla pulizia e ai punti prelievo, Poliambulatori, Dialisi, Centri Antidiabetici, Allergologia Clinica, Formazione, Servizio Prevenzione e Protezione, Comunicazione, MMG e Pediatri di libera scelta della ATS Valpadana, Cooperative infermieristiche.

SC	IMMUNOEMATOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE
Principali Funzioni/Attività	▪ Raccolta sangue intero e plasma da aferesi ▪ Attività di immunoematologia e assegnazione emocomponenti (emc) ASST CR, case di cura e RSA 24h su 24 ▪ Lavorazione e validazione emc macroarea ▪ Congelamento plasma ▪ Ambulatorio trasfusionale ▪ Ambulatorio ulcere difficili ▪ Aferesi terapeutica (pex, raccolta, manipolazione e stoccaggio cellule staminali) ▪ Attività di compensazione intra e extra macroarea ▪ Smel (sierologia, biologia molecolare virale, hla, glicata, elettroforesi hb) ▪ Coordinamento e gestione DMTE di Cremona
Relazioni gerarchiche	A monte DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO POC E POOP DIRETTORE DIPARTIMENTO DI MEDICINA RADIOLOGICA E DI LABORATORIO DIRETTORE SIMT A valle UOS – PLASMACITOAFERESI UOS – CENTRO LAVORAZIONE E VALIDAZIONE AOD – OGLIO PO
Relazioni funzionali	▪ CRS/AREU ▪ DMTE PROVINCIA DI CREMONA ▪ AVIS PROVINCIALE CREMONA ▪ UdR: CREMONA, SONCINO, SORESINA e CASALMAGGIORE ▪ AOD OGLIO PO ▪ SIMT CREMA E UdR RIVOLTA D'ADDA ▪ SIMT MANTOVA "CARLO POMA" ▪ AVIS PROVINCIALE MANTOVA ▪ 11 UdR MANTOVA ▪ EMATOLOGIA (CENTRO TRAPIANTI) ▪ IBMDR-ADMO ▪ INDUSTRIA PRODUZIONE EMODERIVATI

SS	PLASMACITOAFERESI
Principali Funzioni/Attività	▪ plasmateresi produttiva ▪ congelamento e stoccaggio plasma da aferesi ▪ cessione plasma all'industria ▪ aferesi terapeutica ▪ raccolta cell. staminali per ASST CREMONA e CREMA ▪ manipolazione e stoccaggio cell. staminali per ASST CREMONA, CREMA e MANTOVA ▪ raccolta ed invio cellule staminali da donatore
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE SIMT A valle 1 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE 1 DIRIGENTE MEDICO 2 TLB (CON SPECIFICHE COMPETENZE) 3 INFERMIERI (CON SPECIFICHE COMPETENZE)
Relazioni funzionali	▪ AVIS PROVINCIALE CREMONA ▪ EMATOLOGIA (CENTRO TRAPIANTI) ▪ ASST CREMONA, CREMA e MANTOVA

	▪ INDUSTRIA PRODUZIONE EMODERIVATI

SS	CENTRO LAVORAZIONE E VALIDAZIONE
Principali Funzioni/Attività	▪ Accettazione emocomponenti e campioni biologici ▪ Lavorazione emocomponenti primo livello ▪ Lavorazione emocomponenti secondo livello ▪ Congelamento e stoccaggio plasma da lavorazione ▪ Cessione plasma all'industria ▪ Validazione emocomponenti ▪ Stoccaggio emc macroarea ▪ Compensazione intra ed extra macroarea
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE SIMT A valle 1 DIRIGENTE MEDICO RESPONSABILE 2 DIRIGENTI BIOLOGI 12 TLB
Relazioni funzionali	▪ UdR PROVINCE CREMONA E MANTOVA ▪ SETTORE RACCOLTA SIMT CR ▪ AOD OGLIO PO ▪ SIMT ASST CREMA ▪ SIMT ASST MANTOVA ▪ OSPEDALI CONVENZIONATI PER COMPENSAZIONE ▪ INDUSTRIA PRODUZIONE EMODERIVATI

SC	RADIOLOGIA POC

La mission di una radiologia aziendale di fornire esami di diagnostica per immagini di alta qualità per migliorare le cure offerte i nostri pazienti, composti da popolazione diversificata tra ambulatoriali, pronto soccorso e ricoverati.

Per raggiungere tale scopo l'ASST si impegna a:

- Non solo predisporre la esecuzione/refertazione della più ampia varietà di indagini radiologiche che possono essere richieste ma anche assicurare un livello qualitativo elevato attraverso un costante aggiornamento della dotazione tecnologica (apparecchiature e software) e degli skills sia del comparto tecnico che medico radiologico. Questo approccio garantisce un "prodotto diagnostico" che permette di essere attrattivi e competitivi per l'utenza e affidabili per i colleghi delle UOC aziendali.
- Fornire la migliore assistenza clinica possibile, utilizzando le diverse metodiche in modo attento, sicuro, di alta qualità, efficiente in termini di costi e tempestivo, sviluppando metodiche e approcci sempre nuovi e attuali.
- Assicurare ampia professionalità per l'ampia variabilità di super-specializzazioni all'interno delle competenze radiologiche (neuroradiologia, angiografia, senologia, cardioradiologia e urologia per esempio) attraverso un ampio numero di Strutture Semplici e Incarichi di Alta Specializzazione con partecipazione attiva ai numerosi team multidisciplinari settimanali/bisettimanali che caratterizzano l'attività dell'Azienda dove è evidente la centralità dell'attività diagnostica radiologica nei percorsi dei pazienti.
- Infine identificare e convalidare misure quantitative per la valutazione oggettiva dei risultati e il confronto con modelli di Best Practice.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile dipartimento di diagnostica	Dipendenza gerarchica: si condividono gli obiettivi di Budget sia economici che specifici individuali della dirigenza e le misure per il loro raggiungimento; l'attività di Formazione del personale con corsi per il personale del comparto e medico. Si condividono i criteri di valutazione attraverso le schede aziendali concordate annualmente.
Responsabile SC unità operative di branca medica e chirurgica	Relazione funzionale: svolgimento della attività diagnostica radiologica come da PDTA ove presenti e pianificazione dei percorsi ove non già standardizzati. Stretta collaborazione nella gestione del percorso del paziente ricoverato per l'ottimizzazione dei tempi di degenza. Consulenza per pazienti con esami eseguiti in altra sede.

SS	RADIOLOGIA SENOLOGICA
Principali Funzioni/Attività	Mammografia di screening Mammografia clinica Ecografia mammaria Risonanza Magnetica Mammaria Interventistica senologica
Relazioni gerarchiche	A monte: SC Radiologia
Relazioni funzionali	Diagnostica Strumentale Senologica Senologia Interventistica Incontri Multidisciplinari in ambito senologico Applicazione PDTA

SC	RADIOLOGIA POOP

La mission di una radiologia aziendale di fornire esami di diagnostica per immagini di alta qualità per migliorare le cure offerte i nostri pazienti, composti da popolazione diversificata tra ambulatoriali, pronto soccorso e ricoverati.

Per raggiungere tale scopo l'ASST si impegna a:

- Non solo predisporre la esecuzione/refertazione della più ampia varietà di indagini radiologiche che possono essere richieste ma anche assicurare un livello qualitativo elevato attraverso un costante aggiornamento della dotazione tecnologica (apparecchiature e software) e degli skills sia del comparto tecnico che medico radiologico. Questo approccio garantisce un "prodotto diagnostico" che permette di essere attrattivi e competitivi per l'utenza e affidabili per i colleghi delle UOC aziendali.
- Fornire la migliore assistenza clinica possibile, utilizzando le diverse metodiche in modo attento, sicuro, di alta qualità, efficiente in termini di costi e tempestivo, sviluppando metodiche e approcci sempre nuovi e attuali.
- Assicurare ampia professionalità per l'ampia variabilità di super-specializzazioni all'interno delle competenze radiologiche (neuroradiologia, angiografia, senologia, cardioradiologia e urologia per esempio) attraverso un ampio numero di Strutture Semplici e Incarichi di Alta Specializzazione con partecipazione attiva ai numerosi team multidisciplinari settimanali/bisettimanali che caratterizzano l'attività dell'Azienda dove è evidente la centralità dell'attività diagnostica radiologica nei percorsi dei pazienti.

- Infine identificare e convalidare misure quantitative per la valutazione oggettiva dei risultati e il confronto con modelli di Best Practice.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile dipartimento di diagnostica	Dipendenza gerarchica: si condividono gli obiettivi di Budget sia economici che specifici individuali della dirigenza e le misure per il loro raggiungimento; l'attività di Formazione del personale con corsi per il personale del comparto e medico. Si condividono i criteri di valutazione attraverso le schede aziendali concordate annualmente
Responsabile SC unità operative di branca medica e chirurgica	Relazione funzionale: svolgimento della attività diagnostica radiologica come da PDTA ove presenti e pianificazione dei percorsi ove non già standardizzati. Stretta collaborazione nella gestione del percorso del paziente ricoverato per l'ottimizzazione dei tempi di degenza. Consulenza per pazienti con esami eseguiti in altra sede.

SC	ANATOMIA PATOLOGICA

Principali Funzioni/Attività	• Attività diagnostica cito-istopatologica. • Esame citologico cervico-vaginale, con PAP-test tradizionale e in fase liquida, eventualmente associato a ricerca di infezione da HPV ad alto rischio con biologia molecolare (real time PCR). • Ricerca di infezione da HPV ad alto rischio con biologia molecolare (real time PCR) su PAP-test anale e su prelievi tissutali (biopsie istologiche). • Attività di prelievo citologico agoaspirativo con guida ecografia e TC. • Esami estemporanei intraoperatori per strutture interne ed esterne. • Determinazione recettori e marcatori prognostici oncologici, sia in forma di immunocolorazione che di ibridazione in situ (FISH). • Immunofluorescenza diretta su biopsie cutanee criopreservate per malattie bollose autoimmuni, collagenopatie, vasculiti. • Esami di biologia molecolare su materiale citologico ed istologico. • Riscontri diagnostici. • Attività necroscopica e accertamenti di morte su delega della Direzione Sanitaria. Valutazione di idoneità al trapianto degli organi: rinnovato anche per l'anno 2016 l'accordo-convenzione con l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano per lo sviluppo di attività di donazione a scopo di trapianto e di conoscenze comuni sulle patologie oncologiche.
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE DIPARTIMENTO AREA SERVIZI DIAGNOSTICI

Relazioni funzionali	• SC ONCOLOGIA • SC EMATOLOGIA • SC RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEARE • SC MULTIDISCIPLINARE DI PATOLOGIA MAMMARIA • SS SENOLOGIA RADIOLOGICA • SS SENOLOGIA CHIRURGICA • DIPARTIMENTO DEI SERVIZI DIAGNOSTICI • DIPARTIMENTO CHIRURGICO • DIPARTIMENTO MEDICO • DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE • DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE • DIPARTIMENTO DEA

SS	CITOGENETICA

Principali Funzioni/Attività	- Genetica Clinica - Dismorfologia - Diagnosi Prenatale - Genetica Oncologica - Citogenetica - Genetica Molecolare
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore UOC A valle :/
Relazioni funzionali	Pediatria Patologia Neonatale Ostetricia Oncologia Neurologia Ematologia Ospedale di Mantova (oncologia; ematologia) Ospedale di Desenzano (oncologia; ematologia)

SSD	ANGIOGRAFIA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
Principali Funzioni/Attività	- Esecuzione di procedure diagnostiche angiografiche in elezione ed in urgenza (con apposita pronta disponibilità) per i pazienti dei due presidi ospedalieri dell'azienda - Esecuzione di procedure terapeutiche (Radiologia Interventistica) in elezione ed in urgenza (con apposita pronta disponibilità) per i pazienti dei due presidi ospedalieri dell'azienda. Sono comprese nell'attività tutte le principali procedure di interventistica vascolare e non-vascolare (a puro titolo esemplificativo: trattamento delle vasculopatie ostruttive, embolizzazioni in traumi ed in patologie di varia natura, interventistica biliare, urologica, oncologia, drenaggi, ecc) - Viene anche eseguita una quota molto limitata di attività su pazienti ambulatoriali o provenienti da altri luoghi di cura - Follow-up radiologico dei pazienti trattati - Collaborazione ai vari gruppi di lavoro interdisciplinari - Didattica (allievi del Corso di Laurea in Tecnica Radiologica; medici specializzandi della Scuola di Radiologia della Università di Brescia)
Relazioni gerarchiche	A monte Dipartimento dei Servizi Diagnostici A valle ---
Relazioni funzionali	- Stretta interdipendenza con le altre strutture del Dipartimento di appartenenza con cui si condividono risorse (apparecchiature, personale tecnico e infermieristico) e percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti affidati alla SD - La peculiare attività della SSD viene incontro a necessità cliniche di gran parte delle strutture dei due presidi della azienda. Come è logico è preminente la collaborazione con le varie emanazioni dei Dipartimenti Chirurgico e Medico (Chir. Generale, Chir.Vascolare, Urologia, Med. Generale, Endoscopia digestiva, Nefrologia, Diabetologia), ma anche con Oncologia, DEA (politraumi), ecc.

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA DELLA DONNA E MATERNO INFANTILE

SC	PEDIATRIA AZIENDALE

Principali funzioni/attività svolte:

- Diagnosi, cura e terapia in regime di Ricovero ordinario
- OBI
- Pronto Soccorso pediatrico H24
- DH
- MAC
- Attività ambulatoriale specialistica(allergologia, diabetologia, ematologia, dismorfologia)
- Attività specialistica ambulatoriale(chirurgica ed endocrinologica pediatrica)gestita da specialisti esterni con convenzione con la struttura di loro appartenenza

SS	PEDIATRIA POOP

Dal punto di vista pediatrico, l'ASST di Cremona si configura come una rete esistente de facto al proprio interno, stante la presenza sul proprio territorio di due Presidii Ospedalieri (Cremona ed Oglio Po), entrambi dotati di Unità di Pediatria. Pertanto, è importante che l'assetto organizzativo della Struttura Complessa di Pediatria di ASST Cremona, tenga conto delle necessità esistenti presso la propria parte periferica rappresentata da circa 16.000 famiglie del Casalasco-Viadanese, che afferiscono principalmente al Presidio Ospedaliero Oglio Po (POOP).

Nondimeno, la Pediatria del POOP, sia nello svolgimento dell'attività ordinaria (ricovero, OBI, DH, MAC) che nell'urgenza, può contare su di un supporto collaborativo professionale completo in quanto il POOP è dotato di Unità di Pronto Soccorso, di Chirurgia, di Rianimazione, di Cardiologia, di Neuropsichiatria Infantile e di Medicina Interna che variamente possono intervenire in consulenza o in "supporto" nella gestione del paziente difficile o come stabilizzazione pre-trasporto qualora questo si renda necessario per centralizzare patologie maggiori.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direttore SC	Dipendenza gerarchica: Pianificazione condivisa prima dell'attuazione
Responsabile SS PS POOP	Relazione funzionale: Pianificazione e coordinamento in quanto la Pediatria POOP è consulente del PS POOP
Responsabile DAPS POOP	Relazione funzionale: Pianificazione e coordinamento in quanto la Pediatria POOP non ha in organico un Coordinatore Infermieristico
Responsabile Front Office POOP	Relazione funzionale: Pianificazione e coordinamento in quanto fulcro organizzativo per l'attività specialistica ambulatoriale

SC	OSTETRICIA E GINECOLOGIA AZIENDALE

Principali funzioni / attività svolte:

Attività di ricovero in ambito ginecologico e in Ostetricia Ambulatori di 1° e 2° livello di Ginecologia e Ostetricia Ambulatori per il follow-up:

- follow-up oncologico
- gestione del paziente nel post-intervento e nel post-partum

L'ambulatorio di fisiopatologia della riproduzione è rivolto a coppie infertili (infertilità idiopatica/infertilità da anovulazione cronica/infertilità da fattore maschile) che ricerchino la

gravidanza da almeno 1 anno con criteri idonei previsti dalla legge 40. In particolare l'inquadramento diagnostico dell'infertilità prevede:

- ☐ esecuzione di sonoisterografia nel sospetto ecografico di patologia endometriale
- ☐ esecuzione di sonosalpingografia per valutazione pervietà tubarica
- ☐ esecuzione di pap test
- ☐ dosaggi ormonali in fase follicolare precoce e secretiva

Patologie trattate:

Neoplasie ginecologiche maligne e benigne, alterazioni della statica pelvica, displasie cervicali, menorragie, polipi, Isteroscopia operativa, revisione cavità uterina, patologia ostetrica, Interruzione volontaria di gravidanza

La funzione aziendale impone la copertura dell'attività ambulatoriale di 1 e 2 livello presso il P.O. OGLIO-PO.

SSD	PATOLOGIA NEONATALE

Il punto nascita dell'Ospedale di Cremona è punto di riferimento del territorio con un numero di nati stabilmente tra 1100-1200 nati/annui. Garantisce l'assistenza al parto fisiologico e patologico 24h/24 da parte dell'equipe neonatologica dell'UOSD Patologia Neonatale. La struttura gestisce neonati a termine sani e patologici, e neonati pretermine con età gestazionale > 32W e peso alla nascita >1500 gr. La struttura funge da spoke del centro HUB della TIN degli Spedali Civili di Brescia con attività di backtransport.

E' in grado da punto di vista di risorse, umane e strumentali, e capacità di garantire l'assistenza terapeutica e diagnostica in caso di patologie malformative, neurologiche, o quadri clinici complessi che richiedano ventilazione meccanica per breve periodo, assistenza respiratoria non invasiva (nCPAP, Alti Flussi), somministrazione di surfattante mediante tecnica INSURE o LISA, posizionamento di catetere venoso ombelicale o catetere venoso centrale percutaneo per accesso venoso stabile (es. per exanguinotrasfusione, nutrizione parenterale parziale).

L'attività ospedaliera del neonatologo è integrata nel percorso nascita sia ospedaliero (gravidanze a rischio e condivisione di diagnosi prenatali fino al parto) che del territorio creando una rete a sostegno delle necessità familiari o in caso di fragilità individuali.

Garantisce le attività di consulenza e di ricovero per i pazienti fino a 1-2 mesi di vita o comunque fino a 5-6 kg di peso afferenti dal pronto soccorso pediatrico.

L'attività ambulatoriale dell'UOSD garantisce, per il territorio di competenza, regolare followup e presa in carico di pazienti pretermine (compresi gli estremi prematuri), neonati con patologia infettiva di pertinenza neonatale e prenatale (CMV, HBV, HCV, Toxoplasmosi, LUE, Rosolia, etc), patologia malformativa, patologia neurologica compresa l'encefalopatia ipossicoischemica. Gli ambulatori garantiscono il followup e trattamento di emangiomi infantili, l'attività di ecocardiografia e di ecografia pediatrica.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direttore di Dipartimento	Dipendenza gerarchica
Responsabile SC Ostetricia-Gineocologia	Relazione funzionale: pianificazione e programmazione dell'attività di sala parto e di gestione perinatale di gravidanze a rischio
Responsabile SC Pediatria	Relazione funzionale: pianificazione e gestione del percorso emergenza urgenza con selezione dei pazienti da PS pediatrico

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA EMERGENZA URGENZA

SC	PRONTO SOCCORSO POC

L'Ospedale di Cremona si configura come Centro Traumi Zonale (CTZ) con Neurochirurgia, in questo senso l'ASST di Cremona è HUB nell'ambito della rete regionale neurochirurgica e stroke e di emergenza/urgenza cardiologica e traumatologica per circa un milioni di abitanti.

Gli accessi annui in Pronto Soccorso sono stati in numero di 55798 nel 2019, di 39358 nel 2020 e di circa 44682 nel 2021.

Di questi, i pazienti condotti in PS con mezzi AREU sono stati rispettivamente 11716 (2019), 21071 (2020) e 10965 (2021).

Al 30/11/2021 la distribuzione dei codici di priorità in triage è stata la seguente:

- 1097 Codici Rossi
- 9738 Codici Gialli
- 31454 Codici Verdi
- 2393 Codici Bianchi

Strutturalmente e funzionalmente si distinguono 4 aree di lavoro che godono di dotazione strumentale atte alla gestione dei pazienti in funzione dell'intensità di cura di cui necessitano:

Area Open (ambulatorio 1/2): dedicata preferibilmente ma non esclusivamente ai Codici ad alta priorità, presidiata h 24 da 1 Medico, 2 Infermieri ed 1 Oss;

Ambulatorio 3: dedicato preferibilmente ma non esclusivamente ai Codici a medio-bassa intensità e alla gestione dei pazienti COVID, questi venendo allocati in apposite stanze di isolamento con possibilità di accoglierne un numero pari a 12 max; questa area è presidiata h 24 da 1 Medico, 2 Infermieri ed 1 Oss;

Ambulatorio Codici Minori: dedicato preferibilmente ma non esclusivamente ai Codici Minori, dotata di sala d'attesa dedicata, funzionante dalle ore 10 alle ore 18 e presidiata da 1 medico ed 1 Infermiere.

OBI: dotata di 8 posti letto (tasso di occupazione medio del 130% nel 2021).

L'area Covid è un'area funzionale dedicata alla gestione di pazienti COVID positivi con possibilità di isolamento di un numero pari a max 12 pazienti contemporaneamente.

Nell'anno 2021 il Pronto Soccorso di Cremona ha iniziato a mettere in atto una modalità di lavoro di tipo Work to Admit che, se da una parte sta portando ad una iniziale riduzione del tasso di ricovero rispetto allo storico dall'altra, anche a causa del fenomeno del boarding, ha portato ad un aumento dei tempi di permanenza medi dei pazienti, di fatto raddoppiati rispetto al 2019.

Fra parte della SC di Pronto Soccorso il Reparto di Medicina d'Urgenza, strettamente adiacente al Pronto Soccorso, dotato di 24 letti, di cui 16 agibili nell'anno 2021, di cui 3 adibiti, fino al mese di Ottobre, a Stroke Unit. Essa nasce con l'obiettivo prioritario di accogliere pazienti a media-alta intensità di cura provenienti da Pronto Soccorso con necessità di stabilizzazione ed ulteriori provvedimenti diagnostico-terapeutici. Al suo interno prevede posti letto di degenza breve, di durata inferiore alle 72 ore, e una quota di posti letto (almeno il 30%) di Terapia Semi-Intensiva (TSI), ancora da istituire, per la gestione di malati con instabilità clinica e singola insufficienza d'organo di origine medica o traumatologica ad alto rischio evolutivo o clinicamente instabili, senza indicazioni a ricovero in terapia intensiva (Livello di Cura o LOC Il secondo la classificazione ESICM), caratterizzati da necessità di supporto di un solo organo vitale:

1. Shock settico con necessità di una sola amina
2. Insufficienza respiratoria con necessità di NIV
3. Politrauma con insufficienza respiratoria
4. Paziente critico per cui è stato escluso con il rianimatore trattamento intensivo, ma non è valutato come inevitabile il decesso imminente

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:

Direzione Medica POC	Dipendenza gerarchica: Pianificazione e valutazione secondo gli indirizzi della Direzione Strategica
Capo Dipartimento Emergenza - Urgenza	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, valutazione e formazione. Valutazione performance in Pronto Soccorso su indicatori di struttura, di processo e di esito.
Responsabile SS Unità Gestione dei Flussi	Relazione gerarchica: Valutazione performance in Pronto Soccorso su indicatori di struttura, di processo e di esito.
Responsabile SS Medicina d' Urgenza	Relazione gerarchica: Valutazione performance in MURG su indicatori di struttura, di processo e di esito.
Referente OBI	Relazione gerarchica: Gestione flusso pazienti da PS a OBI; valutazione performance su indicatori di processo e di esito
Referente Percorsi UO	Relazione gerarchica: Stesura processi e linee guida/protocolli in linea con la letteratura internazionale più recente; valutazione performance su indicatori di processo ed esito
Referente Boarding UO	Relazione gerarchica: "Needs assesment" della risorsa "posto letto", specie in area medica; valutazione performance su indicatori di processo ed esito
Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso	Relazione funzionale: Pianificazione, valutazione e controllo della gestione del personale sanitario in Pronto Soccorso
Coordinatore infermieristico MURG	Relazione funzionale: Pianificazione, valutazione e controllo della gestione del personale sanitario in MURG
Direttori altre UUOO	Relazioni funzionali

SS	MEU

Attività di degenza per la stabilizzazione diagnostico-terapeutica dei pazienti provenienti da PS.

SS	OBI

All'Unità di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) vengono inviati, dai medici del Pronto Soccorso, casi con malattie che non necessitano di ricovero immediato, ma di una terapia con osservazione per alcune ore e/o di un approfondimento diagnostico.

SC	ANESTESIA E RIANIMAZIONE POC

L'Ospedale di Cremona si configura come Centro Traumi Zonale (CTZ) con Neurochirurgia, assolvendo pienamente alle funzioni di HUB nell'ambito della rete regionale neurochirurgica, stroke, cardiologica/emodinamica e traumatologica per circa un milione di abitanti.

La ASST di Cremona comprende anche un altro presidio per acuti dotato di PS, Rianimazione e piastra operatoria (Ospedale di Oglio Po a Casalmaggiore-CR), funzionalmente subordinato come Spoke.

La U.O. di Anestesia e Rianimazione definisce la propria attività attraverso quattro macroaree di intervento:

1. Attività anestesiológica in blocco operatorio (compresa PACU e Prericovero)

2. Attività anestesiológica NORA (Non-Operating Room Anaesthesia)
3. Gestione della rianimazione (generale, neuro e postchirurgica)
4. Servizio ambulatoriale di Terapia del Dolore

1) La funzione di Hub regionale per le reti di patologie tempo-dipendente e la funzione di CTZ con Neurochirurgia, genera una consistente attività chirurgica, sia elettiva che in urgenza/emergenza, e sostiene una considerevole richiesta di prestazioni anestesiológicas (8800 nel 2019) ripartita su 9 sale disposte in un blocco operatorio (prevalente) che ai piani (oculistica e ostetrica).

Il blocco operatorio dispone anche di una recovery room di 6 posti letto con attività durante le sole ore diurne.

In considerazione della complessità e della numerosità delle prestazioni anestesiológicas nei diversi punti di cura, è imprescindibile una corretta gestione del percorso di prericovero (in ambiente dedicato), volto al preventivo e rapido espletamento delle prestazioni che permettano di valutare l'idoneità del paziente all'intervento chirurgico, eliminando la degenza preoperatoria finalizzata all'esecuzione delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio e la preparazione all'intervento.

Il volume complessivo di sedute per l'Hub di Cremona nel 2020, inclusa l'attività NORA, è attualmente pari a 367 sedute/mese (11-12 sedute/die), 20-22/mese di attività ambulatoriali, corrispondenti a un impegno totale circa 390 sedute/mese.

2) Di particolare rilevanza dal punto di vista anestesiológico sono le valutazioni preoperatorie nei reparti, l'assistenza nel travaglio di parto (partoanalgesia), la finalizzazione delle procedure di donazione/prelievo di organi a scopo di trapianto e la gestione delle attività NORA (Non-Operating Room Anaesthesia).

In relazione alla NORA risulta estremamente significativa nei termini di prestazioni effettuate/anno, ore di assistenza/paziente e difficoltà di programmazione anticipata, l'assistenza alla TAC, alla risonanza magnetica (RMN) e alle procedure interventistiche correlate alla gestione del paziente neurochirurgico.

3) La rianimazione dell'ASST di Cremona si configura come Terapia Intensiva generale, multispecialistica a elevata complessità assistenziale e a rilevante turnover di pazienti (550 pz. nel 2020), caratteristiche che impongono una precisa e continua pianificazione dei criteri d'ingresso, trattamento avanzato e dimissione, orientati a un corretto impiego delle risorse e al massimo rendimento del sistema a livello di Unità Operativa, interdipartimentale e di Direzione Strategica.

Nel breve/medio termine verrà anche richiesto particolare riguardo nella fase di ricognizione, valutazione e sviluppo specifico delle modalità operative/gestionali connesse all'apertura di un nuovo reparto di subintensiva polispecialistica che dovrà garantire la propria attività in diretta sinergia funzionale con la Rianimazione.

4) L'Ambulatorio di Terapia del dolore dell'ASST di Cremona è gestito da specialisti in Anestesia Rianimazione e Terapia Antalgica appartenenti alla SC Anestesia e Rianimazione e ha come obiettivo primario quello di garantire assistenza a pazienti con sindromi algiche di origine benigna in fase acuta, sub-acuta e cronica.

L'Ambulatorio di Terapia Antalgica garantisce la corretta selezione e presa in carico di questi pazienti, assicurando loro un inquadramento diagnostico adeguato alla complessità del quadro di presentazione, attraverso interventi terapeutici invasivi, mini/non invasivi, impostando un piano terapeutico per il Medico di medicina Generale (MMG) e/o seguendo il paziente in un percorso integrato all'interno dell'ospedale, fino alla completa risoluzione della sintomatologia, nelle forme reversibili, e a un efficace controllo antalgico che permetta la miglior qualità di vita possibile in quelle croniche.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:

Direzione Medica POOP	Dipendenza gerarchica: Pianificazione e valutazione secondo gli indirizzi della Direzione Strategica
Capo Dipartimento Emergenza - Urgenza	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, valutazione e formazione. Valutazione performance in Pronto Soccorso su indicatori di struttura, di processo e di esito.
Responsabile SC Pronto Soccorso POC	Relazione gerarchica: Condivisione, pianificazione e valutazione dei protocolli operativi e degli orientamenti gestionali.
Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso POOP	Relazione funzionale: Pianificazione, valutazione e controllo della gestione del personale sanitario in Pronto Soccorso
Direttori altre UUOO	Relazioni funzionali

SS	TERAPIA INTENSIVA

Gestisce l'organizzazione della rianimazione, si occupa dei percorsi di qualità, dei rapporti con sale operatorie, nella gestione dei ricoveri in Terapia Intensiva.

SS	NEUROANESTESIA

Collabora con la SS di Terapia Intensiva per la programmazione dei ricoveri in questo setting assistenziale, gestisce le sale operatorie di Neurochirurgia in collaborazione con la Neurochirurgia per la gestione e nella pianificazione dell'attività di Neurochirurgia e Neurotraumatologia.

SS	PRERICOVERO

Collabora con la Direzione Sanitaria e con le SC chirurgiche nella gestione dei pazienti afferenti al prericovery. Finalizza la sua attività al buon uso delle sale operatorie; collabora con la SS Gestione delle sale operatorie ed è responsabile dei percorsi clinici dei pazienti chirurgici prima dell'intervento chirurgico.

SS	GESTIONE SALE OPERATORIE

Gestisce l'organizzazione del blocco operatorio e della linea delle urgenze. Unitamente al responsabile infermieristico, è responsabile dell'applicazione del regolamento alle sale operatorie.

SS	TERAPIA DEL DOLORE

Principali funzioni / attività svolte:

- Trattamento del dolore cronico benigno ed oncologico;
- Attività ambulatoriale: prime visite di controllo e di trattamenti ambulatoriali per lo più infiltrativi ecoguidati paravertebrali con ozono e intra articolari con cortisonico ed anestetici locali; controllo post operatorio dei pazienti impiantati e dal follow up degli stessi per valutazione di efficacia terapeutica
- Attività chirurgica: trattamento in radiofrequenza (neurolesioni) e di neuromodulazione elettrica (impianto di elettrostimolatori midollari e periferici) e farmacogenomica (impianto di pompe per infusione farmaci a scopo antalgico).

SC	ANESTESIA E RIANIMAZIONE POOP

Principali Funzioni/Attività	- Rianimazione - Anestesia (sale operatorie, endoscopia digestiva, cardioversioni, sedazioni in PS)
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore di dipartimento DEA A valle
Relazioni funzionali	Presidio medico POOP SSD 118 Cremona SSD Pronto Soccorso POOP Cardiologia

SSD	AAT 118 CREMONA

Gestisce e organizza le attività del soccorso preospedaliero nella provincia di Cremona

SSD	PRONTO SOCCORSO POOP

L'Ospedale di Oglio Po si caratterizza come spoke dell'Ospedale di Cremona mantenendo la caratteristica di Ospedale per acuti. In quest'ottica il PS del POOP condividendo le logiche organizzative ed operative con il PS del proprio Hub (POC) mantiene la propria peculiarità con particolare riguardo al bacino di utenza e alla tipologia di accessi condotti tramite mezzi AREU.

Il numero di accessi in Pronto Soccorso nel 2021 è stato pari a 18979 con un tasso di ricovero del 13.05%.

Di questi, i pazienti condotti in PS con mezzi AREU sono stati rispettivamente 11716 (2019), 21071 (2020) e 10965 (2021).

La distribuzione dei codici di priorità in triage è stata la seguente:

- 310 Codici Rossi
- 4502 Codici Gialli
- 13328 Codici Verdi
- 204 Codici Bianchi

Strutturalmente e funzionalmente si distinguono 3 aree di lavoro che godono di dotazione strumentale atte alla gestione dei pazienti in funzione dell'intensità di cura di cui necessitano:

- Una Shock room per la gestione del paziente critico;
- 2 sale visita per la gestione dei a minore intensità di cura.

Presente anche un'area dedicata all'OBI che consta di postazioni.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direzione Medica POOP	Dipendenza gerarchica: Pianificazione e valutazione secondo gli indirizzi della Direzione Strategica
Capo Dipartimento Emergenza - Urgenza	Dipendenza gerarchica: Pianificazione, valutazione e formazione. Valutazione performance in Pronto Soccorso su indicatori di struttura, di processo e di esito.
Responsabile SC Pronto Soccorso POC	Relazione gerarchica: Condivisione, pianificazione e valutazione dei protocolli operativi e degli orientamenti gestionali.
Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso POOP	Relazione funzionale: Pianificazione, valutazione e controllo della gestione del personale sanitario in Pronto Soccorso

Direttori altre UUOO	Relazioni funzionali

DIPARTIMENTO GESTIONALE	AREA ONCOLOGICA

SC	ONCOLOGIA

Principali Funzioni/Attività	1. Accoglienza, accettazione amministrativa e segreteria; 2. Ambulatori/DH a Cremona e Oglio Po; 3. Degenza Ordinaria a Cremona; 4. Area di Ricerca Clinica Epidemiologica (ARCE). 5. Psico-oncologia 6. Ricerca Traslazionale
Relazioni gerarchiche	A monte: Direzione Sanitaria e Direttore del Dipartimento Oncologico A valle : responsabile SS DH Oncologico
Relazioni funzionali	Le relazioni funzionali sono in essere con tutti i reparti che trattano patologie oncologiche e in particolare: 1. Chirurgia generale e chirurgie specialistiche 2. Anatomia Patologica 3. Radioterapia 4. Medicina Nucleare 5. Cure Palliative e Terapia del dolore 6. Multidisciplinare di Patologia Mammaria 7. Senologia radiologica e chirurgica 8. Ematologia 9. Radiologia diagnostica 10. Assistenti Sociali

SS	DH ONCOLOGICO POC-POOP

Il Day Hospital Oncologico è una struttura dedicata ai trattamenti farmacologici dei pazienti attraverso il ricovero programmato di durata inferiore ad un giorno. Vi afferiscono attualmente circa 50 pazienti al giorno seguiti in massima parte dall'Oncologia, dall'Ematologia dall'Unità Multidisciplinare di Patologia Mammaria.

Presso il P.O. Oglio-Po è attivo un altro DH Oncologico dove affluiscono circa 10 Pazienti/die, gestito a rotazione dai medici della SC di Oncologia di Cremona

Vi si effettuano trattamenti chemioterapici ed immunoterapici specifici in base all'andamento della malattia nelle fasi trattamento, terapie di supporto e controllo periodico, supporto logistico assistenziale per procedure diagnostiche come biopsie, paracentesi, toracentesi, supporto per servizio di radiologia interventistica, ed instillazioni vescicali. Il Day Hospital Oncologico dispone di 19 postazioni di somministrazione, di cui poltrone 10 e letti 9, attivi dal lunedì al venerdì, con orario di accettazione dalle 8:00 alle 17:00. Sabato mattina dalle 09.00 alle 12:00, servizio infermieristico con il supporto del medico oncologo di guardia.

Relazioni organizzative e funzionali

Interlocutore:	Interazione:
Responsabile SC	Dipendenza gerarchica: Pianificazione attività, Valutazione e Formazione
Responsabile SC	Relazione funzionale: Condivisione degli obiettivi del reparto, definizione dei bisogni assistenziali e delle relazioni con il territorio e con gli altri Dipartimenti.
Coordinatore Infermieristico	Relazione funzionale: accoglienza dei pazienti, organizzazione dei prelievi ematici e delle terapie dei malati sia interni che provenienti dagli altri reparti dell'Ospedale o da strutture esterne del territorio. Programmazione del lavoro per un ottimale utilizzo delle risorse e degli spazi.
Servizio di Farmacia	Relazione funzionale: prescrizione su software Sofia e trasmissione tempestiva delle prescrizioni
Radiologia, Medicina Nucleare e altri servizi presenti sul territorio	Relazione funzionale: programmazione accurata degli appuntamenti per esami in funzione del PDTA dei pazienti, in maniera personalizzata in base alle esigenze cliniche.
Altri reparti Ospedale	Relazione funzionale: Programmazione degli appuntamenti per visite, consulenze, CVC, manovre chirurgiche ecc.

SC	EMATOLOGIA

Principali Funzioni/Attività	- Degenza ordinaria - MAC e Day Hospital - Ambulatorio - Consulenza verso interni - Laboratorio citologia e citoflorimetria - Gestione di protocolli di ricerca clinica
Relazioni funzionali	Personale medico dedicato principalmente ad attività di reparto degenza ordinaria o di ambulatorio/MAC/DH, ma intercambiabili in caso di necessità. Personale infermieristico dedicato a degenza ordinaria o attività ambulatoriale/MAC/DH come descritto nelle relazioni gerarchiche. Necessità di stretto contatto tra il personale medico e il laboratorio per le procedure diagnostiche sia verso pazienti afferenti alla struttura di ematologia (sia "in-patients" che "out-patients") che per i degenti di altri reparti. Attività di ricerca clinica correlata alla attività clinica sia in degenza ordinaria che per "out-patients" con coordinamento, rapporti con CE e compilazione CRF da parte di data-manager.

SC	RADIOTERAPIA E MEDICINA NUCLEARE

Presso l'UOC di Radioterapia e Medicina Nucleare dell'ASST di Cremona, vengono accolti pazienti con problemi clinici oncologici per i quali vi sia indicazione a trattamenti con radiazioni (radioterapia a fasci esterni, brachiterapia).

I nuovi casi di tumori attesi per la Lombardia sono pari a oltre 62.000/anno su oltre 10 milioni di abitanti e il numero di pazienti radiotrattati annualmente supera i 33.000 nei 34 Centri presenti nella Regione.

La provincia di Cremona, con i suoi 352.242 abitanti censiti nel 2020, dovrebbe attendersi circa 1.160 casi proponibili per Radioterapia. Annualmente presso l'UOC di Radioterapia e Medicina nucleare sono infatti trattati con Radioterapia poco meno di 1.000 pazienti affetti da neoplasie dei vari distretti corporei (mammella, prostata, distretto ginecologico, polmone, encefalo, distretto ORL, gastroenterico). Quotidianamente circa 60-70 pazienti (in prevalenza ambulatoriali) effettuano una seduta radioterapica sui due acceleratori lineari disponibili. Per la radioterapia annualmente sono erogate oltre 45.000 prestazioni ambulatoriali molte delle quali (236 nel 2021) rendicontate casi sotto un'unica voce del tariffario (9229K o 9229L, metodiche volumetriche) che può contenere anche o oltre 60 prestazioni). Vi sono oltre 600 Macroattività Ambulatoriali e complesse (MAC) effettuate per pazienti che prevedono la contemporanea somministrazione di chemioterapici alla radioterapia o per la gestione di pazienti con neoplasie prostatiche in trattamento con abiraterone o enzalutamide. La Brachiterapia rappresenta una metodica di alta specializzazione in ambito radioterapico che prevede l'utilizzo di sorgenti radioattive ad alta attività per la cura di tumori maligni. Richiede la contemporanea stretta collaborazione fra medico radioterapista, Fisici, TSRM, infermiere per la procedura paragonabile a un trattamento operatorio. La prima seduta di brachiterapia viene eseguita in regime di DH mentre le successive in regime ambulatoriale, se fattibile. Le sedute complessive di brachiterapia per 40 pazienti trattate nel 2019 sono state infatti 117, di cui 54 in regime di ricovero. Le prestazioni brachiterapiche assumono estrema importanza nei trattamenti delle neoplasie ginecologiche che presentano maggiori tassi di guarigione quando alla radioterapia con fasci esterni è fatta seguire la brachiterapia.

Il personale medico partecipa agli incontri collegiali multidisciplinari di interesse oncologico con cadenza settimanale presso l'ASST di Cremona (patologia oncologica mammaria, ginecologica, polmonare, urologica, gastroenterica, ematologica, otorinolaringoiatrica, neuroncologica). La presenza di una UOC di Radioterapia è indispensabile l'accreditamento dell'azienda per la costituzione dei gruppi multidisciplinari in ambito oncologico.

I pazienti radio trattati sono seguiti in follow up per un periodo minimo di 5 anni. Nel 2021 sono state effettuate 4.120 visite di controllo ambulatoriali.

Il corrispettivo economico annuo delle prestazioni per la Radioterapia è pari circa a 4.500.000 €.

Presso la struttura semplice di Medicina Nucleare sono erogati annualmente oltre 5.000 prestazioni diagnostiche, in prevalenza scintigrafie ai vari apparati e Mineralometria Ossea Computerizzata (MOC, oltre 2.000 esami effettuati annualmente). Di particolare rilevanza sono le scintigrafie miocardiche (circa 300 pazienti annualmente, per oltre 600 scintigrafie) che prevedono la presenza di un collega cardiologo, i DAT SCAN per la diagnosi di Morbo di Parkinson (circa 220 annualmente). Si effettuano inoltre trattamenti radiometabolici per l'ipertiroidismo. Il corrispettivo economico annuale delle prestazioni effettuate in Medicina Nucleare è stimabile in circa 500.000 €.

Relazioni organizzative e funzionali:

Interlocutore:	Interazione:
Direzione Generale	Dipendenza gerarchica: Budget, pianificazione investimenti
Responsabile Dipartimento Oncologico	Dipendenza gerarchica: Approvazione piani investimenti
Responsabile Dipartimento Oncologico	Relazione funzionale: Organizzazione incontri multidisciplinari Creazione condivisa di PDTA per patologia
Responsabili UOC	Relazione funzionale: Consulenze per pazienti oncologici con eventuali indicazioni radioterapiche Gestione multidisciplinare dei pazienti oncologici
Fisica Sanitaria	Quotidiana collaborazione con i dirigenti Fisici e con il personale nell'elaborazione dei piani di cura radioterapici, nella gestione dei controlli di qualità delle apparecchiature, nella brachiterapia

Economato	Collaborazione per l'acquisizione di nuove apparecchiature
Ingegneria Clinica	Collaborazione per la gestione delle apparecchiature e rapporti con le ditte
SIA	Collaborazione per gli aspetti informatici correlati all'UO

SS	MEDICINA NUCLEARE

Il Servizio di Medicina Nucleare svolge le seguenti attività:

- indagini diagnostiche di Medicina Nucleare di tipo convenzionale (scintigrafie)
- prestazioni terapeutiche di Medicina Nucleare in regime ambulatoriale
- prestazioni terapeutiche di Medicina Nucleare in regime di ricovero protetto, (in collaborazione con il Servizio di Radioterapia Oncologica

SC	MULTIDISCIPLINARE DI PATOLOGIA MAMMARIA

Principali Funzioni/Attività	Attività di promozione della salute in ambito preventivo senologico e della valutazione del rischio individuale Attività di senologica clinica Attività di diagnostica micro/mini-invasiva senologica Attività di terapia oncologica medica Attività di supporto psicologico ad indirizzo oncologico Attività integrata con altre specialità (genetica, ginecologica, radioterapia, fisioterapia/FKT, nutrizionista) Attività di controllo follow-up Attività di ricerca clinica e traslazionale
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore di Dipartimento Oncologico A valle /
Relazioni funzionali/trasversali	Direttore SC Ginecologia POC Direttore SC Radioterapia e Medicina Nucleare Direttore SC Riabilitazione Specialistica Direttore SC Anatomia Patologica Responsabile SSD Citogenetica Responsabile SS a Bassa Intensità e Senologia POOP Responsabile SS Dietetica e nutrizione clinica DAPSS

STAFF DIREZIONE SOCIO SANITARIA

SC	CURE PALLIATIVE
Principali Funzioni/Attività	- Presa in carico dei pazienti terminali (affetti da patologia inguaribile caratterizzata da una progressiva evoluzione) sia per patologia oncologica sia non oncologica attraverso la rete di cure palliative in tutti i setting disponibili: residenziale, domiciliare, ambulatoriale ospedaliero e territoriale.

	- Partecipazione alla rete locale di cure palliative, secondo le direttive della rete regionale, rispetto alla risposta dei bisogni dei pazienti e dei familiari. - Punto di riferimento per i pazienti e loro familiari affetti da patologie croniche che impattano in modo sostanziale la qualità di vita e creano una disabilità sia essa fisica, psicologica o sociale, in collaborazione con i medici di medicina generale e gli specialisti di riferimento in un modello integrato di presa in carico basato sui bisogni dei pazienti. - Presa in carico precoce e simultanea di pazienti affetti da patologie oncologiche a prognosi infausta con ambulatorio dedicato. - Ambulatorio territoriale per cronici e fragili e disabili nelle case di Comunità e consulenza per pazienti in Ospedale di Comunità - Ambulatorio di Cure Palliative e di terapia del dolore cronico presso presidio ospedaliero Oglio Po - Attività consulenziale presso i reparti ospedalieri del Presidio ospedaliero Oglio Po. - Attività di formazione per Medici di Medicina Generale (convenzione con ATS Valpadana) e di Master Universitario di II livello di Cure Palliative (convenzione con Università degli Studi di Milano e Università degli Studi di Parma) e Master Universitario di I livello in Cure Palliative con Università Telematica E-Campus. - Attività di ricerca interna e partecipazione a studi multicentrici, sia in campo di terapia del dolore che di Cure Palliative. - Attività di promozione e diffusione della cultura legata alle cure palliative e della terapia del dolore.
Relazioni gerarchiche	A monte: Direzione Socio Sanitaria
Relazioni funzionali	L'UO nello svolgimento dell'attività ordinaria è in relazione con: - Direzione Sanitaria, Direzione Mediche di Presidio e DAPS - Rete regionale di cure palliative - il Dipartimento interaziendale funzionale di cure palliative di ATS Valpadana - Dipartimento oncologico, Dipartimento Medico e trasversalmente tutti gli altri dipartimenti sanitari - i Medici di Medicina Generale sul territorio - Enti erogatori pubblici e privati sul territorio, i Comuni e le Organizzazioni di volontariato, attraverso la Rete Locale di Cure Palliative - UOC Servizi per la domiciliarità (ADI e UCP DOM) - Direzione Distretto, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrale Operativa Territoriale - Strutture Socio Sanitarie per consulenze direttamente in struttura, o prese in carico

SC	VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE
Principali Funzioni/Attività	• vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali • vaccinazione categorie a rischio per patologia o per status comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali • vaccinazioni post-esposizione: come da accordo tecnico operativo con ATS Val Padana • profilassi internazionale • vaccinazioni in co-pagamento • raccordo tra attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA e Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS

	• coordinamento con la Direzione Generale per le azioni del piano pandemico
Relazioni gerarchiche	A monte: Dipartimento Funzionale Di Prevenzione A valle: Funzione di home visiting e promozione della salute
Relazioni funzionali	❖ coordinamento con la Direzione Sanitaria, le Direzioni Mediche di presidio e DAPSS e UU.OO ospedaliere di riferimento ❖ Raccordo con la struttura di Medicina Preventiva nelle Comunità e con il DIPS di ATS ❖ Raccordo con: • UOC Servizi per la Domiciliarità • UOC Cure Palliative • Case di Comunità e Ospedali di Comunità • Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze • Dipartimento Funzionale Cure Primarie • Consultori • strutture di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza e delle IST • UOC Medicina del Lavoro • UOC Malattie Infettive

FUNZIONE	HOME VISITING E PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA PRESA IN CARICO

La funzione di home visiting e promozione della salute nella presa in carico, assicurata dalla SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive, presidia le seguenti attività:

- home visiting: interventi domiciliari di supporto post - partum (prevenzione depressione), counseling motivazionale stili di vita genitori (consumo di alcol, fumo di tabacco, attività fisica e movimenti) e promozione della salute nelle fasi precoci della vita (allattamento al seno, prevenzione incidenti ecc..);
- interventi integrati con il percorso di presa in carico individuale volti a promuovere corretti stili di vita, monitoraggio delle condizioni di rischio e adozione di interventi che accompagnino e precedano la diagnosi in collaborazione con le strutture territoriali;
- patient engagement: educazione del paziente e della famiglia all'autogestione consapevole della malattia (fragilità, disagio ed esclusione sociale);
- sviluppo delle reti territoriali integrate di sostegno;
- attuazione sorveglianze per stratificazione e targeting della popolazione;
- attuazione dei programmi preventivi regionali, con particolare riferimento ai programmi afferenti il PIL - Piano Integrato Locale di Promozione della Salute - dell'ATS Val Padana.

SC	SERVIZI PER LA DOMICILIARITA'
Principali Funzioni/Attività	- indirizzo, coordinamento della struttura UOS Servizi per la continuità assistenziale - monitoraggio dell'attività, controllo di gestione e valutazione delle performance delle articolazioni organizzative afferente - coordinamento funzione assistenza specialistica Domiciliare - indirizzo e coordinamento Ufficio di Protezione Giuridica Aziendale - valutazione della disabilità nell'età adulta e realizzazione dei piani individualizzati - governo clinico-assistenziale dei percorsi di cura e gestione ei piani assistenziali domiciliari - realizzazione del progetto Individualizzato, applicazione e monitoraggio domiciliare esiti - valutazione multidimensionale per ADI – UCP DOM

	- pianificazione, gestione, monitoraggio degli accordi di collaborazione con le unità di offerta territoriali - coordinamento dell'attività ambulatoriale e gestione liste d'attesa per visite domiciliari - governo dei piani personalizzati assistenziali (PAI) attraverso il care-case management. - Verifica dell'appropriatezza e della proporzionalità dei PAI attivati. - Coordinamento delle consulenze medico-specialistiche, infermieristiche e riabilitative domiciliari estemporanee - Gestione e coordinamento delle iniziative e delle attività inerenti all'area Disabilità e Protezione Giuridica in età adulta. - realizzazione di percorsi integrati con UCP DOM per la gestione dei piani assistenziali - implementazione di tele visita/teleconsulto/tele monitoraggio domiciliare - accompagnamento/formazione/educazione al caregiver per favorire un contesto abitativo sicuro e prevenire i rischi al domicilio - realizzazione di programmi annuali di educazione alla salute, di ricerca clinica ed organizzativo/gestionale. - Promozione dell'integrazione tra i professionisti, equipe disabilità, MMG/PLS, continuità assistenziale, DSMD, - Integrazione dei rapporti tra le équipe ospedaliere e le équipe territoriali per l'assistenza domiciliare - Definizione di percorsi tra ASST e le strutture pubbliche e private accreditate per la continuità clinico-assistenziale al domicilio
Relazioni gerarchiche	A monte: Direzione Socio Sanitaria A valle: UOS Servizi per la continuità assistenziale Assistenza Specialistica Domiciliare Ufficio di Protezione Giuridica Integrazione Servizi per la disabilità
Relazioni funzionali	Direzione Sanitaria e strutture afferenti Direzione Amministrativa e strutture afferenti Direzioni di Distretto Case di Comunità e Ospedale di Comunità Centrale Operativa territoriale e PUA Consultori familiari UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Dipartimento Funzionale di Prevenzione: Vaccinazioni e malattie infettive Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/UUOO Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...)
SS	SERVIZI PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Principali Funzioni/Attività	Supporta le attività relative ai percorsi di cura dall'accoglienza, dalla valutazione del bisogno alla continuità clinico-assistenziale.

	Predisposizione PAI/PRI e Progetti di salute Programmazione ed effettuazione visite domiciliari per accesso Misura B1 e stesura relativo PAI Integrazione équipe valutativa sociale per Misura B2 e altri servizi socio assistenziali VMD con équipe socio-sanitaria domiciliare Ambulatorio per visita geriatrica Prescrizione protesica maggiore e/o minore Consulenza geriatrica per Dimissioni Protette Consulenza geriatrica nelle UU.OO ospedaliere Attività di Clinical manager per paziente cronico Collaborazione alla definizione di percorsi di presa in carico cronico fragile e disabile Collaborazione alla programmazione e all'erogazione delle attività presso CDC Consulenza per ODC, strutture accreditate sanitarie e socio sanitarie Stesura ed attuazione di PDTA/Progetto di salute con MMG, specialisti ospedalieri ecc. Iniziative di prossimità nei Comuni Effettuazione attività di telemedicina, tele riabilitazione, telesorveglianza e teleconsulto
Relazioni gerarchiche	A monte: UOC Servizi per la domiciliarità A valle: /
Relazioni funzionali	Direzioni di Distretto Case di Comunità e Ospedale di Comunità Centrale Operativa territoriale e PUA UOC Cure Palliative MMG Medici Specialisti territoriali Medici SUMAI Medici Specialisti Ospedalieri DAPSS Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Comuni Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) IFeC Equipe disabilità Infermieri cure sociosanitarie UOC Vaccinazioni e malattie infettive Farmacia Territoriale Enti Erogatori ADI Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS)

FUNZIONE	ADI UCP-DOM

Segue la valutazione multidimensionale e la realizzazione dei percorsi integrati per la gestione dei piani assistenziali UCP DOM, in relazione funzionale con la SC Cure Palliative

SC	CURE PRIMARIE

Principali Funzioni/Attività	• Gestione dei rapporti convenzionali con i MMG, PLS, MCA e medici USCA e con le relative OO.SS. nell'applicazione degli Accordi Collettivi Nazionali (ACN), Accordi Integrativi Regionali (AIR), Accordi Integrativi Aziendali (AIA) e delle relative riforme (AFT, UCCP, ruolo unico); • Implementazione e monitoraggio dei progetti conseguenti agli AIR e AIA quali ad esempio quelli di governo clinico; • Coordinamento delle attività dei Medici di Assistenza Primaria (MMG, PLS, MCA e medici USCA) derivanti dei relativi ACN, AIR, AIA con particolare riferimento, ad esempio, allo svolgimento delle Prestazioni Aggiuntive, ADP, ADP nelle Comunità, ADI, APA, Bilanci di Salute ed altre ancora, e agli adempimenti organizzativi degli studi medici in relazione anche alle forme associative di appartenenza e alla adesione alla "qualificazione dell'offerta"; • Attuazione degli indirizzi regionali e formulazione delle disposizioni tecniche applicative riguardanti le aree di attività e gli istituti contrattuali nazionali, regionali e locali; • Monitoraggio dell'attività e della condotta dei Medici di Assistenza Primaria tramite specifici indicatori, del Budget assegnato con particolare riferimento alle quote variabili dei compensi.
Relazioni gerarchiche	A monte: Direzione Socio Sanitaria A valle: Incarico professionale: coordinamento percorsi assistenziali appropriatezza e controllo
Relazioni funzionali	• Direzione Amministrativa e UU.OO afferenti • Direzione Sanitaria e UU.OO afferenti/Dipartimenti • Direzioni Mediche di Presidio • UOC Servizi per la Domiciliarità (ADI e UCP DOM) • UOC Cure Palliative • Direzioni di Distretto • Dipartimento funzionale di Prevenzione • Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze • Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie di ATS Val Padana • Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS Val Padana • Servizio Farmaceutico di ATS Val Padana • UO Formazione • Ufficio relazioni con il Pubblico • Accreditamento Qualità e Rischio Clinico

SC	DISTRETTO CREMONESE
Principali Funzioni/Attività	- programmazione dei livelli di servizio ad alta integrazione con la Direzione Socio Sanitaria, la Direzione Generale e i Sindaci del territorio - responsabilità degli aspetti igienico sanitari delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali - gestione e coordinamento funzionale della rete dei servizi socio sanitari territoriali - erogazione dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale sia in ambulatorio che a domicilio, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri, i MMG/PLS e i professionisti delle cure socio sanitarie territoriali - collaborazione ai fini di un supporto logistico e informativo ai MMG e CA - gestione dei percorsi di presa in carico della persona fragile cronica e adulta - gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino - gestione delle risorse umane e strumentali per realizzare una presa in carico efficace

	- coordinamento ed erogazione dei servizi diretti: Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative territoriali, Consultori e responsabilità dei percorsi assistenziali di propria competenza in integrazione con il sistema sociale - pianificazione delle innovazioni gestionali organizzative territoriali anche con riferimento alle decisioni in materia di logistica, accesso e offerta dei servizi - assicurare l'accesso ai servizi e l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio della qualità dei servizi e la valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili - monitoraggio tecnico gestionale ed economico finanziario del budget assegnato - coordinamento delle attività condivise con i dipartimenti e servizi aziendali per la realizzazione degli interventi territoriali - promozione di momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato con il coinvolgimento ai fini della coprogettazione di servizi
Relazioni gerarchiche	A monte: Direzione Socio Sanitaria A valle: Casa di Comunità e Ospedale di Comunità Centrale Operativa territoriale e PUA Consultorio familiare
Relazioni funzionali	Direttore Generale Direzione Sanitaria e strutture afferenti Direzione Amministrativa e strutture afferenti Cabina di Regia integrata di ASST UOC Servizi per la Domiciliarità (ADI-UCP DOM) UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/UUOO Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (Dip. PAAPSS) Assemblea distrettuale dei Sindaci Cabina di regia ATS (LR22/21 articolo 6, comma 6, lettera f). Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...)

SD	PROGRAMMAZIONE TERRITORIALE INTEGRATA
Tipologia di Struttura	STRUTTURA SEMPLICE DISTRETTUALE
Principali Funzioni/Attività	- Redazione del Piano triennale di sviluppo del Polo Territoriale - Definizione di percorsi tecnico operativi relativi alle procedure di qualità del Polo Territoriale

	- Raccordo con i servizi del Polo Territoriale per l'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali - Definizione di report condivisi per la valutazione dei processi in essere con valutazione dell'attività attraverso indicatori di esito e di processo - Integrazione dei sistemi informativi di supporto ai processi aziendali e con DWH aziendale - Gestione e implementazione di un sistema digitale del territorio in cui la COT funge da catalizzatore e connettore per tutti i nodi della rete territoriale - Integrazione della gestione dei processi digitali con il sistema delle Cure Primarie, il sistema sociale e ospedaliero - Utilizzo di fascicolo socio sanitario integrato con fascicolo sanitario e sociale - Sorveglianza e monitoraggio periodico dei processi aziendali: obiettivi, progetti innovativi ecc. - Integrazione con le Direzioni distrettuali e Direzioni mediche di presidio per la programmazione e progettazione di attività inerenti l'ambito sociosanitario
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore di Distretto Direttore Socio Sanitario
Relazioni funzionali	- Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio, UU.OO Ospedaliere e Dapss - Direzione Amministrativa e UU.OO afferenti - Centrale Operativa Territoriale - Ospedale di comunità' - Casa di comunità' - Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze - UOC Servizi per la domiciliarità - UOC Cure Palliative - Dipartimento funzionale di prevenzione - Dipartimento cure primarie - Aziende sociali del territorio

SD	CONSULTORIO FAMILIARE CREMONA
Principali Funzioni/Attività	Il Consultorio garantisce l'erogazione delle proprie attività di intervento nelle 4 Aree di seguito elencate: 1. Area Nascita- Infanzia 2. Area Preadolescenti-Adolescenti-Giovani 3. Area Salute Donna 4. Area Benessere Coppia-Famiglia. L'area "Nascita- Infanzia" è articolata nei seguenti servizi: a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile c) consulenza pre-concezionale d) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico e) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con i presidi ospedalieri e sostegno psicologico nel periodo neonatale; f) assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato g) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) i) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio

	l) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale m) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali n) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. L'area "Pre-adolescenti-Adolescenti-Giovani" è articolata nei seguenti servizi: a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile b) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche c) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi d) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) e) rapporti con l'Autorità Giudiziaria che si occupa di minorenni e famiglia e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.) f) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale; g) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali h) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. L'area "Salute Donna" è articolata nei seguenti servizi: a) tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening e delle patologie benigne dell'apparato genitale b) consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni d) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) f) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale; g) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali h) consulenza e collaborazione con i medici di medicina generale. L'area "Benessere Coppia-Famiglia" è articolata nei seguenti servizi: a) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia b) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi c) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) d) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio e) valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare f) rapporti con l'Autorità Giudiziaria e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.) g) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale h) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali i) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.

Relazioni gerarchiche	A monte Direttore Distretto Cremonese Direttore Socio Sanitario
Relazioni funzionali	Direzione Sanitaria, Direzione Medica di Presidio, UU.OO Ospedaliere e Dapss Centrale Operativa Territoriale Ospedale di comunita' Casa di comunita' Dipartimento materno infantile Dipartimento di salute mentale UOC Servizi per la domiciliarità Dipartimento funzionale di prevenzione Dipartimento cure primarie UOSD Programmazione territoriale integrata Funzione igienico sanitarie strutture territoriali Servizio sociale aziendale e servizi sociali territoriali Enti locali Associazionismo e Terzo Settore Autorità giudiziaria

FUNZIONE	CASE DI COMUNITA'
Principali Funzioni/Attività	- accesso unitario integrato all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e assistenziale - gestione del Punto Unico di Accesso - valutazione multidimensionale - integrazione con servizi sociali - percorsi di presa in carico persona fragile cronica e disabile - gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino - gestione dei percorsi di continuità assistenziale in risposta ai bisogni di salute - costituzione di équipe multiprofessionali con percorsi multidisciplinari attraverso l'integrazione di servizi - partecipazione alla Comunità locale con la partecipazione attiva di associazioni di pazienti, cittadini e caregiver - gestione di ambulatori specialistici e servizi diagnostici e infermieristici - erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute in integrazione con i servizi della rete territoriale - erogazione di profilassi vaccinale per cronicità e fragilità - erogazione di punti prelievo - gestione CUP - copartecipazione ad attività con associazioni di volontariato e di cittadini - erogazione attività di salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria - erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità in Ospedale di Comunità - gestione innovazioni tecnologiche
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore di Distretto A valle: /
Relazioni funzionali	Direttore Generale Direzione Sanitaria e Direzione Medica di presidio UOC Presa in carico cronicità e fragilità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie e MMG/PLS Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio

	DAPSS Farmacia Territoriale Consultorio familiare Aree/UUOO Polo Ospedaliero Servizi sociali comunali e territoriali Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,..)

FUNZIONE	OSPEDALI DI COMUNITA'
Principali Funzioni/Attività	- accesso unitario integrato all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e assistenziale - gestione del Punto Unico di Accesso - valutazione multidimensionale - integrazione con servizi sociali - percorsi di presa in carico persona fragile cronica e disabile - gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino - gestione dei percorsi di continuità assistenziale in risposta ai bisogni di salute - costituzione di équipe multiprofessionali con percorsi multidisciplinari attraverso l'integrazione di servizi - partecipazione alla Comunità locale con la partecipazione attiva di associazioni di pazienti, cittadini e caregiver - gestione di ambulatori specialistici e servizi diagnostici e infermieristici - erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute in integrazione con i servizi della rete territoriale - erogazione di profilassi vaccinale per cronicità e fragilità - erogazione di punti prelievo - gestione CUP - copartecipazione ad attività con associazioni di volontariato e di cittadini - erogazione attività di salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria - erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità in Ospedale di Comunità - gestione innovazioni tecnologiche
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore di Distretto A valle: /
Relazioni funzionali	Direttore Generale Direzione Sanitaria e Direzione Medica di presidio UOC Presa in carico cronicità e fragilità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie e MMG/PLS Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Consultorio familiare Aree/UUOO Polo Ospedaliero Servizi sociali comunali e territoriali Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,..)

SS	CONSULTORIO FAMILIARE CASALMAGGIORE

Principali Funzioni/Attività	Il Consultorio garantisce l'erogazione delle proprie attività di intervento nelle 4 Aree di seguito elencate: 1. Area Nascita- Infanzia 2. Area Preadolescenti-Adolescenti-Giovani 3. Area Salute Donna 4. Area Benessere Coppia-Famiglia. L'area "Nascita- Infanzia" è articolata nei seguenti servizi: a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile b) somministrazione dei mezzi necessari per la procreazione responsabile c) consulenza pre-concezionale d) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico e) corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con i presidi ospedalieri e sostegno psicologico nel periodo neonatale; f) assistenza al puerperio, promozione e sostegno dell'allattamento al seno e supporto nell'accudimento del neonato g) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) i) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio l) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale m) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali n) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. L'area "Pre-adolescenti-Adolescenti-Giovani" è articolata nei seguenti servizi: a) educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile b) consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche c) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi d) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) e) rapporti con l'Autorità Giudiziaria che si occupa di minorenni e famiglia e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.) f) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale; g) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali h) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale. 9. L'area "Salute Donna" è articolata nei seguenti servizi: a) tutela della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening e delle patologie benigne dell'apparato genitale b) consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio certificazioni d) consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) f) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale;

	g) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali h) consulenza e collaborazione con i medici di medicina generale. 10. L'area "Benessere Coppia-Famiglia" è articolata nei seguenti servizi: a) consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia b) prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi c) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo) d) supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio e) valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare f) rapporti con l'Autorità Giudiziaria e adempimenti connessi (relazioni, certificazioni, ecc.) g) prevenzione, individuazione precoce e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale h) consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali/territoriali i) consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE SOCIO SANITARIO ASST CREMONA
Relazioni funzionali	Direttore Socio sanitario ASST Mantova Direttore Distretto ASST Mantova COT Ospedale di comunità' Casa di comunità' Dipartimento materno infantile Dipartimento di salute mentale Dipartimento funzionale di prevenzione Dipartimento cure primarie Associazionismo Aziende sociali ed enti locali Autorità giudiziaria

FUNZIONE	CASA DI COMUNITA' CASALMAGGIORE
Principali Funzioni/Attività	- accesso unitario integrato all'assistenza sanitaria, socio sanitaria e assistenziale - gestione del Punto Unico di Accesso - valutazione multidimensionale - integrazione con servizi sociali - percorsi di presa in carico persona fragile cronica e disabile - gestione amministrativa dell'assistenza sanitaria al cittadino - gestione dei percorsi di continuità assistenziale in risposta ai bisogni di salute - costituzione di équipe multiprofessionali con percorsi multidisciplinari attraverso l'integrazione di servizi - partecipazione alla Comunità locale con la partecipazione attiva di associazioni di pazienti, cittadini e caregiver - gestione di ambulatori specialistici e servizi diagnostici e infermieristici - erogazione di interventi di prevenzione e promozione della salute in integrazione con i servizi della rete territoriale - erogazione di profilassi vaccinale per cronicità e fragilità - erogazione di punti prelievo

	- gestione CUP - copartecipazione ad attività con associazioni di volontariato e di cittadini - erogazione attività di salute mentale, dipendenze e neuropsichiatria - gestione innovazioni tecnologiche
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore Sociosanitario A valle: /
Relazioni funzionali	Per ogni relazione funzionale si riferisce sia ad ASST di Cremona che ad ASST di Mantova: Direttore Distretto Casalasco Viadanese Direzioni Sanitaria e Direzione Medica di presidio POOP UOC Presa in carico cronicità e fragilità ASST CR UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie e MMG/PLS Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Dipartimento Funzionale di Prevenzione DAPSS Farmacia Territoriale Consultorio familiare Aree/UUOO Poli Ospedalieri Case di Comunità e Ospedali di Comunità territorio Servizi sociali comunali e territoriali Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...)

DIPARTIMENTO GESTIONALE	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

Al dipartimento della salute mentale e delle dipendenze afferiscono gli ambiti delle dipendenze, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, della psichiatria, della psichiatria adolescenti giovani e adulti, della psicologia clinica e della disabilità psichica. Le strutture che afferiscono al dipartimento sono articolate in settori territoriali, ospedalieri, residenziali e semiresidenziali del territorio di riferimento dell'ASST di Cremona e operano in sinergia con gli enti locali e la rete sociale e per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria dell'intero percorso di cura del paziente. Le strutture operano in coerenza con la programmazione regionale ed in osservanza alla normativa nazionale, al fine di favorire la indispensabile integrazione sia a livello di programmazione dei servizi, sia a livello della collaborazione nella gestione dei singoli casi. Obiettivi del DSMD: rafforzare le sinergie e il coordinamento tra area di degenza, servizi territoriali, ambulatori specialistici, attività di riabilitazione semiresidenziale e residenziale in una logica di rete, sia per quanto riguarda i pazienti adulti che i minori e i loro familiari; dedicare competenze e risorse ai servizi territoriali e semiresidenziali finalizzati alla diagnosi e cura dei disturbi psicopatologici dell'età adolescenziale e giovanile, dedicando anche particolare attenzione alla transizione verso l'età adulta, in una stretta connessione tra neuropsichiatria dell'adolescenza, dipendenze e psichiatria; implementare i servizi per la doppia diagnosi di disturbo psichiatrico anche con riferimento ai pazienti minori; implementare i servizi per la disabilità psichica secondo quanto indicato dal Primo Piano Regionale Autismo sia per l'età evolutiva che per l'età di transizione e quella adulta; rinforzare l'attività territoriale e domiciliare, al fine di ridurre trattamenti ospedalieri o residenziali e promuovere l'inserimento sociale dei pazienti psichiatrici; sviluppare i servizi di psicologia clinica che articolano la loro attività sia a favore di utenti dei servizi del DSMD sia quale supporto psicologico ai pazienti con patologie organiche che afferiscono ai diversi servizi dell'ASST, oltre che a garantire la propria specifica attività di psicologia clinica; strutturare strumenti di valutazione e monitoraggio continuo della qualità e della efficienza dei servizi erogati.

SC	PSICHIATRIA
Principali Funzioni/Attività	Le UOP sono articolate nei presidi ospedalieri e nelle reti territoriali, con strutture residenziali e semiresidenziali, per rispondere ai bisogni di salute mentale. Operano in sinergia con gli Enti locali e la rete sociale per garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Programma, coordina e mette in atto tutte le azioni volte alla tutela della salute mentale, dalla prevenzione, alla cura e riabilitazione.
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze A valle: SPDC Cremona Psichiatria Area Territoriale (CPS-CRA-CPA-CD)
Relazioni funzionali	Altre strutture del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/Strutture Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (Dip. PAAPSS) Comuni Associazioni di volontariato di utenti e familiari e Terzo settore

SS	PSICHIATRIA AREA TERRITORIALE
Principali Funzioni/Attività	- Gestione delle attività ambulatoriali e domiciliari - Erogazione di prestazioni diversificate in relazione ai bisogni degli utenti che si esprimono nei Percorsi di cura di consulenza, assunzione in cura e presa in carico - Formulazione di programmi terapeutico - riabilitativi e di risocializzazione del singolo paziente anche in regime residenziale garantendo la continuità dei percorsi di cura - Gestione e coordinamento dei Programmi di Residenzialità Leggera - Stesura del Piano di Trattamento Individuale che si fonda sull'integrazione tra: attività cliniche, attività riabilitative, attività di assistenza, attività di intermediazione e di coordinamento
Relazioni gerarchiche	A monte UOC PSICHIATRIA A valle /
Relazioni funzionali	Altre strutture del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/Strutture Polo Ospedaliero Associazioni di volontariato di utenti e familiari e Terzo settore

	Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) U.O. Sanità Penitenziaria Altre Istituzioni afferenti alla P.A. (Tribunali, Magistratura, Forze dell'Ordine)

SS	SPDC CREMONA
- Principali Funzioni/Attività	- - Diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici in fase acuta - - Consultazione e collegamento per disturbi psichici collegati a malattie fisiche
- Relazioni gerarchiche	- A monte - UOC PSICHIATRIA - A valle /
- Relazioni funzionali	- Altre unità operative del DSMD - UOC Servizi per la domiciliarità - UOC Cure Palliative - Dipartimento Cure Primarie - Dipartimento Funzionale di Prevenzione - Direzione Medica di Presidio - DAPSS - Farmacia Territoriale - Aree/UUOO Polo Ospedaliero - Associazioni di volontariato di utenti e familiari e Terzo settore - Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) - U.O. Sanità Penitenziaria - Altre Istituzioni afferenti alla P.A. (Tribunali, Magistratura, Forze dell'Ordine)

SC	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
Principali Funzioni/Attività	• attività ambulatoriale di diagnosi, trattamento e riabilitazione dei disturbi neuroevolutivi e psichici dell'età evolutiva da 0 a 18 anni • attività di laboratorio di neurofisiopatologia per la stessa fascia d'età • attività di consulenza a UO di degenza POC (Pediatria, UTIN, PS, altri) • attività su progetti regionali UONPIA (disabilità complesse, psicopatologia dell'adolescenza, ADHD, comunicazione aumentativa) • individuazione, certificazione e supporto dei percorsi educativi per persone disabili in età evolutiva
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze A valle: /
Relazioni funzionali	Altre unità operative del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/UUOO Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS)

	Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (Dip. PAAPSS) Comuni Associazioni di utenti e familiari e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) Altre Istituzioni afferenti alla P.A. (Tribunali, Magistratura, Forze dell'Ordine)

SC	SERVIZIO DIPENDENZE
Principali Funzioni/Attività	• accoglienza, valutazione multidimensionale e presa in carico per le persone affette da comportamenti di consumo e dipendenza da sostanze illegali, legali (alcol, tabacco e farmaci) e dipendenze comportamentali • somministrazione terapie farmacologiche specifiche (sostitutive e non) e monitoraggio tossicologico • prevenzione, screening e counselling delle malattie sessualmente trasmesse (Centro IST) • prevenzione specifica nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle comunità • certificazione per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza in particolari categorie di lavoratori • collaborazione con la Commissione Medica Locale Patenti per interventi specifici rivolti alle persone segnalate per infrazione art. 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza) • collaborazione con la Prefettura di Cremona in merito alle attività previste per le persone fermate per problemi connessi all'uso di sostanze illegali
Relazioni gerarchiche	A monte Direttore Dipartimento Di Salute Mentale e Delle Dipendenze A valle Servizio SERT Casalmaggiore
Relazioni funzionali	Strutture del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Aree/UUOO Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (Dip. PAAPSS) Comuni e Associazioni di volontariato e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...)

FUNZIONE	IST

Effettua la presa in carico complessiva (prevenzione, screening, diagnosi, trattamento e follow up) delle infezioni sessualmente trasmesse. Provvede, secondo gli specifici indirizzi regionali, a offrire al cittadino supporto e consulenza in tema di IST e attiva una presa in carico complessiva del paziente e dei contatti (contact tracing) in raccordo con la struttura di Medicina preventiva nelle comunità dell'ATS Val Padana.

SSD	PSICHIATRIA ADOLESCENTI, GIOVANI E ADULTI
Principali Funzioni/Attività	La UOSD si articola nel reparto ospedaliero di psichiatria presso il Presidio Ospedaliero Oglio Po per ricoveri di adolescenti e giovani adulti (età >16 e <24 anni) in fase acuta e nella struttura Residenziale SRP1 CRA a Casalmaggiore per il ricovero in post acuzie. Opera in stretto collegamento con i servizi di Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria presenti sul territorio dell'ATS Valpadana e nei territori limitrofi sia nella fase di pre accoglienza che in quella di ricovero e dimissione al fine di garantire la presa in carico trasversale e la gestione unitaria del percorso di cura del paziente. Programma, coordina e mette in atto tutte le azioni volte alla cura e la tutela della salute mentale alla prevenzione delle ricadute.
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE A valle /
Relazioni funzionali	Altre strutture del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Farmacia Territoriale Aree/Strutture Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Dipartimento Programmazione Accreditamento Acquisto Prestazioni Sanitarie e Socio sanitarie (Dip. PAAPSS) Comuni Associazioni di volontariato di utenti e familiari e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) SS Sanità Penitenziaria Altre Istituzioni afferenti alla P.A. (Tribunali, Magistratura, Forze dell'Ordine)

SSD	PSICOLOGIA CLINICA
Principali Funzioni/Attività	- Prevenzione, valutazione e trattamento delle problematiche psicologiche nelle diverse fasi e contesti di vita; - Erogazione attività clinica in tutti gli ambiti del DSMD in accordo ai Piani di Trattamento Individuale dei soggetti in carico e in cura e ad utenti esterni non direttamente afferenti alle altre UO del DSMD, nonché in unità operative e servizi ove per competenza specifica sono richiesti interventi psicologici da essa garantiti
Relazioni gerarchiche	A monte DIRETTORE DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE A valle /
Relazioni funzionali	Altre unità operative del DSMD UOC Servizi per la domiciliarità UOC Cure Palliative Dipartimento Cure Primarie

	Dipartimento Funzionale di Prevenzione Direzione Medica di Presidio DAPSS Aree/Strutture Polo Ospedaliero Dipartimento Programmazione Integrazione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie con quelle Sociali di ATS (Dip. PIPSS) Dipartimento igiene e prevenzione sanitaria di ATS (DIPS) e strutture afferenti in particolare promozione e prevenzione della salute Associazioni di utenti e familiari e Terzo settore Strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private (RSA, Cure Intermedie, Case di cura,...) SS Sanità Penitenziaria Altre Istituzioni afferenti alla P.A. (Tribunali, Magistratura, Forze dell'Ordine)

DIP.FUNZIONALE	PREVENZIONE
Principali Funzioni/Attività	1) prevede le seguenti tipologie di offerta con individuazione dei rispettivi referenti per: ❖ Erogazione di servizi di prevenzione: • screening oncologici per la prevenzione del tumore al seno, polmone, colon-retto, cervice uterina • screening per la prevenzione di HCV • screening neonatali ❖ sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive: • infezioni correlate all'assistenza (ICA) • contrasto dell'antibiotico resistenza • infezioni sessualmente trasmesse ❖ presa in carico individuale e delle patologie croniche: • patologie lavoro correlate • counseling motivazionale / stili di vita • home visiting • disassuefazione dal fumo • protocollo farmaci a scuola ❖ raccordo con le Case di Comunità 2) gestione della SC Vaccinazioni sorveglianza malattie infettive • coordinamento con la Direzione Generale per le azioni del piano pandemico
Relazioni gerarchiche	A monte: DIREZIONE SOCIO-SANITARIA A valle: U.O.C. VACCINAZIONI
Relazioni funzionali	❖ coordinamento con la Direzione Sanitaria, le Direzioni Mediche di presidio e DAPSS ❖ coordinamento con il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS ❖ raccordo con le strutture di sorveglianza e prevenzione a livello ospedaliero e territoriale: • Endoscopia Digestiva per le offerte degli screening oncologici del colon retto • Radiologia per le offerte degli screening oncologici del seno e del polmone • Malattie Infettive - per offerta screening per la prevenzione dell'HCV - per sorveglianza infezioni sessualmente trasmesse

	• Servizio per il contrasto dell'antibiotico resistenza e infezioni correlate all'assistenza • Servizio Dipendenze - per offerta screening per la prevenzione dell'HCV - per sorveglianza infezioni sessualmente trasmesse • screening neonatali ❖ raccordo con le strutture di presa in carico individuale e delle patologie croniche a livello ospedaliero e territoriale: • patologie lavoro correlate • counseling motivazionale / stili di vita • disassuefazione dal fumo • protocollo farmaci a scuola ❖ raccordo con il Distretto, le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e la Centrale Operativa territoriale ❖ i Comuni e le Organizzazioni di volontariato e terzo settore

DIP.FUNZIONALE	CURE PRIMARIE
Principali Funzioni/Attività	• Governa il settore delle Cure Primarie, nello specifico delle convenzioni con MMG, PLS e Medici di CA, unitamente al governo del diritto all'assistenza sanitaria al cittadino, al fine di promuovere l'evoluzione delle cure primarie verso un sistema integrato che possa garantire la continuità di cura in un percorso unitario. • Attua gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN), Integrativo Regionali (AIR) ed Integrativo Locale (AIA) dei MMG, PLS e MCA e segue gli adempimenti connessi; • governa il diritto all'assistenza sanitaria del cittadino, intesa come iscrizione al SSR ed all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria; • gestisce la mobilità sanitaria internazionale; • governa l'evoluzione del sistema delle cure primarie, a partire dall'individuazione delle AFT ed UCCP, da integrare e sviluppare all'interno delle Case di Comunità; • promuove e coordina le attività dipartimentali, gestisce il budget in conformità agli obiettivi assegnati, definisce protocolli e procedure operative di concerto con i Direttori delle SC e rendiconta e valuta le attività dipartimentali; • si avvale del Comitato di Dipartimento per l'attività di programmazione e di indirizzo tecnico, utili al raggiungimento degli obiettivi.
Relazioni gerarchiche	A monte: Direttore SocioSanitario A valle: /
Relazioni funzionali	SC Cure Primarie SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive SC Distretto Cremonese SC Neuropsichiatria Infantile SC Servizi per la domiciliarità SC Cure Palliative SC Psichiatria SS Consultorio Familiare Casalmaggiore SSD Psichiatria Adolescenti Giovani e adulti SSD Psicologia Clinica Direttore Distretto Casalasco Viadanese



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 266 DEL 22/05/2023

**OGGETTO: NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA GESTIONE
DOCUMENTALE AI SENSI DELLE LINEE GUIDA
AGID 2021 SULLA FORMAZIONE, GESTIONE E
CONSERVAZIONE DEI DOCUMENTI
INFORMATICI**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gianluca Bracchi

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIO-SANITARIO

Paola Mosa

Responsabile del procedimento: Bonfanti Marianna

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che il decreto del Presidente della Repubblica (d.P.R.) 28 dicembre 2000, n. 445, recante “Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa” (TUDA), dispone che le Pubbliche Amministrazioni:

- nell’ambito dei propri ordinamenti, individuino “gli uffici da considerare ai fini della gestione unica o coordinata dei documenti per grandi aree organizzative omogenee, assicurando criteri uniformi di classificazione e archiviazione” (art. 50 comma 4);
- in ciascuna delle grandi Aree Organizzative Omogenee individuate ai sensi dell'articolo 50, istituiscano un servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi;

PRESO ATTO che l’ASST di Cremona, istituita con deliberazione della Giunta Regionale della Regione Lombardia (d.G.R.) n. X/4494 del 10.12.2015, avente per oggetto "Attuazione della legge regionale della Regione Lombardia n. 23/2015: costituzione Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona", e subentrata, con decorrenza 01.01.2016, all’ex Azienda Ospedaliera di Cremona “Istituti Ospitalieri”, ha individuato una sola Area Organizzativa Omogenea (AOO) denominata Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona;

ATTESO che il vigente POAS (Piano di Organizzazione Aziendale Strategico) 2022-2024, approvato con d.G.R. n. XI/6760 del 25.07.2022, individua nella SC Affari Generali e Legali il servizio per la tenuta del protocollo informatico;

TENUTO CONTO che, ai sensi dell’art. 61 del d.P.R. n.445/00, sopra richiamato, il servizio svolge i seguenti compiti:

- attribuisce il livello di autorizzazione 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 e di segnatura di protocollo si svolgano nel rispetto delle disposizioni del presente testo unico;
- garantisce la corretta produzione e la conservazione del registro giornaliero di protocollo di cui all'articolo 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;
- conserva le copie di cui agli articoli 62 e 63, in luoghi sicuri differenti;
- garantisce il buon funzionamento degli strumenti e dell'organizzazione delle attività di registrazione di protocollo, di gestione dei documenti e dei flussi documentali, incluse le funzionalità di accesso di cui agli articoli 59 e 60 e le attività di gestione degli archivi di cui agli articoli 67, 68, 69;
- autorizza le operazioni di annullamento di cui all'articolo 54;
- vigila sull'osservanza delle disposizioni del presente testo unico da parte del personale autorizzato e degli incaricati;

RICORDATO che al suddetto servizio è preposto un dirigente in possesso di idonei requisiti di professionalità tecnico archivistica acquisita a seguito di processi di formazione definiti secondo le procedure prescritte dalla disciplina vigente e che, ai sensi delle “Linee Guida AgID sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici”, del 2021, il preposto a detto servizio è il Responsabile della Gestione Documentale;

ATTESO che, ai sensi delle Linee Guida AgID, al Responsabile della Gestione Documentale, spettano i seguenti ulteriori compiti:

- verifica periodicamente la rispondenza del piano di classificazione dei documenti informatici ai procedimenti amministrativi e agli affari in essere e procede al suo aggiornamento;
- d'intesa con il responsabile della conservazione, il responsabile per la transizione digitale e acquisito il parere del responsabile della protezione dei dati personali, predispone il manuale di gestione documentale relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, all'interscambio, all'accesso ai documenti informatici nel rispetto della normativa in materia di trattamenti dei dati personali ed in coerenza con quanto previsto nel manuale di conservazione;
- verifica l'avvenuta eliminazione dei protocolli di settore, dei protocolli multipli e, più in generale, dei protocolli diversi dal protocollo informatico previsto dal TUDA;
- assume il ruolo di Soggetto Produttore del Pacchetto di Versamento, le cui responsabilità sono riportate nel Manuale di Conservazione;

ATTESO, alla luce del vigente POAS, individuare nel Direttore della SC Affari Generali e Legali dott.ssa Bonfanti Marianna - già Responsabile della Gestione Documentale della AOO Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona - il Responsabile della Gestione Documentale dell'AOO Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona;

ATTESO che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri a carico di questa ASST di Cremona;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. di individuare il Direttore della SC Affari Generali e Legali, dott.ssa Marianna Bonfanti, quale Responsabile della Gestione Documentale della AOO Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Cremona;
2. di precisare che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri a carico dell'ASST di Cremona;
3. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 369 DEL 09/09/2020

**OGGETTO: ADEMPIMENTI INERENTI LA NOMINA DEL
RESPONSABILE DELLA CONSERVAZIONE EX
ART.6 D.P.C.M. 03/12/2013.**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO F.F.

Susanna Aschedamini

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Paola Mosa

Il Responsabile del procedimento: Giovanbattista Lombardi

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che, con deliberazione dell'Azienda Ospedaliera "Istituti Ospitalieri" di Cremona (dal 01.01.2016 ASST di Cremona) n. 374 del 14.12.2015 avente per oggetto " Protocollo informatico di cui al DPCM 03.12.2013 – determinazioni in ordine all'individuazione dell'area organizzativa omogenea ed al servizio per la tenuta del protocollo informatico. Nomina del responsabile della conservazione" era stato individuato, nella figura del dirigente aziendale Michele Arisi il responsabile della conservazione dei documenti informatici per l'Azienda;

CONSIDERATO che è cessato per quiescenza il rapporto di lavoro in essere con Michele Arisi;

RICHIAMATI:

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 "Regole tecniche in materia di conservazione ai sensi degli articoli 20, commi 3 e 5-bis, 23-ter, comma 4, 43, commi 1 e 3, 44, 44-bis e 71, comma 1, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005";
- il Decreto del Presidente del Consigli dei Ministri 13 novembre 2014 "Regole tecniche in materia di formazione, trasmissione, copia, duplicazione, riproduzione e validazione temporale dei documenti informatici, nonché di formazione e conservazione dei documenti informatici delle pubbliche amministrazioni ai sensi degli articoli 20, 22, 23-bis, 23-ter, 40, comma 1, 41 e 71 del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82/2005";

VISTE inoltre le vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia di conservazione dei documenti ed in particolare l'art.44 del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n.82/2005;

RITENUTO, pertanto, di procedere alla individuazione del nuovo responsabile della conservazione al fine di ottemperare alla normativa sopra richiamata e garantire la corretta gestione e conservazione nel tempo dei documenti aziendali dematerializzati e/o digitali;

RITENUTO di nominare responsabile della conservazione il dirigente amministrativo Marianna Bonfanti, Responsabile dell'UO Affari Generali e Legali;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal competente Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo f.f., del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. per le motivazioni sopra richiamate in narrativa di nominare per l'ASST di Cremona, quale responsabile della conservazione, il dirigente amministrativo Marianna Bonfanti, Responsabile dell'UO Affari Generali e Legali;
2. di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri di spesa per l'ASST di Cremona;
3. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 146 DEL 22/03/2023

**OGGETTO: NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA TRANSIZIONE
AL DIGITALE AI SENSI DELL'ART.17, COMMA 1 E 1
TER DEL DECRETO LEGISLATIVO 82/2005 (CODICE
DELL'AMMINISTRAZIONE DIGITALE)**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gianluca Bracchi

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIO SANITARIO

Paola Mosa

Il responsabile del procedimento: Marianna Bonfanti

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che l'art.17 del decreto legislativo n.82/2005, Codice dell'Amministrazione Digitale, obbliga tutte le amministrazioni a individuare un ufficio per la transizione alla modalità digitale - il cui responsabile è il Responsabile per la Transizione al Digitale - a cui competono le attività e i processi organizzativi ad essa collegati e necessari alla realizzazione di un'amministrazione digitale e all'erogazione di servizi fruibili, utili e di qualità attraverso una maggiore efficienza ed economicità;

SPECIFICATO che, ai sensi del citato articolo 17 del Codice dell'Amministrazione digitale, al Responsabile della Transizione al digitale sono stati attribuiti i seguenti compiti:

- coordinamento strategico dello sviluppo dei sistemi informativi, di telecomunicazione e fonia, in modo da assicurare anche la coerenza con gli standard tecnici e organizzativi comuni;
- indirizzo e coordinamento dello sviluppo dei servizi, sia interni che esterni, forniti dai sistemi informativi di telecomunicazione e fonia dell'amministrazione;
- indirizzo, pianificazione, coordinamento e monitoraggio della sicurezza informatica relativamente ai dati, ai sistemi ed alle infrastrutture anche in relazione al sistema pubblico di connettività, nel rispetto delle regole tecniche di cui all'art.51, comma 1 (CAD);
- accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici e promozione dell'accessibilità anche in attuazione di quanto previsto dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4;
- analisi periodica della coerenza tra l'organizzazione dell'amministrazione e l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, al fine di migliorare la soddisfazione dell'utenza e la qualità dei servizi, nonché di ridurre i tempi ed i costi dell'azione amministrativa;
- cooperazione alla revisione dell'organizzazione dell'amministrazione ai fini di cui al punto precedente;
- indirizzo, coordinamento e monitoraggio della pianificazione prevista per lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di telecomunicazione e fonia;
- progettazione e coordinamento delle iniziative rilevanti ai fini di una più efficace erogazione di servizi in rete ai cittadini e imprese mediante gli strumenti della cooperazione applicativa tra pubbliche amministrazioni, ivi inclusa la predisposizione e l'attuazione di accordi di servizio tra amministrazioni per la realizzazione e la compartecipazione dei sistemi informativi cooperativi;
- promozione delle iniziative attinenti l'attuazione delle direttive impartite dal Presidente del Consiglio dei Ministri o dal Ministro delegato per l'innovazione e le tecnologie;
- pianificazione e coordinamento del processo di diffusione, all'interno dell'amministrazione, dei sistemi di identità e domicilio digitale, posta elettronica, protocollo informatico, firma digitale o firma elettronica qualificata e mandato informatico, e delle norme in materia di accessibilità e fruibilità nonché del processo di integrazione e interoperabilità tra i sistemi e i servizi dell'amministrazione e quello di cui all'art.64 –bis (CAD);
- pianificazione e coordinamento degli acquisti di soluzioni e sistemi informatici, telematici e di telecomunicazione, al fine di garantirne la compatibilità con gli obiettivi di attuazione dell'agenda digitale e, in particolare, con quelli stabiliti nel piano triennale di cui all'art.16, comma 1, lett. b);

VISTA la Circolare n.3 del 1 ottobre 2018, adottata dal Ministro della Pubblica Amministrazione, in base alla quale, in ragione della trasversalità della figura del Responsabile della Transizione al digitale, lo stesso può:

- costituire tavoli interni di coordinamento con gli altri dirigenti dell'amministrazione e/o referenti nominati da questi ultimi;
- costituire gruppi tematici per singole attività e/o adempimenti;

- proporre l'adozione di circolari e atti di indirizzo sulle materie di propria competenza;

ACCERTATO che, sempre ai sensi dell'art.17 del Codice dell'Amministrazione digitale, è previsto che il Responsabile della Transizione al digitale debba essere *“dotato di adeguate competenze tecnologiche, di informatica giuridica e manageriale e risponde, con riferimento ai compiti relativi alla transizione e alla modalità digitale direttamente all'organo di vertice politico (...)o, in assenza di vertice politico, risponde direttamente a quello amministrativo dell'Ente”*;

CONSIDERATO che con Decreto aziendale n. 1 del 05 gennaio 2021 era stato nominato a ricoprire il ruolo in oggetto il dr. Marco Cavalli, collaboratore tecnico professionale informatico con posizione organizzativa nella SC Sistemi Informativi Aziendali;

ATTESO che il dr. Marco Cavalli non è più dipendente di questa azienda dal 01 gennaio 2023 e che pertanto da tale data il ruolo di Responsabile della Transizione al Digitale risulta vacante;

RITENUTO, pertanto, di nominare quale Responsabile della Transizione al Digitale il dott. Cristian Merelli, dirigente analista assegnato alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali con determinazione n. 55 del 17 gennaio 2023;

PRECISATO che la nomina in oggetto, decorrente dalla data di adozione del presente provvedimento, non prevede alcun maggiore onere a carico dell'ASST di Cremona;

CONSIDERATO che, identificato come sopra il Responsabile della Transizione al digitale, tenuto conto della complessità e trasversalità sinergiche delle competenze richieste, lo stesso potrà avvalersi, per le necessità di volta in volta emergenti, delle competenze e delle esperienze facenti capo alle diverse strutture e funzioni aziendali, coordinandone le relative attività per le tematiche ed i compiti relativi alla transizione al digitale, ed, in particolare:

- il Responsabile aziendale della gestione documentale;
- il Responsabile per la protezione dei dati personali;
- il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- il Direttore della S.C. Gestione Acquisti;
- il Direttore della S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale aziendale;
- il Direttore della S.C. Ingegneria Clinica;
- il Responsabile della S.S. Formazione;
- il Responsabile della S.S. Comunicazione e Relazioni esterne;

PRESO ATTO dell'attestazione resa dal Responsabile del procedimento in ordine alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. per tutto quanto premesso in narrativa, di nominare il dott. Cristian Merelli, dirigente analista assegnato alla S.C. Sistemi Informativi Aziendali, quale Responsabile per la Transizione al digitale (RTD), ai sensi dell'art. 17 comma 1 e comma 1 ter del decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82 (Codice dell'Amministrazione digitale);
2. di dare atto che la nomina in oggetto non prevede alcun maggior onere a carico dell'ASST di Cremona;

3. di dare atto che il Responsabile della Transizione al digitale potrà avvalersi, per le necessità di volta in volta emergenti, delle competenze e delle esperienze facenti capo alle diverse strutture e funzioni aziendali, coordinandone le relative attività per le tematiche e i compiti relativi alla transizione al digitale, ed, in particolare:
 - al Responsabile aziendale della gestione documentale;
 - al Responsabile per la protezione dei dati personali;
 - al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
 - al Direttore della S.C. Gestione Acquisti;
 - al Direttore della S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale aziendale;
 - al Direttore della S.C. Ingegneria Clinica;
 - al Responsabile della S.S. Formazione;
 - al Responsabile della S.S. Comunicazione e Relazioni Esterne;
4. di dare atto che il Responsabile della Transizione al digitale risponde al Direttore Generale con riferimento ai compiti relativi alla transizione alla modalità digitale;
5. di disporre l'inserimento dei dati inerenti il Responsabile della Transizione al digitale sull'Indice delle Pubbliche Amministrazioni;
6. di dare atto che il presente provvedimento è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DI CREMONA

DECRETO N. 323 DEL 05/07/2021

**OGGETTO: NOMINA RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI (DATA PROTECTION
OFFICER – DPO)**

IL DIRETTORE GENERALE – DR. GIUSEPPE ROSSI

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Gianluca Bracchi

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SANITARIO

Rosario Canino

Acquisito il parere favorevole del
DIRETTORE SOCIOSANITARIO

Paola Mosa

Responsabile del procedimento: Dott. Giovanbattista Lombardi

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO il Regolamento Generale sulla protezione dei dati – Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in vigore dal 25 maggio 2018, che innova ed integra la normativa in tema di privacy, prevedendo tra l'altro, alcune specifiche prescrizioni a carico dei Soggetti Pubblici tra cui individuare la figura del Responsabile della protezione dei dati (data Protection Officer – DPO);

RICORDATO che con determinazione dirigenziale n. 542 del 18.5.2021 è stato affidato alla ditta LTA Srl di Roma il servizio di data protection officer (DPO) e delle attività finalizzate alla compliance alla normativa europea sulla protezione dei dati personali in esito a procedura esperita ai sensi dell'art. 1, comma 1 e comma 2 lett. A) del D.L. N. 76/2020 convertito in legge n. 120/2020 per un periodo di 24 mesi con decorrenza dall'1 giugno 2021;

TENUTO conto che LTA S.r.l., nell'ambito dell'offerta di cui sopra, mette a disposizione quale DPO, il Dott. Luigi Recupero, professionista qualificato, che ha già ricoperto detto incarico con professionalità e competenza;

RITENUTO, pertanto, di nominare quale Responsabile del Trattamento Dati dell'ASST di Cremona il Dott. Luigi Recupero, professionista qualificato a ricoprire tale ruolo;

TENUTO conto che dall'atto di nomina in oggetto non derivano costi supplementari rispetto a quelli derivanti dall'affidamento del servizio di data protection officer affidato a LTA Srl con la determinazione sopra richiamata;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;

DECRETA

1. di nominare formalmente, per il periodo di 24 mesi con decorrenza dall'1 giugno 2021, il Dott. Luigi Recupero quale Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) dell'ASST di Cremona;
2. di dare atto che il soggetto nominato è preposto allo svolgimento dei compiti previsti dall'art. 39 del Regolamento europeo Eu 2016/679;
3. dare atto che dalla nomina in oggetto non derivano costi supplementari rispetto a quelli derivanti dall'affidamento del servizio di data protection officer affidato a LTA Srl con la determinazione citata in premessa e già perfezionatasi;
4. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo ai sensi dell'art.17, comma 6, della legge regionale della Regione Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33.

Firmato digitalmente
Dr. Giuseppe Rossi



RIFERIMENTI NORMATIVI

Ai fini del presente manuale si intende per:

- **Legge sul procedimento:** legge 07 agosto 1990 n. 241 – Legge sul procedimento amministrativo;
- **T.U.D.A.:** D.P.R. 20 dicembre 2000 n. 445 – Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa;
- **C.A.D.:** D.lgs. 7 marzo 2005 n. 82 – Codice dell'Amministrazione Digitale;
- **Decreto Trasparenza:** D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33 – Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- **GDPR** (General Data Protection Regulation): Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, n. 679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) (Testo rilevante ai fini del SEE);
- **Codice della Privacy:** D.lgs. 30 giugno 2003 n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679;
- **Codice dei beni culturali:** D.lgs 22 gennaio 2004 n. 42 - Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137;
- **Linee Guida:** Linee Guida AGID (Agenzia per l'Italia Digitale) sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici del maggio 2021;
- **Regole tecniche per il protocollo:** D.P.C.M. del 03 dicembre 2013 – “Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40-bis, 41, 47, 57-bis e 71, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005”;
- **Regolamento eIDAS:** Regolamento UE 910/2014 REGOLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO in materia di identificazione elettronica e servizi fiduciari per le transazioni elettroniche nel mercato interno e che abroga la direttiva 1999/93/CE;
- **Decreto Semplificazioni:** D.L. 16/07/2020, n. 76: “Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale” convertito dalla L. 11 settembre 2020 n. 120;
- **Decreto 02/11/2011** del Ministero dell'economia e delle finanze sulla De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010. (Progetto Tessera Sanitaria);
- **L. 18 giugno 2009, n. 69** “Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile”;
- **DGR Regione Lombardia n. 15229 del 01/12/2017** di approvazione da parte del Direttore Generale Welfare di Regione Lombardia della “versione 4” del Titolario di classificazione e del Massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e socio sanitario regionale lombardo;
- **Codice di comportamento del dipendente:** Codice di comportamento per il personale e codice etico dell'Azienda Socio Sanitaria di Cremona aggiornato con Decreto aziendale del 30 novembre 2018 n. 355;
- **Circ. Agenzia per l'Italia Digitale del 18/04/2017, n. 2/2017** Sostituzione della circolare n. 1/2017 del 17 marzo 2017, recante “Misure minime di sicurezza ICT per le pubbliche amministrazioni. (Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri 1° agosto 2015)”.



REGISTRAZIONI PARTICOLARI

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

- Decreti del Direttore Generale
- Determinazioni dirigenziali
- Pubblicazione all'albo pretorio online
- Fatture attive
- Fatture passive
- Mandati di pagamento
- Reversali di incasso
- Contratti pubblici
- Contratti del personale
- Cedolini stipendiali
- Modelli CU
- Cartellini delle presenze/assenze
- RT Mypay
- RT Easybridge
- RPT Mypay
- RPT Easybridge
- Ordinativi di acquisto
- Documenti di gara presente nella piattaforma SINTEL
- Cartella ambulatoriale
- Verbale pronto soccorso
- Fascicolo di ricovero



Regione Lombardia

5 ALLEGATO 5 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA

DECRETO N. 15229

Del 01/12/2017

Identificativo Atto n. 470

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

APPROVAZIONE DELLA "VERSIONE 04" DEL "TITOLARIO E MASSIMARIO DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO, GIÀ SISTEMA SANITARIO E SOCIO SANITARIO DI REGIONE LOMBARDIA"

L'atto si compone di _____ pagine

di cui _____ pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATE:

- la d.g.r. n. IX/4659 del 9.1.2013, con la quale è stato approvato, a seguito di parere positivo della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia, il *“Manuale di gestione della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria”*, (successivamente parzialmente modificato dalla d.g.r. n. X/325 del 2013), composto da due sezioni:
 1. la prima denominata *“La documentazione sanitaria e socio-sanitaria”*;
 2. la seconda definita *“La gestione documentale”* relativa al ciclo di vita della documentazione sanitaria e socio-sanitaria; sezione nella quale sono stati inseriti il *“Titolario di classificazione”* ed il *“Massimario di scarto”* della predetta documentazione (Titoli II e III);
- la d.g.r. n. X/325 del 27.6.2013 con la quale è stato approvato, previo parere favorevole della Direzione Generale Archivi del MIBAC (pervenuto per il tramite della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia), il documento *“Titolario di classificazione e Massimario di scarto della documentazione del sistema Sanitario e Socio-sanitario regionale lombardo”*, composto di tre Titoli corrispondenti, rispettivamente, alle aree amministrativa (Titolo I), territoriale (Titolo II) e ospedaliera (Titolo III);

RICHIAMATI i Decreti del D.G. Salute n. 1575 del 3.3.2015 e n. 11466 del 17.12.2015 che hanno approvato, rispettivamente, le versioni n. 02 e 03 del Titolario di classificazione e Massimario di scarto della documentazione del sistema Sanitario e Socio-sanitario regionale lombardo;

VISTE le osservazioni e le proposte di integrazione/modifica tecniche formulate da alcuni Enti del sistema sanitario e sociosanitario regionale lombardo conseguenti alle fasi di applicazione dei succitati documenti;

VALUTATE le sopra richiamate osservazioni e proposte, riguardanti unicamente le tipologie documentarie censite nel Massimario di scarto, in uno specifico incontro che si è svolto in data 3.11.2017 con la Soprintendenza Archivistica per la Lombardia;

RITENUTO di recepire le suddette osservazioni e proposte mediante l'approvazione della *“Versione 04”* del *“Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia”*, Allegato 1, parte integrante del presente atto;



Regione Lombardia

PRECISATO che il suddetto documento si applica a tutto il Sistema Sociosanitario Lombardo a decorrere dal 1 Gennaio 2018;

EVIDENZIATO che il Massimario di scarto sarà oggetto di periodico aggiornamento tecnico, sia in quanto non esaustivo di tutte le tipologie documentarie sia in ragione della necessità di adeguamento ad eventuali interventi normativi;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente documento sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia (B.U.R.L.) e sul Portale di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it).

VISTE:

- la l.r. 20/2008, nonché i provvedimenti organizzativi della X legislatura ed in particolare: la DGR n. 3 del 20.3.2013 “Costituzione delle Direzioni Centrali e Generali, incarichi e altre disposizioni organizzative – I provvedimento organizzativo - X legislatura” e la DGR 5112 del 29.4.2016 “IV provvedimento organizzativo 2016” che ha nominato il Dr. Daverio Giovanni quale Direttore generale della Direzione generale Welfare”;
- la l.r. n. 33 del 30.12.2009 e successive integrazioni e modificazioni;

DECRETA

- 1) Di approvare la “Versione 04” del *“Titolario e Massimario del Sistema Sociosanitario Lombardo, già Sistema Sanitario e Sociosanitario di Regione Lombardia”*, Allegato 1, parte integrante del presente atto, che sostituisce integralmente il precedente, approvato con Decreto del D.G. Welfare n. 11466 del 17.12.2015.
- 2) Di precisare che la Versione 04 del documento apporta alcune modifiche/integrazioni tecniche relativamente alle tipologie documentarie del Massimario di scarto, quali voci di specificazione dei Titoli e delle Classi, e non coinvolge i Titoli e le Classi del Titolario di classificazione che non subiscono alcuna variazione rispetto alla formalizzazione di cui alla d.g.r. n. X/325 del 27.6.2013.
- 3) Di disporre che il documento di cui al punto 1) si applichi a tutto il Sistema Sociosanitario Lombardo a decorrere dal 1 Gennaio 2018.
- 4) Di precisare che il Massimario di scarto sarà oggetto di periodico



Regione Lombardia

aggiornamento tecnico, sia in quanto non esaustivo di tutte le tipologie documentarie sia in ragione della necessità di adeguamento ad eventuali interventi normativi.

- 5) Di disporre la pubblicazione del presente documento sul Bollettino ufficiale della Regione Lombardia (B.U.R.L.) e sul Portale di Regione Lombardia (www.regione.lombardia.it).
- 6) Di precisare che la pubblicazione informatica di cui al punto 5) sarà oggetto di "link" da parte del sito internet della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia.
- 7) Di trasmettere il presente provvedimento alla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia.

IL DIRETTORE GENERLE

GIOVANNI DAVERIO

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

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 (mastri, 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 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	.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)	

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, patrocin, 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 (Il.1.01)
	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Verbalì incontri / riunioni interne di pianificazione e organizzazione	10 anni	
	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali	Documentazione istruttoria relativa a progetti	10 anni	Il progetto è conservato illimitatamente (Il.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/rutinaria 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 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	.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	

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	.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 ipossiemici	1 anno dalla data del decesso o dal termine dell'erogazione	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione inerente la valutazione e il controllo dell'assistenza integrativa erogata	10 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Report dati relativo agli utenti e ai prescrittori per la fornitura protesi, ortesi ed ausili, dispositivi medici, presidi e prodotti dietetici, presidi per diabetici	5 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione relativa a gestione magazzino protesi, ortesi ed ausili (atti preparatori alla gara d'appalto, ordini dei dispositivi di gara, bolle di consegna / ritiro ausili al domicilio dell'assistito)	5 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura semiresidenziale, Centro Diurno e Residenzialità Leggera. Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.	10 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura residenziale (diario clinico, visite psichiatriche, attività riabilitative, colloqui psicoterapeutici, ecc.). Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	ILLIMITATO	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Documentazione del sistema informatizzato regionale PSICHE	Secondo tipologia di regime di erogazione della prestazione (residenziale / semiresidenziale)	

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	

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	

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
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 emoderivati, documentazione sanitaria indicante positività o diagnosi di malattia, analisi ematochimiche, documentazione amministrativa, ecc.)	ILLIMITATO	art.3 L.210/1992 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della sanità del 4-11-1996 n. 900

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 recepimento di questa da parte del clinico e la sua richiesta di approfondimenti diagnostici.
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Residui di acidi nucleici estratti da campioni istologici o 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

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filiatoria)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Adozione e revisione del Piano di Organizzazione Strategico aziendale (POAS)	DIREZIONE GENERALE	1.1.02 Piano di organizzazione e di funzionamento aziendale	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	PIANO DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE STRATEGICO (POAS) ASST CREMONA - PERIODO XXXXX	ILLIMITATO	DECRETO N.279/2022
Adozione dei documenti aziendali di programmazione, pianificazione, indirizzo e controllo, anche in esecuzione a disposizioni normative nazionali e/o regionali: PIAO	CONTROLLO DI GESTIONE	1.1.02 Piani aziendali (Piano dei Controlli, Piano di Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo, ecc.)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	NOME DEL PIANO XXXX DELL'ASST DI CREMONA - PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Adozione dei documenti aziendali di programmazione, pianificazione, indirizzo e controllo, anche in esecuzione a disposizioni normative nazionali e/o regionali: PIPCT/ Sezione rischi conflittivi e trasparenza PIAO	RPCT	1.1.02 Piani aziendali (Piano dei Controlli, Piano di Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo, ecc.)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	NOME DEL PIANO XXXX DELL'ASST DI CREMONA - PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Adozione dei documenti aziendali di programmazione, pianificazione, indirizzo e controllo, anche in esecuzione a disposizioni normative nazionali e/o regionali: piano azioni positive	DIREZIONE GENERALE	1.1.02 Piani aziendali (Piano dei Controlli, Piano di Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo, ecc.)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	NOME DEL PIANO XXXX DELL'ASST DI CREMONA - PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Adozione dei documenti aziendali di programmazione, pianificazione, indirizzo e controllo, anche in esecuzione a disposizioni normative nazionali e/o regionali: relazione performance	CONTROLLO DI GESTIONE	1.1.02 Piani aziendali (Piano dei Controlli, Piano di Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo, ecc.)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	NOME DEL PIANO XXXX DELL'ASST DI CREMONA - PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Adozione dei documenti aziendali di programmazione, pianificazione, indirizzo e controllo, anche in esecuzione a disposizioni normative nazionali e/o regionali: piano annuale di internal audit	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.1.02 Piani aziendali (Piano dei Controlli, Piano di Salute, Strategici, Piano delle Performance, Piano anticorruzione, Modello organizzativo, ecc.)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	NOME DEL PIANO XXXX DELL'ASST DI CREMONA - PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Stipula contratti di comodato d'uso di beni mobili altrui	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 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	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	CONTRATTO COMODATO D'USO XXXX(nome bene) a favore della Struttura/Servizio XXXX + nome comodante	10 anni (dalla dismissione del bene)	regolamento DELIBERA 296/2007
Rinnova contratti di comodato d'uso di beni mobili altrui	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 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	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	RINNOVO CONTRATTO COMODATO D'USO XXXX(nome bene) a favore della Struttura/Servizio XXXX + nome comodante	10 anni (dalla dismissione del bene)	regolamento DELIBERA 296/2007
Stipula contratti di comodato d'uso di beni immobili	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.02 Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di immobili, comodati ecc...	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	CONTRATTO COMODATO D'USO inerente l'immobile XXXX - nome comodante e/o comodatario	ILLIMITATO 10 anni (salvo contestazio in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
Rinnova contratti di comodato d'uso di beni immobili	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.02 Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di immobili, comodati ecc...	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	RINNOVO CONTRATTO COMODATO D'USO inerente l'immobile XXXX - nome comodante e/o comodatario	ILLIMITATO 10 anni (salvo contestazio in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
Autorizzazione visione in prova dispositivi e apparecchiature tecnico scientifiche	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 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	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	PROVA APPARECCHIATURA/DISPPOSITIVO XXXX per Struttura/Servizio XXXX - Ditta proponente:XXXXX	10 anni (dalla dismissione del bene)	regolamento DELIBERA 296/2007
Donazioni di beni mobili, lasciti testamentari	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	DONAZIONE BENE XXXXXX a favore della struttura/servizio XXXX - nome donante: TESTAMENTO XXXXXX(nome del defunto)	ILLIMITATO	regolamento DECRETO 48/2023
Accettazione contributi liberali	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	EROGAZIONE CONTRIBUTO LIBERALE a favore della Struttura/Servizio XXXXXX per XXXX(indicare la finalizzazione) - nome donante:XXXXX	ILLIMITATO	regolamento DECRETO 48/2023
Accettazione donazioni e contributi liberali di modico valore	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.03 Acquisizione e gestione di beni mobili da lasciti o donazioni	FASCICOLO (ipettivo annuale)	ATTIVITA'/MATERIA (ipettivo annuale)	DONAZIONI BENE ED EROGAZIONE CONTRIBUTI DI MODICO VALORE disposti da soggetti diversi a favore dell'ASST di Cremona - ANNO XXXXXX	ILLIMITATO	regolamento DECRETO 48/2023
Stipula di convenzioni / presa d'atto accordi tra enti - università - enti del terzo settore / protocolli di intesa	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.1.03 Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento ufficio PA certificanti)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	CONVENZIONE ...[oggetto] + indicazione delle Parti sottoscrittrici +indicazione della durata	ILLIMITATO	
Rinnova convenzioni / presa d'atto accordi tra enti / protocolli di intesa	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.1.03 Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento ufficio PA certificanti)	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	RINNOVO CONVENZIONE ...[oggetto] + indicazione delle Parti sottoscrittrici +indicazione della durata	ILLIMITATO	
Stipula contratti locazione attive e/o passive, beni immobili e relativi servizi	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.6.02 Documentazione relativa agli adempimenti necessari per la gestione delle locazioni attive e passive di immobili, comodati, ecc.	FASCICOLO (singolo procedimento)	PROCEDIMENTO	CONTRATTO DI LOCAZIONE ATTIVA/PASSIVA inerente l'immobile XXXX - nominativo della parte XXXXX - durata del contratto XXXX	ILLIMITATO 10 anni (salvo contestazio in atto) per documentazione preliminare e preparatoria	
Recupero crediti ambulatoriale - SSN	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.02 - Procedimento per riscossione ticket sanitari	FASCICOLO per ATTIVITA'/MATERIA annuale	ATTIVITA'/MATERIA annuale	Recupero crediti ambulatoriale - SSN POC - affiliazione ANNO XXXXX Recupero crediti ambulatoriale - SSN PCOP affiliazione ANNO XXXXX	10 anni (a partire dalla conclusione del procedimento)	
Recupero crediti ricoveri solventi	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.03 - Concorrati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO singola ATTIVITA'/MATERIA	ATTIVITA'/MATERIA	fascicolo nominativo XXXX - ricovero in solvenza struttura/ servizio XXXX - dal XXX AL XXXX	10 anni	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filatoria)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Recupero crediti solventi PS	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.03 - Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA annuale	ATTIVITÀ/MATERIA annuale	Recupero crediti solventi PS POC - attivazione ANNO XXXXX	10 anni	
Recupero crediti Codici bianchi	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.02 Procedimento per riscossione ricel sanitari	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA annuale	ATTIVITÀ/MATERIA annuale	Recupero crediti solventi PS PQOP - attivazione ANNO XXXXX Recupero crediti codici bianchi PS POC - attivazione ANNO XXXXX	10 anni (a partire dalla conclusione del procedimento)	
Recupero crediti Medicina Sportiva	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.03 - Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA annuale	ATTIVITÀ/MATERIA annuale	Recupero crediti codici bianchi PS PQOP - attivazione ANNO XXXXX Recupero crediti Medicina Sportiva - attivazione ANNO XXXX	10 anni	
Consulenze alcoliche SERD - solvenza	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.03 - Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA annuale	ATTIVITÀ/MATERIA annuale	Recupero crediti consulenze alcoliche - attivazione ANNO XXXX	10 anni	
Recupero crediti mediante attivazione procedura coattiva Agenzia delle Entrate	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.03 - Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA	ATTIVITÀ/MATERIA per singolo versamento all'Agenzia delle Entrate	ATTIVAZIONE PROCEDURA COATTA RECUPERO CREDITI AGENZIA DELLE ENTRATE - VERSAMENTO DEL XXXXXXXX	10 anni	
Gestione operativa outsourcing archivistico	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.7.01 - 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, filiali, massimari, richieste di consultazione), ecc.	FASCICOLO - fascicolo padre + sottofascicoli ripetitivi annuali	PROCEDIMENTO + ripetitivo annuale	GESTIONE Nominativo Servizio Esterno aggiudicatario del servizio + sottofascicolo Richieste archiviazione anno xxx + sottofascicolo Richieste consultazioni anno xxx	ILLIMITATO	
Scarto di materiale archivistico	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.7.01 - 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, filiali, massimari, richieste di consultazione), ecc.	FASCICOLO per procedimento annuale + sottofascicolo per richiesta di scarto su applicativo Soprintendenza Archivistica	PROCEDIMENTO	FASCICOLO SCARTO DOCUMENTALE ANNO xxxxx SOTTOFASCICOLO SCARTO ASST_CR N. xxxxx (numero autorizzazione Scartup) + anno xxxxx	ILLIMITATO	D.lgs. 22 gen. 2004, n. 42 - Codice dei beni culturali e del paesaggio
Gestione documentale aziendale	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.7.01 - 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, filiali, massimari, richieste di consultazione), ecc.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Gestione documentale aziendale ANNO XXXXX	ILLIMITATO	
Conservazione digitale	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.7.01 - 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, filiali, massimari, richieste di consultazione), ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	Conservazione digitale a norma - Nome Aggiudicatario Affidamento servizio periodo xxxxxx	ILLIMITATO	
Partecipazione sponsorizzata ad eventi formativi di terzi	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.4.13 Documentazione relativa ad ATTIVITÀ/MATERIA formative (interna, esterna, o distanziata) rivolte al personale (richieste, autorizzazioni, documentazione presenze, ecc.)	FASCICOLO per ATTIVITÀ/MATERIA annuale	ATTIVITÀ/MATERIA (ripetitivo annuale)	PARTECIPAZIONE SPONSORIZZATE AD EVENTI FORMATIVI - ANNO XXXXXXX	5 anni	
Nomina Direttore Generale dell'ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.01 Documenti relativi al Presidente, Direttore Generale o altra figura (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	NOMINA di /di/ssa XXXXXXX DIRETTORE GENERALE ASST DI CREMONA - PERIODO XXXXX	ILLIMITATO	
Nomina Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Sossosanitario dell'ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.02 Documenti relativi al Direttore Amministrativo, Sanitario, Sociale (nomina, compiti, rinnovo, cessazione e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	NOMINA di /di/ssa XXXXXXX DIRETTORE AMMINISTRATIVO ASST DI CREMONA - PERIODO XXXXX NOMINA di /di/ssa XXXXXXX DIRETTORE SANITARIO ASST DI CREMONA - PERIODO XXXXX NOMINA di /di/ssa XXXXXXX DIRETTORE SOCIOSANITARIO ASST DI CREMONA - PERIODO XXXXX	ILLIMITATO	
Nomina Collegio Sindacale dell'ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.03 Documenti relativi al Collegio Sindacale (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	COLLEGIO SINDACALE ASST CREMONA - PERIODO: DAL XXXXXX AL XXXXXX	ILLIMITATO	
Nomina Collegio di Direzione ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi al Collegio di Direzione (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	COLLEGIO DI DIREZIONE ASST CREMONA - PERIODO: DAL XXXXXX AL XXXXXX	ILLIMITATO	
Nomina Consiglio dei Sanitari ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi al consiglio dei sanitari (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	CONSIGLIO DEI SANITARI ASST CREMONA - PERIODO: DAL XXXXXX AL XXXXXX	ILLIMITATO	
Nomina collegi tecnici dell'ASST di Cremona (Cabina di Regia, Collegio Tecnico per la valutazione del personale, Commissione Aziendale Investimenti, Commissione IFA)	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi a collegi tecnici (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.). Compreso quello relativo alla direzione dei distretti	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	HOME COLLEGIO XXXXX ASST DI CREMONA - PERIODO: DAL XXXX AL XXXX	ILLIMITATO	istituzione e regolamento Cabina di regia integrato polo territoriale ASST di Cremona DECRETO 275/2023
Costituzione CUG - Comitato Unico di Garanzia ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi a collegi tecnici (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	COMITATO UNICO DI GARANZIA ASST DI CREMONA - PERIODO: DAL XXXX AL XXXX	ILLIMITATO	
Nomina Comitato Etico	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi al Comitato Etico (nomina, compiti, rinnovo dei componenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	COMITATO ETICO ASST DI CREMONA - PERIODO: DAL XXXX AL XXXX	ILLIMITATO	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filologica)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Costituzione Conferenza dei Sindaci ASST Cremona	DIREZIONE SOCIO SANITARIA	1.2.04 Documenti relativi a Conferenza dei sindaci ed esecutivo (composizione ed elezione, cessazione e sostituzione, funzionamento, verbali sedute, interpellanze e mosioni, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	CONFERENZA DEI SINDACI ASST DI CREMONA - PERIODO: DAL XXXX AL XXXX	ILLIMITATO	recepimento del Regolamento DECRETO 474/2022
Nomina Responsabile UPT - Ufficio Pubblico Tutela	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.04 Documenti relativi a componenti Ufficio di Pubblico Tutela (nomina, compiti, rinnovo dei componenti, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	UPT ASST CREMONA	ILLIMITATO	
Nomina Nucleo di Valutazione delle prestazioni dell'ASST di Cremona	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.03 Documenti relativi a organismo di vigilanza del codice etico comportamentale (nomina, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.)	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	NOMINA NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASST CREMONA - PERIODO: DAL XXX AL XXXX	ILLIMITATO	
Istituzione, aggiornamento e gestione dell'albo assistenze dei legali esterni	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.02 - Contenzioso legale	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	ISTITUZIONE ALBO AZIENDALE LEGALI ESTERNI ASST CREMONA + sottofascicolo ASSEGNAAMENTO ALBO AL XXXX	ILLIMITATO	
Nomina legali esterni	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.3.02 - Contenzioso legale	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	NOMINA LEGAL XXXX- CONTENZIOSO XXXX	inserito in fascicolo per il tempo del procedimento	
Indizione e gestione di vendita immobiliare	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.4.02 - documentazione che si riferisce alla alienazione, vendita, cessione o permuta di immobili, compreso l'eventuale indizione e gestione di asta pubblica	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	VENDITA IMMOBILE XXXXX	ILLIMITATO	
Rendiconto progetti PHRR Missione 6 salute	UFFICIO COMPETENTE RUP PROGETTO	1.1.04 - Documenti relativi ai controlli interni (es. controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, auditing, controllo di regolarità formale e contabile, ecc.)	FASCICOLO per CUP + sottofascicoli per CIG	PROCEDIMENTO	"PHRR – RENDICONTO M6 – C.....I.....name intervento CUP....., FONTE FINANZIAMENTO...".	10 anni	
Controlli interni PHRR - Progetti PHRR Missione 6 salute – attuazione dei controlli di primo livello ai sensi del decreto del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 7796 del 25.05.2023 -	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.03 - Documenti relativi a organi / organismi di controllo interno (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO per singolo ingaggio	PROCEDIMENTO	"PHRR CONTROLLO M6 C.....I.....name intervento CUP....., FONTE FINANZIAMENTO...".	ILLIMITATO	
Costituzione Team Multidisciplinare Progetti PHRR Missione 6 salute – attuazione dei controlli di primo livello ai sensi del decreto del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 7796 del 25.05.2023 -	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.2.03 - Documenti relativi a organi / organismi di controllo interno (nomina, sostituzioni, convocazioni, funzionamento, verbali sedute e atti inerenti, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Costituzione Team Multidisciplinare controlli di primo livello Progetti PHRR Missione 6 salute ai sensi del decreto del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 7796 del 25.05.2023	ILLIMITATO	Decreto n. 693 del 04/10/2023
Gestione sinistri (malpractice)	AVVOCATURA	1.3.04 Assicurazioni e gestione sinistri Rapporto di brokeraggio assicurativo, RCT/O, gestione sinistri, polizze assicurative, richieste risarcimenti danni, tutela giudiziaria, furto incendi, infortuni, ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	"NOME CONTROPARTE"	ILLIMITATO	distinzione si sopra al: La prima totalmente in capo ad ASST, la II da un valore > a 250.000 euro in gestione alla compagnia assicurativa
Gestione sinistri polizze minori (infortunio, atti rischi, RC auto)	AVVOCATURA	1.3.04 Assicurazioni e gestione sinistri Rapporto di brokeraggio assicurativo, RCT/O, gestione sinistri, polizze assicurative, richieste risarcimenti danni, tutela giudiziaria, furto incendi, infortuni, ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	"NOME CONTROPARTE" + polizza XXX	ILLIMITATO se sinistro Kask e RCA in assenza di conenzato: 10 anni dall'avvenuta liquidazione	
Recupero Crediti (fatture non pagate)	AVVOCATURA	1.3.03 - Procedure concorsuali ed esecutive Concordati, fallimenti, pignoramenti, recupero crediti, riscossione coatta, ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	RECUPERO CREDITI XXXXX+Nome debitore	10 anni	
Segnalazioni / Denunce / Querere all'Autorità Giudiziaria	AVVOCATURA	1.3.02 - Contenzioso legale	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	NOME CONTROPARTE + descrizione sintetica danno	ILLIMITATO	
Gestione polizze assicurative	AVVOCATURA	1.3.04 Rapporto di brokeraggio assicurativo, RCT/O, gestione sinistri, polizze assicurative, richieste di risarcimento danni, tutela giudiziaria, furti incendi, infortuni, ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	Nome della polizza - periodo XXXX	ILLIMITATO	
Pareti legali / tecnici	AVVOCATURA	1.3.01 - Pareti, informative giudiziche e ATTIVITA'/MATERIA tecniche/legali	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	nome procedimento / istanza	inserito in fascicolo per il tempo del procedimento	
Programmazione triennale del fabbisogno del personale	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.01 - Fabbisogni e Punte organiche del personale, Fluper, ecc.	FASCICOLO singolo procedimento	PROCEDIMENTO	FABBISOGNO PERSONALE PERIODO XXXX (tipologia)	10 anni	
Procedure di reclutamento per assunzioni a tempo indeterminato e determinato	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.02 - Bandi, verbali di concorsi, selezioni, avvisi di mobilità, avvisi pubblici, graduatoria finale, ecc. 1.4.02 Altri documenti inerenti la procedura concorsuale (domande di partecipazione, documenti non ritirati dagli interessati, prove d'esame ed annesso materiale documentario)	FASCICOLO - fascicolo padre selezione/concorso + sottofascicolo domande	PROCEDIMENTO + ATTIVITA'/MATERIA	"SELEZIONE per assunzione a TD/TT di XXXX + disciplina" SOTTOFASCICOLO: domande "selezione ecc...."	fascicolo procedimentale: ILLIMITATO; Sottofascicolo domande: 5 anni dopo la scadenza della graduatoria	
Procedure di reclutamento per assunzione personale mediante mobilità (mobilità in entrata)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.02 - Bandi, verbali di concorsi, selezioni, avvisi di mobilità, avvisi pubblici, graduatoria finale, ecc.	VEDI fascicolazione SELEZIONE/CONCORSO	PROCEDIMENTO + ATTIVITA'/MATERIA	"Mobilità per n. xxx posti di xxx + disciplina" SOTTOFASCICOLO domande	ILLIMITATO fascicolo procedimentale + 5 anni dopo la scadenza della graduatoria SOTTOFASCICOLO DOMANDE	
Procedura per conferimento incarichi libero professionali e borsa di studio	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.02 - Bandi, verbali di concorsi, selezioni, avvisi di mobilità, avvisi pubblici, graduatoria finale, ecc.	VEDI fascicolazione SELEZIONE/CONCORSO	PROCEDIMENTO + ATTIVITA'/MATERIA	"SELEZIONE per affidamento incarico / borsa di studio XXXXXXXX SOTTOFASCICOLO: domande "selezione ecc...."	ILLIMITATO fascicolo procedimentale + 5 anni dopo la scadenza della graduatoria SOTTOFASCICOLO DOMANDE	
Gestione mobilità interne	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE / DAPSS	1.4.03 - mobilità interna ed esterna	in fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE	FASCICOLO per persona fisica	"Mobilità interna di xxxx presso xxx "	ILLIMITATO	
Aspettativa per periodo di prova e incarico presso altro ente	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.04 - Documentazione relativa ai comandi e ai distacchi e alla ripresa di servizio nella sede originaria, aspettativa, congedi e altri istituti	in fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE nel sottofascicolo relativo a "ASPETTATIVA a xxxxy matricola xxxxy per periodo di prova/incarico presso ente xxxxx"	FASCICOLO per persona fisica + sottofascicolo PROCEDIMENTO	sottofascicolo: "ASPETTATIVA xxxxy matricola xxxxy per periodo di prova/incarico presso ente xxxxx"	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	* vedi foglio "dettaglio fascicolo personale del dipendente"

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filolario)	TIPOLOGIA di AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Servizi a richiesta individuale del dipendente ed ex dipendente, incluso rilascio stat di servizio e aggiornamento dell'anagrafica e di carriera personale dipendente, coccodrili professionisti, sumasili	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.11 - Pratiche di concessione benefici economici (ad es. per cure mediche) e di gestione delle provvidenze per il personale (contributi per diti nido, per centri estivi per figli di dipendenti, per abbonamenti ai mezzi di trasporto pubblico, ecc.), nonché le richieste di rilascio dello tessera di riconoscimento e di certificati di servizio, l'assistenza fiscale su richiesta del dipendente.	In fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE + fascicolo relativo a CERTIFICATI SERVIZIO annuale se personale cessato	FASCICOLO per persona fisica + FASCICOLO ATTIVITÀ/MATERIA/Materia annuale ripetitiva	FASCICOLO ATTIVITÀ/MATERIA: "RILASCIO certificato di servizio ANNO XXXX"	ILLIMITATO (se nel fascicolo personale) 10 anni (se fascicolo annuale per ATTIVITÀ/MATERIA)	
Processo di valutazione personale della dirigenza e del comparto.	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.12 - Valutazione del personale (richiesta valutazione)	fascicolo per singolo procedimento	PROCEDIMENTO	VALUTAZIONE DIRIGENZA ANNO XXXX VALUTAZIONE PERSONALE DEL COMPARTO ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Russi personale: FLUPER (A-B-C)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.20 - Fabbricazioni e Pianta organiche del personale, Fluper, ecc.	FASCICOLO ANNUALE	ATTIVITÀ/MATERIA	FLUPER ANNO XXXX"	10 anni	
Situazioni personale dipendente richieste da Enti esterni (Regione-Ministero-stat...) o da Uffici interni all'Azienda (Formazione-SPP-Area a pagamento)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.03 - Documenti relativi alla assunzione e prese in servizio dei dipendenti. Compresi i contratti, rinnovi, carteggio tra enti. Trattamenti in servizio. Stato di servizio	FASCICOLO	PROCEDIMENTO + fascicolo personale se dipendente attivo	Richiesta xxxx da ente xxxx relativa a NOME DIPENDENTE + EVENTUALE inserimento in FASCICOLO PERSONALE DIPENDENTE	ILLIMITATO	
Gestione contenziosi e ricorsi del personale dipendente	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.3.02 - Contenzioso giurisdizionale	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	CONTENZIOSO XY + MATRICOLA DIPENDENTE	ILLIMITATO	
CUD - gestione stipendi e relativi adempimenti del sostituto d'imposta	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.04 - CUD	AGGREGAZIONE DOCUMENTALE INFORMATICA ANNUALE		CUD - ANNO XXXX	10 anni	
MOD. 770 - gestione stipendi e relativi adempimenti del sostituto d'imposta	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.5.04 - Modello 770 (dichiarazione sostituiti d'imposta)	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA ANNUALE	MOD. 770 - ANNO XXXX	10 anni	
Richiesta prestiti INPDAP (piccolo prestito, cessione V)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.04 - Documenti relativi a prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi (a partire dall'estinzione del pagamento).	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	RICHESTA piccolo prestito/cessione V/prestito INPDAP + matricola	10 anni (dopo l'estinzione del debito)	
Pignoramento stipendio	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.04 - Documenti relativi a prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi (a partire dall'estinzione del pagamento).	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PIGNORAMENTO matricola dipendente PER CONTO XXXX	10 anni (dopo l'estinzione del debito)	
Ricalcolazione economica carriera, gestione pratiche pensionistiche e relative consulenze - rilascio documentazione a titolari ed Enti previdenziali	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.10 - Atti e documenti in materia di trattamento di quiescenza e di previdenza del personale, pratiche pensionistiche, riscatto e ricongiunzione servizi/ruolo, ecc.	FASCICOLO PERSONALE	FASCICOLO per persona fisica + sotto fascicolo specifico	In fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE - sottofascicolo Quiescenza, ricongiunzione e riscatto	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
Gestione dimissioni personale dipendente	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.03 - Cessazione del rapporto per limiti di età, di servizio, volontarie	FASCICOLO PERSONALE	FASCICOLO per persona fisica + sotto fascicolo specifico	In fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE sottofascicolo ASSUNZIONE / CESSAZIONE	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	
Gestione procedura per collocamento a riposo a vario titolo	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	VEDI DIMISSIONI PERSONALE DIPENDENTE					
Gestione assenze a vario titolo (infortuni-malattie-permessi per studio, asettativi, corsi di formazione, permessi, congedi di maternità e parentali, compresa L.104)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.09 - Documenti relativi a permessi stat., assenti, ritardi, congedi ordinari e straordinari, ferie, congedo, cartellini / tabulati di presenza, permessi brevi e sindacali, sciopero, ecc.	FASCICOLO	FASCICOLO ATTIVITÀ/MATERIA annuale + Fascicolo Personale	In fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE - sottofascicolo Assenze	5 anni	
Attivazione part time, modifica part time, ripristino tempo pieno	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.02 - BANDO interno+ RICHIESTE ricorrenze 1.4.03 - Se accettata/modifica contratto/pristino tempo pieno	FASCICOLO + FASCICOLO PERSONALE	FASCICOLO PER PROCEDIMENTO - bando + sottofascicolo domande FASCICOLO Personale - vedi dettaglio	attivazione part time periodo XXXX	ILLIMITATO fascicolo procedimentale + 5 anni dopo la scadenza della graduatoria SOTTOFASCICOLO DOMANDE ILLIMITATO - 1.4.03 + fasc. personale	
Gestione relazioni sindacali: convocazione riunioni e inasprimento rapporti con le OO.SS. e le RSU con raccolta ed evasione delle richieste delle stesse	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.05 - Documenti legati ai rapporti con le rappresentanze sindacali e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (verbali, accordi)	FASCICOLO	FASCICOLO PROCEDIMENTO + sottofascicolo ATTIVITÀ/MATERIA	FASCICOLO PADRE: nome tipo incontro/tema/richesta + nomi sindacati impegnati - sottofascicolo "documentazione preparatoria"	ILLIMITATO (5 anni documentazione preparatoria: lettere di invito, comunicazioni e altra documentazione di supporto)	
Gestione deleghe/revocche sindacali	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.06 - Documentazione contabile relativa a: comandi, trasferimenti, mobilità, elementi accessori (lavoro straordinario, reperibilità, plus orario, incentivazioni, proventi, indennità rischio n. missioni, trasferite, assegni familiari, infortunio, libera professione, altre competenze variabili), gestione buoni pasto, ecc.	FASCICOLO	FASCICOLO ATTIVITÀ/MATERIA annuale	"DELEGHE SINDACALI ANNO XXXXX" "REVOCHE SINDACALI ANNO XXXX"	10 anni	
Denuncia Malattia Professionale - Pratica INAIL	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	2.2.2 - Certificato medico di malattia professionale (Mod. 55 INAIL) Denunce / Segnalazione malattia professionale da parte del medico (Mod. 92 bis INAIL)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO (per singola denuncia/dipendente)	Malattia professionale del XXXX: occorso a nome dipendente	ILLIMITATO	
Gestione procedimenti disciplinari (IUPD): contestazione, verbalizzazione, archiviazione/applicazione sanzioni disciplinare	IUPD	1.4.12 - Procedimenti disciplinari, verbali ed atti del dirigente competente / ufficio procedimenti disciplinari	FASCICOLO	FASCICOLO PROCEDIMENTO + riferimento in fascicolo personale	"PROCEDIMENTO DISCIPLINARE NEI CONFRONTI DI XXXX/CONTESTAZIONE XXXX" fascicolo per persona in apposito sottofascicolo: "Procedimenti disciplinari ed esposti"	ILLIMITATO	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filolario)	TIPOLOGIA di AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Redazione Bilancio annuale di esercizio	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.02 - Bilanci e rendiconto della gestione con i relativi allegati	FASCICOLO per procedimento	PROCEDIMENTO	BIANCIO DI ESERCIZIO ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Redazione Bilanci annuale preventivo	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.02 - Bilanci e rendiconto della gestione con i relativi allegati	FASCICOLO per procedimento	PROCEDIMENTO	BIANCIO PREVENTIVO ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Redazione Certificazione Economiche Trimestrali - CET	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.02 - Situazioni contabili periodiche (CET)	FASCICOLO per procedimento	PROCEDIMENTO	CET I TRIMESTRE ANNO XXXX/ CET II TRIMESTRE ANNO XXX/ CET III TRIMESTRE ANNO XXXX/ CET IV TRIMESTRE ANNOXXXX	15 anni	
Ordinativi / Distinte di incasso e di pagamento, Mandati / Reversali	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.01 - Ordinativi / Distinte di incasso e di pagamento, documentazione relativa alla gestione delle spese (impegno, liquidazione, ordinazione e pagamento) e altre registrazioni contabili di carattere transitorio (mandati / reversali, movimenti del tesoriere, ecc.)	REPERTORIO ANNUALE			ILLIMITATO	
Emissione fattura	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 - Fatture emesse e fatture ricevute	REPERTORIO ANNUALE		FATTURE ATTIVE ANNO XXX	10 anni	
Pagamento fatture fornitori	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 - Fatture emesse e fatture ricevute	REPERTORIO ANNUALE		FATTURE PASSIVE ANNO XXXX	10 anni	
Questionari Corte dei Conti sul bilancio	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.1.4 (Documenti relativi ai controlli esterni (es. ispezioni e controlli effettuati da soggetti come la Corte dei Conti, Ministero della Salute, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Questionario Corte dei Conti bilancio xxxxx	ILLIMITATO	
Rimborso assistiti	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 - Rimborso spese non dovute	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA (ripettivo annuale)	RIMBORSI TICKET ANNO XXXX	10 anni	
Cartelle esattoriali pervenute dall'Agenzia delle Entrate	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 Cartelle pagamenti esattoriali	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA	PAGAMENTO CARTELLE ESATTORIALI ANNOXXXX	10 anni	
Solleciti di pagamento	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 Solleciti di pagamento	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA (ripettivo annuale)	SOLLECITI DI PAGAMENTO RICEVUTI ANNO XXXX SOLLECITI DI PAGAMENTO INVIATI ANNOXXXX	10 anni	
Comunicazioni relativi alla cessione del credito	BILANCIO, PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA E CONTABILITÀ	1.5.03 Cessioni del credito	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA (ripettivo annuale)	CESSIONI DEL CREDITO ANNO XXXX	10 anni	
Programmazione biennale acquisti beni e servizi di importo stimato pari o superiori ad euro 40.000,00	GESTIONE ACQUISTI	1.1.02 - documento di programmazione	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PROGRAMMAZIONE BIENNALE ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO STIMATO PARI O SUPERIORE AD EURO 40 MILA - BIENNIO XXXX	ILLIMITATO	
Programmazione biennale acquisizioni di beni e servizi di importo stimato superiore ad euro 1 milione	GESTIONE ACQUISTI	1.1.02 - documento di programmazione	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PROGRAMMAZIONE BIENNALE ACQUISTI BENI E SERVIZI DI IMPORTO STIMATO SUPERIORE AD EURO 1 MILIONE - BIENNIO XXXX	ILLIMITATO	
Procedure per acquisizione di beni e servizi: indizione gara, svolgimento della procedura e affidamento, con approvazione degli atti connessi.	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO + FASCICOLO GARE SINTEL	PROCEDIMENTO	PROCEDURA PER ACQUISIZIONE XXXXXXXX CIGXXXXXXXXXX (EVENTUALE CUPXXXXXXXXXX)	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	
Nomina commissioni giudicatrici procedure acquisizione beni e servizi	AFFARI GENERALI E LEGALI/NUOVO OSPEDALE/GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO	sottofascicola in PROCEDIMENTO di cui sopra	NOMINA COMMISSIONE GIUDICATRICE PROCEDURAXXXXXX	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	
Avviso esplorativo per manifestazione di interesse per invito a procedura negoziata	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO + FASCICOLO GARE SINTEL	PROCEDIMENTO	AVVISO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE X XXXXX	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filolario)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Richiesta di offerta (RDO) per fornitura beni e servizi	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO + FASCICOLO GARE SINTEL	PROCEDIMENTO	RDO PER FORNITURA XXXXXXXX	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	
Adesioni a convenzioni CONSIP/ARIA/ MEPA e adesioni a gare di altre stazioni appaltanti del consorzio Unione ASST: AT3 Bergamo - Brescia - Val Padana	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO	FASCICOLO PROCEDIMENTO	ADESIONE CONVENZIONE XXXXX ADESIONE PROCEDURA XXXXXXXXX	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	
Gestione inventario	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - inventario beni mobili; Libro cespiti ammortizzabili e trasferimenti interni beni inventariati.	AGGREGAZIONE INFORMATICA	LIBRO CESPITI		ILLIMITATO	
Approvazione / integrazione programma triennale lavori	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	1.6.02 - Programma triennale ed elenco annuale lavori pubblici	FASCICOLO per procedimento	PROCEDIMENTO	PROGRAMMA TRIENNALE LAVORI - periodo XXXX	ILLIMITATO	
Procedure di gara per lavori	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE / NUOVO OSPEDALE	1.6.01 - Documentazione relativa alla progettazione e realizzazione degli immobili dell'azienda e alla relativa impiantistica (progettazione, direzione lavori, collaudi, contratti, planimetrie, progetti di costruzione, ecc.). Compresa le procedure di gare d'appalto per la realizzazione di dette opere / impianti	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PROCEDURA DI GARA PER REALIZZAZIONE XXXXXXXX	ILLIMITATO 10 anni (salvo contestato in atto) per documentazione preliminare preparatoria	
Adesione convenzioni CONSIP /MEPA/ARIA per fornire servizi (comprese le utenze)	GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	1.6.03 - 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.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	ADESIONE CONVENZIONE XXXXX	10 anni dalla data di dismissione del bene o dalla cessazione del servizio	
Progettazione beni immobili	NUOVO OSPEDALE	1.6.01 - Documentazione relativa alla progettazione e realizzazione degli immobili dell'azienda e alla relativa impiantistica (progettazione, direzione lavori, collaudi, contratti, planimetrie, progetti di costruzione, ecc.). Compresa le procedure di gare d'appalto per la realizzazione di dette opere / impianti	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PROGETTAZIONE XXXXX	ILLIMITATO 10 anni (salvo contestato in atto) per documentazione preliminare preparatoria	
Autorizzazione all'esercizio della libera professione intramuraria allargata (spazi extra struttura)	AREA ACCOGLIENZA- CUP AZIENDALI	1.6.03 - 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 ATTIVITA/MATERIA intra-muraria o extra-muraria, assegnazione alla sede di servizio, ordini di servizio, cambio del settore disciplina, riconoscimento mansioni superiori, modifica rapporto di lavoro, progressioni economiche orizzontali (PEO) e progressioni economiche verticali (PEV), Abilitazione / revoca / rinnovo qualifiche di UFG, trasferimenti interni, libera professione (autorizzazione e atti conseguenti), ecc.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Autorizzazione svolgimento ATTIVITA/MATERIA libera professionista del dr./dr.ssa XXX presso studio privato di XXXX	ILLIMITATO (a conclusione, da inserire nei fascicoli personali)	Regolamento DECRETO 571/2022 Modifica art. 5 e 34 DECRETO 221/2023
Stipula convenzioni passive e passive, aventi ad oggetto prestazioni e/o ATTIVITA/MATERIA di consulenza professionale di carattere sanitario, tecnico e amministrativo	AREA ACCOGLIENZA- CUP AZIENDALI	1.1.03 - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento ufficio PA certificanti)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	STIPULA CONVENZIONE CON XXXXX PER EROGAZIONE (se convenzione attiva) / ACQUISTO (se convenzione passiva) PRESTAZIONI XXXXXXXX - periodo XXXXX	ILLIMITATO	
Rinnovo convenzioni passive e passive, aventi ad oggetto prestazioni e/o ATTIVITA/MATERIA di consulenza professionale di carattere sanitario, tecnico e amministrativo	AREA ACCOGLIENZA- CUP AZIENDALI	1.1.03 - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento ufficio PA certificanti)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	RINNOVO CONVENZIONE CON XXXXX PER EROGAZIONE (se convenzione attiva) / ACQUISTO (se convenzione passiva) PRESTAZIONI XXXXXXXX - periodo XXXXX	ILLIMITATO	
Recupero crediti Stranieri	AREA ACCOGLIENZA- CUP AZIENDALI	3.1.01 - pratiche amministrative per ricoveri (storieri, comunitari, solventi)	FASCICOLO - fascicolo padre + sottofascicolo ripettivo annuale	PROCEDIMENTO + ripetitivo annuale	Recupero crediti Stranieri prestazioni ambulatoriali (TEAM - CISC) anno xxxx Recupero crediti Stranieri prestazioni ambulatoriali STP anno xxxxx Recupero crediti Stranieri ricoveri TEAM - CISC anno xxxx Recupero crediti Stranieri ricoveri STP anno xxxxx	10 anni	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filologica)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Richieste documentazione sanitaria / cartelle cliniche da parte di utenti esterni	AREA ACCOGLIENZA- CUP AZIENDALI	3.1.01 - Richieste copie di cartelle cliniche ed ambulatoriali, schede di P.S., certificati di ricovero, referto esami di laboratorio, ecc.	SERIE ANNUALE		RICHESTE CARTELLE CLINICHE/DOCUMENTAZIONE SANITARIA - ANNO XXXX	1 anno	
Approvazione piano formativo aziendale	FORMAZIONE	1.4.13 - Piano annuale e triennale della formazione	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PIANO FORMAZIONE ASST CREMONA - PERIODO DAL XXXX AL XXXX	10 anni	
Attivazione corsi di formazione compresi nel piano formativo aziendale	FORMAZIONE	1.4.13 - Documentazione relativa ad ATTIVITÀ/MATERIA formative (interna, esterna, a distanza) rivolte al personale (richieste, autorizzazioni, documentazione presenze, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PIANO FORMATIVO ASST CREMONA - ANNO XXXX- CORSO XXXXXXX	5 anni	
Attivazione corsi di formazione non compresi nel piano formativo aziendale	FORMAZIONE	1.4.13 - Documentazione relativa ad ATTIVITÀ/MATERIA formative (interna, esterna, a distanza) rivolte al personale (richieste, autorizzazioni, documentazione presenze, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	CORSO FORMAZIONE XXXXXXXXXX- PERIODOXXXX	5 anni	
Stipula convenzione per svolgimento tirocini curriculari presso le strutture ed i servizi dell'ASST di Cremona	DAFSS - POLO UNIVERSITARIO	1.1.03 - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (includere convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento d'ufficio PA certificanti)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	STIPULA CONVENZIONE CON XXXXXXX PER SVOLGIMENTO TIROCINO XXXXX- PERIODO DAL XXXXX AL XXXXX	ILLIMITATO	
Rinnovo convenzione per svolgimento tirocini curriculari presso le strutture ed i servizi dell'ASST di Cremona	DAFSS - POLO UNIVERSITARIO	1.1.03 - Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (includere convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento d'ufficio PA certificanti)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	RINNOVO CONVENZIONE CON XXXXXXX PER SVOLGIMENTO TIROCINO XXXXX- PERIODO DAL XXXXX AL XXXXX	ILLIMITATO	
Attivazione tirocinio curriculare	DAFSS - POLO UNIVERSITARIO	1.4.15 - Documenti relativi alla presa in servizio e alla cessazione di personale atipico (collaboratori, stagisti, specializzandi, frequentatori, dottorandi, tirocinanti, volontari, borsisti, ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	NOME - COGNOME - LUOGO DI TIROCINO - PERIODO	ILLIMITATO	Regolamento DECRETO N. 599/2022
Attivazione tirocinio di specializzazione universitaria	DAFSS - POLO UNIVERSITARIO	1.4.15 - Documenti relativi alla presa in servizio e alla cessazione di personale atipico (collaboratori, stagisti, specializzandi, frequentatori, dottorandi, tirocinanti, volontari, borsisti, ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	NOME - COGNOME - LUOGO DI TIROCINO - PERIODO	ILLIMITATO	Regolamento DECRETO N. 599/2022
Attivazione frequenza volontaria	DAFSS - POLO UNIVERSITARIO	1.4.15 - Documenti relativi alla presa in servizio e alla cessazione di personale atipico (collaboratori, stagisti, specializzandi, frequentatori, dottorandi, tirocinanti, volontari, borsisti, ecc.). Compresi i contratti, affidamento di incarichi, rinnovi, carteggio tra enti.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	NOME - COGNOME - LUOGO DI FREQUENZA - PERIODO	ILLIMITATO	Regolamento DECRETO N. 599/2022
Richiesta per noleggio Aula Magna ed Aule Formative e Polo Universitario Aziendale	FORMAZIONE	1.1.02 - Documentazione e comunicazioni a carattere transitorio	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA ripetitivo annuale	NOLEGGIO AULA XXX ANNO XXXX	5 anni	
Richieste documentazione sanitaria / cartelle cliniche da parte dell'Autorità Giudiziaria	DIREZIONE MEDICA	3.1.02 - Documentazione relativa a segnalazioni / denunce all'Autorità Giudiziaria	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA ripetitivo annuale	RICHESTA DOCUMENTAZIONE DA PARTE DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA - ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Istanza accreditamento ATTIVITÀ/MATERIA sanitaria	DIREZIONE MEDICA	2.7.04 - Documentazione relative a istanze di accreditamento / autorizzazioni (ampiamiento requisiti, planimetrie, procedure dell'ente, delibere di accreditamento, dichiarazioni di conformità, elenchi personale, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO (singola istanza accreditamento)	Procedura accreditamento xxx (nome struttura)	ILLIMITATO	
Richieste di accesso agli atti ai sensi della legge n. 241 del 1990	UOR a cui si riferisce la richiesta di accesso	1.7.01 - richiesta di accesso ai documenti e conseguenti provvedimenti	FASCICOLO PROCEDIMENTO	PROCEDIMENTO (per singola richiesta)	RICHESTA XXXXXX (NOME DEL RICHIEDENTE) ACCESSO AGLI ATTI + Nome del procedimento a cui si riferisce	1 ANNO - Se la domanda produce diniego e conseguente ricorso, trasferimento nel fascicolo di contenzioso e conservazione per il tempo dello stesso	
Obiettivi aziendali di interesse regionale	DIREZIONE GENERALE	1.1.02 - RAR, progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	OBIETTIVI AZIENDALI DI INTERESSE REGIONALE - DGR XXXXX- ANNO XXXX	15 anni	
Obiettivi aziendali annuali di budget	CONTROLLO DI GESTIONE	1.1.02 - RAR, progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	OBIETTIVI AZIENDALI DI BUDGET - ANNO XXXX	15 anni	
Attivazione progetti RAR	DIREZIONE GENERALE	1.1.02 - RAR, progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	PROGETTI/OBIETTIVI RAR - ANNO XXXXX	15 anni	
Approvazione regolamenti aziendali	UOR competente rispetto alla materia trattata nel regolamento	1.1.02 - Regolamenti aziendali e le relative fasi procedurali (dalla proposta all'adozione del testo definitivo)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	REGOLAMENTO XXXXXXXXXX	ILLIMITATO	
Sperimentazione gestionale polo sanitario "nuovo robbiani" di Soresina: documentazione e gestione	DIREZIONE GENERALE	1.1.02 - Sperimentazioni gestionali	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	SPERIMENTAZIONE GESTIONALE POLO SANITARIO "NUOVO ROBBIANI" SORESINA (CR)	ILLIMITATO	
Svolgimento ATTIVITÀ/MATERIA interna di internal auditing	AFFARI GENERALI E LEGALI	1.1.04 - documenti relativi a controlli interni (es. controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, auditing, controllo di regolarità formale e contabile, ecc)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	PIANO DI INTERNAL AUDIT ANNO XXXX - ATTIVITÀ/MATERIA DI AUDIT - AREA XXXXXX	10 anni	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filolario)	TIPOLOGIA di AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Controlli ORAC - Organismo Regionale Anticorruzione e Trasparenza	DIREZIONE GENERALE	1.1.04 - documenti relativi a controlli esterni (es. ispezioni e controlli effettuati di soggetti come Corte dei Conti, Ministero della Salute ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	RICHESTA ORAC XXXXXX	ILLIMITATO	
Russo CO.AN.	CONTROLLO DI GESTIONE	1.1.04 - documenti relativi a controlli interni (es. controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, auditing, controllo di regolarità formale e contabile, ecc)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	FLUSSO CO.AN ANNO XXXX	10 anni: ILLIMITATO se allegato a delibere o a documenti di programmazione	
Controllo NVP - rispetto obblighi trasparenza	RPCI	1.1.04 - documenti relativi a controlli esterni (es. ispezioni e controlli effettuati di soggetti come Corte dei Conti, Ministero della Salute ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	ATTESTAZIONE RISPETTO OBBLIGHI TRASPARENZA NVP - ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Verbali NOC ATTIVITÀ/MATERIA di ricovero	DIREZIONE MEDICA	2.7.06 - Acquisito e controllo prestazioni sanitarie - Documentazione relativa agli esiti dei controlli sul ricovero (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO ANNUALE	CONTROLLI ATTIVITÀ/MATERIA DI RICOVERO - VERBALI NOC - ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Rilevazione tempi di attesa	GESTIONE OPERATIVA	1.1.04 - documenti relativi a controlli esterni (es. ispezioni e controlli effettuati di soggetti come Corte dei Conti, Ministero della Salute ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	TEMPI DI ATTESA INERENTI XXXXX- PERIODO XXXX	ILLIMITATO	
Verbali NOC controllo ATTIVITÀ/MATERIA ambulatoriale	GESTIONE OPERATIVA	2.7.06 - Acquisito e controllo prestazioni sanitarie - Documentazione relativa agli esiti dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	ESITO CONTROLLO AMBULATORIALE- VERBALI NOC - ANNO XXXX	ILLIMITATO	
ATTIVITÀ/MATERIA controlli ambulatoriali	GESTIONE OPERATIVA	2.7.06 - Acquisito e controllo prestazioni sanitarie - Documentazione relativa agli esiti dei controlli sulle prestazioni ambulatoriali (Verbale di controllo e sanzionatorio, controdeduzioni, denunce / esposti / segnalazioni)	FASCICOLO annuale	ATTIVITÀ/MATERIA	ATTIVITÀ/MATERIA CONTROLLO AMBULATORIALE ANNO XXXX	10 anni	
Gestione gare polizze assicurative	GESTIONE ACQUISTI	1.6.03 - Acquisizione e gestione di beni mobili / generi di consumo e di servizi	Fascicolo per singolo procedimento	PROCEDIMENTO	Nome della procedura di gara XXXXXX- PERIODO XXXXXX	10 anni dalla dismissione del bene	
Rilascio nulla osta al trasferimento (mobilità in uscita)	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.6.03 - mobilità interna ed esterna	In fascicolo PERSONALE del DIPENDENTE nel sottofascicolo relativo a Mobilità xxxx	FASCICOLO per persona fisica + sottofascicolo PROCEDIMENTO	Mobilità IN USCITA XXXXXX- Domanda mobilità + nulla osta mobilità volontaria	ILLIMITATO	
Affidamento incarico libero professionale o borsa di studio in esito a procedura di selezione	GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	1.4.15 - Pratiche di affidamento di incarichi di lavoro autonomo e altre forme di lavoro atipico	FASCICOLO	FASCICOLO PER PERSONA FISICA + sottofascicolo	AFFIDAMENTO INCARICO A XXXXXXXX PER SVOLGIMENTO INCARICO XXXXXX- PERIODO XXXXXXXX	ILLIMITATO da inserire nel fascicolo personale	
Gestione customer's satisfaction	COMUNICAZIONE - URP	1.1.05 - Documenti relativi al sistema di gestione per la qualità (Verbali audit ISO, procedure aziendali, certificati ISO, riesame direzione, questionari customer satisfaction, piani qualità, ecc.)	SERIE ANNUALE (CARTACEA)		QUESTIONARI CUSTOMER - ANNO XXXX	10 anni	
Concessione patrocinio e utilizzo logo	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Documenti relativi alla rappresentanza istituzionale (eventi, patrocinii, manifestazioni, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO (SINGOLO EVENTO)	CONCESSIONE PATROCINIO PER EVENTO XXXXXX UTILIZZO LOGO PER EVENTO XXXXXXXX	5 anni	
Gestione reclamo	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	FASCICOLO	PROCEDIMENTO (singolo)	RECLAMO di xxxxxx U.O./PRESIDIO	10 anni	Reclamo + fase istruttoria (+ verbale se eventuale incontro)+ disconto
Gestione encomio	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA (annuale)	ENCOMI ANNO XXXXXX	10 anni	Solo ricezione Encomio
Autorizzazione spazi (lotto ex/ogio pa) per promozione ATTIVITÀ/MATERIA/informazione/raccolta fondi terzo settore	COMUNICAZIONE - URP	1.1.02 - Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA(annuale)	AUTORIZZAZIONE SPAZI ANNO XXXX	5 anni	
Richiesta dati per servizi giornalistici	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA (annuale)	MASS MEDIA - RICHIESTE DATI SERVIZI GIORNALISTICI ANNO XXXX	1 anno	
Richiesta autorizzazione intervista	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti Comunicazione con i media, rassegna stampa, conferenze stampa, informazioni, pubbliche relazioni	FASCICOLO	ATTIVITÀ/MATERIA(annuale)	MASS MEDIA - INTERVISTE DIPENDENTI ANNO XXXX	1 anno	
Autorizzazione a realizzazione servizio (coinvolgendo utenza)	COMUNICAZIONE - URP	1.7.02 - Relazioni con il pubblico: gestione segnalazioni, reclami e apprezzamenti, informazioni, pubbliche relazioni	FASCICOLO	PROCEDIMENTO (singolo)	SERVIZIO GIORNALISTICO NOME XXXDATAXXXXPRESSO U.O.	1 anno	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filoliana)	TIPOLOGIA DI AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Controlli esterni relativi all'attività del personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.15 - Fascicolo rapporti convenzione (MMG, Pdf, Sumai, ecc.)	Documentazione inserita in fascicolo rapporto convenzione	v. fascicolo rapporto convenzionamento	Rapporto convenzione MMG/PLS/MCA NOMINATIVO - conferimento incarico xxxx - DAL XXX	ILLIMITATO	
Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routine interna ed esterna attività inerente al personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.1.2 - Disposizioni e comunicazioni a carattere transitorio (convocazioni, inviti, corrispondenza varia, ecc.)	FASCICOLO	Attività - annuale ripetitivo	Corrispondenza varia inerente al personale convenzionato- ANNO XXXX	5 anni	
Verifica apertura studi Medici di Medicina Generale- MMG e Pediatri di Famiglia - Pdf ed eventuali prescrizioni	CURE PRIMARIE	2.5.03 - Controlli / sopralluogo studi Medici di Medicina Generale - MMG e Pediatri di Famiglia - Pdf ed eventuali prescrizioni	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Richiesta autorizzazione MMG/PLS nome medico per studio sto in xxxx	ILLIMITATO	
Controlli / sopralluogo studi Medici di Medicina Generale - MMG e Pediatri di Famiglia - Pdf ed eventuali prescrizioni - Requisiti convenzionali	CURE PRIMARIE	1.1.4 - Documenti relativi ai controlli interni (es. controllo di gestione, contabilità analitica, controllo strategico, auditing, controllo di regolarità formale e contabile, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO - ANNUALE	Controlli studi medici MMG/PLS - ANNO XXXX	10 anni	
Richieste di certificazioni/dichiarazione uso ENFAM - uso assicurativo o altri Enti relativo di personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.15 - Fascicolo rapporti convenzione (MMG, Pdf, Sumai, ecc.)	FASCICOLO	Attività - annuale	Certificazioni/Dichiarazioni personale convenzionato - ANNO XXX	ILLIMITATO	
Attivazione e cessazioni incarico a tempo indeterminato personale convenzionato (iscizioni negli elenchi unici del MMG e PS)	CURE PRIMARIE	1.4.15 - Fascicolo rapporti convenzione (MMG, Pdf, Sumai, ecc.)	In Fascicolo rapporto convenzione	PROCEDIMENTO	Rapporto convenzione MMG/PLS/MCA NOMINATIVO - conferimento incarico xxxx - DAL XXX	ILLIMITATO	
Gestione graduatoria aziendale incarichi e cessazioni a tempo determinato e/o sostituzioni personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.03 - 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.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Incarichi a tempo determinato e/o sostituzioni MMG/PLS ANNO XXXX	10 anni	
Gestione ambiti territoriali carenti	CURE PRIMARIE	2.5.03 - 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.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO - (suddiviso per tipologia personale carente)	Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria anno xxxx Ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta anno xxxx	10 anni	
Conferimenti incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale	CURE PRIMARIE	2.5.03 - Documentazione relativa alla gestione dei medici di Continuità Assistenziale (avvisi, graduatorie, incarichi, ecc.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Conferimento incarico/ Cessazione MCA - ANNO XXXX	ILLIMITATO	
Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routine OOS - personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.1.02 - Disposizioni e comunicazioni a carattere transitorio (convocazioni, inviti, corrispondenza varia, ecc.)	FASCICOLO	Attività annuale ripetitivo	Corrispondenza OOS. Personale convenzionato - ANNO XXXX	5 anni	
Deleghe/Revoche Sindacali personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.06 - Tabulati mensili retributivi retribuzioni - variazioni stipendiali mensili (cedolini eccp)	FASCICOLO	Attività annuale ripetitivo	Deleghe/Revoche Sindacali personale convenzionato - ANNO XXX	10 anni	
Piani/Progetti strategici sanitari con personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.01 - Documenti strategici di programmazione, pianificazione, rendicontazione delle attività (Piani, programmi, calendari, registri, altri documenti strategici e di programmazione) attività esecutive	FASCICOLO	per singolo PROCEDIMENTO	NOME PROGETTO - (esempio: Progetto Ambulatori Pediatri di Famiglia al Sabato/Medici Sentinelia/TAO/HOTSPOT infettivologico, ecc.)	ILLIMITATO	
Rendicontazione progetti sanitari / obiettivi relativi all'attività del personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.03 - 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	FASCICOLO	PROCEDIMENTO per singolo progetto	Rendicontazione attività + NOME PROGETTO - (esempio: Progetto Ambulatori Pediatri di Famiglia al Sabato/Medici Sentinelia/TAO/HOTSPOT infettivologico, ecc.)	5 anni	
Proseguimento attività convenzionali oltre i 70 anni di età	CURE PRIMARIE	1.4.15 - Fascicolo rapporti convenzione (MMG, Pdf, Sumai, ecc.)	Documentazione inserita in fascicolo rapporto convenzione	v. fascicolo rapporto convenzionamento	Rapporto convenzione MMG/PLS/MCA NOMINATIVO - conferimento incarico xxxx - DAL XXX	ILLIMITATO	
Prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi del personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.06 - Documenti relativi a prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi (a partire dall'estinzione del pagamento).	FASCICOLO	Attività annuale ripetitivo	Prestiti, cessioni di stipendio, delegazioni di pagamento, pignoramento presso terzi	10 anni	
Risame punteggi graduatorie regionale personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.03 - 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.)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO per singola richiesta	Richiesta risame punteggio graduatoria regionale xxxx di xxxx	10 anni	
Cambio regime fiscale personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.07 - Trattamenti fiscali e contributivi del personale (Versamenti mensili CPDEL, INADEL, CPS, INPS/INPDAP, indennizzo INAIL per infortunio, ecc.)	FASCICOLO	Attività annuale ripetitivo	Richieste cambio regime fiscale personale convenzionato a anno xxxx	ILLIMITATO	
Costituzione comitati Aziendali personale convenzionato (delegazione trattante ATS Val Padana (e documenti relativi all'attività)	CURE PRIMARIE	1.2.04 - Documenti relativi a Collegi tecnici (elezioni, sostituzioni, convocazioni, ordini del giorno, verbali, ecc.). Compresa quella relativa alla direzione dei distretti.	FASCICOLO	PROCEDIMENTO per singolo comitato	Comitato Aziendale ASST Cremona MMG/delegazione trattante ATS Val Padana Comitato Aziendale ASST Cremona PS/delegazione trattante ATS Val Padana	ILLIMITATO	
Rappresentatività sindacale personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.05 - Documenti legati ai rapporti con le rappresentanze sindacali e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (verbali, accordi)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Rappresentatività sindacale personale convenzionato all'01/01/xxxx		
Richieste incentivi personale convenzionato	CURE PRIMARIE	1.4.06 - Atti e documenti in materia di inquadramento economico	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Richiesta incentivo nome medico (personale convenzionato) - anno XXXX	ILLIMITATO	
Accordi integrativi regionali ed atti conseguenti	CURE PRIMARIE	1.4.05 - Documenti legati ai rapporti con le rappresentanze sindacali e agli accordi di contrattazione nazionale e decentrata (verbali, accordi)	FASCICOLO	PROCEDIMENTO	Accordo attuativo locale MMG anno xxxx Accordo attuativo locale PS anno XXXX	ILLIMITATO	

ALLEGATO 6 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA
PIANO DI FASCICOLAZIONE

Procedimento	U.O. Responsabile del Procedimento	CLASSIFICAZIONE (descrizione filolario)	TIPOLOGIA di AGGREGAZIONE	TIPO FASCICOLO	OGGETTO FASCICOLO	TEMPI CONSERVAZIONE	NOTE
Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna relativa all'attività di continuità assistenziale	CURE PRIMARIE	2.5.03 - Documentazione relativa alla attività di Continuità Assistenziale (registro interventi, referti delle visite ecc.)	FASCICOLO	Attività - annuale/ripetitivo	Attività Continuità Assistenziale anno XXXX	10 anni	
Istituzione ambulatori medici temporanei (AMT)	CURE PRIMARIE	2.5.03 - 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.)	FASCICOLO	Attività - annuale	Attivazione AMT anno XXXX	10 anni	
Formazione personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.03 - Formazione dei Medici di Medicina Generale - MMG e dei Pediatri di Famiglia - PdiF	FASCICOLO	Attività - annuale/ripetitivo	Corsi di formazione/eventi MMG/IPS/ICA anno xxxx	10 anni	
Corrispondenza ordinaria/routinaria relativa all'attività del personale convenzionato	CURE PRIMARIE	2.5.01 - Documentazione istruttoria e corrispondenza ordinaria/routinaria interna ed esterna attività di assistenza sanitaria	FASCICOLO	Attività - annuale/ripetitivo	Informative varie al personale convenzionato- ANNO XXXX	5 anni	
Sorveglianza e segnalazioni Malattie infettive - Epidemiologia	VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	2.3.03 - Bollettini epidemiologici malattie infettive (report di epidemia)	FASCICOLO + sottofascicoli per informative	Attività - annuale	Sorveglianza e segnalazioni malattie infettive anno xxxx + Sottofascicolo informativo UU.OO. Per P.O. + sottofascicolo informativo personale convenzionato	5 anni dalla cessazione dell'allerta	
Circolari farmacovigilanza	FARMACIA	2.9.05 - Indicazioni/attività in applicazione di note AIFA (comprese comunicazioni di sicurezza d'uso)	FASCICOLO + sottofascicoli per informative	Attività - annuale	Circolari farmacovigilanza - Note AIFA anno xxxx + Sottofascicolo informativo UU.OO. Per P.O. + sottofascicolo informativo personale convenzionato	10 anni	
Emergenza Calore	DIREZIONE SANITARIA	2.5.02 - Documentazione sanitaria utilizzata in occasione di maltempo emergenze e di grandi eventi	FASCICOLO + sottofascicoli per informative	Attività - annuale	Emergenza calore anno xxxx + Sottofascicolo informativo UU.OO. Per P.O. + sottofascicolo informativo personale convenzionato	30 anni	
Campagne vaccinali	VACCINAZIONI E SORVEGLIANZA MALATTIE INFETTIVE	2.3.03 - Attivazione campagne vaccinali (calendarizzazione, inviti e registrazione vaccinazioni, ecc.)	FASCICOLO	Attività	Campagne vaccinali +Sottofascicolo attivazione campagna vaccinale personale convenzionato	ILLIMITATO i Registri e le schede vaccinali; 2 anni altra documentazione	

**COMPOSIZIONE DEL FASCICOLO DEL PERSONALE**

classifica **1.4 – FASCICOLO DI PERSONA FISICA** (detto fascicolo padre):

nome oggetto: **n. matricola — cognome - nome**

note: **data assunzione – data cessazione – CF**

sottofascicoli: nome oggetto: **n. matricola – cognome - nome + ARGOMENTO***

di seguito sono indicati i diversi sottofascicoli distinti per materia con le principali tipologie degli atti ivi contenuti elencati:

- **1.4.3 – Carriera*:**

(tutti i provvedimenti/contratti/corrispondenza relativi all'assunzione/carriera del dipendente* es.: *documentazione relativa alle mansioni tipiche di ciascun ruolo, comunicazioni relative alla variazione dei dati personali, opzione per attività intra-muraria o extra-muraria, cambio del settore disciplinare, riconoscimento mansioni superiori, modifica rapporto di lavoro, progressioni economiche orizzontali (PEO) e progressioni economiche verticali (PEV). Trasferimenti interni, libera professione autorizzazione ecc.*);

- lettera assunzione (prevede assegnazione lavorativa);
- autocertificazione all'atto dell'assunzione;
- contratto (repertoriato);
- dichiarazione sottoscrizione stipula del contratto + pantouflage;
- dichiarazione sostitutiva (anagrafica/servizi/scheda assunzione);
- lettera periodo di prova;
- giudizio finale periodo di prova;
- giudizio intermedio non positivo;
- giudizio finale non positivo + risoluzione del rapporto di lavoro;
- conferma titoli di studio, professionali, specializzazioni;
- conferma iscrizione ad albi o ordini professionali;
- certificato casellario giudiziale;
- comunicazione UNILAV;
- mobilità in uscita;
- nulla osta mobilità
- passaggio part-time o viceversa;
- conferimento/revoca/rinuncia incarico funzione;
- valutazione Incarichi funzione;
- collocamento a riposo;
- cessazione;
- autorizzazioni per incarichi extra istituzionali;
- ordine di servizio
- certificato di servizio.

- **1.4.4 Istituti sospensivi*:**

(tutti i provvedimenti/contratti/corrispondenza relativi gli istituti sospensivi della prestazione lavorativa)

- aspettative senza decorrenza dell'anzianità – non retribuita (conservazione posto lavoro);
- distacco;
- comando;
- ripresa di servizio nella sede originaria.



- **1.4.6 Trattamento economico*:**
(tutti i provvedimenti /corrispondenza relativi al trattamento economico del dipendente):
 - atti per inquadramento economico;
 - piccoli prestiti/cessione V stipendio/delegazioni pagamento/pignoramento presso terzi /recupero credito personale dipendente*.

*in caso di personale cessato: FASCICOLO PER PROCEDIMENTO – classifica 1.3.3 (Recupero Crediti – messa in mora)
- **1.4.7 Trattamento fiscale*:**
(tutti i provvedimenti/corrispondenza relativi al trattamento economico del dipendente)
 - fondo perseo;
 - denunce ruoli contributivi
 - posizione previdenziale;
 - conferma dati per passaggio in ruolo;
 - sistemazione posizione assicurativa;
 - documenti previdenziali altri Enti;
 - liquidazione TFR/TFS.
- **1.4.9 Presenze/Assenze *:**
(tutti i provvedimenti e corrispondenza relativi alle assenze del dipendente)
 - congedo maternità/paternità;
 - congedo parentale;
 - malattia del figlio;
 - sanzioni per assenze a visite mediche fiscali;
 - autorizzazione 150 ore diritto allo studio;
 - autocertificazioni/giustificativi permessi (*es matrimonio, decessi...*).
- **1.4.10 Quiescenza*:**
(tutti i provvedimenti/corrispondenza relativi alla quiescenza del dipendente)
 - trattenimento in servizio;
 - riscatti/ricongiunzioni riconoscimenti e accrediti figurativi;
 - trattamento pensionistico;
 - concessione/revoca pensione;
 - documenti e richieste varie.
- **1.4.12 Valutazione personale*:**
 - schede valutazione dipendente;
 - documentazione riferita alle segnalazioni e alle comunicazioni sull'inosservanza dei doveri d'ufficio;
 - mobbing (denunce e segnalazioni);
 - note di encomio, le congratulazioni per il servizio svolto e riconoscimenti simili;
 - provvedimento finale a seguito di procedimento disciplinare (visibilità solo UPD):
archiviazione procedimento disciplinare/sanzione disciplinare/verbale procedura conciliativa.

Tutto quanto non espressamente indicato verrà trattato con apposito fascicolo procedimentale/attività.



MANUALE DI CONSERVAZIONE

Il manuale di conservazione dell'ASST di Cremona è in via di predisposizione definitiva, si rimanda, pertanto, al manuale di conservazione del conservatore esterno visionabile al link:

https://www.pec.it/documents/tc-files/it/43_manualeconservazionearubapec.pdf



PROTOCOLLO OPERATIVO
PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI
E LO SCARTO
DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA
SOCIOSANITARIA E AMMINISTRATIVA
CARTACEA
DELL' ASST DI CREMONA



«La strutturazione o la ristrutturazione di un Sistema archivistico non è un problema di pochi addetti, ma è una questione che deve interessare tutto l'ente in quanto l'archivio è una componente essenziale dell'ente ed il flusso documentale ne è la linfa vitale»

Giorgetta Bonfiglio Dosio



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

INDICE

1. PREMESSA.....	1
2. SCOPO.....	1
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	1
4. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	1
5. DEFINIZIONI	2
6. ATTIVITÀ	3
7. L'ARCHIVIO STORICO	8
8. E S E M P I	8
9. ALLEGATI.....	8



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

1. 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 (artt. 2 e 10); 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.

I soggetti pubblici detentori di archivi hanno il dovere di collaborare alla loro tutela e valorizzazione (decreto legislativo 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.

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.

2. SCOPO

Il presente protocollo definisce le regole per la gestione, archiviazione e scarto della documentazione sanitaria, sociosanitaria ed amministrativa ricevuta e prodotta in forma cartacea dall'ASST di Cremona. L'ASST individua nell'archivio una funzione essenziale per garantire la certezza, la semplificazione e la trasparenza dell'agire amministrativo, il reperimento di informazioni, la tutela della memoria storica dell'Azienda e il diritto di tutti i cittadini all'accesso all'informazione, alla formazione permanente e allo sviluppo della conoscenza.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo protocollo si applica nelle Unità Operative, Servizi e Uffici aziendali, ivi compresi quelli territoriali e fornisce indicazioni in ordine alla tenuta, archiviazione e procedure di scarto, decorsi i termini previsti per la conservazione della documentazione.

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Legislativo n. 42 del 22 gennaio 2004 "Codice dei beni culturali e del paesaggio".
- Decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e successive modificazioni e integrazioni".
- Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
- Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) (GU Serie Generale n.205 del 04-09-2018).
- Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR).
- Decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, modificato e integrato con il decreto legislativo 22 agosto 2016 n. 179 e poi con il decreto legislativo 13 dicembre 2017 n. 217.



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

- Legge regionale della Regione Lombardia del 30 dicembre 2009, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".
- Legge regionale della Regione Lombardia dell'11 agosto 2015, n.23 "Legge di riforma del sistema sociosanitario lombardo".
- Delibera della Giunta della Regione Lombardia n. X/4494 del 10.12.2015 di costituzione dell'ASST di Cremona.
- Decreto del Direttore Generale Welfare n. 1146 del 17.12.2015 recante "Approvazione versione n.3 del Titolare di classificazione e Massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e socio sanitario regionale lombardo".
- Decreto aziendale n. 26 del 25.01.2018 avente per oggetto "Recepimento della c.d. versione 04 del Titolare di classificazione e del Massimario di scarto della documentazione del sistema sanitario e socio sanitario lombardo".
- Linee guida per la gestione dei fascicoli e delle aggregazioni informatiche.
- Circolare sulla Gestione Deposito Outsourcing Archivistico - Procedura operativa.

5. DEFINIZIONI

Documento

Ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti o fatti, anche interni o non, relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale.

Documento analogico

Rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.

Documento informatico

Il documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.

Classificazione

Attività di organizzazione logica di tutti i documenti secondo uno schema articolato di voci individuate sulla base delle funzioni dell'attività svolta e successivamente rappresentata all'interno di un Titolare di classificazione.

Titolario di classificazione

Strumento che permette di classificare tutti i documenti secondo un ordinamento logico con riferimento alle funzioni e alle attività dell'amministrazione interessata.

Archivio

È il complesso organico dei documenti prodotti o acquisiti dall'ASST nell'esercizio delle sue funzioni e in relazione alle diverse fasi di organizzazione.

L'archivio rappresenta lo strumento conoscitivo e probatorio dell'attività aziendale in corso di svolgimento (archivio corrente) o svolta (archivio di deposito e storico) dall'ASST, in funzione dell'esercizio delle proprie competenze.

L'ASST di Cremona si avvale di un servizio esterno di archiviazione di atti amministrativi, sanitari e clinici: il contratto è in essere con la ditta Microdisegno srl per il periodo dall'01.05.2018 al 31.05.2021.

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.**Conservazione**

Attività volta a garantire la tenuta, in condizioni idonee, all'interno di depositi analogici e digitali dei documenti. La conservazione a norma della documentazione garantisce i diritti di accesso e di consultazione.

Piano di conservazione (ex Massimario di scarto)

Strumento che consente di coordinare lo scarto legale / archivistico dei documenti conservati. Riprende l'organizzazione logica (titoli e classi) del Titolare e indica quali documenti conservare in modo permanente e quali destinare allo scarto dopo un tempo di conservazione definito.

Selezione

Le operazioni di selezione sono volte a distinguere i documenti che necessitano di conservazione illimitata da quelli soggetti a conservazione per un determinato periodo di tempo limitato, come da Piano di conservazione aziendale, al termine del quale potranno pertanto, essere scartati.

Scarto

Processo di selezione per lo scarto legale archivistico dei documenti.

Lo **scarto archivistico** consiste in una operazione a carattere *irreversibile* che viene effettuata nei confronti di una documentazione che si configura quale unica testimonianza dell'attività pratica, giuridica, amministrativa di soggetti pubblici e privati. Individuato il materiale da eliminare, la proposta di scarto deve contenere:

- l'indicazione della consistenza;
- la serie o il titolo;
- gli estremi cronologici.

L'elemento fondamentale è individuabile nella specificazione dei *motivi* dello scarto e si dovranno precisare le motivazioni che hanno consentito tale proposta chiarendo i rapporti relativi alla presenza ed alla conservazione del *vincolo naturale*.

Autorizzazione allo scarto

Provvedimento emanato dalla Soprintendenza Archivistica, competente per territorio, che autorizza lo scarto, sulla base di una proposta presentata dall'ASST.

6. ATTIVITÀ

6.1 Norme generali sulla gestione dei documenti e dei fascicoli aziendali

Una corretta gestione degli archivi parte da una corretta gestione dei documenti prodotti e gestiti dall'Azienda.

I documenti delle Amministrazioni pubbliche sono infatti beni culturali sin dall'origine e come tali devono essere organizzati e conservati in fascicoli secondo regole prestabilite, con supporti e metodologie adeguati in ragione della natura dei documenti prodotti e/o acquisiti dalle Amministrazioni stesse. Lo scopo è quello di preservare il vincolo archivistico, cioè l'insieme di relazioni logiche e formali tra documenti afferenti alla stessa pratica e contenuti in uno specifico fascicolo.

Tutti i documenti, al momento della registrazione di protocollo, devono essere classificati secondo il Titolare di classificazione e massimario di scarto, approvato con delibera della Giunta della Regione Lombardia n. X/4659 del 9.01.2013 ed integrato, da ultimo, con Decreto del Direttore Generale Welfare della Regione Lombardia n. 15229 dell'1.12.2017 - Approvazione versione 04.

Il Titolare ed il massimario di scarto (piano di conservazione) sono un sistema di classificazione omogeneo, ad applicazione regionale, per tutti gli atti e i documenti delle aziende sanitarie.



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

Il criterio di classificazione individuato da Regione Lombardia, con il parere della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia, è quello dell'approccio per funzioni e processi, che risponde alle esigenze di assicurare validità, sicurezza e completezza delle informazioni contenute nella documentazione prodotta coerentemente con l'organizzazione sanitaria di cui alla legge regionale della Regione Lombardia del 30.12.2009, n. 33.

Il Titolario è costituito da tre Titoli, cui corrispondono le tre aree costitutive delle aziende socio sanitarie:

- area amministrativa (TITOLO 1);
- area sanitaria e sociosanitaria 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 aziendale, a prescindere dalla realtà organizzativa nel quale si sviluppa;
- ogni singola voce è accompagnata da un elenco di tipologie documentarie che ne specificano il contenuto.

Tutti i documenti vengono inseriti, da parte di ogni struttura, in **fascicoli**, classificati secondo il Titolario vigente.

All'interno del fascicolo i documenti (tutti riportanti la stessa classificazione, ad eccezione del fascicolo multiattività e quello di persona) devono 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.

Nel fascicolo possono essere conservati anche atti, tra loro autonomi e non necessariamente protocollati (minute, bozze, relazioni, appunti) inerenti e funzionali all'emanazione di un provvedimento finale.

6.2 Archiviazione documentazione sanitaria, sociosanitaria e amministrativa

Conservazione dell'archivio

L'archivio, quale patrimonio pubblico, non può essere smembrato, a qualsiasi titolo, e deve essere conservato nella sua organicità.

Il trasferimento di complessi organici di documentazione ad altri enti, lo scarto di documenti archivistici e la rimozione dell'archivio di deposito e storico, sono subordinati alle autorizzazioni della Soprintendenza Archivistica ai sensi dell'art. 21 del decreto legislativo del 22 gennaio 2004, n. 42.

Archiviazione documentazione sanitaria

Tutti i documenti classificati vengono archiviati in un luogo (archivio corrente) all'interno dell'U.O./Servizio in modo ordinato, in sicurezza, cercando di collocare in raccoglitori unici, divisi per anno, tipologie uguali di classificazione. I documenti devono essere conservati in modo da garantire sia la protezione degli stessi da eventuali danneggiamenti, sia la riservatezza dei dati. I tempi di archiviazione e, conseguentemente, di conservazione, dei documenti sono definiti, per ciascuna tipologia di documento, nel Piano di conservazione dell'ASST.

Terminata l'attività da parte dell'U.O./Servizio a cui il documento si riferisce, il Responsabile dell'U.O./Servizio attiva la procedura di consegna della documentazione all'archivio di deposito esterno.

Per i documenti che devono essere conservati solo per i periodi definiti, terminato il periodo stesso di conservazione, deve essere attivata la procedura di scarto.

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.**Archiviazione documentazione socio sanitaria**

Tutti i documenti classificati vengono archiviati in un luogo (archivio corrente) all'interno dell'U.O./Servizio in modo ordinato, in sicurezza, cercando di collocare in raccoglitori unici, divisi per anno, tipologie uguali di classificazione. I documenti devono essere conservati in modo da garantire sia la protezione degli stessi da eventuali danneggiamenti, sia la riservatezza dei dati.

I tempi di archiviazione e, conseguentemente, di conservazione, dei documenti sono definiti, per ciascuna tipologia di documento, nel Piano di conservazione dell'ASST. Terminata l'attività da parte dell'U.O./Servizio a cui il documento si riferisce, il Responsabile dell'U.O./Servizio attiva la procedura di consegna della documentazione all'archivio di deposito esterno. Per i documenti che devono essere conservati solo per i periodi definiti, terminato il periodo stesso di conservazione, deve essere attivata la procedura di scarto.

Archiviazione documentazione amministrativa – archivio corrente

Durante lo svolgimento del procedimento/attività amministrativa, tutti i documenti classificati e fascicolati vengono archiviati in un luogo (archivio corrente) all'interno dell'U.O./Servizio, in modo ordinato, in sicurezza. I documenti devono essere conservati in modo da garantire sia la protezione degli stessi da eventuali danneggiamenti, sia la riservatezza dei dati.

Terminata l'attività amministrativa di riferimento, il documento, con il relativo fascicolo viene trasmesso dal Responsabile dell'U.O./Servizio all'Ufficio Archivio-Protocollo per la conservazione dello stesso.

Dall'archivio corrente all'archivio di deposito: il cosiddetto scarto in itinere

Prima di procedere al trasferimento dei fascicoli dall'archivio corrente all'archivio di deposito, le strutture che hanno in carico i fascicoli devono procedere ad una operazione di selezione della documentazione da trasferire, cosiddetta operazione di "scarto in itinere". In questa fase si deve provvedere ad ordinare i documenti secondo la data di formazione del documento ed estrarre dal fascicolo le copie dei documenti ed eventuali minute, appunti, bozze, non endoprocedimentali.

Il Responsabile della struttura potrà, quindi, procedere ad autorizzare il versamento del materiale identificato presso l'archivio di deposito.

Se trattasi di documentazione amministrativa, quest'ultima, quanto viene trasferita, viene definita, per prassi, come "pratica agli atti" e viene trasmessa all'Ufficio Archivio-Protocollo per i seguiti di competenza.

Gli archivi di deposito

L'ASST di Cremona si avvale di un servizio esterno di archiviazione di atti amministrativi, sanitari e clinici. Il contratto è in essere per il periodo dall'01.05.2018 al 31.05.2021 con la ditta Microdisegno srl.

Gli archivi di deposito sono costituiti dal complesso di fascicoli relativi ad attività e procedimenti conclusi da meno di quarant'anni per i quali non risulta più necessaria la loro trattazione.

Un efficiente archivio di deposito raccoglie, ordina, conserva e rende consultabile tutta la documentazione prodotta e ricevuta dall'Azienda, presuppone che i documenti siano organizzati fin dall'origine, secondo il sistema di classificazione, in modo tale da permettere un'agevole identificazione dei fascicoli ed un facile reperimento degli stessi qualora se ne ravvisi la necessità.

L'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.

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

La tenuta dell'archivio di deposito è supportata da un sistema informatico finalizzato alla immediata possibilità di reperimento del materiale in esso contenuto.

6.3 Operazioni di Scarto

Documentazione in custodia presso l'ASST

A esclusione delle tipologie per le quali è prevista la tenuta illimitata, terminati i tempi di conservazione stabiliti, per ciascuna tipologia di classificazione documentale, dal piano di conservazione aziendale, deve essere effettuata la selezione della documentazione da scartare.

Se si tratta di documentazione sanitaria custodita presso l'ASST:

1. il responsabile dell'U.O./Servizio propone al direttore medico di presidio mediante la compilazione del modulo allegato (modulo allegato 3), l'avvio della procedura di scarto della documentazione;
2. il modulo deve essere completato nel rispetto delle "istruzioni operative" dettagliate in allegato allo stesso;
3. il direttore medico di presidio, verificata la richiesta, se nulla osta, trasmette la stessa all'Ufficio Archivio-Protocollo per lo svolgimento della procedura di scarto. In caso contrario, il direttore medico di presidio rimanda la proposta di scarto al Responsabile dell'U.O./Servizio con la motivazione del rifiuto.

Se si tratta di documentazione sociosanitaria custodita presso l'ASST:

1. il Responsabile dell'U.O./Servizio propone al Responsabile Servizi Sanitari Socio-Sanitari e Territoriali mediante la compilazione del modulo allegato (modulo allegato 3), l'avvio della procedura di scarto della documentazione;
2. il modulo deve essere completato nel rispetto delle "istruzioni operative" dettagliate in allegato allo stesso;
3. il Responsabile Servizi Sanitari Socio-Sanitari e Territoriali, verificata la richiesta, se nulla osta, trasmette la stessa all'Ufficio Archivio-Protocollo per lo svolgimento della procedura di scarto. In caso contrario, il Responsabile Servizi Sanitari Socio-Sanitari e Territoriali, rimanda la proposta di scarto al Responsabile dell'U.O./Servizio con la motivazione del rifiuto.

Nel caso in cui la documentazione da scartare non sia presente nell'archivio di Deposito dell'ente ma nei singoli archivi correnti delle U.O./Servizi, i Responsabili di queste ultime dovranno proporre lo scarto utilizzando la modulistica allegata (modulo allegato 3).

Se si tratta di documentazione amministrativa, l'Ufficio Archivio-Protocollo seleziona la documentazione presente nell'archivio di deposito pronta per lo scarto.

Documentazione in custodia presso deposito esterno

L'U.O. Affari Generali e Legali provvederà semestralmente a verificare, tramite il piano di conservazione in uso presso l'ASST, i tempi di conservazione di tutta la documentazione (sanitaria, sociosanitaria e amministrativa) in custodia presso il deposito esterno.

In seguito a ciò, verrà trasmesso a Microdisegno srl (info@microdisegno.com) l'elenco dei documenti che si propongono per lo scarto e l'eliminazione, che riporterà il numero di scatola del deposito, la classificazione (secondo Titolario adottato dall'Ente), una breve descrizione degli atti, gli estremi cronologici e la motivazione dell'eliminazione. (modulo allegato 4)

La Ditta provvederà a compilare i campi mancanti di propria competenza (numero di unità di conservazione, peso in kg, metri lineari) ed a ritrasmettere il modulo completo all'ASST.

Una volta ricevuto il prospetto, debitamente compilato, l'ASST, per il tramite dell'U.O. Affari Generali e Legali, invierà alla Soprintendenza Archivistica e Bibliografica della Lombardia la richiesta di autorizzazione allo scarto della documentazione.

PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA,
SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA.

In caso di parere positivo della Soprintendenza Archivistica, il Responsabile della gestione documentale proporrà al Direttore Generale l'adozione del decreto di eliminazione della documentazione oggetto dello scarto. Adottato il decreto, l'ufficio Archivio-Protocollo ne dà comunicazione al Direttore dell'U.O. Servizi di Supporto ed alla Ditta Microdisegno.

La Ditta procederà, quindi, all'eliminazione materiale dei documenti nel rispetto della normativa vigente e invierà all'ASST, in tempi congrui, verbale di avvenuto smaltimento e relativo aggiornamento della lista di consistenza.

Compilazione proposta di scarto: istruzioni operative

Per tutta la documentazione non presente nell'Archivio di deposito esterno, l'Ufficio/Servizio proponente lo scarto deve compilare il modulo "Richiesta di eliminazione documenti e archivi" (modulo allegato 3).

Il modulo prevede la compilazione delle seguenti voci / colonne:

Classificazione: devono essere riportate il codice della "classe e sottoclasse" previsti nel Titolario aziendale e dal Massimario di scarto e riferiti alla documentazione da scartare.

Tipologia documentaria: deve essere riportata la descrizione data dal piano di scarto all'interno della classificazione individuata e corrispondente alla documentazione da scartare.

Anno di riferimento: va indicato l'anno di produzione della documentazione che si intende scartare.

Categorie dei pezzi da scartare: indicare se si tratta di scatoloni, cartelle, pacchi, faldoni, registri, fascicoli, altro. (Se si tratta di scatoloni, vanno riportate orientativamente le misure degli stessi).

N. pezzi: riportare il numero complessivo dei pezzi da scartare.

Peso (Kg stimati): va riportato il peso complessivo dei pezzi da scartare (il peso può essere stimato in base alle seguenti indicazioni riportate - 1 metro lineare d'archivio da 35 a 80 kg (media 50 Kg), 1 m cubo d'archivio da 400 a 800 kg (media 600 kg)).

Motivo scarto: deve essere argomentato dettagliatamente che:

- i documenti da scartare sono privi di interesse storico;
- è stato superato il termine massimo obbligatorio di conservazione;
- i documenti da scartare sono stati registrati, al momento della loro produzione, in appositi elenchi oppure no (se si indicare quali).

Scarto

Effettuate le verifiche sia da parte della Direzione Medica di presidio, che da parte del Responsabile Servizi Sanitari Socio-Sanitari e Territoriali, nonché da parte dell'Ufficio Archivio e Protocollo, quest'ultimo invia richiesta dettagliata alla Soprintendenza Archivistica per la Lombardia - sede di Milano - per poi procedere allo scarto documentale. Ottenuta l'autorizzazione allo scarto dalla Soprintendenza Archivistica, il Responsabile della Gestione documentale propone al Direttore Generale l'adozione del decreto di eliminazione della documentazione aziendale.

Adottato il decreto, l'Ufficio Archivio-Protocollo ne dà comunicazione all'Ufficio proponente per l'imballaggio della documentazione da scartare. L'Ufficio Archivio e Protocollo allerta altresì l'U.O. Ufficio Tecnico per procedere all'eliminazione materiale dei documenti nel rispetto della normativa vigente.

Imballaggio della documentazione

La documentazione autorizzata allo scarto deve essere raccolta in cartoni, scatole, cartelle, o altri idonei imballaggi, opportunamente sigillati, a tutela dei dati personali, eventualmente contenuti. Su ogni unità di imballaggio deve essere applicata un'etichetta che riporti il contenuto descritto nella richiesta di autorizzazione allo scarto oltre alla indicazione della presenza di dati sensibili.

Verbalizzazione

A completamento della procedura di scarto l'ASST - per il tramite dell'Ufficio Archivio-Protocollo - trasmette alla Soprintendenza Archivistica il verbale di distruzione della documentazione.



7. L'ARCHIVIO STORICO

L'archivio storico rappresenta la terza e ultima fase di vita dell'archivio aziendale; in questa fase lo scarto è vietato.

L'archivio storico svolge funzioni di conservazione, ordinamento, inventariazione del patrimonio documentario assicurandone la consultabilità ed è costituito dai documenti relativi agli affari 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. Deve inoltre essere dotato di uno strumento di descrizione complessiva che ne faciliti l'accesso giuridico-amministrativo e di ricerca scientifica. 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.

8. ESEMPI

Documentazione eliminabile durante lo scarto *in itinere*

Tutti i documenti totalmente superflui ai bisogni ordinari dell'Azienda e senza validità giuridica che non hanno necessità di essere conservati in archivio indipendentemente dal tipo di supporto (analogico/digitale). Essi possono essere eliminati senza autorizzazione e sono, a titolo esemplificativo, identificabili in:

- 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 che non attivino procedimenti amministrativi;
- programmi, inviti a manifestazioni che non attivino procedimenti amministrativi;
- copie e/o fotocopie della corrispondenza e di atti aziendali;
- copie di file/documenti su supporto informatico/digitale normalmente detenute dalle strutture per uso proprio e/o per comodità di consultazione;
- corrispondenza riservata personale;
- modulistica non più in uso e non compilata;
- altra documentazione senza validità giuridica.

Documentazione a conservazione illimitata

Tra questi documenti a conservazione perenne, si citano, a titolo di esempio:

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

9. ALLEGATI

1. piano di classificazione aziendale (titolario)
2. piano di classificazione aziendale (massimario di scarto)
3. modulo richiesta di eliminazione documenti in deposito presso l'ASST
4. modulo richiesta eliminazione documenti in deposito presso Microdisegno srl

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	Verballi 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 (mastri, 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, patrocin, 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 (Il.1.01)
	.01	Gestione e organizzazione dipartimentale e interdipartimentale, distrettuale ed interdistrettuale	Verbalì incontri / riunioni interne di pianificazione e organizzazione	10 anni	
	.02	Progetti, interventi e iniziative varie dipartimentali / distrettuali	Documentazione istruttoria relativa a progetti	10 anni	Il progetto è conservato illimitatamente (Il.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/rutinaria 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	Insediamenti produttivi di tipo industriale / artigianale: 30 anni dalla certificazione / SCIA
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Certificazioni / pareri igienico-sanitari su progetti di altri insediamenti produttivi di carattere non industriale (es. SCIA ambienti di lavoro)	5 anni	Altri insediamenti di tipo commerciale: 5 anni dalla certificazione/SCIA (es. parrucchiere, estetista, tatuatori, ecc.)
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Trattamento rifiuti speciali non pericolosi / pareri (art. 208 d.lgs. 152/2006) e altra documentazione	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Campionamenti ambientali per la determinazione quali-quantitativa fattori di rischio (rumore, microclima, polveri, agenti chimici, vibrazioni)	ILLIMITATO verbali; 10 anni altra documentazione	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Autorizzazione: lavoro in locali interrati /seminterrati. in deroga art. 65 D.lgs. 81/08	2 anni dalla data di cessazione di attività	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Inchiesta infortuni (comprendente: denunce, relazione di sopralluogo, esecuzione di rilievi, verbale raccolta di sommarie informazioni testimoniali, verbale raccolta di dichiarazioni spontanee, certificato medico di infortunio lavorativo, invito a presentarsi, richiesta di documentazione, acquisizione di documentazione, scheda "Inchiesta infortuni", verbale di accertamento e contestazione illecito amministrativo, ecc.)	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Referti infortuni che non esitano in indagine	10 anni	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro infortuni	4 anni dall'ultima registrazione e, se non usato, dalla data in cui è stato vidimato	D.M. 12/9/58, art.2
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Rapporto relativo all'infortunio sul lavoro alla Procura della Repubblica con allegato l'inchiesta	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Fascicolo prevenzione infortuni	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Bonifica amianto (segnalazioni dei casi esposti, certificato esposizione, certificato PSAL per accesso benefici INAIL- INPS,	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Bonifica amianto (notifica amianto in strutture o luoghi, piano di lavoro per la bonifica, verbale di controllo c/o siti con presenza amianto e/o ditte abilitate a smantellamento, verbale sanzionatorio, relazione annuale bonifica / smantellamento amianto delle ditte, ecc.).	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro esposti ed ex esposti amianto	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro degli esposti ad agenti cancerogeni e registro degli esposti ad agenti biologici	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Registro informatico "Progetto rilevazione amianto" / notifiche censimento amianto	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Patentino per bonificatore amianto	ILLIMITATO	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni per detrazioni fiscali	10 anni	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni aziende classe di rischio primo soccorso (dm 388/2008)	10 anni	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni nomina RLS e RSPP	5 anni	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Rilascio patentini di abilitazione utilizzo gas tossici (compresi verbali esami) e relative revisioni	5 anni	RD n. 147/1927
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Comunicazioni relative alla notifica preliminare cantieri	5 anni	
	.03	Igiene e sicurezza sul lavoro	Verbali di ispezione e controlli cantieri	5 anni; 10 anni nel caso di contenzioso (sanzioni) dalla proposta di archiviazione	
	.04	Sicurezza e impiantistica	Documentazione relativa alle attività di vigilanza sulla sicurezza dei luoghi di lavoro delle macchine / impianti / attrezzature di lavoro	ILLIMITATO verbali; 10 anni dalla demolizioni degli impianti e/o delle attrezzature altra documentazione	
	.04	Sicurezza e impiantistica	Documentazione inerente presunte non conformità macchine / attrezzature marcatura CE	ILLIMITATO	

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 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	.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	

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	.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 ipossiemici	1 anno dalla data del decesso o dal termine dell'erogazione	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione inerente la valutazione e il controllo dell'assistenza integrativa erogata	10 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Report dati relativo agli utenti e ai prescrittori per la fornitura protesi, ortesi ed ausili, dispositivi medici, presidi e prodotti dietetici, presidi per diabetici	5 anni	
	.04	Assistenza protesica e integrativa	Documentazione relativa a gestione magazzino protesi, ortesi ed ausili (atti preparatori alla gara d'appalto, ordini dei dispositivi di gara, bolle di consegna / ritiro ausili al domicilio dell'assistito)	5 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura semiresidenziale, Centro Diurno e Residenzialità Leggera. Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.	10 anni	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Cartella clinica di struttura residenziale (diario clinico, visite psichiatriche, attività riabilitative, colloqui psicoterapeutici, ecc.). Documentazione relativa alla neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	ILLIMITATO	
	.05	Assistenza psichiatrica e neuropsichiatrica infantile	Documentazione del sistema informatizzato regionale PSICHE	Secondo tipologia di regime di erogazione della prestazione (residenziale / semiresidenziale)	

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 Alcolologia - 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	

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	

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
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 morbosì, 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 emoderivati, documentazione sanitaria indicante positività o diagnosi di malattia, analisi ematochimiche, documentazione amministrativa, ecc.)	ILLIMITATO	art.3 L.210/1992 e L. 238/1997); Circ. 1 Ministero della sanità del 4-11-1996 n. 900

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 recepimento di questa da parte del clinico e la sua richiesta di approfondimenti diagnostici.
	.01	Prestazioni ambulatoriali	Residui di acidi nucleici estratti da campioni istologici o 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 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

**ALLEGATO N.3****MODULO RICHIESTA DI ELIMINAZIONE DOCUMENTI****Documentazione in custodia presso l'ASST**

- ☐ Al Direttore Medico
Presidio ospedaliero
(se si tratta di documentazione sanitaria)
- oppure
- ☐ Al Responsabile Servizi Sanitari
Sociosanitari e Territoriali
(se si tratta di documentazione sociosanitaria)
- oppure
- ☐ Al Responsabile
Ufficio Archivio e Protocollo
(se si tratta di documentazione amm.va)

Oggetto: proposta scarto documentazione aziendale

Il sottoscritto (nome e cognome) Responsabile/Coordinatore dell'U.O./
Servizio.....presidio ospedaliero....., propone,
per lo scarto, la seguente documentazione:

(compilare tabelle diverse se cambia la classificazione e/o la tipologia documentaria dei documenti da scartare)

Classificazione	
Tipologia Documentaria	
Anno/anni di riferimento	
Categorie dei pezzi	
N. pezzi	
Peso (Kg stimati)	
Motivo Scarto	

Data, _____

Il Responsabile/Coordinatore Struttura/U.O./Servizio/Ufficio



ALLEGATO N.3
MODULO RICHIESTA DI ELIMINAZIONE DOCUMENTI
Documentazione in custodia presso l'ASST

Data, _____

Visto, NON SI AUTORIZZA LO SCARTO per la seguente motivazione:

Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero / Responsabile Servizi Sanitari e Sociosanitari e Territoriali /
Il Responsabile Archivio-Protocollo

OPPURE

Visto, nulla osta allo scarto, passi al Responsabile Archivio Protocollo

Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero / Responsabile Servizi Sanitari e Sociosanitari e Territoriali



PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DEGLI ARCHIVI E LO SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA, SOCIO SANITARIA E AMMINISTRATIVA CARTACEA DELL'ASST DI CREMONA

ALLEGATO N. 4
MODULO PROPOSTA ELIMINAZIONE DOCUMENTI
Documentazione in custodia presso deposito esterno

ELENCO DEGLI ATTI CHE SI PROPONGONO PER LO SCARTO E L'ELIMINAZIONE

Numero scatola	classificazione	descrizione degli atti ¹	estremi cronologici	Numero unità di conservazione ²	peso in kg ³	metri lineari	motivazione dell'eliminazione ⁴

Cremona,

IL RESPONSABILE U.O. AFFARI GENERALI E LEGALI
ASST di Cremona
Dott.ssa Marianna Bonfanti

-
1. Descrizione sintetica di ogni voce, sufficiente a rendere riconoscibili i documenti, con la terminologia del massimario di scarto;
 2. Oltre la quantità, specificare anche la qualità dei contenitori (cartella, faldoni, scatole, pacchi, sacchi ...);
 3. Il peso può essere indicato complessivamente per tutte le unità che si propongono per lo scarto;
 4. Indicare sinteticamente il motivo dello scarto; oltre alla scadenza dei termini di conservazione obbligatoria degli atti da scartare, indicare anche i documenti significativi relativi alla stessa attività di cui si prevede invece la conservazione in archivio.



**AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE
DI CREMONA**

DELIBERAZIONE

adottata dal Direttore Generale Dr. Camillo Rossi

N. **581** DEL **22/12/2017** PROT. **33288**

**OGGETTO ADOZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER
L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI
AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO DI
DOCUMENTI OGGETTO DEGLI OBBLIGHI DI
PUBBLICAZIONE E DEL DIRITTO DI ACCESSO
GENERALIZZATO**

Il responsabile del procedimento: Dott.ssa Bonfanti Marianna

Si attesta che la copia del presente atto viene pubblicata mediante affissione all'Albo dell'Azienda, ove rimarrà per giorni 15 interi e consecutivi.

Dal 27/12/2017 Al 10/01/2018

IL RESPONSABILE U.O. Affari Generali e Legali
Dott.ssa Marianna Bonfanti

Richiamata la deliberazione n. 229 del 22 dicembre 2006 con la quale, conformemente alle disposizioni normative vigenti, veniva approvato il regolamento sul diritto di accesso agli atti dell'Azienda Ospedaliera Istituti Ospitalieri di Cremona;

richiamate, in particolare, le seguenti fonti normative e di indirizzo:

- L. 7 Agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii., “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii., “decreto trasparenza”;
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e ss.mm.ii., “Codice degli appalti”;
- D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012
- Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgsvo 33/2013;

atteso che il sopra richiamato D.Lgs. 33/2013, all'art.5, novellato, commi 1 e 2, ha introdotto rispettivamente l'accesso civico e l'accesso generalizzato che vengono ad aggiungersi all'accesso documentale di cui all' art. 22 e seguenti ex L. 241/90;

evidenziato come ogni Pubblica Amministrazione sia chiamata ad attenersi sempre più al principio di trasparenza, intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti, ciò al fine di implementare forme diffuse di controllo dell'agire pubblico, a tutela dei diritti fondamentali di garanzia delle libertà individuali e collettive, costituzionalmente garantiti dall'art. 2 della Carta;

valutata pertanto la necessità, come indicato da ANAC con le sopra richiamate linee guida, di ridefinire, tramite l'adozione di un nuovo regolamento aziendale, la disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi declinato secondo le tre diverse modalità previste dalla normativa vigente che sono rispettivamente: accesso documentale, accesso civico e accesso generalizzato, nonché di istituire un apposito registro delle richieste di accesso, distinto secondo le tipologie sopra indicate;

considerato altresì necessario disciplinare nel dettaglio tutti gli aspetti procedurali per esercitare l'accesso per le tre tipologie sopra indicate, esplicitando responsabilità, modalità, esclusioni, nonché eventuali costi da rimborsare;

visto il nuovo Regolamento Aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione e del diritto di accesso generalizzato, nel testo redatto dagli Affari Generali e Legali, conformemente alle disposizioni normative e alle linee di indirizzo sopra richiamate e ritenuto di approvarlo come documento allegato alla presente deliberazione;

acquisito il parere del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Socio Sanitario per gli ambiti di competenza;

DELIBERA

1. di approvare il Regolamento Aziendale per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico ai documenti oggetto di pubblicazione e del diritto civico generalizzato, come da documento allegato alla presente deliberazione quale parte integrante;
2. di istituire un registro delle richieste di accesso, così come indicato da ANAC con le sopra richiamate linee guida, distinto per tutte le tipologie di accesso (accesso documentale, accesso civico e accesso generalizzato) e renderlo disponibile nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale aziendale;
3. di dare atto che il Regolamento aziendale entra in vigore alla data di adozione del presente provvedimento;
4. di pubblicare il Regolamento aziendale sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", nonché sul sito intranet aziendale;
5. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri specifici a carico dell' ASST di Cremona;
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art. 17 comma 6 della L.R. n. 33/09 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr. Camillo Rossi

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Alessandra Bruschi

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Rosario Canino

IL DIRETTORE SOCIO SANITARIO

Dr.ssa Paola Mosa



Direzione Generale

REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ESERCIZIO DEL DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI, DEL DIRITTO DI ACCESSO CIVICO AI DOCUMENTI OGGETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E DEL DIRITTO DI ACCESSO GENERALIZZATO.

INDICE	PAG.	1
PRINCIPI GENERALI		2
Fonti normative e di indirizzo		2
Finalità e principi ispiratori		3
Definizioni		4
Sezione 1 - ACCESSO DOCUMENTALE		5
Articolo 1 - Ambito oggettivo		5
Articolo 2 - Legittimazione soggettiva		5
2.1 Interessati		5
2.2 Controinteressati		6
2.3 Responsabile del procedimento di accesso		6
Articolo 3 - Potere sostitutivo		6
Articolo 4 - Modalità di Accesso		6
Articolo 5 - Accesso informale		7
Articolo 6 - Accesso formale		7
Articolo 7 - Accesso per via telematica		8
Articolo 8 - Accoglimento della richiesta		8
Articolo 9 - Notifica ai contro interessati		9
Articolo 10 - Costi di riproduzione e di spedizione		9
Articolo 11 - Diniego di accesso		10
Articolo 12 - Differimento accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici		12
Articolo 13 - Esclusione dell'accesso e divieto di divulgazione degli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici		13
Articolo 14 - Mezzi di tutela		13
Articolo 15 - Archiviazione delle richieste di accesso		14
Sezione 2 - ACCESSO CIVICO SEMPLICE		14
Articolo 1 - Ambito oggettivo		14
Articolo 2 - Legittimazione soggettiva		14
Articolo 3 - Istanza di accesso civico		14

Sezione 3 - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO	15
Articolo 1 - Ambito oggettivo	15
Articolo 2 - Legittimazione soggettiva	15
2.1 Interessati	15
2.2 Controinteressati	15
2.3 Responsabili del procedimento	16
Articolo 3 - Istanza di accesso e competenza a ricevere le domande	16
3.1. L'istanza di accesso	16
3.2. Competenza a ricevere le domande	17
Articolo 4 - Notifica ai contro interessati	17
Articolo 5 - Termini del procedimento	18
Articolo 6 - Eccezioni assolute all'accesso generalizzato	18
Articolo 7 - Eccezioni relative all'accesso generalizzato	19
Articolo 8 – Differimento	21
Articolo 9 – Richiesta di riesame	21
Articolo 10 - Motivazione del diniego all'accesso	21
Articolo 11 - Impugnazioni	21
Sezione 4 - ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE CLINICA	22
Articolo 1 - Ambito oggettivo	22
Articolo 2 – Legittimazione soggettiva	22
2.1 Interessati	22
2.2 Controinteressati	23
2.3 Responsabile del procedimento di accesso	23
Articolo 3 - Modalità, tempi di rilascio della documentazione ed oneri finanziari	23
Sezione 5 – ISTITUZIONE DEL REGISTRO DEGLI ACCESSI	25
Sezione 6 – DISPOSIZIONI FINALI	25
Articolo 1 - Abrogazioni	25
Articolo 2 - Norme di rinvio	25
Articolo 3 - Entrata in vigore	25

PRINCIPI GENERALI

Fonti normative e di indirizzo:

- ✓ L. 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii., “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- ✓ D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii., “Testo Unico in materia di documentazione amministrativa”;
- ✓ D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm.ii., “Codice in materia di protezione dei dati personali”;
- ✓ D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e ss.mm.ii., “Codice dell'amministrazione digitale”;
- ✓ D.P.R. 12 aprile 2006, n. 184, “Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi”;

- ✓ L. 6 novembre 2012, n. 190 e ss.mm.ii., “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”;
- ✓ D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e ss.mm.ii., “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- ✓ L. 7 agosto 2015, n. 124, “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n.50, “Codice degli appalti” e ss.mm.ii;
- ✓ D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;
- ✓ Delibera ANAC n.1309 del 28 dicembre 2016 “Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”;
- ✓ L. 8 marzo 2017, n. 24, “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”.
- ✓ D.Lgs. 19 aprile 2017, n. 56, “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”.
- ✓ Delibera ANAC n.1309 del 28 dicembre 2016 “Linee Guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013”;
- ✓ Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica del 30 maggio 2017, n. 2/2017 “Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”.

Finalità e principi ispiratori

Il presente Regolamento disciplina le diverse tipologie di accesso nell'ASST di Cremona: ai documenti, civico semplice e civico generalizzato, con la finalità di incidere effettivamente sul rapporto tra cittadini e PA, nel rispetto del principio di trasparenza, intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalla PA e ciò al fine di implementare forme diffuse di controllo dell'agire pubblico, a tutela dei diritti fondamentali di garanzia delle libertà individuali e collettive, costituzionalmente garantiti dall'art.2 della Carta Costituzionale. Tale finalità è stata perseguita dal legislatore che ha sottolineato l'importanza storica del passaggio da un sistema sinora fondato sull'accesso dei soggetti legittimati e sull'obbligo di pubblicazione a un sistema nuovo di “freedom of information”, che consente a chiunque (non più, quindi, solo a chi abbia una particolare situazione legittimante), la piena conoscenza degli atti amministrativi (cd. full disclosure), con il rinnovato istituto dell'accesso civico.

Il presente regolamento, nel disciplinare e garantire il diritto di accesso ai dati e documenti, si conforma al dialogo cooperativo, che prevede che si instauri tra richiedente ed amministrazione, all'atto della richiesta di accesso, un interscambio collaborativo di informazioni tracciato nei seguenti momenti di processo:

- subito dopo la presentazione della domanda, rilasciando una ricevuta che attesti l'avvenuta presentazione della richiesta e fornendo tutti i chiarimenti ritenuti necessari;

- entro il termine di conclusione del procedimento, comunicando la decisione motivata relativa alla domanda di accesso, nei casi sia di accoglimento, sia di differimento, che di rifiuto, ed esplicitando in quest'ultimo caso anche i mezzi di riesame e di ricorso giurisdizionale esperibili.

Definizioni

Pubblica Amministrazione tutti i soggetti di diritto pubblico e i soggetti di diritto privato, limitatamente alla loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e comunitario. |Art. 22, comma 1 lett. e) L.241/90|

Accesso ai documenti amministrativi: è il diritto degli interessati, di prendere visione o di estrarre copia di documenti amministrativi |Art. 22, comma 1 lett. a) L.241/90|

Interessato all'accesso ai documenti amministrativi: ciascun soggetto privato, compreso quello portatore di interessi pubblici o diffusi, che abbia un interesse, diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è richiesto l'accesso |Art. 22, comma 1 lett. b) L.241/90|

Controinteressato: ciascun soggetto individuato o facilmente individuabile in base alla natura del documento richiesto, che dall'esercizio del diritto di accesso potrebbero vedere pregiudicato il proprio diritto alla riservatezza. |Art. 22, comma 1 lett. c) L.241/90|

Documento amministrativo: ogni rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, anche interni, delle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa; ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni o non relativi ad uno specifico procedimento, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale |Art. 22, comma 1 lett. d) L.241/90|

Dato: elemento conoscitivo come tale, indipendentemente dal supporto fisico su cui è incorporato e a prescindere dai vincoli derivanti dalle sue modalità di organizzazione e conservazione.

Informazione: rielaborazione di dati detenuti dall'Azienda, effettuata per propri fini e contenuta in distinti documenti.

Accesso civico semplice: è il diritto di chiunque di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati per i quali sussistono specifici obblighi di trasparenza, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione - |Art.5, comma1 D.lgs 33/13 smi|

Pubblicazione: divulgazione sul sito istituzionale dell'Azienda, attraverso la sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE, dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASST di Cremona.

Accesso civico generalizzato: è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del D.lgs 33/2013 (come modificato dal D.lgs 97/2016) - |Art.5, comma2 D.lgs 33/13 smi|

Interessato all'accesso civico o generalizzato: chiunque abbia interesse ad accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni senza alcuna limitazione [Art.5, comma 2 e 3 D.lgs 33/13 s.m.i.]

Controinteressato all'accesso civico: tutti i soggetti che subirebbero un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati: protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia; libertà e segretezza della corrispondenza; interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali - [Art.5bis, comma2 D.lgs 33/13 s.m.i.].

Sezione 1 - ACCESSO DOCUMENTALE

Articolo 1 - Ambito oggettivo

1.1. Oggetto del diritto di accesso sono i documenti amministrativi, materialmente esistenti e detenuti dalla ASST di Cremona, ad eccezione di quelli indicati all'articolo 24, commi 1, 2, 3, 5 e 6 L.241/90.

1.2. L'accesso è consentito sia a documenti originali sia a copie di essi; possono inoltre formare oggetto del diritto di accesso singole parti di documenti ovvero copie parziali degli stessi; ove opportuno le copie parziali comprendono la prima e l'ultima pagina del documento, con indicazione delle parti omesse.

1.3. Il diritto di accesso è esercitato relativamente a documenti individuati o facilmente individuabili; non rientrano pertanto nell'ambito del diritto di accesso le richieste volte non ad acquisire documenti preesistenti, ma a promuovere una ricognizione che obblighi l'ASST ad effettuare un'apposita elaborazione di dati.

1.4. Non sono accessibili le informazioni in possesso dell'ASST che non abbiano forma di documento amministrativo, salvo quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, in materia di accesso a dati personali da parte della persona cui i dati si riferiscono.

1.5. Il diritto di accesso è esercitabile fino a quando l'ASST ha l'obbligo di detenere i documenti amministrativi ai quali si chiede di accedere.

1.6. Le domande d'accesso devono essere circoscritte nel loro oggetto e i documenti cui si chiede di accedere devono essere specificatamente individuati.

Articolo 2 - Legittimazione soggettiva

2.1 Interessati

2.1.1. Il diritto di accesso ai documenti relativi ad attività amministrative e/o sanitarie, è riconosciuto a chiunque, sia esso persona fisica o giuridica, abbia un interesse diretto, concreto e attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto di accedere.

2.1.2. Tale diritto è riconosciuto anche ad associazioni e comitati portatori di interessi pubblici o diffusi, previo accertamento della legittimazione e della natura dell'interesse giuridico di cui sono portatori per finalità normativa o statutaria.

2.2 Controinteressati

2.2.1. Sono controinteressati tutti coloro i quali, anche se non sono nominati o coinvolti nel documento che incorpora le informazioni cui si vuole accedere, potrebbero vedere pregiudicato il loro diritto alla riservatezza.

2.3 Responsabile del procedimento di accesso

2.3.1. Il Responsabile del procedimento di accesso è il dirigente dell'unità operativa/servizio o dell'ufficio dell'ASST, competente a formare l'atto o a detenerlo stabilmente ovvero, su designazione di questi, un altro dipendente addetto alle predette unità organizzative competenti a formare l'atto o a detenerlo stabilmente.

2.3.2. Nel caso di atti infra-procedimentali, responsabile del procedimento è, parimenti, il dirigente o il funzionario da lui delegato, competente all'adozione dell'atto conclusivo, ovvero a detenerlo stabilmente.

2.3.3. Il Responsabile del procedimento cura i rapporti con i soggetti legittimati a richiedere l'accesso e provvede a quanto necessario per l'esercizio del loro diritto, secondo le modalità stabilite dal presente Regolamento.

2.3.4. In particolare, il suddetto Responsabile deve:

- ricevere la richiesta di accesso;
- provvedere alla identificazione del richiedente ed alla verifica della sua legittimazione ad esercitare il diritto;
- decidere sull'ammissibilità della richiesta;
- verificare l'esistenza di eventuali controinteressati e comunicare agli stessi l'avvio del procedimento;
- comunicare agli interessati l'esclusione, il differimento o la limitazione del diritto di accesso.

2.3.5. Il Responsabile del procedimento può affidare ad altro dipendente proprio collaboratore l'attività istruttoria ed ogni altro adempimento inerente il procedimento, mantenendone comunque la responsabilità.

Articolo 3 - Potere sostitutivo

3.1. In caso di inerzia, il potere sostitutivo previsto dall'art.2, comma 9 bis della L. 241/90 è attribuito al Direttore Amministrativo. L'interessato, decorso inutilmente il termine per la conclusione del procedimento o quello superiore di cui all'art.2 comma 7, della L. 241/90 può rivolgersi al Direttore Amministrativo perché, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluda il procedimento attraverso le strutture competenti.

Articolo 4 - Modalità di Accesso

4.1. Il diritto di accesso può essere esercitato in via informale o formale, su richiesta motivata e si realizza attraverso l'esame del documento o l'estrazione di copia ovvero mediante altra modalità idonea a consentire l'esame dell'atto in qualsiasi forma ne sia rappresentato il contenuto.

4.2. Il richiedente deve indicare gli estremi del documento oggetto della richiesta ovvero gli elementi che ne consentano l'individuazione, specificare e, ove occorra, comprovare l'interesse diretto, concreto ed attuale corrispondente ad una situazione giuridicamente rilevante direttamente collegata al documento per il quale è chiesto l'accesso, nonché, dimostrare la propria identità e, ove occorra, i propri poteri di rappresentanza dei soggetti interessati.

4.3. Coloro che presentano richiesta di accesso per conto di enti, persone giuridiche, associazioni o altri organismi, devono qualificarsi legali rappresentanti degli stessi ovvero dichiarare la carica ricoperta o la funzione svolta, che legittima l'esercizio del diritto per conto dei soggetti rappresentati.

4.4. Qualora la richiesta pervenga mediante servizio postale o posta elettronica non certificata, potrà essere evasa previa esibizione del documento di identità o trasmissione di copia del medesimo.

Articolo 5 - Accesso informale

5.1. L'accesso informale è esercitato mediante richiesta motivata, anche verbale, rivolta al responsabile del procedimento di accesso, come individuato all'art.2.3. del presente regolamento, o per il tramite dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASST che individua l'ufficio competente ad evadere la richiesta, ed è consentito qualora non risulti l'esistenza di controinteressati, non vi siano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse ed il documento sia immediatamente disponibile.

5.2. Nel caso in cui si verifichino i presupposti di cui al comma precedente, la richiesta di accesso, esaminata immediatamente e senza formalità, è accolta dal Responsabile del procedimento mediante esibizione del documento, eventuale trascrizione manuale dello stesso, estrazione di copia o esperimento congiunto di tali operazioni, ovvero altra modalità ritenuta idonea. **(allegato 1)**

5.3. Il Responsabile del procedimento, qualora in base al contenuto del documento richiesto, riscontri l'esistenza di controinteressati, invita l'interessato a presentare richiesta formale di accesso.

Articolo 6 - Accesso formale

6.1. Qualora non sia possibile l'accoglimento immediato della richiesta in via informale, ovvero sorgano dubbi sulla legittimazione del richiedente, sulla sua identità, sui suoi poteri rappresentativi, sulla sussistenza dell'interesse meritevole di tutela alla stregua delle informazioni e della documentazione fornita o sull'accessibilità del documento o per l'esistenza di controinteressati, oppure nel caso in cui venga richiesto il rilascio di un documento in copia conforme all'originale, l'interessato è invitato a presentare richiesta d'accesso formale.

6.2. L'interessato può in ogni caso presentare richiesta formale d'accesso ai documenti. L'istanza formale di accesso può essere redatta utilizzando lo schema allegato al presente regolamento **(allegato 2)**, deve essere protocollata e comunque deve contenere:

- a) le complete generalità del richiedente e dell'eventuale accompagnatore, con relativi recapiti e numeri di telefono;
- b) gli estremi del documento di identificazione del richiedente o la dichiarazione di conoscenza personale da parte dell'addetto alla ricezione;
- c) l'eventuale titolo di rappresentanza del soggetto interessato;

- d) gli estremi del documento oggetto della richiesta ed eventualmente del procedimento in cui è inserito, ovvero, in caso di mancata conoscenza di essi, indicazione di tutti gli elementi che ne consentano l'individuazione;
- e) l'indicazione delle modalità con cui si intende esercitare il diritto di accesso, specificando se si tratta di visione, di estrazione di copia o di entrambe ovvero di richiesta di copia conforme;
- f) l'indicazione delle modalità con cui si intende eventualmente ricevere la documentazione;
- g) l'idonea motivazione da cui sia possibile valutare la legittimità dell'accesso;
- h) la data e la sottoscrizione.

6.3. Ove pervenga una richiesta formale che riguardi un'Amministrazione diversa dall'ASST nei cui confronti il diritto di accesso deve essere esercitato, la stessa viene immediatamente trasmessa all'Amministrazione competente e di tale trasmissione è data comunicazione all'interessato. La richiesta di accesso può riferirsi a più documenti, ovvero a documenti giacenti presso strutture dell'ASST aventi sede diversa, purché gli atti riguardino la stessa situazione giuridica che si intende tutelare.

6.4. Qualora la richiesta pervenga mediante servizio postale, via fax o posta elettronica, la stessa potrà essere evasa previa esibizione del documento di identità o trasmissione di copia del medesimo.

6.5. Ove la richiesta risulti irregolare o incompleta, il Responsabile del procedimento è tenuto a darne comunicazione al richiedente entro dieci giorni con raccomandata con avviso di ricevimento o con altro mezzo idoneo a comprovarne la ricezione. In tale caso, il termine del procedimento ricomincia a decorrere dalla data di presentazione della richiesta corretta.

6.6. Il procedimento di accesso formale deve concludersi entro il termine di trenta giorni dalla data di protocollazione in arrivo della richiesta.

Articolo 7 - Accesso per via telematica

7.1. L' ASST assicura che il diritto d'accesso possa essere esercitato anche in via telematica. Le istanze presentate per via telematica sono valide se:

- a) sottoscritte mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato;
- b) l'istante o il dichiarante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché la carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;
- c) sono sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento d'identità;
- d) sono trasmesse dall'istante o dal dichiarante mediante la propria casella di posta elettronica certificata, purché le relative credenziali di accesso siano state rilasciate previa identificazione del titolare, anche per via telematica secondo modalità definite con regole tecniche adottate ai sensi dell'art. 71 (CAD), e ciò sia attestato dal gestore del sistema nel messaggio o in un suo allegato.

Articolo 8 - Accoglimento della richiesta

8.1. Ove non sussistano ragioni per differire o negare il diritto d'accesso, la richiesta viene accolta. La comunicazione dell'accoglimento della richiesta formale di accesso contiene l'indicazione della sede e dell'ufficio presso cui rivolgersi, nonché di un congruo periodo di tempo, comunque non inferiore a quindici giorni, per prendere visione dei documenti o per ottenerne copia.

8.2. L'accoglimento della richiesta d'accesso ad un documento comporta, di norma, anche la facoltà di accesso agli altri documenti in esso richiamati e appartenenti al medesimo procedimento, fatte salve le eccezioni di legge e di regolamento. Nei casi di segretezza e di riservatezza di alcune informazioni, sono selezionate le parti di cui deve essere assicurata la visione o rilasciata copia.

8.3. L'esame del documento avviene presso l'ufficio indicato nell'atto di accoglimento della richiesta, nelle ore di ufficio, alla presenza del personale addetto, ovvero nel giorno concordato dall'ufficio con il richiedente.

8.4. L'esercizio dei diritti di visione degli atti e documenti amministrativi e di accesso alle strutture ed ai servizi è gratuito. La copia dei documenti è rilasciata subordinatamente al pagamento degli importi dovuti secondo le modalità determinate all'art. 10 del presente regolamento. Su richiesta dell'interessato, le copie possono essere autenticate.

8.5. Il richiedente ha la facoltà di prendere appunti, di fotografare e di trascrivere manualmente qualsiasi parte del documento ottenuto in visione.

8.6. I documenti sui quali è consentito l'accesso non possono essere asportati dal luogo presso cui sono dati in visione o comunque alterati in qualsiasi modo.

8.7. L'esame dei documenti è effettuato dal richiedente o da persona da lui incaricata, munita di delega scritta, con l'eventuale accompagnamento di altra persona di cui vanno specificate le generalità, che devono poi essere registrate in calce alla richiesta.

8.8. Trascorsi trenta giorni dalla comunicazione al richiedente dell'accettazione della richiesta di accesso senza che questi abbia preso visione del documento, il richiedente è considerato rinunciatario.

Articolo 9 - Notifica ai controinteressati

9.1. Qualora, in base alla natura del documento richiesto o degli altri documenti in esso richiamati, risulti l'esistenza di controinteressati, il Responsabile del procedimento è tenuto a dare comunicazione agli stessi dell'istanza di accesso mediante raccomandata a/r oppure, per via telematica, per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione.

9.2. Entro dieci giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, i controinteressati possono presentare, anche per via telematica, motivata opposizione alla richiesta di accesso. Decorso tale termine, il Responsabile del procedimento provvede in merito all'istanza di accesso dopo aver accertato la ricezione della comunicazione della medesima da parte dei controinteressati.

Articolo 10 - Costi di riproduzione e di spedizione

10.1. L'esame dei documenti è gratuito.

10.2. Il rilascio di copie, anche se parziali, dei documenti è subordinato al rimborso del costo di riproduzione, fatte salve le vigenti disposizioni in materia di bollo per il rilascio di copie in forma autentica, nonché dei diritti di ricerca e visura.

10.3. Sono esentati dal pagamento di qualsivoglia costo i soggetti indicati alle lettere da f) a p) indicati nella successiva sezione 4, art. 2, punto 2.1.

10.4. Costi di riproduzione

L'imposta di bollo è dovuta per il rilascio della copia conforme su eventuale richiesta dell'interessato, ai sensi del DPR 642/72, come modificato dal DPR 955/82.

I costi delle marche sono calcolati per foglio, composto da quattro facciate unite o rilegate tra di loro in modo da costituire un atto unico recante nell'ultima facciata la dichiarazione di conformità all'originale, e sono determinati periodicamente per legge.

Per i tabulati meccanografici e fogli scritti a mezzo stampa, l'imposta di bollo è dovuta per ogni 100 linee o frazione di 100 linee effettivamente utilizzate.

L'importo (stabilito per legge, alla quale si rinvia per successivi adeguamenti) è pari a euro 16,00 per marca da bollo ogni 4 fogli/facciate ovvero 100 linee scritte a mezzo stampa. (Art.5 DPR 642/1972).

Gli importi a carico del richiedente per il rilascio di copie, che comprendono i diritti di ricerca e visura, sono così determinati:

- l'estrazione di copie di atti è sottoposta a rimborso nella misura di Euro 0,30 a pagina per riproduzioni fotostatiche formato UNI A4 e nella misura di Euro 0,50 a pagina per riproduzioni fotostatiche formato UNI A3.

- per gli importi inferiori a Euro 0,50 non è dovuto alcun rimborso. Al di sopra di tale importo, deve essere effettuata la riscossione dell'intera cifra. Ai fini dell'esenzione del rimborso, non è consentito frazionare la richiesta di copie relative agli stessi documenti da parte del medesimo soggetto.

Il costo della spedizione dei documenti è a totale carico del richiedente.

La spedizione è di norma effettuata con raccomandata postale A.R. o altro mezzo idoneo, secondo le tariffe applicate dalle Poste italiane o altra società di spedizioni e consegna. Il richiedente provvederà al pagamento contrassegno dell'importo complessivo (spese di spedizione più i costi di rimborso fotocopie più un ulteriore importo corrispondente alla cifra trattenuta da Poste italiane per la conversione del vaglia postale.)

- per la spedizione via telefax i costi sono determinati in base ad un rimborso fisso di Euro 1,30 a pagina formato UNI A4.

Nel caso di richiesta di copie di documenti in bollo, al pagamento dell'imposta di bollo provvede direttamente il richiedente, fornendo direttamente all'ufficio competente al rilascio la marca da bollo. Resta salvo il diverso regime fiscale previsto da speciali disposizioni di legge.

È prevista la possibilità di inoltrare tramite posta elettronica dei documenti per i quali l'Amministrazione ha già provveduto ad effettuare archiviazione ottica in formato non modificabile.

- per la spedizione tramite posta elettronica (PEC o posta elettronica ordinaria), i costi sono determinati in base ad un rimborso fisso di Euro 0,25 a pagina.

Il pagamento deve essere effettuato all'atto della richiesta e, comunque, non oltre il momento del ritiro delle copie, mediante bonifico bancario intestato a: ASST di Cremona - tramite le seguenti coordinate: conto corrente di tesoreria c/o Codice IBAN: IT56J0100003245133300319725 con indicazione specifica della causale: rilascio documenti sanitari + nome e cognome.

Articolo 11 - Diniego di accesso e differimento

11.1. Il diniego espresso deve essere motivato a cura del responsabile del procedimento di accesso, con riferimento alla normativa vigente, alla individuazione delle categorie di cui all'art. 24 della Legge e alle circostanze di fatto per cui la richiesta non può essere accolta così come proposta.

11.2. Il diritto di accesso è sempre escluso laddove non si riscontri la sussistenza di un interesse personale, concreto, diretto ed attuale, per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti.

11.3. Ai sensi dell'art.24 della L. 241/90 e s.m.i., il diritto di accesso viene altresì escluso nei confronti di:

- documenti riguardanti l'attività dell'ASST diretta all'adozione di atti amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione;
- documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi nelle procedure selettive;
- documenti che riguardano la vita privata o la riservatezza di persone fisiche, persone giuridiche, gruppi, imprese e associazioni, con particolare riferimento agli interessi epistolare, sanitario, professionale, finanziario, industriale e commerciale di cui siano in concreto titolari, ancorché i relativi dati siano stati forniti all'ASST dagli stessi soggetti cui si riferiscono.

11.4. Sono esclusi dal diritto d'accesso tutti gli atti coperti da segreto per espressa previsione di legge, tra i quali:

- il segreto militare (R.D. n.161/1941)
- il segreto statistico (D.Lgs. 322/1989)
- il segreto bancario (D.Lgs. 385/1993)
- il segreto scientifico e il segreto industriale (art. 623 c.p.)
- il segreto istruttorio (art. 329 c.p.p.)
- il segreto sul contenuto della corrispondenza (art. 616 c.p.)
- i dati idonei a rivelare lo stato di salute, ossia qualsiasi informazione da cui si possa desumere, anche indirettamente, lo stato di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici (art.22 comma 8 del codice protezione dati personali; art.7 comma 6 del D.Lgs n.33/2013)
- i dati idonei a rivelare la vita sessuale (art. 7 bis comma 6 del D.Lgs. n. 33/2013)
- i dati identificati di persone fisiche beneficiarie di aiuti economici da cui è possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute ovvero alla situazione di disagio economico – sociale degli interessati (art. 26 comma 4 D.Lgs. n.33/2013).

11.5. Sono altresì esclusi dal diritto di accesso:

- i fascicoli personali dei dipendenti, di tutti i soggetti che svolgono attività lavorativa ad altro titolo, dei borsisti, dei tirocinanti e di coloro che svolgono attività di studio e di ricerca presso l'ASST e gli atti relativi allo stato di salute degli stessi, salvo che la richiesta provenga dal diretto interessato;
- documenti attinenti a procedimenti penali o disciplinari o di natura contabile o di responsabilità amministrativa (compresi rapporti alla Procura della Repubblica o alla Procura presso la Corte di Conti), ove siano nominativamente indicati personale dipendente, convenzionato o soggetti terzi;
- i pareri legali non richiamati negli atti o quando gli stessi, pur se richiamati negli atti, contengono tesi difensive per procedimenti giurisdizionali in atto o potenziali;
- documenti attinenti a trattamenti di natura sanitaria (es. cartelle cliniche, referti medici, accertamenti clinici, certificati sanitari a carattere medico legale, richieste di prestazioni sanitarie ect..) e comunque ogni documentazione riportante notizie sullo stato di salute psico – fisico.

11.6. Nel bilanciamento tra diritto alla conoscenza e diritto alla riservatezza, deve comunque essere garantito ai richiedenti l'accesso ai documenti amministrativi la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere i propri interessi giuridici, valutando in ogni caso l'eventualità di oscurare la porzione di dati personali eccedenti e non pertinenti l'interesse di accesso.

11.7. Nel caso di documenti contenenti dati sensibili e giudiziari, l'accesso è consentito nei limiti in cui sia strettamente indispensabile e, in caso di dati idonei a rivelare lo stato di salute, se la situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare con la richiesta di accesso ai documenti amministrativi è di rango almeno pari ai diritti dell'interessato, ovvero consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

11.8. In ogni caso, i documenti non possono essere sottratti all'accesso ove sia sufficiente far ricorso al potere di differimento per assicurare una tutela agli interessi dei soggetti coinvolti nel provvedimento richiesto, ovvero per salvaguardare esigenze di riservatezza dell'ASST specie nella fase preparatoria di provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

11.9. L'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi può essere temporaneamente differito nel tempo quando la loro conoscenza possa impedire, gravemente ostacolare o comunque compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

11.10. Il diritto di accesso può essere differito nei seguenti casi:

- per tutelare esigenze di riservatezza dell'ASST, specie nella fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa;
- per necessità di ordine organizzativo, in relazione alla complessità dell'istanza di accesso, sempre al fine di non compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

In particolare, è differito l'accesso alla documentazione attinente ai lavori delle commissioni giudicatrici di concorso o di pubblica selezione, fino all'approvazione delle graduatorie.

11.11. L'atto che dispone il differimento dell'accesso ne indica la motivazione e la durata, nei limiti strettamente necessari al rispetto delle finalità previste nel precedente comma ed è comunicato al richiedente, per iscritto, entro il termine stabilito per l'accesso.

11.12. Non sono ammissibili istanze di accesso preordinate ad un controllo generalizzato dell'operato delle pubbliche amministrazioni.

Articolo 12 - Differimento accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici

12.1. Fatta salva la disciplina prevista dall'art. 162 del D.Lgs 50/2016 per gli appalti secretati o la cui esecuzione richiede speciali misure di sicurezza, il diritto di accesso agli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, ivi comprese le candidature e le offerte, è differito:

- a) nelle procedure aperte, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle medesime;
- b) nelle procedure ristrette e negoziate e nelle gare informali, in relazione all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, e in relazione all'elenco dei soggetti che sono stati invitati a presentare offerte e all'elenco dei soggetti che hanno presentato offerte, fino alla scadenza del termine per la presentazione delle offerte medesime; ai soggetti la cui richiesta di invito sia stata respinta, è consentito l'accesso all'elenco dei soggetti che hanno fatto richiesta di invito o che hanno manifestato il loro interesse, dopo la comunicazione ufficiale, da parte delle stazioni appaltanti, dei nominativi dei candidati da invitare;

- c) in relazione alle offerte, fino all'aggiudicazione;
- d) in relazione al procedimento di verifica della anomalia dell'offerta, fino all'aggiudicazione.

12.2. Gli atti di cui sopra indicati non possono essere comunicati a terzi o resi in qualsiasi altro modo noti fino alla scadenza dei termini ivi previsti.

12.3. L'inosservanza di quanto previsto dai due precedenti commi rileva ai fini dell'applicazione dell'articolo 326 del codice penale sulla rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio per i pubblici ufficiali o per gli incaricati di pubblici servizi.

12.4. Il differimento dell'accesso è disposto ove sia sufficiente per assicurare una temporanea tutela degli interessi o per salvaguardare specifiche esigenze dell'amministrazione, specie nella fase preparatoria dei provvedimenti, in relazione a documenti la cui conoscenza possa compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa.

12.5. L'atto che dispone il differimento dell'accesso ne indica la durata.

Articolo 13 - Esclusione dell'accesso e divieto di divulgazione degli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici

13.1. Fatta salva la disciplina prevista dall'art. 162 del D.Lgs 50/2016 per gli appalti secretati o la cui esecuzione richiede speciali misure di sicurezza, sono esclusi il diritto di accesso e ogni forma di divulgazione degli atti delle procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici in relazione:

- a) alle informazioni fornite nell'ambito dell'offerta o a giustificazione della medesima che costituiscano, secondo motivata e comprovata dichiarazione dell'offerente, segreti tecnici o commerciali;
- b) ai pareri legali acquisiti dai soggetti tenuti all'applicazione del nuovo codice dei contratti di cui al D.Lgs 50/2016, per la soluzione di liti, potenziali o in atto, relative ai contratti pubblici;
- c) alle relazioni riservate del direttore dei lavori, del direttore della esecuzione e dell'organo di collaudo sulle domande e sulle riserve del soggetto esecutore del contratto;
- d) alle soluzioni tecniche e ai programmi per elaboratore utilizzati dalla stazione appaltante o dal gestore del sistema informatico per le aste elettroniche, ove coperti da diritti di privativa intellettuale.

13.2. In relazione alle informazioni fornite nell'ambito dell'offerta o a giustificazione della medesima che costituiscano, secondo motivata e comprovata dichiarazione dell'offerente, segreti tecnici o commerciali, è consentito l'accesso al concorrente ai fini della difesa in giudizio dei propri interessi in relazione alla procedura di affidamento del contratto.

Articolo 14 – Mezzi di tutela.

14.1. Il termine per evadere la richiesta di accesso è di trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine, la richiesta si intende respinta.

14.2. In caso di diniego espresso o tacito, di differimento, di limitazione del diritto di accesso, sono esperibili a cura dei soggetti interessati i rimedi previsti dall'art. 25 comma 4 della Legge 241/90. Pertanto, entro trenta giorni dalla conoscenza della decisione di rigetto, limitazione e/o differimento del diritto di accesso, ovvero nei 30 giorni successivi alla formazione del silenzio rifiuto,

l'interessato può presentare richiesta di riesame al Difensore Civico territorialmente competenti e/o ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale (TAR).

14.3. Le controversie relative all'accesso ai documenti amministrativi sono disciplinate dal codice del processo amministrativo (D.Lgs. 2 luglio 2010, n. 104, art. 116).

Articolo 15 - Archiviazione delle richieste di accesso

15.1. Le richieste di accesso formale, debitamente protocollate, devono essere conservate in archivio secondo quanto previsto dal massimario di scarto vigente dell'ASST.

Sezione 2 - ACCESSO CIVICO "SEMPLICE"

Articolo 1 - Ambito oggettivo

1.1.L'accesso civico è il diritto, da parte di chiunque di accedere a documenti, dati o informazioni per i quali sussiste l'obbligo di pubblicità previsto dalla normativa vigente e in capo all'ASST, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

1.2.L'accesso civico semplice comporta, pertanto l'obbligo di pubblicare i documenti, le informazioni o i dati, in capo all'ASST di Cremona, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Articolo 2 - Legittimazione soggettiva

2.1. Chiunque può chiedere, senza alcuna limitazione circa la legittimazione soggettiva, anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato, senza motivazione e gratuitamente, la pubblicazione sul sito web istituzionale di documenti, informazioni o dati di cui l'ASST ha omesso la pubblicazione, nei casi in cui vi era obbligata, ai sensi della normativa vigente.

Articolo 3 - Istanza di accesso civico

3.1.L'istanza di accesso civico, contenente le complete generalità del richiedente con i relativi recapiti e numeri di telefono, identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti. **(allegato 3)**

3.2.L'istanza può essere trasmessa dal soggetto interessato per via telematica, secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante il «Codice dell'amministrazione digitale». Pertanto, ai sensi dell'art. 65 del CAD, le istanze presentate per via telematica sono valide se:

- a) sottoscritte mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato;
- b) l'istante o il dichiarante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché la carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;
- c) sono sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento d'identità;
- d) trasmesse dall'istante o dal dichiarante mediante la propria casella di posta elettronica certificata purché le relative credenziali di accesso siano state rilasciate previa identificazione del titolare, anche per via telematica secondo modalità definite con regole tecniche adottate ai

sensi dell'art. 71 (CAD), e ciò sia attestato dal gestore del sistema nel messaggio o in un suo allegato.

3.3. Resta fermo che l'istanza può essere presentata anche a mezzo posta, fax o direttamente presso gli uffici e che laddove la richiesta di accesso civico non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, la stessa debba essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, che va inserita nel fascicolo (cfr. art. 38, commi 1 e 3, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

3.4. L'istanza deve essere presentata al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, i cui riferimenti sono indicati nella Sezione "Amministrazione trasparente" del sito web istituzionale dell'ASST di Cremona. Ove tale istanza venga presentata ad altro ufficio dell'ASST, il responsabile di tale ufficio provvede a trasmetterla al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza nel più breve tempo possibile.

3.5. Il Servizio/struttura/ufficio competente dell'ASST, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto, informandone il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza che lo trasmette al richiedente ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il relativo collegamento ipertestuale. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

3.6. Nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'articolo 3- sezione 1 del presente Regolamento, il quale, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, entro quindici giorni provvede ai sensi del precedente comma 5.

3.7. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza ha l'obbligo di segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o adempimento parziale all'ufficio di disciplina dell'ASST ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare; la segnalazione degli inadempimenti viene effettuata anche al vertice politico dell'amministrazione e all'OIV ai fini dell'attivazione dei procedimenti rispettivamente competenti in tema di responsabilità.

Sezione 3 - ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Articolo 1 - Ambito oggettivo

1.1. L'accesso civico generalizzato è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalla ASST di Cremona, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del D.lgs 33/2013 e s.m.i.

Articolo 2 - Legittimazione soggettiva

2.1 Interessati

2.1.1. Chiunque può chiedere, senza alcuna limitazione circa la legittimazione soggettiva, anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato, senza

motivazione e gratuitamente, l'accesso di documenti, informazioni o dati detenuti dall'ASST, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela.

2.1.2. Il diritto di accesso, così come previsto nei sistemi FOIA, viene applicato tenendo conto della tutela preferenziale a conoscere; pertanto, qualora non sia specificato un diverso titolo giuridico della domanda (procedimentale/documentale, ecc.) la stessa verrà trattata come richiesta di accesso generalizzato.

2.2 Controinteressati

2.2.1. I soggetti controinteressati sono esclusivamente le persone fisiche e giuridiche portatrici dei seguenti interessi privati, di cui all'art. 5-bis, c. 2 del D.Lgs 33/2013 e smi:

- a) protezione dei dati personali, in conformità al D.Lgs. n. 196/2003;
- b) libertà e segretezza della corrispondenza intesa in senso lato ex art.15 Costituzione;
- c) interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

2.3. Responsabili del procedimento

2.3.1. Responsabile dei procedimenti di accesso è il Dirigente/Responsabile dell'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti, il quale può affidare ad altro dipendente l'attività istruttoria ed ogni altro adempimento inerente il procedimento, mantenendone comunque la responsabilità.

2.3.2. I Dirigenti/Responsabili dell'ASST ed il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza controllano ed assicurano la regolare attuazione dell'accesso sulla base di quanto stabilito dal presente regolamento.

Articolo 3 - Istanza di accesso e competenza a ricevere le domande

3.1. L'istanza di accesso

3.1.1. L'istanza di accesso, deve contenere le complete generalità del richiedente con i relativi recapiti e numeri di telefono. **(allegato 4).**

Nel caso di richiesta anonima l'ASST non potrà procedere al riguardo; in caso di richiesta da parte di un soggetto la cui identità sia incerta, l'ASST comunicherà al richiedente la necessità di identificarsi.

3.1.2. L'istanza di accesso non deve essere generica, ma deve contenere l'identificazione dei dati, delle informazioni o dei documenti richiesti.

3.1.3. Non è ammissibile la richiesta meramente esplorativa, volta a scoprire di quali informazioni dispone l'ASST.

3.1.4. Non è consentita una domanda di accesso per un numero manifestamente irragionevole di documenti, tale da impedire il buon andamento dell'amministrazione.

3.1.5. Nei casi sopra indicati di richiesta generica, meramente esplorativa e/o richiedente l'accesso ad un numero manifestamente irragionevole di dati, l'ASST contatterà il richiedente al fine di giungere, se possibile, alla definizione adeguata dell'oggetto della domanda.

3.1.6. L'ASST consente l'accesso ai documenti nei quali siano contenute le informazioni già detenute e gestite dalla stessa; è escluso che l'ASST, per rispondere alla richiesta di accesso, sia

tenuta a formare o raccogliere o altrimenti procurarsi informazioni che non siano già in suo possesso, ovvero a rielaborare i dati ai fini dell'accesso generalizzato.

3.1.7. L'istanza di accesso può essere trasmessa dal soggetto interessato per via telematica secondo le modalità previste dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante il «Codice dell'amministrazione digitale». Pertanto, ai sensi dell'art. 65 del CAD, le istanze presentate per via telematica sono valide se:

- a) sottoscritte mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata il cui certificato è rilasciato da un certificatore qualificato;
- b) l'istante o il dichiarante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché la carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;
- c) sono sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento d'identità;
- d) trasmesse dall'istante o dal dichiarante mediante la propria casella di posta elettronica certificata purché le relative credenziali di accesso siano state rilasciate previa identificazione del titolare, anche per via telematica secondo modalità definite con regole tecniche adottate ai sensi dell'art. 71 (CAD), e ciò sia attestato dal gestore del sistema nel messaggio o in un suo allegato.

3.1.8. Resta fermo che l'istanza può essere presentata anche a mezzo posta, fax o direttamente presso gli uffici e che laddove la richiesta di accesso civico generalizzato non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, la stessa debba essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, che va inserita nel fascicolo (cfr. art. 38, commi 1 e 3, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

3.2. Competenza a ricevere le domande

3.2.1. Competenti a ricevere le domande presso l'ASST sono:

- a) l'Ufficio che detiene i dati e/o i documenti richiesti;
- b) l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP);
- c) l'U.O. Affari Generali e Legali – Ufficio Protocollo.

Tutti i sopra citati uffici nel caso in cui non coincidessero con l'ufficio competente a decidere sulle domande di accesso, devono trasmetterle a quest'ultimo tempestivamente.

3.2.2. Nel caso in cui la domanda sia stata erroneamente presentata all'ASST che non detiene i dati, l'Ufficio ricevente deve inoltrare tempestivamente la domanda all'Amministrazione competente e darne comunicazione al richiedente, specificando il termine di conclusione del procedimento.

Articolo 4 - Notifica ai controinteressati

4.1. L'ufficio a cui è indirizzata la richiesta di accesso generalizzato, se individua soggetti controinteressati, è tenuto a dare comunicazione agli stessi, mediante invio di copia della stessa richiesta di accesso, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica per coloro che abbiano acconsentito a tale forma di comunicazione.

4.2. Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare una motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso. Decorso tale termine, il Responsabile del procedimento provvede sulla richiesta di accesso, accertata la ricezione della comunicazione da parte dei controinteressati.

4.3. La comunicazione ai soggetti controinteressati non è dovuta nel caso in cui l'istanza riguardi l'accesso civico semplice, cioè dati, documenti ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Articolo 5 - Termini del procedimento

5.1. Il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla data in cui l'ASST riceve la domanda (solo in caso di dubbio vale la data di acquisizione della domanda al protocollo), con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali soggetti controinteressati. Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza ai controinteressati durante il tempo stabilito dalla norma per consentire agli stessi di presentare eventuale opposizione (10 giorni dalla ricezione della comunicazione).

5.2. In caso di accoglimento, l'ufficio competente provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti o le informazioni richieste.

5.3. Qualora vi sia stato l'accoglimento della richiesta di accesso generalizzato nonostante l'opposizione del controinteressato, l'ASST è tenuta a darne comunicazione a quest'ultimo. I dati o i documenti richiesti possono essere trasmessi al richiedente non prima di quindici giorni dalla ricezione della stessa comunicazione da parte del controinteressato, ciò anche al fine di consentire a quest'ultimo di presentare eventualmente richiesta di riesame o ricorso al difensore civico, oppure ricorso al giudice amministrativo.

5.4. Nel caso di richiesta di accesso generalizzato, l'ASST deve motivare l'eventuale rifiuto, differimento o la limitazione dell'accesso con riferimento ai soli casi e limiti stabiliti dall'art. 5-bis del D.Lgs. n.33/2013 e smi.

Articolo 6 - Eccezioni assolute all'accesso generalizzato

6.1. Il diritto di accesso generalizzato è escluso:

- a) nei casi di segreto di Stato (cfr. art. 39, legge n. 124/2007);
- b) nei casi in cui l'accesso è subordinato dalla disciplina vigente al rispetto di specifiche condizioni, modalità o limiti, inclusi quelli di cui all'art. 24, c. 1, legge n. 241/1990. Ai sensi di quest'ultima norma il diritto di accesso è escluso:
 - nei procedimenti tributari locali, per i quali restano ferme le particolari norme che li regolano;
 - nei confronti dell'attività dell'ASST diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, per i quali restano ferme le particolari norme che ne regolano la formazione;
 - nei procedimenti selettivi, nei confronti dei documenti amministrativi contenenti informazioni di carattere psicoattitudinale relativi a terzi;
- c) nei casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge tra cui:
 - il segreto militare (R.D. n.161/1941);
 - il segreto statistico (D.Lgs 322/1989);
 - il segreto bancario (D.Lgs. 385/1993);
 - il segreto scientifico e il segreto industriale (art. 623 c.p.);
 - il segreto istruttorio (art.329 c.p.p.);
 - il segreto sul contenuto della corrispondenza (art.616 c.p.);

- i divieti di divulgazione connessi al segreto d'ufficio (art.15, D.P.R. 3/1957)
- i dati idonei a rivelare lo stato di salute, ossia a qualsiasi informazione da cui si possa desumere anche indirettamente, lo stato di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici (art. 22, comma 8, del Codice; art. 7-bis, c. 6, D.Lgs. n. 33/2013);
- i dati idonei a rivelare la vita sessuale (art. 7-bis, c. 6, D.Lgs. n. 33/2013);
- i dati identificativi di persone fisiche beneficiarie di aiuti economici da cui è possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute ovvero alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati (divieto previsto dall'art. 26, comma 4, D.Lgs. n. 33/2013).

6.2. Tali categorie di eccezioni all'accesso generalizzato sono previste dalla legge ed hanno carattere tassativo. In presenza di tali eccezioni l'ASST è tenuta a rifiutare l'accesso trattandosi di eccezioni poste da una norma di rango primario, sulla base di una valutazione preventiva e generale, a tutela di interessi pubblici e privati fondamentali e prioritari rispetto a quello del diritto alla conoscenza diffusa.

6.3. Nella valutazione dell'istanza di accesso, l'ASST deve verificare che la richiesta non riguardi dati, documenti o informazioni sottratte alla possibilità di ostensione in quanto ricadenti in una delle fattispecie indicate al primo comma.

Articolo 7 - Eccezioni relative all'accesso generalizzato

7.1. I limiti all'accesso generalizzato sono posti dal legislatore a tutela di interessi pubblici e privati di particolare rilievo giuridico che l'ASST deve necessariamente valutare con la tecnica del bilanciamento, caso per caso, tra l'interesse pubblico alla divulgazione generalizzata e la tutela di altrettanto validi interessi considerati dall'ordinamento, valutando da un lato la probabilità e serietà del danno agli interessi di soggetti terzi che abbiano fatto opposizione e dall'altro, la rilevanza dell'interesse conoscitivo della collettività (e se esplicitato dal richiedente) quello che la richiesta mira a soddisfare.

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

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive, preordinate ad acquisire elementi conoscitivi necessari per lo svolgimento delle funzioni di competenza dell'ASST.

7.3. In particolare sono sottratti all'accesso, ove sia rilevata la sussistenza del pregiudizio concreto:

- a) gli atti, i documenti e le informazioni concernenti segnalazioni, atti o esposti di privati, di organizzazioni sindacali e di categoria o altre associazioni fino a quando non sia conclusa la relativa fase istruttoria o gli atti conclusivi del procedimento abbiano assunto carattere di definitività, qualora non sia possibile soddisfare prima l'istanza di accesso senza impedire o gravemente ostacolare lo svolgimento dell'azione amministrativa o compromettere la decisione finale;

- b) le notizie sulla programmazione dell'attività di vigilanza, sulle modalità ed i tempi del suo svolgimento, le indagini sull'attività degli uffici, dei singoli dipendenti o sull'attività di enti pubblici o privati su cui l'ente esercita forme di vigilanza;
- c) verbali ed atti istruttori relativi alle commissioni di indagine il cui atto istitutivo preveda la segretezza dei lavori;
- d) verbali ed atti istruttori relativi ad ispezioni, verifiche ed accertamenti amministrativi condotti su attività e soggetti privati nell'ambito delle attribuzioni d'ufficio;
- e) pareri legali redatti dagli uffici, nonché quelli di professionisti esterni acquisiti, in relazione a liti in atto o potenziali, atti difensivi e relativa corrispondenza.

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

a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia, fatto salvo quanto previsto dal precedente articolo. In particolare, sono sottratti all'accesso, ove sia rilevata la sussistenza del pregiudizio concreto, i seguenti atti, documenti ed informazioni:

- documenti di natura sanitaria e medica ed ogni altra documentazione riportante notizie di salute o di malattia relative a singole persone, compreso qualsiasi riferimento alle condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici;
- relazioni dei Servizi Sociali ed Assistenziali in ordine a situazioni sociali, personali, familiari di persone assistite, fornite dall'Autorità giudiziaria e tutelare o ad altri organismi pubblici per motivi specificatamente previsti da norme di legge;
- la comunicazione di dati sensibili e giudiziari o di dati personali di minorenni, ex D.Lgs. n. 193/2003;
- notizie e documenti relativi alla vita privata e familiare, al domicilio ed alla corrispondenza delle persone fisiche, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa;

b) la libertà e la segretezza della corrispondenza. In particolare sono sottratti all'accesso, ove sia rilevata la sussistenza del pregiudizio concreto, i seguenti atti, documenti ed informazioni:

- gli atti presentati da un privato, a richiesta dell'ASST Azienda/Agenzia, entrati a far parte del procedimento e che integrino interessi strettamente personali, sia tecnici, sia di tutela dell'integrità fisica e psichica, sia finanziari, per i quali lo stesso privato chiede che siano riservati e quindi preclusi all'accesso;
- gli atti di ordinaria comunicazione tra enti diversi e tra questi ed i terzi, non utilizzati ai fini dell'attività amministrativa, che abbiano un carattere confidenziale e privato;

c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

7.5. L'ASST è tenuta a verificare e valutare, una volta accertata l'assenza di eccezioni assolute, se l'ostensione degli atti possa determinare un pregiudizio concreto e probabile agli interessi come sopra indicati; deve necessariamente sussistere un preciso nesso di causalità tra l'accesso ed il pregiudizio. Il pregiudizio concreto va valutato rispetto al momento ed al contesto in cui l'informazione viene resa accessibile. I limiti all'accesso generalizzato per la tutela degli interessi pubblici e privati individuati nei commi precedenti si applicano unicamente per il periodo nel quale la protezione è giustificata in relazione alla natura del dato.

7.6. L'accesso generalizzato non può essere negato ove, per la tutela degli interessi pubblici e privati individuati nei commi precedenti, sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento.

7.7. Qualora i limiti di cui ai commi precedenti riguardino soltanto alcuni dati o alcune parti del documento richiesto deve essere consentito l'accesso parziale utilizzando, se del caso, la tecnica dell'oscuramento di alcuni dati; ciò in virtù del principio di proporzionalità che esige che le deroghe non eccedano quanto è adeguato e richiesto per il raggiungimento dello scopo perseguito.

Articolo 8- Differimento.

8.1. Il differimento è ammesso solo quando ricorrano cumulativamente due condizioni:

- a. l'accesso può comportare un pregiudizio concreto
- b. il pregiudizio ha carattere transitorio.

Tale facoltà non può essere fatta valere per rimediare alla tardiva trattazione della domanda e alla conseguente violazione del termine a provvedere.

Articolo 9 - Richiesta di riesame

9.1. Il richiedente, nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso generalizzato o di mancata risposta entro il termine previsto dal precedente art.5 della Sezione 3, ovvero i controinteressati, nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, possono presentare richiesta di riesame al Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni.

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

9.3. A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni.

9.4. Nei casi di accoglimento della richiesta di accesso, anche il controinteressato può presentare richiesta di riesame.

Articolo 10- Motivazione del diniego all'accesso

10.1. Sia nei casi di diniego, anche parziale, connessi all'esistenza di limiti all'accesso generalizzato, sia per quelli connessi alle eccezioni assolute, sia per le decisioni del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, gli atti sono adeguatamente motivati.

Articolo 11 – Impugnazioni

11.1. Avverso la decisione del responsabile del procedimento o, in caso di richiesta di riesame, avverso la decisione del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il richiedente l'accesso generalizzato può proporre ricorso al difensore civico competente per ambito territoriale e/o proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'art. 116 del Codice del processo amministrativo di cui al D.Lgs. n. 104/2010.

11.2. Se l'accesso generalizzato è negato o differito a tutela della protezione dei dati personali in conformità con la disciplina legislativa in materia, il richiedente l'accesso generalizzato può adire il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro dieci giorni dalla richiesta.

Sezione 4 - ACCESSO ALLA DOCUMENTAZIONE CLINICA

Fatta salva in via generale la normativa di cui alle sezioni 1 -2 -3 del presente Regolamento, l'accesso alla documentazione clinica detenuta dall'ASST è altresì regolata dalle successive norme integrative o derogatorie, contenute nella presente Sezione.

Articolo 1 - Ambito oggettivo

1.1. Costituiscono oggetto del diritto di accesso la documentazione clinica ed ogni documentazione contenente dati inerenti alla salute (lastre radiografiche, referti diagnostici, referti analitici, verbali di prestazioni di pronto soccorso e, più in generale, tutte le certificazioni riguardanti i pazienti assistiti presso le strutture dell'ASST).

Articolo 2 – Legittimazione soggettiva

2.1 Interessati

2.1.1. Per le categorie dei documenti di cui all'articolo precedente, i soggetti legittimati all'accesso sono individuati come segue:

- a) Paziente maggiorenne o minorenni emancipato al quale la documentazione clinica si riferisce;
- b) Soggetti che esercitano la potestà dei genitori, nel caso in cui il paziente sia minorenne. Il genitore, in caso di separazione o divorzio, deve specificare, all'atto della richiesta di accesso, di essere o non essere genitore affidatario del minore, al fine di qualificare la propria posizione giuridica. Nel caso di revoca della potestà ad entrambi i genitori, è da ritenere che il diritto di accesso debba essere esercitato esclusivamente dal tutore nominato, unico soggetto responsabile della tutela degli interessi del minore;
- c) Tutore, nei casi di paziente interdetto giudiziale (art.414 c.c.) o nel caso di cui al precedente punto b). Per le persone inabilitate (art. 415 c.c.) la volontà del richiedente deve essere integrata da quella del curatore, che deve parimenti sottoscrivere la richiesta. La qualità di tutore o curatore può anche essere attestata a mezzo dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/00;
- d) Terze persone, purché munite di delega scritta da parte del paziente o da chi esercita la potestà o la tutela. In tali casi, quando la sottoscrizione dell'atto di delega non avviene innanzi al funzionario incaricato dell'ASST, dovrà essere prodotta copia del documento di identità del delegante che ha sottoscritto l'atto e del delegato, identificato al momento del ritiro;
- e) In caso di paziente deceduto, eredi legittimi o testamentari del paziente deceduto, previa fornitura della prova della propria qualità di erede anche mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione ovvero chi abbia un interesse proprio o agisca a tutela dell'interessato o per ragioni familiari meritevoli di tutela, previa adeguata fornitura delle motivazioni per cui agisce (art. 9, comma 3, D.Lgs. n. 196/2003);
- f) Autorità giudiziaria (artt. 210-211-261 c.p.c.; artt. 70 e 370 c.p.p.);
- g) Polizia giudiziaria (artt. 55, 348 e 370 c.p.p.);
- h) I.N.A.I.L., nei casi di infortunio occorso ad un assicurato (artt. 94 e 95 del DPR 1124/65 e art.5 del DM 15.3.1991);
- i) I.N.P.S., nei casi di competenza per le spese di ospedalità (artt. 17 e 18 del DPR 2316/34);
- j) Enti esteri o sopra nazionali, legittimati all'accesso sulla base di convenzioni internazionali;
- k) Ispettori del Lavoro, per conto dell'Ispettorato del lavoro e/o enti con funzioni analoghe (art.64 del DPR 303/56);

- l) Prefetture, per spese di ricovero ospedaliero urgente di cittadini stranieri indigenti (L. 6972/1890; RD 99/1891 art. 114);
- m) Dirigenti o organi di gestione dell'ente presso cui il paziente trovasi ricoverato, per ragioni di ufficio (assicurative, di spedalità, di responsabilità civile ect.), previa richiesta motivata dalle ragioni che giustificano l'accesso;
- n) Legale rappresentante o Direttore Sanitario o delegato di altri ospedali o cliniche, a seguito di trasferimento di pazienti in tali strutture, previa richiesta motivata della necessità di disporre di tali dati utili al trattamento morboso in atto;
- o) Medico curante se munito di espressa delega rilasciatagli dal paziente;
- p) Enti di ricerca e studio, le cui richieste motivate dovranno essere valutate caso per caso e soddisfatte compatibilmente con la esigenza di anonimità dei pazienti cui i dati si riferiscono.

2.2 Controinteressati

2.2.1. Sono controinteressati il paziente e altri familiari del paziente ai cui atti è richiesto l'accesso.

2.3 Responsabile del procedimento di accesso

2.3.1. In tema di documentazione sanitaria i Responsabili del procedimento di accesso sono il Direttore Sanitario di Presidio o il dirigente del servizio/struttura competente a formare l'atto o a detenerlo stabilmente a cui vanno indirizzate le relative domande.

Articolo 3 - Modalità, tempi di rilascio della documentazione ed oneri finanziari

3.1. In conformità a quanto prescritto dall' art. 4 comma 2 della L. n. 24/2017 il rilascio della documentazione sanitaria, nella misura immediatamente disponibile, è eseguito entro sette giorni dalla presentazione della relativa richiesta da parte degli aventi diritto. Le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della richiesta stessa.

3.2. Preferibilmente la richiesta è evasa in formato elettronico.

3.3. Gli obblighi in tema di imposta di bollo non si applicano in caso di rilascio di copie autenticate di cartelle cliniche.

3.4. Le richieste di accesso, in carta libera, non possono essere generiche. L'interessato dovrà indicare gli estremi e gli elementi che permettono l'identificazione della documentazione oggetto della richiesta. La richiesta può, per altro, riferirsi a più documenti.

Qualora la richiesta sia formulata da soggetto diverso da quello cui si riferisce la documentazione o dal delegato o tutor o curatore di quest'ultimo, il richiedente dovrà motivare e comprovare l'interesse connesso alla richiesta e dovrà far constare la propria identità.

3.5. Ove la richiesta risulti irregolare o incompleta, l'ASST è tenuta a darne comunicazione al richiedente entro 7 giorni con raccomandata con avviso di ricevimento o con altro mezzo idoneo a comprovarne la ricezione. In tal caso, il termine del procedimento ricomincia a decorrere dalla data di presentazione della richiesta corretta. Egualmente, nei casi di diniego, limitazione o differimento dell'accesso ai documenti richiesti, le relative determinazioni dovranno essere comunicate, sempre entro 7 giorni dalla data di pervenimento della richiesta e, comunque, entro il minor tempo possibile, direttamente all'interessato in forma scritta precisando l'ufficio che ha trattato la pratica di accesso, i motivi del rifiuto, della limitazione o del differimento, nonché i termini per la presentazione del ricorso al TAR.

3.6. Le richieste di rilascio di copia di cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera, nonché di tutta la documentazione sanitaria, da parte dei soggetti diversi dall'interessato o di altri soggetti titolari ad agire per suo conto, sono accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità (ex. art.92 del D.Lgs n.196/2003):

- di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile;
- di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale ed inviolabile.

3.7. Viceversa, qualora la richiesta sia da subito evadibile, in conformità a quanto prescritto dall'art.4 comma 2 della L. 24/2017, il rilascio della documentazione sanitaria, nella misura immediatamente disponibile, è eseguito entro 7 giorni dalla presentazione della richiesta da parte degli aventi diritto. Le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso, entro il termine massimo di 30 giorni dalla presentazione della richiesta stessa.

3.8. Il rilascio della documentazione avviene in applicazione del seguente Tariffario:

Copie documenti sanitari (verbale P.S. – refertazioni – impegnative –ecc.):

- formato A4 Euro 2,00 forfettari per tipologia di documento da rilasciare
- formato A3 Euro 2,50 forfettari per tipologia di documento da rilasciare

Riproduzione su supporto informatico di immagini e/o documenti digitalizzati, compresa copia cartella clinica su file pdf :

- DVD / CD / PDF Euro 10,00 cad.

Riproduzione lastre radiografiche:

- formato 24x30 Euro 3,50 cad.
- formato 35,6x43,2 Euro 6,00 cad.
- formato 14x17'' Euro 6,00 cad.

Cartella clinica:

tariffa unica forfetaria: € 25,00 (non assoggettata ad IVA) per fotocopia di cadauna cartella clinica in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital;

pagamento anticipato, da effettuarsi prima della consegna dei documenti;

Il pagamento deve essere effettuato mediante bonifico bancario intestato a: ASST di Cremona - tramite le seguenti coordinate: conto corrente di tesoreria c/o Codice IBAN: IT56J0100003245133300319725 con indicazione specifica della causale: rilascio documenti sanitari + nome e cognome.

Se l'interessato chiede di ricevere copia della documentazione sanitaria al suo domicilio a mezzo servizio postale, questa è trasmessa tramite raccomandata AR, all'indirizzo indicato nella richiesta. L'invio avverrà con tassa a carico del destinatario ed in contrassegno secondo le tariffe applicate dalle Poste italiane o altra società di spedizioni o consegna.

In questo ultimo caso l'importo da pagare corrisponderà al costo di riproduzione dei documenti, più i costi di spedizione, più un ulteriore importo corrispondente alla cifra trattenuta da Poste italiane per la conversione del vaglia postale.

Sezione 5 – ISTITUZIONE DEL REGISTRO DEGLI ACCESSI

L'ASST istituisce il registro degli accessi, distinto per tipologia: accesso documentale, accesso civico semplice ed accesso civico generalizzato, che viene aggiornato con cadenza semestrale. E' reperibile sul sito istituzionale dell'ASST, nella sezione Amministrazione trasparente – altri contenuti - accesso civico.

Il Registro contiene l'elenco delle richieste ed il relativo esito e persegue i seguenti scopi:

- semplificare la gestione delle richieste e le connesse attività istruttorie
- favorire le armonizzazioni delle decisioni
- monitorare l'andamento delle richieste.

Sezione 6 – DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 1 - Abrogazioni

1.1. Dalla data di entrata in vigore del presente regolamento sono abrogate tutte le precedenti disposizioni aziendali in materia.

Articolo 2 - Norme di rinvio

2.1. Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente Regolamento, si fa rinvio alle norme in materia previste dalle disposizioni normative vigenti o sopravvenienti, incompatibili con i presenti articoli.

Articolo 3 - Entrata in vigore

3.1. Il presente Regolamento entra in vigore alla data di adozione del provvedimento di approvazione.

3.2. Il presente regolamento viene pubblicato sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", nella sotto sezione – Altri contenuti – Accesso civico - unitamente ad apposita modulistica relativa alla presentazione delle istanze di accesso agli atti.



Allegato 1

MODULO ACCESSO INFORMALE AGLI ATTI E DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Il sottoscritto-----Responsabile dell'U.O.-----

ATTESTA

Che il giorno -----alle ore ----- presso la suddetta U.O.

Si è recato il sig./a -----

Per richiedere: ☐ verbalmente ☐ con nota scritta (prot n.....)

☐ consultazione

☐ estrazione di copia semplice

☐ estrazione di copia autentica

Di:-----

Verificata:

- la natura del/i documenti richiesti, la legittimazione del richiedente, la sua identità, la sussistenza dell'interesse all'accesso agli atti
- l'immediata disponibilità del/i documenti richiesti
- l'inesistenza di controinteressati

il richiedente ha espletato il diritto di accesso mediante: (descrivere le modalità):

Il richiedente era accompagnato dal/la sig./ra.....che ha esibito il seguente documento di identificazione:-----

Data.....

Il Responsabile U.O.

Per conferma

Il richiedente.....



Allegato 2

MODULO ISTANZA FORMALE DI ACCESSO AGLI ATTI E DOCUMENTI AMMINISTRATIVI

Spett.le
ASST di Cremona
Viale Concordia n.1
26100 CREMONA

Oggetto: richiesta di accesso ai documenti amministrati

Nome:-----Cognome:-----

Luogo di nascita: -----data di nascita-----/-----/-----

Residente a -----Via-----

CAP----- Provincia -----/ Sto estero -----

Indirizzo PEC / e-mail: -----

Tel. -----

Documento di identificazione -----n. -----

Rilasciato da ----- il -----

In qualità di: (barrare l'opzione di interesse)

- ☐ Diretto interessato
☐ Legale rappresentante (allegare documentazione)
☐ delegato (allegare atto di delega unitamente a copia del documento di identità del delegante)

CHIEDE

(barrare l'opzione di interesse)

- ☐ DI PRENDERE VISIONE
☐ IL RILASCIO DI COPIA SEMPLICE
☐ IL RILASCIO DI COPIA AUTENTICATA (soggetta a imposta di bollo)

dei sotto indicati documenti amministrati:

per i seguenti motivi (specificare l'interesse connesso con l'oggetto della richiesta):

Recapito dove inoltrare il provvedimento: -----

Data.....

firma

La compilazione del modulo autorizza formalmente il trattamento dei dati personali nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003

Data.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta (ai sensi dell' art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall' ASST di Cremona esclusivamente per l'istruttoria della presente richiesta e per le finalità strettamente connesse.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento di cui trattasi e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alla finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST di Cremona, in persona del Direttore Generale che ne è legale rappresentante.

Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente/Responsabile dell' ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti.



Allegato 3

MODULO ISTANZA DI ACCESSO CIVICO SEMPLICE

(per documenti, dati e informazioni soggetti a obbligo di pubblicazione ex art.5 D.Lgs n.33/2013)

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione
e Trasparenza ASST di Cremona
Viale Concordia n.1
26100 Cremona
mail: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it)

La/il sottoscritto (nome)------(cognome)-----

Luogo di nascita: -----data di nascita-----/-----/-----

Residente a -----Via-----

CAP----- Provincia -----/ Sto estero -----

In qualità di -----(1)

CHIEDE

la pubblicazione dei seguenti documenti, dati o informazioni detenuti dall'ASST di Cremona (ai sensi e per gli effetti dell' art. 5, comma. 1, d.lgs. 33/2013):

------(2)

e la comunicazione alla/al medesima/o dell'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale e quanto forma oggetto dell'istanza.

Indirizzo per le comunicazioni: -----

------(3)

Luogo e data -----

Firma -----

Si allega: copia del documento identità

- 1) Indicare la qualifica nel caso di agisca per conto di una persona giuridica
- 2) Specificare il documento / informazione/ dato di cui è stata omessa la pubblicazione obbligatoria; nel caso sia a conoscenza dell'istante, specificare la norma che impone la pubblicazione di quanto richiesto
- 3) Inserire indirizzo (anche eventualmente di posta elettronica certificata) I quale si chiede venga inviato il riscontro alla presente istanza.

La compilazione del modulo autorizza formalmente il trattamento dei dati personali nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003

Data.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta (ai sensi dell' art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall' ASST di Cremona esclusivamente per l'istruttoria della presente richiesta e per le finalità strettamente connesse.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento di cui trattasi e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alla finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST di Cremona, in persona del Direttore Generale che ne è legale rappresentante.

Il Responsabile del trattamento è la dott.ssa Marianna Bonfanti, Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza ASST di Cremona.



Allegato 4

MODULO ISTANZA DI ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO – F.O.I.A.
(per documenti, dati e informazioni non soggetti a obbligo di pubblicazione)

Al Direttore Generale
 ASST di Cremona
 Viale Concordia n.1
 26100 Cremona
 mail: responsabile.trasparenza@asst-cremona.it

Io sottoscritt_

Dati anagrafici *	<i>nome</i>	<i>cognome</i>	<i>codice fiscale</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>
Residenza *	<i>Indirizzo</i>	<i>CAP</i>	<i>Comune</i>	<i>Provincia / Stato Estero</i>	
Recapiti *	<i>@</i>	<i>Indirizzo PEC/e-mail</i>	<i>telefono</i>		

CHIEDO

l'accesso civico ai seguenti documenti, dati o informazioni detenuti dall' ASST di Cremona (art. 5, comma. 2, d.lgs. 33/2013)

Documento	<i>Descrizione del contenuto*</i>	<i>/ /</i>
	<i>Autore</i>	<i>destinatario</i>
Dato	<i>Descrizione del contenuto*</i>	<i>dal.....al.....</i>
	<i>Fonte del dato (es. denominazione banca dati)</i>	<i>periodo di riferimento</i>

Informazione

Descrizione del contenuto*

Fonte (es. es. pagina web dove l'informazione è citata)

dal.....al.....
periodo di riferimento

ALLEGRO

copia di documento di identità (non occorre per le istanze sottoscritte con firma digitale).

Luogo e data ----- **Firma** -----

*i campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori

La compilazione del modulo autorizza formalmente il trattamento dei dati personali nel rispetto del decreto legislativo n. 196/2003

Data.....

firma

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti con la presente richiesta (ai sensi dell' art. 13 del D.lgs. 196/2003)

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dall' ASST di Cremona esclusivamente per l'istruttoria della presente richiesta e per le finalità strettamente connesse.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento di cui trattasi e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alla finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in maniera anonima per la creazione di profili degli utenti del servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare e Responsabile del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASST di Cremona, in persona del Direttore Generale che ne è legale rappresentante.

Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente/Responsabile dell'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti e/o l'U.R.P. o altro ufficio indicato dall'ASST di Cremona.

R.D. 05/02/1891, n. 99

Approvazione dei regolamenti per l'esecuzione della legge sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 11 marzo 1891.

114. L'ammissione d'un malato straniero negli ospedali del Regno, non avvenuta a richiesta del Console della nazione alla quale appartiene, deve essere al più presto possibile notificata al Console medesimo coll'indicazione della infermità che ne rese necessario il ricovero.

Ove nel luogo stesso o nei dintorni esistano ospedali della nazione del malato o che siano destinati alla cura degli stranieri, l'ammalato può esservi trasportato, previo accordo col Console, quando l'ospedale predetto sia pronto ad accoglierlo, e lo stato dell'infermo lo consenta a giudizio del medico curante (162).

(162) L'art. 13, R.D. 26 luglio 1896, n. 361 ha abrogato tutte le norme del presente decreto con esso incompatibili. Le Congregazioni di carità sono state sostituite dagli Enti comunali di assistenza (L. 3 giugno 1937, n. 847). Le funzioni tutorie della G.P.A., in materia, sono passate ai Comitati provinciali per l'assistenza e la beneficenza pubblica (D.Lgs.Lgt. 22 marzo 1945, n. 173). Le sottoprefetture sono state soppresse con D.L. 2 gennaio 1927, n. 1, che ne ha devoluto le funzioni alle Prefetture. Si tenga presente che l'abrogazione del presente provvedimento - già prevista ai sensi del combinato disposto dell'art. 2 e dell'allegato 1, D.L. 22 dicembre 2008, n. 200, a decorrere dal sessantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore dello stesso decreto - non è più prevista dalla nuova formulazione dell'allegato 1 dopo la conversione in legge.

PROCEDURA SICUREZZA INFORMATICA ASST DI CREMONA

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Cremona



Sommaro

PROCEDURA SICUREZZA INFORMATICA ASST DI CREMONA	1
<i>Scopo</i>	1
<i>Ambito di applicazione del documento</i>	1
<i>Obiettivi per la Sicurezza Informatica</i>	1
<i>Gestione della Sicurezza dei Sistemi e delle Applicazioni</i>	2
<i>Autenticazione e Autorizzazione</i>	2
<i>Sicurezza dei servizi applicativi e di sistema</i>	3
<i>Protezione dal malware</i>	3
<i>Rapporti con i fornitori</i>	4
<i>Sicurezza delle postazioni di lavoro e dei dispositivi mobili</i>	4
<i>Strumenti per il personale</i>	5
SICUREZZA DELLE RETI	5
<i>Gestione della Sicurezza della Rete</i>	5
<i>Segregazione tra le reti</i>	6
<i>Accessi di rete per la gestione del sistema informatico</i>	6
<i>Reti wireless</i>	7
<i>Accesso remoto alla rete</i>	7
<i>Continuità dei servizi di rete</i>	7
PROGETTAZIONE, SVILUPPO E MANUTENZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO	7
<i>Sicurezza delle procedure di progettazione, sviluppo e collaudo</i>	8
<i>Sicurezza nella gestione dei cambiamenti</i>	9
<i>Cambiamenti in emergenza</i>	11
<i>Sicurezza delle procedure operative di gestione</i>	11
RIFERIMENTI NORMATIVI	14



Scopo

Questo documento descrive le regole adottate dall'ASST di Cremona per la protezione di sistemi, reti e applicazioni dell'ASST di Cremona a sostegno delle informazioni nel corso di tutto il loro ciclo di vita, dalla progettazione fino alla dismissione. Definisce inoltre ruoli e le responsabilità specifici, preposti all'attuazione delle suddette regole, anche in adempimento delle normative pertinenti.

Questo documento integra le politiche e procedure già definite per la gestione del sistema informativo di ASST di Cremona.

Ambito di applicazione del documento

Questo documento si applica a tutte le informazioni trattate dall'ASST di Cremona, indipendentemente dagli strumenti utilizzati e dai supporti su cui le informazioni sono memorizzate o trasmesse: non si limita quindi alle informazioni in forma elettronica ma comprende ad esempio anche quelle trattate su supporto cartaceo, etc.

Sono inoltre espressamente inclusi in questo contesto i fornitori e i collaboratori dell'Ente che ne trattano le informazioni o che hanno comunque accesso ad esse.

Obiettivi per la Sicurezza Informatica

L'ASST di Cremona ha stabilito che l'obiettivo principale per la sicurezza informatica deve essere quello di sostenere la gestione del ciclo di vita dei sistemi, delle reti e delle applicazioni (includendotra essi anche i sistemi e gli apparati per la sicurezza del patrimonio informativo aziendale) garantendo un adeguato, nel senso di appropriato e uniforme, livello di protezione. Nel perseguimento di questo obiettivo principale, l'ASST di Cremona ritiene che la sicurezza informatica sia un elemento abilitante per:

- assicurare la disponibilità di sistemi, reti ed applicazioni a supporto delle attività istituzionali, in particolare quelle legate alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del paziente;
- garantire la protezione delle informazioni trattate nell'ambito del sistema informativo, con particolare riferimento ai dati personali e sensibili dei pazienti, in linea con la normativa vigente e nel rispetto della dignità della persona;
- garantire che le attività operative e che le procedure di acquisizione, progettazione, realizzazione e manutenzione dei sistemi, delle reti e delle applicazioni, comprese quelle riconducibili all'ambito dell'ingegneria clinica, siano svolte in accordo con le politiche di sicurezza dell'ASST di Cremona, e con gli standard e le buone pratiche nazionali ed internazionali di sicurezza delle informazioni in conformità con leggi, norme e regolamenti vigenti in materia;
- garantire l'attuazione di adeguate misure tecniche e organizzative su sistemi, reti ed applicazioni, comprese quelle riconducibili all'ambito dell'ingegneria clinica, anche in relazione alle diverse fasi del ciclo di vita, volte a salvaguardare il patrimonio informativo, in particolare rispetto ai rischi derivanti da attacchi intenzionali, errori ed eventi esterni;



- integrare la gestione della sicurezza dell'ASST di Cremona nella più generale gestione della sicurezza del Sistema Federato, allineando dove necessario l'organizzazione, le procedure e gli strumenti, anche al fine di realizzare le opportune sinergie;
- assicurare che le decisioni in materia di protezione dei sistemi, delle reti e delle applicazioni, siano prese in accordo con il livello di rischio informatico a cui le informazioni trattate tramite i sistemi, le reti e le applicazioni sono esposte, individuando pertanto il miglior equilibrio possibile tra costi relativi alla sicurezza delle informazioni e livello di protezione atteso;
- garantire, tramite una sempre maggiore integrazione dei processi di *business* con quelli di governo del sistema informatico, una maggiore sensibilità da parte di tutta l'ASST di Cremona rispetto agli obiettivi di sicurezza delle informazioni che devono essere perseguiti.

Gestione della Sicurezza dei Sistemi e delle Applicazioni

L'ASST di Cremona sovrintende all'implementazione di azioni atte a garantire:

- il mantenimento del governo della gestione dei sistemi, anche in caso di outsourcing del servizio o della sua gestione;
- l'individuazione dei soggetti responsabili delle diverse attività, coerentemente con le regole definite;
- l'adozione di misure di sicurezza adeguate alla criticità delle informazioni trattate dai sistemi;
- l'accesso alla rete da parte dei sistemi mediante interfacce e servizi protetti in modo conforme alla classificazione delle informazioni gestite o trasmesse;
- la definizione di livelli di servizio adeguati, anche in termini di sicurezza, alle esigenze delle applicazioni supportate sia per i sistemi gestiti dall'ASST di Cremona che per quelli affidati alla gestione di fornitori esterni;
- la documentazione delle configurazioni attese ed in essere;
- il tracciamento delle operazioni di gestione;
- la definizione, la documentazione e l'attuazione delle misure atte a garantire la disponibilità dei sistemi per attività legate direttamente alla cura dei pazienti, inclusiva della valutazione dell'impatto che un degrado delle performance possa avere sulle attività cliniche.

Autenticazione e Autorizzazione

L'accesso a tutti i sistemi e alle applicazioni dell'ASST di Cremona prevede obbligatoriamente una procedura di autenticazione e autorizzazione di robustezza adeguate al livello di classificazione delle informazioni trattate.

Particolari misure di autenticazione e autorizzazione ciascuno per il proprio ambito di competenza:

- per l'accesso da parte di utenti con particolari privilegi;
- per l'accesso a funzionalità critiche per la sicurezza dei sistemi e delle applicazioni;
- per lo svolgimento di attività di manutenzione e amministrazione dei sistemi, delle applicazioni e dei sistemi atti a garantire la sicurezza dei dati;



- per l'autenticazione e l'autorizzazione di utenze assegnate a sistemi e ad applicazioni (comunicazioni *Application-to-Application* e *Machine-to-Machine*).

In particolare, per i sistemi e le applicazioni classificati come ad **Alta Disponibilità** o che trattano dati classificati come **Riservati, Strettamente Riservati e ad Alta Integrità**, le procedure di autenticazione e autorizzazione sono protette da misure adeguate al livello di classificazione dei sistemi e delle applicazioni che le hanno generate.

Sicurezza dei servizi applicativi e di sistema

I servizi di sistema e le applicazioni sono configurati per consentire l'accesso agli utenti ed al personale solo mediante connessioni protette tramite meccanismi di autenticazione e di cifratura delle sessioni di comunicazione, tramite algoritmi e protocolli conformi alla normativa.

Le eccezioni sono adeguatamente documentate, motivate e sottoposte all'approvazione del Responsabile della Sicurezza delle Informazioni, e sono comunque conformi alla normativa vigente, compresa quella emessa da Regione Lombardia nell'ambito del Sistema Federato.

Il Responsabile Sistemi Informativi, il responsabile del Servizio di Fisica Sanitaria ed il Responsabile dell'Ingegneria Clinica, ciascuno per il proprio ambito di competenza, assicurano che i servizi di sistema e le applicazioni erogati verso terzi (cittadini, altri Enti, aziende, etc.) prevedano l'autenticazione del servizio mediante l'utilizzo di certificati digitali emessi da autorità di certificazione riconosciute dai browser più comunemente utilizzati o, quando non erogati al cittadino, tramite altri meccanismi di autenticazione concordati con i soggetti terzi, che garantiscano l'autenticazione del server prima della richiesta di credenziali di autenticazione utente.

Protezione dal malware

È assicurata l'adozione di adeguate misure per prevenire, rilevare e contenere la presenza di malware nel sistema informativo, per la sua rimozione e per il ripristino dei sistemi danneggiati. Esse prevedono:

- il ricorso a soluzioni gestite centralmente, per consentire un maggiore controllo sullo stato di aggiornamento dei sistemi di rilevamento e sulle segnalazioni;
- il ricorso ad una strategia di difesa in profondità, che prevede quanto meno:
 - la protezione dei sistemi di posta elettronica contro il malware e le mail indesiderate (SPAM);
 - la protezione locale su tutti i personal computer del personale;
 - la protezione locale su tutti i sistemi server;
 - la protezione della navigazione degli utenti mediante sistemi centralizzati;
 - l'obbligo, da parte di personale esterno e visitatori occasionali, di disporre di soluzione antivirus aggiornate;
- la verifica quotidiana della presenza di aggiornamenti delle definizioni del malware e la tempestiva installazione degli stessi su tutti i sistemi di protezione;
- la predisposizione di servizi di distribuzione e autorizzazione centralizzata del software per il personale interno ed esterno che opera sui sistemi dell'ASST di Cremona, al fine di contrastare il ricorso all'utilizzo di software proveniente da fonti incontrollate;



- l'obbligo di installazione del software a partire da supporti originali o ottenuto da fonti affidabili, previo opportune verifiche di autenticità.

Rapporti con i fornitori

Si definiscono e aggiornano i requisiti di sicurezza da includere nell'ambito dei contratti con i fornitori di servizi di gestione del sistema informatico.

Tali requisiti indirizzano in modo particolare:

- l'elenco dei requisiti di sicurezza, coerenti con la classificazione delle informazioni gestite;
- livelli di servizio legati al supporto tecnico ed allo svolgimento delle attività assegnate;
- modalità e tempistiche previste per il rilevamento, la segnalazione, la gestione e la reportistica inerenti agli incidenti di sicurezza;
- clausole e obblighi necessari ad assicurare lo svolgimento delle attività di progettazione, realizzazione, manutenzione ordinaria e straordinaria, aggiornamento e gestione delle catene di fornitura, nel rispetto di adeguati requisiti di sicurezza e qualità.

Sicurezza delle postazioni di lavoro e dei dispositivi mobili

Viene definito un modello di gestione standardizzato per categorie di postazioni di lavoro e dispositivi mobili definite in base a:

- tipologie di dispositivo (es: postazioni desktop, notebook, terminali mobili, tablet, etc.);
- tipologia di utenza (es: personale interno o esterno, operatori ed amministratori di sistema, personale medico, personale di sportello, contabilità, ...);
- finalità di utilizzo (gestione sistemistica, elaborazione e analisi dati e documenti, servizi medici, ecc.);
- appartenenza all'azienda, a fornitori parti o agli utenti;
- altre condizioni o una combinazione delle precedenti.

Il modello di gestione standardizzato è finalizzato ad assicurare:

- la definizione, per le postazioni di lavoro ed i dispositivi mobili afferenti ad ogni categoria, delle misure per assicurare la sicurezza delle procedure operative di gestione;
- la gestione del ciclo di vita delle postazioni di lavoro e dei dispositivi mobili;
- le modalità previste per garantire la sicurezza di tali dispositivi in caso di trasporto e usfuori dalle sedi dell'ASST di Cremona;
- le regole di uso accettabile;
- l'autorizzazione esplicita, per categoria, per tipologia di dispositivo o sulla base all'appartenenza organizzativa del personale a cui i dispositivi sono assegnati, per il trattamento di dati classificati come riservati o strettamente riservati;
- l'attivazione dei necessari servizi di gestione tempestiva ed efficace delle anomalie e degli incidenti connessi con l'uso delle postazioni di lavoro e dei dispositivi mobili.

Il Responsabile dei Sistemi Informativi assicura il rispetto e l'applicazione delle politiche e regole di sicurezza applicabili al modello di gestione delle postazioni di lavoro e dei dispositivi mobili.



Requisiti di Sicurezza particolari per le postazioni di lavoro e i dispositivi mobili

Tutte le postazioni di lavoro ed i dispositivi mobili che l'ASST di Cremona assegna o autorizza all'uso presso le proprie sedi e/o per lo svolgimento di attività lavorative, soddisfano, in aggiunta quanto già previsto dal presente Documento, i seguenti requisiti di sicurezza delle informazioni:

- prevedono obbligatoriamente l'utilizzo di PIN, password o altro meccanismo di autenticazione, anche locale, per l'accesso al dispositivo, fatte salve regole più restrittive, ed il blocco automatico dello schermo in caso di inutilizzo;
- prevedono l'aggiornamento periodico del software e degli strumenti di sicurezza, inclusi quelli di protezione dal malware, anche quando utilizzati al di fuori delle sedi dell'ASST di Cremona.

Strumenti per il personale

L'ASST di Cremona, predispone un insieme di servizi designati appositamente per offrire le funzionalità necessarie al proprio personale per garantirne il massimo livello di produttività nel rispetto delle garanzie di tutela della sicurezza delle informazioni gestite.

L'ASST di Cremona a questo scopo mette a disposizione del personale interno:

- i repository documentali ad accesso condiviso;
- i servizi di posta elettronica ordinaria e posta elettronica certificata tramite accesso web;
- i servizi dedicati alla gestione HR (presenze, cedolino, giustificativi, ecc.);
- la disponibilità di reti wireless dedicate per la connettività alla LAN attraverso dispositivimobili aziendali.

SICUREZZA DELLE RETI

È assicurata l'adozione delle misure specifiche al fine di assicurare la continuità dei servizi di rete e la protezione delle informazioni trasmesse attraverso di essi.

Gestione della Sicurezza della Rete

L'infrastruttura di rete è un componente fondamentale del sistema informativo. La sua protezione è, per l'ASST di Cremona, un aspetto critico nel quadro complessivo della gestione della sicurezza delle informazioni.

Il Responsabile dei Sistemi Informativi definisce, documenta e sovrintende all'implementazione di adeguate procedure atte a garantire:

1. il mantenimento del governo della gestione della sicurezza della rete anche in caso di outsourcing del servizio o della sua gestione;
2. l'individuazione dei soggetti responsabili delle diverse attività, coerentemente con le regole definite;
3. l'adozione di misure di sicurezza adeguate alla criticità delle informazioni in transito sui diversi componenti della rete;
4. la protezione dell'accesso dei sistemi alla rete attraverso modalità di autenticazione e controllo accessi coerenti con la classificazione delle informazioni e dei servizi esposti;



5. la definizione di livelli di servizio dei servizi di connettività e delle reti che siano adeguati, anche in termini di sicurezza, alle esigenze dei servizi supportati sia per le reti gestite dall' ASST di Cremona che per quelle affidate alla gestione di fornitori esterni, nonché per la connettività con Internet;
6. la documentazione delle configurazioni attese ed in essere, per garantire la verifica rispetto alle esigenze di comunicazione sicura richieste;
7. il tracciamento delle operazioni di gestione;
8. la definizione, la documentazione e l'attuazione delle misure atte a garantire la disponibilità della connettività e dei servizi di rete per attività legate direttamente alla cura dei pazienti, inclusiva della valutazione dell'impatto che un degrado della connettività possa avere sulle attività cliniche.

Segregazione tra le reti

L'ASST di Cremona adotta la segregazione fra le reti come misura imprescindibile per garantire il controllo del traffico e quindi la sicurezza della rete. Le modalità e le tecnologie adottate sono stabilite sulla base della classificazione delle informazioni trattate.

Viene assicurata la separazione almeno tra le seguenti reti:

- la rete interna, intesa come l'insieme dei sistemi (server, postazioni di lavoro, apparati diretti, ecc..) presenti negli ambienti interni e tra loro interconnessi;
- Internet;
- la Extranet del Sistema Federato, anche in coerenza con la normativa emessa da Regione Lombardia;
- una sottorete dedicata agli accessi VPN;
- sottoreti dedicate a sistemi esposti a rischi specifici (reti di radiologia, radioterapia, medicina nucleare);
- le reti utilizzate per attività e servizi direttamente connesse alla cura dei pazienti (reti degli elettromedicali);
- le reti delle diverse sedi;
- le reti per i servizi di supporto (controllo accessi, IoT, videosorveglianza, ecc.)
- la rete di fonia, anche in modalità VoIP;

La comunicazione fra le suddette reti, quando necessaria, deve essere mediata da firewall, configurati e gestiti in accordo con gli indirizzi per la Configurazione dei Firewall.

Accessi di rete per la gestione del sistema informatico

L'ASST di Cremona utilizza una rete dedicata per la gestione del sistema informativo di produzione (rete di management), la quale è segregata rispetto al resto della rete dell'Ente, ed alla quale è eventualmente connessa mediante firewall.

Le connessioni per attività di gestione sistemistica agli apparati di rete, ai sistemi ed alle interfacce di amministrazione delle applicazioni comprese le connessioni per modifiche alla configurazione, manutenzione, aggiornamenti o per il monitoraggio, sono cifrate a livello applicativo (SSH, TLS).

Le suddette connessioni avvengono da postazioni preventivamente identificate e autorizzate.



Reti wireless

La predisposizione, l'attivazione e l'utilizzo di reti wireless aziendali è subordinata all'implementazione di misure atte a garantire:

1. l'identificazione puntuale dei servizi di rete accessibili mediante reti wireless;
2. l'identificazione delle categorie di utenti e di operatori autorizzati ad accedere;
3. l'autenticazione dei dispositivi e dei sistemi alle reti wireless in modalità definite in relazione alla tipologia di utenza, di servizi ed alla classificazione delle informazioni trattate;
4. la protezione dei dati trasmessi attraverso reti wireless. In particolare, i canali di comunicazione wireless devono essere sempre protetti mediante meccanismi di cifratura aventi caratteristiche di comprovata robustezza.

Accesso remoto alla rete

L'accesso alla rete interna dell'ASST di Cremona, intesa come l'insieme dei sistemi (server, postazioni di lavoro e apparati, compresi quelli di rete e medicali) è consentito al personale, interno, esterno, preventivamente autorizzato nel rispetto dei seguenti criteri:

- gli utenti sono preventivamente autenticati;
- ciascun utente è autorizzato all'accesso ai soli servizi di rete, sistemi ed applicazioni necessari per lo svolgimento delle attività lavorative, tramite una procedura di autorizzazione;
- il canale di comunicazione è cifrato (es: utilizzo di VPN, IPSEC, TLS);
- le connessioni sono attestate su una rete dedicata.

L'autorizzazione all'accesso remoto tramite VPN viene gestito tramite specifico modulo inviato al domicilio digitale aziendale e conservato agli atti.

Continuità dei servizi di rete

Per garantire la Continuità Operativa e la disponibilità dei servizi di rete e dei collegamenti con internet gli apparati di rete critici, i collegamenti utilizzati ed i sistemi di protezione (es: firewall) da cui dipende la connettività ad applicazioni classificate ad Alta Disponibilità, sono implementati nel rispetto dei requisiti di alta affidabilità previsti per la connettività supportata (es. firewall ridondati).

PROGETTAZIONE, SVILUPPO E MANUTENZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO

Deve essere garantito che i requisiti di sicurezza delle informazioni siano definiti e gestiti correttamente durante l'intero ciclo di vita del sistema informatico, assicurando che:

1. le iniziative di progettazione, realizzazione ed evoluzione del sistema informatico siano svolte in accordo con gli obiettivi ed i principi di sicurezza. Tali iniziative comprendono quelle relative all'ingegneria clinica, per quanto riguarda il trattamento di informazioni e l'interfacciamento con il sistema informatico;



2. il Responsabile dei Sistemi informativi sia coinvolto nella definizione dell'organizzazione, delle procedure e degli strumenti per la gestione del sistema informatico, al fine di garantire la necessaria integrazione degli aspetti di sicurezza ICT per le informazioni e per i servizi erogati;
3. la pianificazione delle iniziative di progettazione, realizzazione ed evoluzione del sistema informatico comprendano un'adeguata allocazione di risorse per fare fronte alle esigenze di sicurezza, anche nel corso dell'esercizio di quanto realizzato.

Sicurezza delle procedure di progettazione, sviluppo e collaudo

Deve essere garantito che i requisiti di sicurezza delle informazioni siano definiti e gestiti correttamente nelle attività di progettazione, sviluppo e collaudo relative al sistema informativo con i seguenti scopi:

1. il perseguimento di nuovi obiettivi;
2. l'introduzione di nuovi servizi e funzionalità;
3. lo svolgimento di nuove attività precedentemente non previste;
4. l'attuazione di cambiamenti rilevanti su sistemi, reti, applicazioni e processi operativi ICT, apparati elettromedicali e sistemi di supporto, che abbiano impatti significativi sui processi, sulle procedure operative, sull'assetto organizzativo, o sulle tecnologie e gli strumenti ICT.

Essi dovranno anche tenere conto di eventuali altre politiche definite, non di sicurezza, ad esempio relativamente al ciclo di vita del software. A tale scopo, le attività di progettazione o di acquisizione relative al sistema informativo sono articolate nelle fasi di:

1. definizione dei requisiti;
2. progettazione;
3. sviluppo;
4. test e collaudo;
5. rilascio in produzione.

Sono integrate apposite misure per lo sviluppo sicuro del software e per l'integrazione sicura dei sistemi informativi. Esse prevedono:

- la protezione logica e fisica dell'ambiente e dei dati usati per lo sviluppo e, in particolare:
 - i controlli di accesso logico e fisico alla documentazione tecnica, al codice sorgente ed alle configurazioni, nonché il loro corretto "versioning";
 - il mantenimento delle copie e/o dei supporti originali del software utilizzato;
- la ricerca e l'eliminazione di vulnerabilità nel codice sorgente eventualmente sviluppato, tramite opportune tecniche di sviluppo sicuro e di analisi del codice;
- la limitazione delle modifiche (c.d. "personalizzazioni") dei pacchetti software (in particolare prodotti acquisiti da fornitori esterni) ai soli casi strettamente necessari, provvedendo altresì a controllare e documentare tutti i cambiamenti;
- l'estensione dell'obbligo di osservanza delle suddette misure ai fornitori, indipendentemente dalle sedi e dai sistemi ove siano svolte le attività commissionate (locali/sistemi dell'ASST di Cremona, dei fornitori o di sub-fornitori);



- l'adozione di buone pratiche riconosciute nell'intero ciclo di vita dei sistemi.

Per ciascun sistema o applicazione è documentato e aggiornato un censimento delle diverse tipologie di informazioni trattate. L'individuazione e la classificazione delle informazioni sono in carico all'utente o, per i progetti per i quali non sia ancora individuato, allo sponsor del progetto. È a carico al Responsabile di Progetto la documentazione ed implementazione, in funzione della classificazione delle informazioni stesse:

- dei requisiti normativi, statutari, contrattuali e di business, compresi quelli definiti nell'ambito del Sistema Federato;
- delle regole di sicurezza applicabili ad ogni sistema, all'applicazione ed ai dati trattati, compresa la definizione dei profili e dei criteri di accesso, in linea con le politiche e regole di controllo accessi. Tali profili comprendono quelli necessari per la gestione e manutenzione dei sistemi, dei database e delle applicazioni;
- dei requisiti di non ripudiabilità e autenticità che devono essere garantiti, anche in opposizione a terzi in caso di contenziosi o di violazioni normative;
- delle regole di *retention*, in conformità con i requisiti normativi pertinenti;
- della frequenza e delle modalità opportune di svolgimento della verifica di sicurezza;
- degli ulteriori requisiti di sicurezza definiti nell'ambito delle politiche e regolamenti dell'ASST di Cremona, come ad esempio le modalità di backup, i requisiti relativi alla continuità operativa ecc.

Le misure individuate sono implementate nel rispetto del principio della difesa in profondità, assicurando pertanto che le informazioni siano protette sia agendo sulle componenti applicative, che sui servizi middleware, di database e tramite misure adeguate sui sistemi e sulle reti coinvolti.

Separazione degli ambienti e protezione dei dati di test

L'ASST di Cremona prevede la separazione degli ambienti di test e produzione, prevede cioè che siano ambienti separati, per migliorare l'efficacia delle misure di sicurezza e per ridurre il rischio di accesso o cambiamenti non autorizzati all'ambiente di produzione. A tale scopo:

- garantisce la separazione degli ambienti di test e produzione;
- definisce le regole necessarie per il passaggio di software dal test alla produzione riducendo il rischio di problemi e/o di accesso o cambiamenti non autorizzati all'ambiente di produzione;
- non consente l'utilizzo di strumenti di sviluppo in ambiente di produzione;
- limita i privilegi e l'accesso ai sistemi ed apparati di produzione da parte del personale che svolge attività di test prevedendo gruppi separati per le attività di amministrazione e configurazione di reti, sistemi e applicazioni nei due ambienti.

Sicurezza nella gestione dei cambiamenti

Sono previsti opportuni controlli di sicurezza nell'ambito delle procedure di gestione dei cambiamenti al sistema informatico ed ai suoi processi di gestione, al fine di minimizzare il potenziale impatto dei cambiamenti stessi sull'operatività, sulla sicurezza delle informazioni e sull'erogazione dei servizi informatici.



Sono al di fuori dell'ambito di questo documento le attività relative alla gestione di eventi riconducibili al *Disaster Recovery*, oggetto di specifiche politiche. Sono altresì da ritenersi fuori ambito tutte le attività sistemiche svolte di routine, quali ad esempio:

1. attività di gestione di utenti e gruppi di utenze, gestione password, modifica di permessi di accesso;
2. attività di modifica su sistemi in ambiente di sviluppo.

La valutazione tiene conto della classificazione delle informazioni trattate dai componenti interessati. I cambiamenti sono classificati secondo le seguenti categorie:

1. modifiche evolutive;
2. modifiche correttive;
3. nuovi servizi;
4. progetti infrastrutturali;
5. cambiamenti critici, ovvero i cambiamenti il cui impatto potenziale è tale da poter provocare disservizi rilevanti in sistemi classificati come critici ai fini della continuità operativa;
6. cambiamenti in emergenza, ovvero quelli effettuati per la risoluzione urgente di un incidente o disservizio.

Nell'ambito della procedura di gestione dei cambiamenti, gli aspetti di sicurezza sono gestiti coerentemente con la tipologia di cambiamento e con la valutazione di impatto effettuata.

Sono affrontati in particolare:

1. il processo autorizzativo;
2. la documentazione, in particolare la predisposizione o l'aggiornamento di:
 - classificazione delle informazioni trattate;
 - requisiti di capacità e disponibilità, con particolare riferimento a quelli di continuità operativa;
 - tempi e modalità di *backup*, e tempi di *retention* per le diverse tipologie di informazioni trattate;
 - configurazioni;
 - istruzioni operative per la gestione;

la possibilità di gestire eventuali problemi in fase di introduzione del cambiamento, definendo dei piani di rientro, al fine di poter avviare il ripristino dei software/sistemi impattati in uno stato funzionante e di garantire la continuità dei servizi nel caso in cui il cambiamento non vada a buon fine, anche ripristinando lo stato precedente (*rollback*). La procedura di gestione dei cambiamenti identifica i soggetti che hanno la responsabilità, caso per caso, di stabilirne le condizioni di attuazione.

I cambiamenti sono programmati in accordo con l'utenza dei servizi, limitando al minimo i possibili disservizi. Tutti i cambiamenti sono formalmente approvati da un responsabile, posto al livello gerarchico adeguato in relazione all'impatto stimato del cambiamento. L'approvazione avviene da parte del Responsabile dei Sistemi Informativi previa verifica del rispetto dei requisiti di sicurezza previsti da questo documento, o da soggetti da questi delegati. Per i cambiamenti critici, l'approvazione avviene anche da parte della Direzione Strategica.



Tutte le attività svolte nell'ambito della gestione dei cambiamenti devono essere tracciate, a cura del Responsabile di Progetto, mediante adeguati sistemi di monitoraggio per consentire di ricostruire l'insieme delle operazioni svolte, e al fine di supportare l'identificazione dei problemi e delle loro cause, nonché l'attuazione eventuale delle procedure di rientro.

La gestione di cambiamenti critici prevede, in aggiunta a quanto già sopra indicato:

1. l'approvazione del relativo progetto da parte del Responsabile dei Sistemi Informativi o, in alternativa, l'acquisizione del relativo parere;
2. la revisione del Piano di Continuità Operativa e delle procedure di *disaster recovery*, per quanto impattato dai componenti del sistema informatico interessati dal cambiamento;
3. per cambiamenti critici a componenti infrastrutturali, il riesame dei controlli applicativi e delle procedure a garanzia dell'integrità, per assicurare che non siano stati compromessi.

Cambiamenti in emergenza

I cambiamenti in emergenza sono effettuati per la gestione/risoluzione di incidenti, attraverso apposite procedure che bilanciano adeguatamente gli obiettivi di urgenza con quelli di protezione dell'operatività e della sicurezza del sistema informatico.

In particolare, rispetto all'approccio ordinario, sulla base di criteri emergenziali si prevede l'esecuzione delle attività in assenza di adeguato preavviso, ricorrendo alla sospensione di altri cambiamenti pianificati.

La procedura di emergenza prevede comunque, al termine dell'emergenza, le attività di validazione e allineamento della documentazione necessarie per riportare l'intervento nelle modalità di gestione ordinaria delle modifiche, nonché l'estensione del tracciamento, includendo i nominativi del personale che ha svolto le singole attività.

Sicurezza delle procedure operative di gestione

Viene assicurata l'integrazione, nell'ambito della gestione dei sistemi, delle reti e delle applicazioni, apposite misure volte a garantire che le attività di installazione, configurazione, aggiornamento manutenzione e risoluzione dei problemi siano svolte nel rispetto degli obiettivi di sicurezza delle informazioni.

Installazione, configurazione e aggiornamento

Sono adottate appropriate misure di sicurezza nell'ambito delle attività operative di installazione, configurazione e aggiornamento dei sistemi informatici, degli apparati di rete e degli applicativi (includendo tra essi anche i sistemi atti a proteggere il patrimonio aziendale, come firewall, servizi di logging ecc.), a valle della loro acquisizione, sviluppo o modifica, con l'obiettivo di rispettare e mantenere nel tempo il livello di sicurezza atteso. Tali misure prevedono:

- la formalizzazione e l'applicazione delle istruzioni operative per la sicurezza nelle attività di installazione, configurazione e aggiornamento dei sistemi, degli apparati di rete e degli applicativi;
- la definizione e l'aggiornamento di istruzioni operative per l'installazione, l'aggiornamento e la configurazione sicura dei sistemi, apparati di rete e software in accordo con le linee guida e gli indirizzi tecnici applicabili emanati dalla Regione Lombardia. Tali istruzioni identificano le attività che è necessario svolgere sui diversi sistemi operativi, apparati di rete e componenti software (middleware, applicazioni e basi di dati) utilizzati presso l'ASST di Cremona;



- la tracciabilità delle operazioni di gestione svolte da parte del personale, interno o esterno.

È vietata l'installazione e l'utilizzo di software di cui l'ASST di Cremona non disponga di licenza a sé stesso intestata, o ottenuta nell'ambito di un contratto di fornitura da parte di terzi.

È inoltre vietata l'installazione di software da parte del personale non specificamente incaricato. Eventuali eccezioni devono essere specificamente autorizzate dal Responsabile dei Sistemi Informativi.

Manutenzione ordinaria, monitoraggio e gestione dei problemi

Viene verificata l'osservanza, nell'ambito della gestione dei sistemi, delle reti e delle applicazioni, delle istruzioni operative di manutenzione definite in fase di rilascio in ambiente di produzione. Laddove tali istruzioni operative non siano disponibili, si definiscono procedure periodiche di controllo per verificare la presenza di errori, potenziali malfunzionamenti, o il superamento o l'approssimarsi del limite di utilizzo delle risorse disponibili. Individuano inoltre, in tali casi, un insieme di operazioni di manutenzione da svolgersi periodicamente, atte a ridurre il rischio di malfunzionamenti, errori e disservizi.

Backup e ripristino delle informazioni

I backup ed il ripristino delle informazioni sono effettuati secondo specifiche procedure definite per ciascun sistema, applicazione o database:

- la definizione degli obiettivi di salvaguardia dei dati (Recovery Point Objective - **RPO**) e, in caso di trattamento di informazioni classificate in alta disponibilità, i tempi di ripristino (Recovery Time Objective – **RTO**);
- la creazione e conservazione protetta di copie di Backup in accordo con gli obiettivi di disponibilità e i tempi di ripristino definiti;
- la creazione di copie di backup relative ai componenti software utilizzati (firmware o sistema operativo, middleware, servizi di database, componenti applicative, utilità e strumenti installati sul sistema stesso), all'ultima versione installata;
- il ripristino dei sistemi in accordo con gli obiettivi definiti;
- il ripristino delle componenti di sistema operativo ed i servizi (middleware, software applicativo, utilità di sistema etc...) dei singoli sistemi;
- il ripristino delle configurazioni software di ciascun sistema fino all'ultima modifica apportata;
- il ripristino delle informazioni gestite da ogni applicazione in accordo con il valore di RPO definito;
- la verifica che le procedure di backup siano state svolte in modo corretto e che i dati salvati siano integri ed utilizzabili per le procedure di recovery tramite l'esecuzione periodica di esercitazioni e test delle complete procedure di ripristino;
- la protezione dell'integrità e della confidenzialità dei dati di backup mediante idonee misure di sicurezza fisica e logica, in accordo con la classificazione delle informazioni, e quindi dei sistemi e delle applicazioni cui essi fanno riferimento;
- la protezione della disponibilità dei dati di backup mediante la loro conservazione pressositi alternativi.



Gestione dei Log

La Procedura di Gestione dei Log di Sistema e Applicativi definisce:

- le modalità previste per la generazione, la raccolta, la conservazione e l'analisi dei log degli eventi rilevanti per la sicurezza del sistema informativo;
- le informazioni significative per la sicurezza che devono essere tracciate nei suddetti log e dei tempi previsti per la *retention* degli stessi e delle relative copie di backup, in accordo con le normative vigenti;
- i criteri per assicurare la protezione dei log dalla modifica, dall'accesso non autorizzato, anche da parte di personale interno, e dalla cancellazione o perdita, coerentemente con la classificazione delle informazioni ivi memorizzate;



RIFERIMENTI NORMATIVI

- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati; G.U. n.134 del 12 giugno 2014.
- Garante per la protezione dei dati personali - Provvedimento 27 nov. 2008 recante prescrizioni ai titolari dei trattamenti effettuati con strumenti elettronici relativamente alle attribuzioni di amministratore di sistema e proroga dei termini per il loro adempimento - 25 giugno 2009;
- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida in materia di trattamento di dati personali per finalità di pubblicazione e diffusione nei siti web esclusivamente dedicati alla salute; G.U. n.42 del 20 febbraio 2012.
- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida in materia di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario; G.U. n.120 del 25 maggio 2011.
- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato da soggetti pubblici per finalità di pubblicazione e diffusione sul web; G.U. n.64 del 19 marzo 2011.
- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida in tema di referti on line; G.U. n.288 dell'11 dicembre 2009.
- Garante per la protezione dei dati personali – Linee guida per i trattamenti di dati personali nell'ambito delle sperimentazioni cliniche di medicinali; G.U. n.190 del 14 agosto 2008.
- DECRETO-LEGGE 18 ottobre 2012, n. 179: “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”, come convertito dalla LEGGE 17 dicembre 2012, n. 221, art. 12, 13, 13 bis.
- D.lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali – Allegato A.3: “Codice di deontologia e di buona condotta per i trattamenti di dati personali a scopi statistici e di ricerca scientifica effettuati nell'ambito del Sistema statistico nazionale”.

**PROCEDURA OPERATIVA outsourcing archivistico**

A seguito dell'affidamento del servizio di archiviazione di atti amministrativi, sanitari e clinici al RTI Plurima SpA –Microdisegno Srl per il periodo 11/10/2022 – 14/07/2028, si provvede ad aggiornare la presente procedura operativa relativa alla gestione dell'outsourcing archivistico.

PRESA IN CARICO NUOVA DOCUMENTAZIONE**Cartelle cliniche/Verbal PS**

Cadenza: ritiro settimanale (salvo urgenze).

L'ufficio cartelle cliniche invia, mezzo mail, richiesta di ritiro a filedimessi@microdisegno.com e per conoscenza a conservazione@asst-cremona.it quantificando il numero di cartelle.

All'atto del ritiro, la ditta e il consegnatario firmano l'elenco di consistenza (che viene conservato presso la U.O. del ritiro).

Dopo aver effettuato il ritiro, la ditta Microdisegno Srl trasmette a conservazione@asst-cremona.it l'elenco dei documenti presi in carico.

La ditta esegue la catalogazione informatizzata e rende disponibili per la ricerca le cartelle online entro 24 ore solari.

Documentazione amministrativa, sanitaria e istologica di nuova produzione

Cadenza: a richiesta (salvo urgenze).

Per efficientare l'organizzazione e l'attività degli uffici aziendali interessati, viene stabilita la seguente programmazione interna all'Ente:

- entro la prima settimana del mese le U.O./Servizi/Uffici trasmettono richiesta di ritiro della documentazione (precedentemente inscatolata e suddivisa per tempo di conservazione) alla mail conservazione@asst-cremona.it, allegando lo specifico modulo excel (ALLEGATO 1) da compilare in ogni sua parte che riporterà, per ogni scatola, la descrizione della documentazione, la classifica, gli anni e il tempo di conservazione (**scadenza**). La U.O./Servizio/Ufficio avrà cura di indicare nella stessa richiesta anche l'eventuale numero di scatole necessario per le successive archiviazioni. Le informazioni inserite nel file excel devono essere riportate, su ogni scatola oggetto del ritiro compilando i campi previsti;
- a seguito di valutazione della capienza di budget, dei tempi di conservazione e di eventuali particolari urgenze, l'Ufficio Archivio-Protocollo, stabilita la priorità di invio, trasmette entro il 10 di ogni mese la richiesta di ritiro della documentazione di nuova produzione (specificando il numero di scatole e il luogo dove effettuare il ritiro) e l'eventuale numero di scatole da consegnare contestualmente alla mail info@microdisegno.com.
- Ricevuta la richiesta dell'ASST, Microdisegno si attiverà per il ritiro.

Il ritiro dovrà essere effettuato di norma entro 5 giorni solari dalla richiesta. All'atto del prelievo della documentazione, la ditta e il consegnatario firmano l'elenco di consistenza (che viene conservato presso le U.O. del ritiro).

Di norma, entro 24 ore dall'arrivo presso il deposito di Microdisegno della documentazione presa in carico, la Ditta medesima trasmette elenco di consistenza (con le specifiche riportanti il n. di ordine e il numero di scatola apposto) alla mail conservazione@asst-cremona.it.



All'inizio di ogni anno solare (entro il 31/01) la Ditta provvederà all'invio mezzo pec a protocollo@pec.asst-cremona.it dell'elenco di consistenza aggiornato al 31.12 dell'anno precedente, riportante anche gli eventuali scarti effettuati.

Recupero documentazione per consultazione presso archivio deposito esterno

DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA e SANITARIA

Le attività di ricerca e recupero di documentazione dall'archivio di deposito esterno sono prestazioni fornite dalla Ditta a pagamento, pertanto la richiesta di consultazione deve essere sempre necessaria e motivata.

Le richieste di documentazione, previa verifica dell'archiviazione presso il deposito esterno, dovranno essere inoltrate esclusivamente all'indirizzo e-mail conservazione@asst-cremona.it indicando: motivazione, reparto/ufficio richiedente e persona referente, descrizione/classifica, riferimento numerico (ultimo numero di protocollo/numero fascicolo) e nominativo, in caso di fascicoli del personale (ALL.2 MODULO RICHIESTA)

In caso di documentazione amministrativa, deve essere effettuata preventivamente dall'ufficio richiedente una ricerca sul sistema di gestione documentale (Archiflow) al fine di appurare che sia effettivamente necessario consultare la documentazione conservata e che la documentazione richiesta sia agli atti presso il deposito esterno e non ubicata negli archivi correnti degli uffici aziendali.

Per programmazione interna, le richieste di consultazione ordinaria verranno inviate due volte al mese alla ditta Microdisegno Srl (entro il primo e l'ultimo mercoledì del mese).

Affinché la documentazione sia reperita per tempo è necessario inviare la richiesta all'Ufficio Protocollo entro il lunedì precedente alle ore 12.00.

In caso di urgenze devono essere presi diretti contatti telefonici con l'ufficio Archivio-Protocollo al numero 0372/405535; le richieste inviate mezzo e-mail saranno considerate sempre ordinarie.

Al fine di evitare possibili rischi dovuti al trasporto, consegna e mancata restituzione della documentazione originale e in considerazione di una riduzione dei tempi di consegna e dei relativi costi (una volta effettuata la scansione, la documentazione richiesta resta sempre disponibile alla consultazione anche in caso di successive richieste, senza costi aggiuntivi), si è scelto di prediligere la modalità di consultazione mediante pubblicazione a sistema.

La ditta metterà, pertanto, a disposizione la documentazione richiesta (documentazione sanitaria/documentazione amministrativa/fascicolo del personale digitalizzato) sul sistema informatico di gestione online in formato PDF/A.

Nome utente e password per l'accesso al sistema informatico per la consultazione saranno fornite dall'Ufficio Archivio-Protocollo.

In caso di richieste da parte dell'Autorità Giudiziaria o da parte di enti di controllo sarà possibile richiedere il recapito dell'originale della documentazione che verrà consegnato presso l'Ufficio Archivio-Protocollo (dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 16.00). L'Ufficio avviserà il richiedente mezzo e-mail e previo contatto telefonico verrà concordata la data del ritiro.

Al termine della consultazione l'U.O./servizio/ufficio richiedente riconsegnerà la documentazione presso l'Ufficio Archivio-Protocollo che provvederà alla sua restituzione.

I fascicoli amministrativi, sanitari, sociosanitari, in deposito presso Microdisegno srl, anche se richiesti per consultazione/visione, non possono essere alterati e/o modificati con aggiunte di ulteriore documentazione e/o protocolli successivi. Alla restituzione, gli stessi verranno ricollocati dalla Ditta nel centro di archiviazione da cui sono state prelevate.



Le richieste di documenti sanitari, amministrativi e sociosanitari dovranno, inoltre, riguardare sempre l'intero fascicolo/cartella a cui sono riferiti: non sono possibili, infatti, richieste di consultazione/sostituzione di singoli referti/lettere/atti conservati presso Microdisegno, che declina, sin da ora, ogni responsabilità in tal senso.

Le richieste di consegna di blocchetti/vetrini/inclusioni in paraffina saranno effettuate direttamente dalla S.C. Anatomia Patologia, che avrà comunque cura di darne comunicazione, per conoscenza, alla mail conservazione@asst-cremona.it. È preferibile, se possibile, che la richiesta sia riferita all'intero caso, da considerarsi, come per le cartelle sanitarie ed i fascicoli amministrativi, un "corpus unicum".

TEMPISTICHE RECAPITO

- Recapito ordinario mediante pubblicazione a sistema ENTRO 8 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito urgente mediante pubblicazione a sistema ENTRO 4 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito ordinario originale ENTRO 36 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito urgente originale ENTRO 24 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì) *.

CARTELLE CLINICHE

Resta invariata l'attuale procedura di consultazione delle cartelle cliniche, che rispetterà le seguenti tempistiche:

- Recapito ordinario mediante la pubblicazione a sistema ENTRO 8 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito urgente mediante la pubblicazione a sistema ENTRO 4 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito ordinario originale ENTRO 16 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito urgente originale ENTRO 8 ore lavorative dalla richiesta (dal lunedì al venerdì).
- Recapito straordinario in originale per NOC/autocontrollo (n. cartelle >100 e <1000) entro 24 ore lavorative (dal lunedì al venerdì) *.

Qualora la richiesta di pubblicazione a sistema fosse superiore alle 100 cartelle, la tempistica dovrà essere concordata di volta in volta.

***il sabato è considerato giorno festivo.**

SCARTO

Almeno una volta all'anno l'Ufficio Archivio – Protocollo verificherà i tempi di conservazione della documentazione in custodia presso la ditta e intraprenderà la selezione della documentazione scartabile. Provvederà a stilare apposito elenco e a richiedere autorizzazione alla Soprintendenza Archivistica della Lombardia secondo le modalità previste dalla specifica procedura di scarto di materiale archivistico.

Ottenute le necessarie autorizzazioni, l'ASST invierà la documentazione alla ditta affinché la stessa provveda al macero della documentazione delle scatole segnalate attraverso impresa specializzata. Entro 7 giorni dallo smaltimento la ditta dovrà restituire il verbale di smaltimento della documentazione (riportante n. scatole, peso e m/l). L'ASST ha l'obbligo di restituzione della copia



SC Affari Generali e Legali
Ufficio Archivio Protocollo

del suddetto verbale di avvenuta distruzione degli atti alla Soprintendenza archivistica entro 60 giorni dalla ricezione dell'autorizzazione, per la conclusione del procedimento.

La ditta provvederà ad aggiornare il database e a trasmettere una copia dell'elenco aggiornato all'Ufficio Archivio-Protocollo mezzo pec (protocollo@pec.asst-cremona.it).

Le spese relative allo smaltimento della documentazione compresa la descalfalazione e le attività di eliminazione delle buste per le lastre radiografiche sono totalmente a carico della ditta.

FIRMA

IL DIRETTORE SC AFFARI GENERALI E LEGALI

FIRMA

IL RESPONSABILE MICRODISEGNO SRL



FORMATI

La Tabella successiva riassume i formati dei documenti utilizzati per ciascuna classe documentale.

Descrizione	Formato
Fatture Attive	XML, P7M
Fatture Passive	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Attive	XML, P7M
Notifiche SDI relative a Fatture Passive	XML, P7M
Ricette elettroniche dematerializzate erogate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate erogate e annullate	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte	ZIP, XML
Ricette elettroniche dematerializzate prescritte e annullate	ZIP, XML
Delibere - Atti di direzione	.PDF, .P7M, .M7M, .TSD
Determine - Atti di direzione	.PDF, .P7M, .M7M, .TSD
Documenti oggetto di protocollo	Pdf, pdf/A, tiff, xml, jpg, ooxml, odf, eml,zip, docx, xlsx, odt, ods, jpeg, dwg, csv, png, tsd, tsr, p7m, p7s, tsr, ppsx, , pptx, m7m, odg, odp, ods, htm, html, jpeg, tif,7Z, JSON
Registri di protocollo, deliberazione, contratti, convenzioni, ecc.	.PDF, .PDF/A
Cartellini timbrature risorse umane	.PDF
Cedolini risorse umane	.PDF
CU Certificazioni Uniche risorse umane	.PDF
LOG pubblicazione Cedolini risorse umane	.PDF
LOG pubblicazione Certificazioni Uniche risorse umane	.PDF
Lettere di Dimissioni - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Piano Assistenziale Individuale - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Referti Ambulatoriali - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Referti Anatomia Patologica - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Referti di Laboratorio - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Referti di Radiologia - Documento Clinico Elettronico	.P7M
Verbali di Pronto Soccorso - Documento Clinico Elettronico	.P7M
DICOM	.DICOM - .DCE



METADATI

DOCUMENTO INFORMATICO

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
IdDoc					NO, ma ridefinito
	Impronta	Rappresenta l'hash del documento	Binary	SI	
	Algoritmo	Rappresenta l'algoritmo applicato Default = SHA-256	Alfanumerico	SI	
	Identificativo	Come da sistema di identificazione formalmente definito	Alfanumerico	SI	



Definizione					
Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanente al documento informatico in modo da consentire l'identificazione. Inoltre, rappresenta le informazioni necessarie per verificare l'integrità del documento. L'impronta è generata impiegando la funzione di hash, come da definizione nell'Allegato 6 delle Linee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento". Il metadato è costituito dai sottocampi: • Impronta: sottocampo in cui viene memorizzato l'hash del documento • Algoritmo: sottocampo nel quale deve essere indicata la tipologia dell'algoritmo applicato riportati nell'Allegato 6 delle Linee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento" • Identificativo: come da sistema di identificazione formalmente definito					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Modalità di formazione		Indicare:	Alfanumerico	SI	SI
		Indicare: • creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell' Allegato 2 delle Linee Guida; • acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di un documento analogico; • memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente;			



		generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica.			
Definizione Indica la modalità di generazione del documento informatico. Sono previste le seguenti modalità secondo quanto riportato nelle Linee guida: <i>a)</i> creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato 2 delle Linee Guida; <i>b)</i> acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione della copia informatica di un documento analogico; <i>c)</i> memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente; <i>d)</i> generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica					



Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Tipologia documentale		- Fatture - Determine - Decreti	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					
<i>Metadato funzionale che indica la tipologia del documento tra quelle trattate per lo svolgimento delle attività.</i>					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Dati di registrazione					
	Tipologia di flusso	- In uscita - In entrata - Interno	Alfanumerico	SI	SI
	Tipo registro	- Nessuno, - Protocollo Ordinario/Protocollo Emergenza - Repertorio/Registro	Alfanumerico	SI	SI



	Data registrazione	nel caso di documento non protocollato: - Data di registrazione del documento nel caso di documento protocollato: - Data di registrazione di protocollo	Datetime	SI	NO, ma ridefinito
	Numero Documento	nel caso di documento non protocollato: - Numero di registrazione del document Nel caso di documento protocollato: - Numero di protocollo	Alfanumerico	SI	SI
	IdRegistro	Codice identificativo del registro in cui il documento viene registrato.	Alfanumerico	SI, nel caso di documento registrato	SI
Definizione					



Metadato che comprende i dati di registrazione del documento sia nel caso di documento protocollato che non protocollato. Si intende per registrazione l'operazione che, in senso lato, associa ad un documento una data e un numero. In tale ottica quindi potrebbe non essere identificabile uno specifico registro, ma sono sempre identificabili una data di registrazione e un numero di registrazione del documento.

Sono previsti i seguenti sottocampi:

- **Tipologia di flusso:** indica se si tratta di un documento in uscita, in entrata o interno.
- **Tipo registro:** indica il sistema di registrazione adottato: protocollo ordinario/ protocollo emergenza, o Repertorio/Registro.
- **Data:** è la data associata al documento all'atto della registrazione
- **Numero documento:** Numero identificativo del documento nel caso di documento non protocollato (ad esempio, numero fattura), numero di protocollo nel caso di documento protocollato.
- **IdRegistro:** Identificativo del registro in cui il documento viene registrato.

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Chiave descrittiva					
	Oggetto	Testo libero	Alfanumerico	SI	SI
	Parole chiave	Testo libero	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					
Metadato funzionale volto a riassumere il contenuto del documento o comunque a chiarirne la natura. È costituito da seguenti sottocampi: • Oggetto: testo libero; • Parole Chiave: da compilare facoltativamente attingendo da thesauri o da vocabolari controllati, per evitare ambiguità terminologiche e avere la possibilità di utilizzare il metadato come chiave di ricerca del documento. Il metadato è ricorsivo fino ad un massimo di 5 occorrenze.					



Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Soggetti					
	Ruolo	• Autore • Mittente • Destinatario • Assegnatario • Operatore • Altro	Alfanumerico	SI, e nel caso di documento protocollato è obbligatorio indicare almeno il Mittente e il Destinatario	NO, ma ridefinita
	Tipo soggetto	• PF per Persona Fisica • PG per Organizzazione • PA per le Amministrazioni Pubbliche	Alfanumerico	SI	SI



	Nominativo	Nominativo: se Tipo soggetto = PF: ✓ cognome e nome; se Tipo soggetto = PG: ✓ denominazione se Tipo soggetto = PA: ✓ denominazione Amministrazione \ denominazione AOO;	Alfanumerico	SI	SI
	Codice	Codice identificativo: se Tipo soggetto = PF: ✓ codice fiscale se Tipo soggetto = PG: ✓ codice fiscale; se Tipo soggetto = PA: ✓ Codice IPA dell'Amministrazione \ Codice AOO	Alfanumerico	SI	SI
	UOR	Unità Organizzativa di riferimento	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					



Indica il metadato che consente di individuare le informazioni relative a tutti i soggetti coinvolti e competenti sul documento a vario titolo e definiti dal campo Ruolo. Sono definiti quindi i seguenti attributi:

- ☐ Ruolo: consente di indicare, a seconda delle necessità, l'autore del documento, il mittente, il destinatario, l'assegnatario. Obbligatorio indicare almeno l'autore o il mittente. In particolare, per "Operatore" si intende il soggetto autorizzato ad apportare modifiche/integrazioni al documento, la cui definizione si renderà obbligatoria nel caso in cui venga compilato il metadato "Verifica modifica documento"
 - ☐ Tipo soggetto: consente di tipizzare i soggetti come persone fisiche, giuridiche, amministrazioni pubbliche
 - ☐ Nominativo: valorizzato a seconda del tipo soggetto.
 - ☐ Codice: valorizzato a seconda del tipo soggetto.
 - ☐ UOR: Unità Organizzativa di riferimento. Non obbligatorio Il metadato ha una struttura ricorsiva.

[illegible]



Indica il numero di allegati al documento e, nell'eventualità che il numero di allegati indicati sia maggiore di zero, devono essere compilati, in modalità ricorsiva, i dati:

- **IdDoc:** Identificativo del documento relativo all'allegato
- **Descrizione:** Titolo dell'Allegato

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Classificazione		<i>sia nel caso di documento protocollato che nel caso di documento non protocollato</i>			
	Indice di classificazione	Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato	Alfanumerico	NO	SI
	Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	Alfanumerico	NO	SI
	Piano di classificazione	URI del Piano di classificazione pubblicato	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					
Classificazione del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato: • Indice di classificazione: Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato • Descrizione: Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato. • Piano di classificazione: se presente, riportare eventualmente l'URI di pubblicazione del Piano di classificazione					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Riservato		• Vero: se il documento è considerato riservato • Falso: se il documento non è considerato riservato	Boolean	SI	SI
Definizione					
Rappresenta il livello di sicurezza di accesso al documento: • Vero: se il documento è considerato riservato • Falso: se il documento non è considerato riservato. Consente di gestire gli accessi al documento al solo personale autorizzato.					

Informazione	Sottocampi		Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Identificativo del formato						
	Formato		Previsti dall' Allegato 2 delle Linee Guida	Alfanumerico	SI	SI
	Prodotto software		Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativa versione	Alfanumerico	SI, quando rilevabile	SI
		Nome prodotto		Alfanumerico		SI
		Versione prodotto		Alfanumerico		SI
		Produttore		Alfanumerico		SI
Definizione						
Indica il formato del documento e la versione del software utilizzato per la creazione del documento stesso. É costituito dai seguenti sottocampi: • Formato: secondo quanto previsto dall' Allegato 2 delle Linee Guida. • Prodotto software: Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativa versione, suddiviso a sua volta in tre sottocampi: ○ Nome prodotto ○ Versione prodotto ○ Produttore						



Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Verifica					
	Firmato Digitalmente	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI
	Sigillato Elettronicamente	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI
	Marcatura Temporale	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI



	Conformità copie immagine su supporto informatico	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = b	SI

Definizione

Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie immagine nelle modalità di formazione del documento informatico previste nelle Linee Guida

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
IdAgg		Identificativo del fascicolo o della serie come definito nel successivo paragrafo dei METADATI DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI INFORMATICHE.	Alfanumerico	NO	SI

Definizione

Identificativo univoco dell'Aggregazione come definito nel successivo paragrafo dei METADATI DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI INFORMATICHE. Metadato ricorsivo.

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



IdIdentificativoDocumentoPrincipale		IdDoc del documento principale		SI, nel caso in cui sia presente un documento principale	SI
Definizione					
<i>Identificativo univoco e persistente del Documento principale</i>					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Versione del documento		1,2,3,....	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					
<i>Versione del documento.</i>					
Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Tracciate modifiche documento					
	Tipo modifica	- Annullamento - Rettifica - Integrazione - Annotazione	Alfanumerico	SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
	Codice fiscale dell'autore della modifica	Codice fiscale del soggetto definito con ruolo Operatore nel metadato "Soggetti"	Alfanumerico	SI, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI



	Data Modifica		Datetime	Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
	IdDoc versione precedente	Identificativo documento versione precedente		Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
Definizione					
<i>Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui esse sono state effettuate. L'autore delle modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo "Operatore"</i>					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Tempo di conservazione		• 9999 • 5 anni • 10 anni •	Numerico	NO	SI



Definizione					
Tempo di conservazione del documento desunto dal Piano di conservazione integrato con il Piano di classificazione (ove presenti) o prescritto dalla normativa salvo contenzioso. In generale il tempo di conservazione a livello di singolo documento deve essere indicato solo qualora esso presenti un tempo di conservazione distinto da quello assegnato all'aggregazione documentale informatica a cui il documento stesso appartiene. Espresso in numero di anni, il valore 9999 indica un tempo di conservazione "Permanente".					
Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Note		Testo Libero	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					
Eventuali indicazioni aggiuntive					

DOCUMENTO AMMINISTRATIVO INFORMATICO

Informazione	Sottocampi		Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
IdDoc						
	Impronta crittografica del documento					
		Impronta	Rappresenta l'hash del documento	Binary	SI	NO, ridefinito.



		Algoritmo	Rappresenta l'algoritmo applicato Default = SHA-256	Alfanumerico	SI	SI
	Segnatura		Segnatura del protocollo	Alfanumerico	SI, nel caso di documento protocollato	
	Identificativo		Come da sistema di identificazione formalmente definito	Alfanumerico	SI	

Definizione



Identificativo univoco e persistente associato in modo univoco e permanente al documento amministrativo informatico in modo da consentire l'identificazione. Inoltre, rappresenta le informazioni necessarie per verificare l'integrità del documento. Il metadato è costituito dai sottocampi:

- Impronta crittografica del documento: a sua volta suddiviso in:
 - Impronta: sottocampo in cui viene memorizzato l'hash del documento
 - Algoritmo: sottocampo nel quale deve essere indicata la tipologia dell'algoritmo applicato secondo quanto riportato nell'Allegato 6 delle Linee Guida nella tabella 1 del paragrafo 2.2 "Regole di processamento"
- Segnatura: segnatura di protocollo, da indicare obbligatoriamente nel caso di documento amministrativo protocollato, a sua volta strutturato come da Allegato 6 delle Linee Guida
- Identificativo: come da sistema di identificazione formalmente definito

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Modalità di formazione		Indicare	Alfanumerico	SI	SI
		• creazione tramite l'utilizzo di strumenti software che assicurino la produzione di documenti nei formati previsti nell'Allegato 2 delle Linee; • acquisizione di un documento informatico per via telematica o su supporto informatico, acquisizione della copia per immagine su supporto informatico di un documento analogico, acquisizione			



		della copia informatica di un documento analogico; • memorizzazione su supporto informatico in formato digitale delle informazioni risultanti da transazioni o processi informatici o dalla presentazione telematica di dati attraverso moduli o formulari resi disponibili all'utente; • generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più banche dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica			



Definizione



Indica la modalità di generazione del documento informatico.

Sono previste le seguenti modalità, secondo quanto riportato nelle Linee guida:

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

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Tipologia documentale		- Fatture - Determine - Delibere	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					
Metadato funzionale che indica la tipologia del documento tra quelle trattate per lo svolgimento delle attività.					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Dati di registrazione					



	Tipologia di flusso	• In uscita • In entrata • Interno Per documenti interni si intende i documenti scambiati all'interno della medesima AOO	Alfanumerico	SI	SI
	Tipo registro	• Protocollo Ordinario/ Protocollo Emergenza, • Repertorio/Registro	Alfanumerico	SI	SI
	Data registrazione	nel caso di documento non protocollato: • Data di registrazione del documento nel caso di documento protocollato: • Data di registrazione di protocollo.	Datetime	SI	NO, ma ridefinito

	Numero Documento		nel caso di documento non protocollato: - Numero di registrazione del documento nel caso di documento protocollato: - Numero di protocollo	Alfanumerico	SI	NO, ma ridefinito
	IdRegistro		Codice identificativo del registro in cui il documento viene registrato.	Alfanumerico	SI	SI
	Amministrazione che effettua la registrazione					
		Codice IPA Amminis trazione		Alfanumerico	SI	NO, ma ridefinito
		Codice IPA AOO		Alfanumerico	SI	NO, ma ridefinito
Definizione						



Metadato che comprende i dati di registrazione del documento sia nel caso di documento protocollato che non protocollato.

Sono previsti i seguenti sottocampi:

- **Tipologia di flusso:** indica se si tratta di un documento in uscita, in entrata o interno. Per documento interno si intende un documento scambiato tra le diverse UOR afferenti alla stessa AOO
- ☐ **Tipo registro:** indica il sistema di registrazione adottato: protocollo ordinario/ protocollo emergenza, o Repertorio/Registro.
- ☐ **Data:** è la data associata al documento all'atto della registrazione
- ☐ **Numero documento:** Numero identificativo del documento nel caso di documento non protocollato (ad esempio, numero fattura), numero di protocollo nel caso di documento protocollato.
- ☐ **IdRegistro:** Identificativo del registro in cui il documento viene registrato.
- ☐ **Amministrazione che effettua la registrazione:** codice IPA dell'Amministrazione e dell'AOO che sta effettuando la registrazione

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Chiave descrittiva					
	Oggetto	Testo libero	Alfanumerico	SI	SI
	Parole chiave	Testo libero	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					



Metadato funzionale volto a riassumere il contenuto del documento o comunque a chiarirne la natura. È costituito da seguenti sottocampi:

- ☐ *Oggetto: testo libero;*
- ☐ *Parole Chiave: da compilare facoltativamente attingendo da thesauri o da vocabolari controllati, per evitare ambiguità terminologiche e avere la possibilità di utilizzare il metadato come chiave di ricerca del documento. Il metadato è ricorsivo fino ad un massimo di 5 occorrenze.*

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Soggetti					
	Ruolo	- Autore - Mittente - Destinatario - Assegnatario - Operatore - RUP	Alfanumerico	SI, e nel caso di documento protocollato è obbligatorio indicare almeno il Mittente e il Destinatario	SI
	Tipo soggetto	- PF per Persona Fisica - PG per Organizzazione - PA per le Amministrazioni Pubbliche	Alfanumerico	SI	SI
	Nominativo	Nominativo: se Tipo soggetto = PF: ✓ cognome e nome; se Tipo soggetto = PG: ✓ denominazione se Tipo soggetto = PA: ✓ denominazione Amministrazione \ denominazioneAOO;	Alfanumerico	SI	SI



	Codice	Codice identificativo: se Tipo soggetto = PF: ✓ codice fiscale se Tipo soggetto = PG: ✓ codice fiscale se Tipo soggetto = PA: ✓ Codice IPA dell'Amministrazione \ Codice AOO	Alfanumerico	SI	SI
	UOR	Unità Organizzativa di riferimento	Alfanumerico	Obbligatorio nel caso si stia indicando Ruolo = RUP	SI
	Indirizzi digitali di riferimento	Posta elettronica certificata – domicilio digitale	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					

Indica il metadato che consente di individuare le informazioni relative a tutti i soggetti coinvolti e competenti sul documento a vario titolo e definiti dal campo Ruolo. Sono definiti quindi i seguenti attributi:

- **Ruolo:** consente di indicare, a seconda delle necessità, il l'autore del documento, il mittente, il destinatario e assegnatario. In particolare, per “Operatore” si intende il soggetto autorizzato ad apportare modifiche/integrazioni al documento, la cui definizione si renderà obbligatoria nel caso in cui venga compilato il metadato “Verifica modifica documento”
- ☐ **Tipo soggetto:** consente di tipizzare i soggetti come persone fisiche, giuridiche, amministrazioni pubbliche o responsabile unico del procedimento.
- ☐ **Nominativo:** valorizzato a seconda del tipo soggetto
- ☐ **Codice** valorizzato a seconda del tipo soggetto.
- ☐ **:** Unità Organizzativa di riferimento. Obbligatorio nel caso si stia indicando il RUP
- ☐ **Indirizzi digitali di riferimento:** valorizzato con il recapito associato al soggetto. Il metadato ha una struttura ricorsiva.

[illegible]



Indica il numero di allegati al documento e, nell'eventualità che il numero di allegati indicati sia maggiore di zero, devono essere compilati, in modalità ricorsiva, i dati:

- *IdDoc:* *Identificativo del documento relativo all'allegato*
- *Descrizione:* *Titolo dell'allegato*



Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Classificazione		<i>sia nel caso di documento protocollato che nel caso di documento non protocollato</i>			
	Indice di classificazione	Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato	Alfanumerico	SI	SI
	Descrizione	Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato.	Alfanumerico	SI	SI
	Piano di classificazione	URI del Piano di classificazione pubblicato	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					
Classificazione del documento secondo il Titolario utilizzato: • <i>Indice di classificazione:</i> Codifica del documento secondo il Piano di classificazione utilizzato • <i>Descrizione:</i> Descrizione per esteso dell'Indice di classificazione indicato. • <i>Piano di classificazione:</i> riportare l'URI di pubblicazione del Piano di classificazione					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Riservato		☐ Vero: se il documento è considerato riservato ☐ Falso: se il documento non è considerato riservato	Boolean	SI	SI
Definizione					



Rappresenta il livello di sicurezza di accesso al documento:

- *Vero: se il documento è considerato riservato*
- *Falso: se il documento non è considerato riservato*

Consente di gestire gli accessi al documento al solo personale autorizzato.



Informazione	Sottocampi		Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Identificativo del formato						
	Formato		Previsti dall' Allegato 2 delle Linee guida	Alfanumerico	SI	SI
	Prodotto software		Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativa versione	Alfanumerico	SI, quando rilevabile	SI
		Nome prodotto		Alfanumerico		SI
		Versione prodotto		Alfanumerico		SI
		Produttore		Alfanumerico		SI
Definizione						
Indica il formato del documento e la versione del software utilizzato per la creazione del documento stesso. È costituito dai seguenti sottocampi: • Formato: secondo quanto previsto dall' Allegato 2 delle Linee Guida. • Prodotto software: Prodotto software utilizzato per la creazione del documento e relativa versione, suddiviso a sua volta in tre sottocampi: ○ Nome prodotto ○ Versione prodotto ○ Produttore						

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Verifica					



	Firmato Digitalmente	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI
	Sigillato Elettronicamente	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI
	Marcatura Temporale	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = a/b	SI
	Conformità copie immagine su supporto informatico	• Vero • Falso	Boolean	SI, obbligatorio nel caso di modalità di formazione doc = b	SI
Definizione					



Check di controllo presenza Firma elettronica, Sigillo, Marcatura temporale e Conformità copie immagine nelle modalità di formazione del documento informatico previste nelle Linee Guida.

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



IdAgg		Identificativo del fascicolo o della serie come definito nel successivo paragrafo dei METADATI DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI INFORMATICHE.	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					
Identificativo univoco dell'Aggregazione come definito nel successivo paragrafo dei METADATI DELLE AGGREGAZIONI DOCUMENTALI INFORMATICHE. Metadato ricorsivo.					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
IdIdentificativoDocumentoPrincipale		IdDoc del documento principale		SI, nel caso in cui sia presente un documento principale	SI
Definizione					
Identificativo univoco e persistente del Documento principale					

Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Versione del documento		1,2,3,...	Alfanumerico	SI	SI
Definizione					



Versione del documento



Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Tracciature modifiche documento					
	Tipo modifica	• Annullamento • Rettifica • Integrazione • Annotazione	Alfanumerico	Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
	Codice fiscale dell'autore della modifica	Codice fiscale del soggetto definito con ruolo Operatore nel metadato "Soggetti"	Alfanumerico	Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
	Data modifica		Datetime	Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
	IdDoc versione precedente	Identificativo documento versione precedente		Si, nel caso di versione > 1 o in caso di annullamento	SI
Definizione					
Metadato volto a tracciare la presenza di operazioni di modifica effettuate sul documento e la data in cui esse sono state effettuate. L'autore delle modifiche è tracciato nel metadato "Soggetti" con il ruolo "Operatore"					
Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione



Tempo di conservazione		• 9999 • 5 anni • 10 anni •	Numerico	NO	SI



ALLEGATO 13 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA

Definizione					
<i>Tempo di conservazione del documento desunto dal Piano di conservazione formalmente integrato al Piano di classificazione o prescritto dalla normativa salvo contenzioso.</i> <i>In generale il tempo di conservazione a livello di singolo documento deve essere indicato solo qualora esso presenti un tempo di conservazione distinto da quello assegnato all'aggregazione documentale informatica a cui il documento stesso appartiene. Espresso in numero di anni, il valore 9999 indica un tempo di conservazione "Permanente".</i>					
Informazione	Sottocampi	Valori Ammessi	Tipo dato	Obbligatorietà	Nuova definizione
Note		Testo Libero	Alfanumerico	NO	SI
Definizione					
Eventuali indicazioni aggiuntive utili ad indicare situazioni particolari.					



Direzione Generale

Regolamento Aziendale per l’attuazione del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali

Art. 1 –Oggetto

Art. 2 –Titolare del trattamento

Art. 3 –Presupposti di Liceità del trattamento

Art. 4 –Organizzazione interna del titolare del trattamento – Designati, referenti ed autorizzati al trattamento

Art. 5 –Responsabili esterni del trattamento

Art. 6 –Responsabile della protezione dati – Data Protection Officer

Art. 7 –Sicurezza del trattamento

Art. 8 –Registro delle attività di trattamento

Art. 9 –Registro delle categorie di attività trattate

Art.10–Valutazione d’impatto sulla protezione dei dati (DPIA)

Art.11–Violazione dei dati personali

Art 12– Rinvio

Art. 1 Oggetto

1. Il presente Regolamento ha per oggetto la definizione di misure procedurali e regole di dettaglio ai fini della migliore funzionalità ed efficacia dell'attuazione del Regolamento europeo (General Data Protection Regulation del 27 aprile 2016 n. 679, di seguito indicato con "RGPD", Regolamento Generale Protezione Dati), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo ai trattamenti dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, nell'ASST di Cremona.

Art.2 Titolare del trattamento

1. L'ASST di Cremona, rappresentata ai fini previsti dal RGPD dal Direttore Generale pro-tempore (rappresentante legale), è il Titolare del trattamento dei dati personali raccolti o meno in banche dati, automatizzate o cartacee (di seguito indicato con "Titolare"). Il Direttore Generale può delegare in toto o in parte le relative funzioni.

2. Il Titolare è responsabile del rispetto dei principi applicabili al trattamento di dati personali stabiliti dall'art. 5 RGPD: liceità, correttezza e trasparenza, limitazione della finalità, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza.

3. Il Titolare mette in atto misure tecniche ed organizzative adeguate a garantire, ed essere in grado di dimostrare, che il trattamento di dati personali è effettuato in modo conforme al RGPD. Le misure sono definite fin dalla fase di progettazione e messe in atto per applicare in modo efficace i principi di protezione dei dati e per agevolare l'esercizio dei diritti dell'interessato stabiliti dagli articoli 15-22 RGPD, nonché le comunicazioni e le informazioni occorrenti per il loro esercizio. Gli interventi necessari per l'attuazione delle misure sono considerati nell'ambito della programmazione operativa e di bilancio, previa apposita analisi preventiva della situazione in essere, tenuto conto dei costi di attuazione, della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, come anche dei rischi dallo stesso derivanti, aventi probabilità e gravità diverse per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

4. Il Titolare adotta misure appropriate per fornire all'interessato:

- a) le informazioni indicate dall'art. 13 RGPD, qualora i dati personali siano raccolti presso lo stesso interessato;
- b) le informazioni indicate dall'art. 14 RGPD, qualora i dati personali non siano stati ottenuti presso lo stesso interessato.

5. Nel caso in cui un tipo di trattamento, specie se prevede in particolare l'uso di nuove tecnologie, possa presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il Titolare deve effettuare una valutazione dell'impatto del trattamento sulla protezione dei dati personali (di seguito indicata con "DPIA") ai sensi dell'art. 35 RGDP, considerati la natura, l'oggetto, il contesto e le finalità del medesimo trattamento, tenuto conto di quanto indicato dal successivo art. 9.

6. Il Titolare, inoltre, provvede a:

- a) nominare i designati nelle persone dei Dirigenti/Responsabili/P.O. delle singole strutture in cui si articola l'organizzazione aziendale, che sono preposti al trattamento dei dati, ivi compreso di quelli contenuti nelle banche dati esistenti nelle articolazioni organizzative di loro competenza. Per il trattamento di dati il Titolare può avvalersi anche di soggetti pubblici o privati;
- b) nominare il Responsabile della protezione dei dati (RPD) – Data Protection Officer (DPO);
- c) nominare, quale Responsabile esterno del trattamento (ai sensi dell'articolo 28 RGDP), i soggetti pubblici o privati affidatari di attività e servizi per conto dell'Azienda, relativamente alle banche dati gestite da soggetti esterni all'Azienda in virtù di convenzioni, di contratti, o di incarichi

professionali o altri strumenti giuridici consentiti dalla legge, per la realizzazione di attività connesse alle attività istituzionali;

d) predisporre l'elenco dei designati al trattamento delle strutture in cui si articola l'organizzazione dell'Azienda, pubblicandolo in apposita sezione del sito istituzionale ed aggiornandolo periodicamente.

7. Nel caso di esercizio associato di funzioni e servizi, nonché per i compiti la cui gestione è affidata all'ASST da enti ed organismi statali o regionali, allorché due o più titolari determinano congiuntamente, mediante accordo, le finalità ed i mezzi del trattamento, si realizza la contitolarità di cui all'art. 26 RGPD. L'accordo definisce le responsabilità di ciascuno in merito all'osservanza degli obblighi in tema di privacy, con particolare riferimento all'esercizio dei diritti dell'interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli artt. 13 e 14 del RGPD, fermo restando eventualmente quanto stabilito dalla normativa specificatamente applicabile; l'accordo può individuare un punto di contatto comune per gli interessati.

8. L'ASST favorisce l'adesione ai codici di condotta elaborati dalle associazioni e dagli organismi di categoria rappresentativi, ovvero a meccanismi di certificazione della protezione dei dati approvati, per contribuire alla corretta applicazione del RGPD e per dimostrarne il concreto rispetto da parte del Titolare e dei Designati al trattamento.

Art.3 Presupposti di liceità del trattamento

1. I trattamenti sono compiuti dall'ASST, in quanto Azienda del Sistema Sanitario Regionale, sulla base dei seguenti presupposti di liceità:

- a) prestazione del consenso da parte dell'interessato;
- b) esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri;
- c) adempimento di un obbligo legale al quale è soggetta l'Azienda;
- d) esecuzione di un contratto con soggetti interessati;
- e) salvaguardia di interessi vitali dell'interessato o della collettività.

Art.4 Organizzazione interna del Titolare del trattamento – designati, referenti ed autorizzati al trattamento

1. L'ASST individua, quale Referente Aziendale per la privacy, l'U.O.S. Affari Generali e Legali che sarà punto di contatto con il DPO ed il Responsabile Aziendale della Sicurezza delle Informazioni e dell'adozione delle misure minime di sicurezza ICT, al fine di coadiuvare e supportare i designati interni nelle misure di adeguamento al RGPD.

2. Designati al trattamento

I designati al trattamento dei dati personali sono nominati, di norma, mediante incarico scritto conferito con atto giuridico da stipularsi fra il Titolare e ciascun responsabile designato, nel quale sono tassativamente disciplinati:

- la materia trattata, la durata, la natura e la finalità del trattamento o dei trattamenti assegnati;
- il tipo di dati personali oggetto di trattamento e le categorie di interessati;
- la possibilità di nominare i Responsabili del trattamento (ex. Art. 28 GDPR) .

3. Referenti Protezione Dati

I referenti protezione dati sono individuati dal designato al trattamento dati e svolgono un ruolo prettamente operativo, vigilano sull'osservanza della normativa a tutela della privacy nell'ambito

dell'UO/Servizio/Ufficio di appartenenza, collaborano direttamente con il designato e curano l'utilizzo del gestionale per la privacy in uso presso l'ASST nei casi e per le attività previste.

4. Autorizzati al trattamento

Il Titolare del trattamento o il designato al trattamento, individua gli autorizzati al trattamento, intesi come persone fisiche che possano compiere operazioni di trattamento. Sono da intendersi, di norma, quali autorizzati al trattamento, tutti gli operatori aziendali che, per l'espletamento delle loro mansioni, hanno la necessità di conoscere, anche se solo per presa visione, i dati personali di soggetti terzi rispetto all'Azienda. Il personale formalmente assegnato ad una unità operativa/ufficio/servizio è da ritenersi autorizzato al trattamento dei dati effettuati in quell'area, fatto salva disposizione contraria da parte del Responsabile del trattamento.

Gli autorizzati al trattamento hanno l'obbligo di effettuare i trattamenti di dati personali nell'osservanza delle disposizioni di legge, delle istruzioni generali predisposte dal Titolare del Trattamento e delle ulteriori istruzioni impartite dal designato al trattamento dati.

Per la definizione delle istruzioni operative si fa riferimento alle vigenti procedure di qualità in argomento.

Art. 5 Responsabili esterni del trattamento

1. Il Titolare può avvalersi, per il trattamento di dati, anche particolari, di soggetti pubblici o privati che, in qualità di responsabili del trattamento (ai sensi dell'art. 28 del RGDP), forniscano le garanzie normativamente previste, stipulando atti giuridici in forma scritta, che specificano la finalità perseguita, la tipologia dei dati, la durata del trattamento, gli obblighi e i diritti del responsabile del trattamento e le modalità di trattamento.

2. Gli atti che disciplinano il rapporto tra il Titolare ed il Responsabile esterno del trattamento devono, in particolare, contenere quanto previsto dall'art. 28, p. 3, RGPD; tali atti possono anche basarsi su clausole contrattuali tipo adottate dal Garante per la protezione dei dati personali oppure dalla Commissione europea.

3. È consentita la nomina di sub-responsabili del trattamento da parte di ciascun Responsabile del trattamento per specifiche attività di trattamento, nel rispetto degli stessi obblighi contrattuali che legano il Titolare ed il Responsabile primario; le operazioni di trattamento possono essere effettuate solo da incaricati che operano sotto la diretta autorità del Responsabile attenendosi alle istruzioni loro impartite per iscritto, che individuano specificatamente l'ambito del trattamento consentito. Il Responsabile risponde, anche dinanzi al Titolare, dell'operato del sub-responsabile anche ai fini del risarcimento di eventuali danni causati dal trattamento, salvo dimostri che l'evento dannoso non gli è in alcun modo imputabile e che ha vigilato in modo adeguato sull'operato del sub-responsabile.

4. Il Responsabile del trattamento garantisce che chiunque agisca sotto la sua autorità ed abbia accesso a dati personali sia in possesso di apposita formazione ed istruzione e si sia impegnato alla riservatezza od abbia un adeguato obbligo legale di riservatezza.

5. Il Responsabile del trattamento dei dati provvede, per il proprio ambito di competenza, a tutte le attività previste dalla legge e a tutti i compiti affidatigli dal Titolare, analiticamente specificati per iscritto nell'atto di designazione, ed in particolare provvede:

- alla tenuta del registro delle categorie di attività di trattamento svolte per conto del Titolare;
- all'adozione di idonee misure tecniche e organizzative adeguate per garantire la sicurezza dei trattamenti;
- alla sensibilizzazione ed alla formazione del personale che partecipa ai trattamenti ed alle connesse attività di controllo;

- alla designazione del Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD), se a ciò demandato dal Titolare;
- ad assistere il Titolare nella conduzione della valutazione dell'impatto sulla protezione dei dati (di seguito indicata con "DPIA") fornendo allo stesso ogni informazione di cui è in possesso;
- ad informare il Titolare, senza ingiustificato ritardo, della conoscenza di casi di violazione dei dati personali (cd. "*data breach*"), per la successiva notifica della violazione al Garante Privacy, nel caso che il Titolare stesso ritenga probabile che dalla violazione dei dati possano derivare rischi per i diritti e le libertà degli interessati.

Art.6 Responsabile della protezione dati – Data Protection Officer

1. Il Responsabile della protezione dei dati – Data Protection Officer (in seguito indicato come "DPO") è individuato nella figura unica di un dipendente di ruolo dell'Azienda, ovvero di un professionista scelto tramite procedura ad evidenza pubblica. L'individuazione del DPO deve rispettare e soddisfare i requisiti di conoscenza, esperienza e professionalità previsti dalla normativa.

Il DPO è incaricato dei seguenti compiti:

- a) informare e fornire consulenza al Titolare ed al Designato al trattamento nonché ai dipendenti che eseguono il trattamento in merito agli obblighi derivanti dal RGPD e dalle altre normative relative alla protezione dei dati. In tal senso il DPO può indicare al Titolare e/o al Designato al trattamento i settori funzionali ai quali riservare un audit interno o esterno in tema di protezione dei dati, le attività di formazione interna per il personale che tratta dati personali, e a quali trattamenti dedicare maggiori risorse e tempo in relazione al rischio riscontrato;
- b) sorvegliare l'osservanza del RGPD e delle altre normative relative alla protezione dei dati, fermo restando le responsabilità del Titolare e del Designato al trattamento. Fanno parte di questi compiti la raccolta di informazioni per individuare i trattamenti svolti, l'analisi e la verifica dei trattamenti in termini di loro conformità, l'attività di informazione, consulenza e indirizzo nei confronti del Titolare e del Designato al trattamento;
- c) sorvegliare sulle attribuzioni delle responsabilità, sulle attività di sensibilizzazione, formazione e controllo poste in essere dal Titolare e dal Designato al trattamento;
- d) fornire, se richiesto, un parere in merito alla valutazione di impatto sulla protezione dei dati (DPIA) e sorvegliarne lo svolgimento. Il Titolare, in particolare, si consulta con il DPO in merito a: se condurre o meno una DPIA, quale metodologia adottare nel condurre una DPIA, se condurre la DPIA con le risorse interne ovvero esternalizzandola, quali salvaguardie applicare, comprese misure tecniche e organizzative, per attenuare i rischi delle persone interessate, se la DPIA sia stata condotta correttamente o meno e se le conclusioni raggiunte (procedere o meno con il trattamento, e quali salvaguardie applicare) siano conformi al RGPD;
- e) cooperare con il Garante per la protezione dei dati personali e fungere da punto di contatto per detta Autorità per questioni connesse al trattamento, tra cui la consultazione preventiva di cui all'art. 36 RGPD, ed effettuare, se del caso, consultazioni relativamente ad ogni altra questione. A tali fini il nominativo del DPO è comunicato dal Titolare e/o dal Responsabile esterno del trattamento al Garante;
- f) altri compiti e funzioni a condizione che il Titolare o il Designato al trattamento si assicurino che tali compiti e funzioni non diano adito a un conflitto di interessi. L'assenza di conflitti di interessi è strettamente connessa agli obblighi di indipendenza del DPO.

2. Il Titolare ed il Designato al trattamento assicurano che il DPO sia tempestivamente e adeguatamente coinvolto in tutte le questioni riguardanti la protezione dei dati personali. A tal fine:

- il DPO è invitato a partecipare alle riunioni di coordinamento dei Dirigenti/Responsabili/ P.O. che abbiano per oggetto questioni inerenti la protezione dei dati personali;

- il DPO deve disporre tempestivamente di tutte le informazioni pertinenti sulle decisioni che impattano sulla protezione dei dati, in modo da poter rendere una consulenza idonea, scritta od orale;
- il parere del DPO sulle decisioni che impattano sulla protezione dei dati è obbligatorio ma non vincolante. Nel caso in cui la decisione assunta determina condotte difformi da quelle raccomandate dal DPO, è necessario motivare specificamente tale decisione;
- il DPO deve essere consultato tempestivamente qualora si verifichi una violazione dei dati o un altro incidente.

3. Nello svolgimento dei compiti affidatigli il DPO deve debitamente considerare i rischi inerenti al trattamento, tenuto conto della natura, dell'ambito di applicazione, del contesto e delle finalità del medesimo. In tal senso il DPO:

- a) procede ad una mappatura delle aree di attività valutandone il grado di rischio in termini di protezione dei dati;
- b) definisce un ordine di priorità nell'attività da svolgere - ovvero un piano annuale di attività - incentrandola sulle aree di attività che presentano maggiori rischi in termini di protezione dei dati, da comunicare al Titolare ed al Designato al trattamento.

4. Il DPO dispone di autonomia e risorse sufficienti a svolgere in modo efficace i compiti attribuiti, tenuto conto delle dimensioni organizzative e delle capacità di bilancio dell'Azienda.

5. La figura di DPO è incompatibile con chi determina le finalità od i mezzi del trattamento; in particolare, risultano con la stessa incompatibili (in relazione alle dimensioni organizzative dell'Azienda):

- il Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- il Designato al trattamento;
- il Responsabile dei Sistemi Informativi;
- qualunque incarico o funzione che comporta la determinazione di finalità o mezzi del trattamento.

6. Il Titolare ed il Designato al trattamento forniscono al DPO le risorse necessarie per assolvere i compiti attribuiti e per accedere ai dati personali ed ai trattamenti. In particolare, è assicurato al DPO:

- supporto attivo per lo svolgimento dei compiti da parte dei Dirigenti/Responsabili P.O., anche considerando l'attuazione delle attività necessarie per la protezione dati nell'ambito della programmazione operativa, di bilancio e di Piano della performance;
- tempo sufficiente per l'espletamento dei compiti affidati al DPO;
- supporto adeguato in termini di risorse finanziarie, infrastrutture (sede, attrezzature, strumentazione) e, ove opportuno, personale, ovvero anche tramite un gruppo di lavoro DPO (formato dal DPO stesso e dal rispettivo personale);
- comunicazione ufficiale della nomina a tutto il personale, in modo da garantire che la sua presenza e le sue funzioni siano note all'interno dell'Azienda;
- accesso garantito ai settori funzionali dell'Azienda così da fornirgli supporto, informazioni e input essenziali.

7. Il DPO opera in posizione di autonomia nello svolgimento dei compiti allo stesso attribuiti; in particolare, non deve ricevere istruzioni in merito al loro svolgimento né sull'interpretazione da dare a una specifica questione attinente alla normativa in materia di protezione dei dati. Il DPO non può essere rimosso o penalizzato dal Titolare e dal Designato al trattamento per l'adempimento dei propri compiti. Ferma restando l'indipendenza nello svolgimento di detti compiti, il DPO riferisce direttamente al Titolare od al Responsabile esterno del trattamento. Nel caso in cui siano rilevate dal DPO o sottoposte alla sua attenzione decisioni incompatibili con il RGPD e con le indicazioni

fornite dallo stesso DPO, quest'ultimo è tenuto a manifestare il proprio dissenso, comunicandolo al Titolare ed al Designato al trattamento.

Art.7 Sicurezza del trattamento

1. Il Titolare e ciascun Designato al trattamento dei dati personali, per quanto di rispettiva competenza, mettono in atto misure tecniche ed organizzative adeguate per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio tenendo conto dello stato dell'arte e dei costi di attuazione, nonché della natura, del campo di applicazione, del contesto e delle finalità del trattamento, come anche del rischio di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

2. Le misure tecniche ed organizzative di sicurezza da mettere in atto per ridurre i rischi del trattamento possono comprendere, se del caso: la pseudonimizzazione, la minimizzazione, la cifratura dei dati personali, la capacità di assicurare la continua riservatezza, integrità, disponibilità e resilienza dei sistemi e dei servizi che trattano i dati personali, la capacità di ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati in caso di incidente fisico o tecnico, una procedura per provare, verificare e valutare regolarmente l'efficacia delle misure tecniche e organizzative al fine di garantire la sicurezza del trattamento.

3. Costituiscono misure tecniche ed organizzative che possono essere adottate:

- sistemi di autenticazione, sistemi di autorizzazione, sistemi di protezione (antivirus, firewall antintrusione, altro);
- misure antincendio, sistemi di rilevazione di intrusione, sistemi di sorveglianza, sistemi di protezione con videosorveglianza, registrazione accessi, porte, armadi e contenitori dotati di serrature e ignifughi, sistemi di copiatura e conservazione di archivi elettronici, altre misure per ripristinare tempestivamente la disponibilità e l'accesso dei dati in caso di incidente fisico o tecnico.

4. La conformità del trattamento dei dati al RGDP in materia di protezione dei dati personali è dimostrata attraverso l'adozione delle misure di sicurezza o l'adesione a codici di condotta approvati o ad un meccanismo di certificazione approvato.

5. L' ASST di Cremona, il Titolare e ciascun Responsabile esterno del trattamento si obbligano ad impartire adeguate istruzioni sul rispetto delle predette misure a chiunque agisca per loro conto ed abbia accesso a dati personali.

6. I nominativi ed i dati di contatto del Titolare, del o dei Designati al trattamento e del Responsabile della protezione dati – Data Protection Officer sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda.

7. Restano in vigore le misure di sicurezza attualmente previste per i trattamenti di dati sensibili per finalità di rilevante interesse pubblico nel rispetto degli specifici regolamenti attuativi (ex artt. 20 e 22, D.Lgs. n. 193/2006).

Art.8 Registro delle attività di trattamento

1. Il Registro delle attività di trattamento (di cui all'art. 30 del RGDP) è tenuto dal Titolare presso gli uffici della struttura organizzativa aziendale in forma telematica/cartacea; nello stesso possono essere inserite ulteriori informazioni, tenuto conto delle dimensioni organizzative dell'Azienda.

2. Il Registro delle attività di trattamento svolte dal Titolare del trattamento reca almeno le seguenti informazioni:

- a) il nome ed i dati di contatto dell'Azienda, del Rappresentante legale e/o del suo Delegato ai sensi del precedente art.2, eventualmente del Contitolare del trattamento, del DPO;
- b) le finalità del trattamento;
- c) la sintetica descrizione delle categorie di interessati, nonché le categorie di dati personali;
- d) le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati;
- e) l'eventuale trasferimento di dati personali verso un paese terzo od una organizzazione internazionale;
- f) ove stabiliti, i termini ultimi previsti per la cancellazione delle diverse categorie di dati;
- g) il richiamo alle misure di sicurezza tecniche ed organizzative del trattamento adottate, come da precedente art.6.

Art.9 Registro delle categorie di attività trattate

1. Il Registro delle categorie di attività trattate dall'Azienda in qualità di responsabile esterno di un Titolare del trattamento terzo conterrà le seguenti indicazioni:

- a) il nome e i dati di contatto del designato e/o dei designati del trattamento, di ogni titolare del trattamento per conto del quale agisce il responsabile del trattamento, del rappresentante del titolare del trattamento o del responsabile del trattamento e del DPO;
- b) le categorie dei trattamenti effettuati per conto di ogni titolare del trattamento;
- c) l'eventuale trasferimento di dati personali verso un paese terzo od una organizzazione internazionale;
- d) il richiamo alle misure di sicurezza tecniche ed organizzative del trattamento adottate, come da precedente art.5.

2. Il registro è tenuto dall'ente presso i propri uffici.

Art. 10 Valutazioni d'impatto sulla protezione dei dati (DPIA)

1. Nel caso in cui un tipo di trattamento, specie se prevede in particolare l'uso di nuove tecnologie, possa presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il Titolare, prima di effettuare il trattamento, deve attuare una valutazione dell'impatto del medesimo trattamento (DPIA) ai sensi dell'art. 35 RGDP, considerati la natura, l'oggetto, il contesto e le finalità dello stesso trattamento. La DPIA è una procedura che permette di realizzare e dimostrare la conformità alle norme del trattamento di cui trattasi.

2. Ai fini della decisione di effettuare o meno la DPIA si tiene conto degli elenchi delle tipologie di trattamento soggetti o non soggetti a valutazione come redatti e pubblicati dal Garante Privacy ai sensi dell'art. 35, pp. 4-6, RGDP.

3. La DPIA è effettuata in presenza di un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche. Fermo restando quanto indicato dall'art. 35, p. 3, RGDP, i criteri in base ai quali sono evidenziati i trattamenti determinanti un rischio intrinsecamente elevato, sono i seguenti:

- a) trattamenti valutativi o di *scoring*, compresa la profilazione e attività predittive, concernenti aspetti riguardanti il rendimento professionale, la situazione economica, la salute, le preferenze o gli interessi personali, l'affidabilità o il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti dell'interessato;
- b) decisioni automatizzate che producono significativi effetti giuridici o di analoga natura, ossia trattamenti finalizzati ad assumere decisioni su interessati che producano effetti giuridici sulla persona fisica ovvero che incidono in modo analogo significativamente su dette persone fisiche;

- c) monitoraggio sistematico, ossia trattamenti utilizzati per osservare, monitorare o controllare gli interessati, compresa la raccolta di dati attraverso reti o la sorveglianza sistematica di un'area accessibile al pubblico;
- d) trattamenti di dati sensibili o dati di natura estremamente personale, ossia le categorie particolari di dati personali di cui all'art. 9, RGDP;
- e) trattamenti di dati su larga scala, tenendo conto: del numero di soggetti interessati dal trattamento, in termini numerici o di percentuale rispetto alla popolazione di riferimento; volume dei dati e/o ambito delle diverse tipologie di dati oggetto di trattamento; durata o persistenza dell'attività di trattamento; ambito geografico dell'attività di trattamento;
- f) combinazione o raffronto di insiemi di dati, secondo modalità che esulano dalle ragionevoli aspettative dell'interessato;
- g) dati relativi a interessati vulnerabili, ossia ogni interessato particolarmente vulnerabile e meritevole di specifica tutela per il quale si possa identificare una situazione di disequilibrio nel rapporto con il Titolare del trattamento, come i dipendenti dell'Azienda, soggetti con patologie psichiatriche, richiedenti asilo, pazienti, anziani e minori;
- h) utilizzi innovativi o applicazione di nuove soluzioni tecnologiche o organizzative;
- i) tutti quei trattamenti che, di per sé, impediscono agli interessati di esercitare un diritto o di avvalersi di un servizio o di un contratto.

Nel caso in cui un trattamento soddisfi almeno due dei criteri sopra indicati occorre, in via generale, condurre una DPIA, salvo che il Titolare ritenga motivatamente che non può presentare un rischio elevato; il Titolare può motivatamente ritenere che per un trattamento che soddisfa solo uno dei criteri di cui sopra occorra comunque la conduzione di una DPIA.

4. Il Titolare garantisce l'effettuazione della DPIA ed è responsabile della stessa. Il Titolare può affidare la conduzione materiale della DPIA ad un altro soggetto, interno o esterno all'Azienda. Il Titolare deve consultarsi con il DPO anche per assumere la decisione di effettuare o meno la DPIA; tale consultazione e le conseguenti decisioni assunte dal Titolare devono essere documentate nell'ambito della DPIA. Il DPO monitora lo svolgimento della DPIA. Il Responsabile del trattamento deve assistere il Titolare nella conduzione della DPIA fornendo ogni informazione necessaria. Il responsabile della sicurezza delle informazioni fornisce supporto al Titolare per lo svolgimento della DPIA.

5. Il DPO può proporre lo svolgimento di una DPIA in rapporto a uno specifico trattamento, collaborando al fine di mettere a punto la relativa metodologia, definire la qualità del processo di valutazione del rischio e l'accettabilità o meno del livello di rischio residuale. Il Responsabile della Sicurezza delle Informazioni, può proporre di condurre una DPIA in relazione a uno specifico trattamento, con riguardo alle esigenze di sicurezza od operative.

6. La DPIA non è necessaria nei casi seguenti:

- se il trattamento non può comportare un rischio elevato per i diritti e le libertà di persone fisiche ai sensi dell'art. 35, p. 1, RGDP;
- se la natura, l'ambito, il contesto e le finalità del trattamento sono simili a quelli di un trattamento per il quale è già stata condotta una DPIA. In questo caso si possono utilizzare i risultati della DPIA svolta per l'analogo trattamento;
- se il trattamento è stato sottoposto a verifica da parte del Garante Privacy prima del maggio 2018 in condizioni specifiche che non hanno subito modifiche;
- se un trattamento trova la propria base legale nella vigente legislazione che disciplina lo specifico trattamento, ed è già stata condotta una DPIA all'atto della definizione della base giuridica suddetta. Non è necessario condurre una DPIA per quei trattamenti che siano già stati oggetto di verifica preliminare da parte del Garante della Privacy o da un DPO e che proseguano con le stesse modalità

oggetto di tale verifica. Inoltre, occorre tener conto che le autorizzazioni del Garante Privacy basate sulla direttiva 95/46/CE rimangono in vigore fino a quando non vengono modificate, sostituite od abrogate.

7. La DPIA è condotta prima di dar luogo al trattamento, attraverso i seguenti processi:

- a) descrizione sistematica del contesto, dei trattamenti previsti, delle finalità del trattamento e tenendo conto dell'osservanza di codici di condotta approvati. Sono altresì indicati: i dati personali oggetto del trattamento, i destinatari e il periodo previsto di conservazione dei dati stessi, una descrizione funzionale del trattamento, gli strumenti coinvolti nel trattamento dei dati personali (hardware, software, reti, persone, supporti cartacei o canali di trasmissione cartacei);
- b) valutazione della necessità e proporzionalità dei trattamenti, sulla base: delle finalità specifiche, esplicite e legittime, della liceità del trattamento, dei dati adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario, del periodo limitato di conservazione, delle informazioni fornite agli interessati, del diritto di accesso e portabilità dei dati, del diritto di rettifica e cancellazione, di opposizione e limitazione del trattamento, dei rapporti con i responsabili del trattamento, delle garanzie per i trasferimenti internazionali di dati, consultazione preventiva del Garante privacy;
- c) valutazione dei rischi per i diritti e le libertà degli interessati, valutando la particolare probabilità e gravità dei rischi rilevati. Sono determinati l'origine, la natura, la particolarità e la gravità dei rischi o, in modo più specifico, di ogni singolo rischio (accesso illegittimo, modifiche indesiderate, indisponibilità dei dati) dal punto di vista degli interessati;
- d) individuazione delle misure previste per affrontare ed attenuare i rischi, assicurare la protezione dei dati personali e dimostrare la conformità del trattamento con il RGPD, tenuto conto dei diritti e degli interessi legittimi degli interessati e delle altre persone in questione.

8. Il Titolare può raccogliere le opinioni degli interessati o dei loro rappresentanti, se gli stessi possono essere preventivamente individuati. La mancata consultazione è specificatamente motivata, così come la decisione assunta in senso difforme dall'opinione degli interessati.

9. Il Titolare deve consultare il Garante Privacy prima di procedere al trattamento se le risultanze della DPIA condotta indicano l'esistenza di un rischio residuale elevato. Il Titolare consulta il Garante Privacy anche nei casi in cui la vigente legislazione stabilisce l'obbligo di consultare e/o ottenere la previa autorizzazione della medesima autorità, per trattamenti svolti per l'esecuzione di compiti di interesse pubblico, fra cui i trattamenti connessi alla protezione sociale ed alla sanità pubblica.

10. La DPIA deve essere effettuata - con eventuale riesame delle valutazioni condotte - anche per i trattamenti in corso che possano presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, nel caso in cui siano intervenute variazioni dei rischi originari tenuto conto della natura, dell'ambito, del contesto e delle finalità del medesimo trattamento.

11. È pubblicata sul sito istituzionale aziendale, in apposita sezione, una sintesi delle principali risultanze del processo di valutazione ovvero una semplice dichiarazione relativa all'effettuazione della DPIA.

Art.11 Violazione dei dati personali

1. Per violazione dei dati personali (in seguito "*data breach*") si intende la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso non autorizzato ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati dall'Azienda. Le macro-fasi che compongono questo processo sono due e sono rispettivamente:

- gestione di eventi analogici/smarrimenti: chiunque rilevi questo tipo di incidente deve comunicarlo al referente che provvederà al caricamento all'interno del sistema software e all'inoltro al DPO;

- eventi digitali su sistemi centralizzati/sistemi di fornitori: rilevazione dell'incidente da parte del SIA che lo segnala al referente della struttura di riferimento per il caricamento all'interno del sistema software e all'inoltro per parere al DPO.

2. Il Titolare, previa consultazione del DPO, ove ritenga probabile che dalla violazione dei dati possano derivare rischi per i diritti e le libertà degli interessati, provvede alla notifica della violazione al Garante Privacy. La notifica dovrà avvenire entro 72 ore e comunque senza ingiustificato ritardo.

3. I principali rischi per i diritti e le libertà degli interessati conseguenti ad una violazione, in conformità al Considerando 75 del RGPD, sono i seguenti:

- danni fisici, materiali o immateriali alle persone fisiche;
- perdita del controllo dei dati personali;
- limitazione dei diritti, discriminazione;
- furto o usurpazione d'identità;
- perdite finanziarie, danno economico o sociale;
- decifratura non autorizzata della pseudonimizzazione;
- pregiudizio alla reputazione;
- perdita di riservatezza dei dati personali protetti da segreto professionale (sanitari, giudiziari).

4. Se il Titolare ritiene che il rischio per i diritti e le libertà degli interessati conseguente alla violazione rilevata è elevato, allora deve informare questi ultimi, senza ingiustificato ritardo, con un linguaggio semplice e chiaro al fine di fare comprendere loro la natura della violazione dei dati personali verificatesi. I rischi per i diritti e le libertà degli interessati possono essere considerati "elevati" quando la violazione può, a titolo di esempio:

- coinvolgere un rilevante quantitativo di dati personali e/o di soggetti interessati;
- riguardare categorie particolari di dati personali;
- comprendere dati che possono accrescere ulteriormente i potenziali rischi (ad esempio dati di localizzazione, finanziari, relativi alle abitudini e preferenze);
- comportare rischi imminenti e con un'elevata probabilità di accadimento (ad esempio rischio di perdita finanziaria in caso di furto di dati relativi a carte di credito);
- impattare su soggetti che possono essere considerati vulnerabili per le loro condizioni (ad esempio utenti deboli, minori, soggetti indagati).

5. La notifica deve avere il contenuto minimo previsto dall'art. 33 RGPD, ed anche la comunicazione all'interessato deve contenere almeno le informazioni e le misure di cui al citato art. 33.

6. Il Titolare deve opportunamente documentare le violazioni di dati personali subite, anche se non comunicate alle autorità di controllo, nonché le circostanze ad esse relative, le conseguenze e i provvedimenti adottati o che intende adottare per porvi rimedio. Tale documentazione deve essere conservata con la massima cura e diligenza in quanto può essere richiesta dal Garante Privacy al fine di verificare il rispetto delle disposizioni del RGPD.

Art.12 Rinvio

Per tutto quanto non espressamente disciplinato con le presenti disposizioni, si applicano le disposizioni del RGPD e tutte le sue norme attuative vigenti.

REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ADOZIONE DEI ATTI AMMINISTRATIVI DELL'ASST DI CREMONA E PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI DELEGATE



Sommario

ARTICOLO 1 OGGETTO E SCOPO	4
ARTICOLO 2 ATTUAZIONE DEL PRINCIPIO DI SEPARAZIONE TRA FUNZIONI DI INDIRIZZO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO E FUNZIONI DI GESTIONE.....	4
ARTICOLO 3 FUNZIONI DI INDIRIZZO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	4
ARTICOLO 4 FUNZIONI DI GESTIONE	8
4.1 LE COMPETENZE DIRIGENZIALI	8
4.2 FORMA E ITER DELLE DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI	10
4.3. INDIVIDUAZIONE DEI PROCEDIMENTI OGGETTO DI DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI	11
ARTICOLO 5 TUTELA DELLA RISERVATEZZA	11
ARTICOLO 6 ESECUTIVITÀ E ATTIVITÀ DI CONTROLLO	11
ARTICOLO 7 PUBBLICITÀ LEGALE – ALBO ON LINE.....	12
ARTICOLO 8 RILASCIO COPIE DECRETI E DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI	13
ARTICOLO 9 L'ISTITUTO DELL'AUTOTUTELA.....	14
9.1 AUTOTUTELA DEMOLITORIA	14
9.2. AUTOTUTELA CONSERVATIVA	14
ARTICOLO 10 RICORSI	15
ARTICOLO 11 L'ISTITUTO DELLA DELEGA AI DIRIGENTI.....	15
11.1 LA DELEGA DI FUNZIONI: FORMA, CONTENUTO, EFFICACIA E DURATA.....	15
11.2 POTERI DEL DELEGANTE.....	16
11.3 POTERI DEL DELEGATO	16
ARTICOLO 12 AVOCAZIONE DELLA DELEGA DI FUNZIONI.....	16
12.1 LA DELEGA DI FIRMA	17
ARTICOLO 13 MODIFICHE AL REGOLAMENTO	17



ARTICOLO 14 ENTRATA IN VIGORE.....	17
ARTICOLO 15 NORME FINALI E DI RINVIO	17
SCHEDA ALLEGATO 1 (ART. 4.3)	18
SCHEDA ALLEGATO 2 (ART. 4.3)	19
SCHEDA ALLEGATO 3 (ART. 4.3)	20
SCHEDA ALLEGATO 4 (ART. 4.3)	24
SCHEDA ALLEGATO 5 (ART. 4.3)	26



ARTICOLO 1 OGGETTO E SCOPO

Il presente Regolamento, in conformità alle vigenti disposizioni legislative, in relazione all'organizzazione aziendale indicata nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) vigente:

- attua il principio della distinzione tra funzioni di indirizzo, programmazione e di controllo e funzioni di attuazione e gestione, con la finalità di chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità del Direttore Generale, della Direzione Strategica e dei livelli dirigenziali dell'ASST;
- disciplina le modalità attraverso le quali la Direzione Aziendale affida compiti e responsabilità alla Dirigenza aziendale, definendo gli ambiti di legittimazione dei dirigenti nell'emanazione di atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'ASST verso l'esterno;
- determina la tracciatura del flusso di gestione e delle modalità di adozione dei provvedimenti amministrativi denominati "decreti" e "determinazioni dirigenziali";
- persegue lo scopo di rendere l'azione amministrativa più snella, efficace, trasparente e tempestiva.

ARTICOLO 2 ATTUAZIONE DEL PRINCIPIO DI SEPARAZIONE TRA FUNZIONI DI INDIRIZZO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO E FUNZIONI DI GESTIONE

Il principio di separazione delle funzioni di indirizzo, programmazione e di controllo e funzioni di gestione – per le Pubbliche Amministrazioni i cui organi di vertice non siano espressione diretta o indiretta di rappresentanza politica – è sancito dall'articolo 4, comma 4, del decreto legislativo n. 165/2001 e costituisce il fondamento delle disposizioni contenute nel presente documento.

Tale principio è attuato attraverso l'attribuzione ai dirigenti delle funzioni proprie dell'incarico di responsabilità ricoperto – come indicate nel POAS vigente – nel relativo contratto, in specifici provvedimenti e attraverso l'istituto della delega.

ARTICOLO 3 FUNZIONI DI INDIRIZZO, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Il Direttore Generale è organo monocratico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Cremona, cui è attribuita la rappresentanza legale dell'Azienda.

Al Direttore Generale sono riservate le funzioni di governo, di indirizzo e di controllo, che si esplicano negli atti fondamentali dell'Azienda (definizione della mission, della pianificazione e dell'organizzazione), nonché di verifica della rispondenza dei risultati di gestione e dell'attività amministrativa in rapporto agli obiettivi ed agli indirizzi impartiti.

Le funzioni attribuite al Direttore Generale sono distinte in funzioni ad esso esclusivamente riservate dalla legge e funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai dirigenti dell'ASST.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, il Direttore Generale adotta atti di alta amministrazione, nella forma del provvedimento amministrativo denominato "decreto".

Le funzioni di governo del Direttore Generale si esplicano anche mediante l'emanazione di disposizioni, direttive e raccomandazioni e altri atti a sua firma.



I Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario coadiuvano il Direttore Generale nell'adozione degli atti di pianificazione, programmazione e controllo e nell'emanazione degli atti di alta amministrazione.

Inoltre, assumono diretta responsabilità delle funzioni per legge e per regolamento attribuite alla loro competenza e di quelle definite nel POAS vigente, e concorrono al governo dell'Azienda formulando proposte e pareri.

3.1 Ambiti riservati alla competenza del Direttore Generale

Al Direttore Generale compete l'attività di alta amministrazione e, in particolare, adotta:

- ✓ il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) e la revisione dello stesso;
- ✓ i provvedimenti che costituiscono e integrano il patrimonio immobiliare e mobiliare dell'ASST;
- ✓ gli atti di organizzazione, di definizione degli obiettivi aziendali, di programmazione, pianificazione, indirizzo, controllo e valutazione, anche in esecuzione a disposizioni normative e/o provvedimenti nazionali e/o regionali, tra i quali il Piano Integrato di Attività e di Organizzazione (PIAO), il piano investimenti ed i relativi aggiornamenti e variazioni, la programmazione acquisti ed i relativi aggiornamenti e variazioni ed il piano triennale dei lavori;
- ✓ i bilanci (economico di previsione annuale e di esercizio), le certificazioni trimestrali ed i documenti di budget;
- ✓ i provvedimenti di nomina e/o di revoca del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;
- ✓ il provvedimento di nomina del Collegio Sindacale, su designazione degli Organi competenti;
- ✓ il provvedimento di costituzione del Collegio di Direzione;
- ✓ i provvedimenti di nomina / revoca dei direttori dei dipartimenti aziendali, delle strutture complesse, delle strutture semplici e semplici dipartimentali e distrettuali;
- ✓ il provvedimento di definizione della programmazione triennale del fabbisogno del personale;
- ✓ i provvedimenti di indizione delle procedure di reclutamento, esito e provvedimenti di assunzione di personale a tempo determinato e indeterminato, comprese quelle di mobilità;
- ✓ i provvedimenti di conferimento e revoca degli incarichi ai dirigenti;
- ✓ i provvedimenti di conferimento e revoca degli incarichi di posizione e di funzione del personale del comparto;
- ✓ i provvedimenti di indizione delle procedure di conferimento di incarichi libero professionali e borse di studio, esito e provvedimenti di attivazione del contratto;
- ✓ il provvedimento di nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, del Responsabile della Funzione di Internal Audit, del Responsabile della Transizione al Digitale, del Risk Manager e del DPO;
- ✓ la nomina dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- ✓ i provvedimenti di nomina degli organismi dell'Azienda (Consiglio dei Sanitari, Nucleo di Valutazione, Collegio Tecnico di Valutazione) e la relativa regolamentazione;
- ✓ il provvedimento di nomina del responsabile UPT – Ufficio di Pubblica Tutela;
- ✓ i provvedimenti di nomina per la costituzione di comitati consultivi/gruppi tecnici aziendali nonché di altri organismi collegiali a valenza aziendale o interaziendale;
- ✓ i provvedimenti di approvazione dei regolamenti interni;



- ✓ i provvedimenti relativi alle liti attive e passive, quelli con cui sono definiti i sinistri, gli atti di non costituzione in giudizio, nonché le decisioni in ordine alla impugnazione delle sentenze;
- ✓ i provvedimenti di nomina dei Legali dell'Ente;
- ✓ i provvedimenti di stipula convenzioni, contratti ed accordi di programma e protocolli con soggetti terzi, fatti salvi i provvedimenti attribuiti alla gestione dei dirigenti;
- ✓ i provvedimenti di ricognizione di deleghe ai dirigenti;
- ✓ i provvedimenti relativi all'affidamento di forniture di beni e di servizi, oltre le soglie economiche normativamente previste, in coerenza con gli atti di programmazione – anche sovra aziendale – e nel rispetto di quanto stabilito da eventuali atti di regolamentazione interna, comprese le adesioni a gare CONSIP, ARIA ed a gare esperite da altri enti pubblici;
- ✓ i provvedimenti relativi all'affidamento di lavori di importo superiore ad euro 1.000.000,00;
- ✓ il provvedimento di nomina dei componenti delle Commissioni Giudicatrici;
- ✓ il provvedimento di adozione del documento per la valutazione dei rischi, l'adozione dei piani di emergenza/evacuazione, e della nomine previste sia dal decreto legislativo n. 81/2008 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007 n. 123 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", sia dal decreto legislativo n. 101/2020 "Attuazione delle direttiva 2013/59/Euratom, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alla radiazioni ionizzanti, e che abroga le direttive 89/618/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom e 2003/122/Euratom e riordino della normativa di settore in attuazione dell'articolo 20, comma 1, lettera a) della legge 4 ottobre 2019 n.117".

Il Direttore Generale verifica la rispondenza dei risultati della gestione agli indirizzi generali impartiti, la rispondenza della gestione ai principi dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa, nonché alla qualità dei servizi.

Il Direttore Generale gestisce i rapporti con:

- ✓ gli organi politico istituzionali territoriali (Regione, Provincia, comune, Prefettura, Università ecc), nonché tutti i rapporti esterni o interni che richiedono l'espressione pubblica della rappresentanza legale dell'ASST;
- ✓ le Organizzazioni Sindacali, individuando i componenti della delegazione trattante di parte pubblica;
- ✓ gli organi di stampa e di informazione;
- ✓ gli utenti/pazienti e con le Associazioni di Volontariato tramite l'apposito Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

Sono, altresì, adottati dal Direttore Generale nella forma del decreto i seguenti provvedimenti, espressione delle funzioni di gestione complessiva dell'ASST, ai sensi dell'articolo 3 comma 1 quater del decreto legislativo n. 502/1992:

- ✓ acquisizioni e cessioni di beni patrimoniali, compresa la costituzione di diritti reali, accettazione di eredità, legati e donazioni di beni mobili e immobili;
- ✓ locazioni e comodati immobiliari;



- ✓ autorizzazione all'erogazione, da parte di personale dipendente, di attività in area a pagamento (AVA, APA) occorrente all'ASST;
- ✓ aggiornamento tariffario delle prestazioni a pagamento;
- ✓ adozione e aggiornamento del regolamento per l'organizzazione della libera professione intramuraria;
- ✓ approvazione di progetti preliminari, definitivi ed esecutivi di opere e lavori, nonché dei quadri economici;
- ✓ proroga e rinnovo dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi già disposti con decreto;
- ✓ modifiche e varianti di contratti per l'acquisizione di beni e servizi già disposti con decreto;
- ✓ recesso e risoluzione di contratti già disposti con decreto;
- ✓ approvazione modiche e varianti di lavori di opere autorizzate dal RUP;
- ✓ conferimento di mandati di rappresentanza per l'espletamento di gare aggregate e per gare su delega a centrali di committenza;
- ✓ conferimento di incarichi di consulenza ad esperti esterni;
- ✓ nomina di collaudatore ed approvazione del disciplinare di incarico, se l'onorario è superiore alla soglia di rilievo comunitario;
- ✓ approvazione dell'atto di collaudo tecnico amministrativo;
- ✓ approvazione e aggiornamento di tariffari per la fruizione di beni e servizi dell'ASST;
- ✓ atti relativi alla determinazione provvisoria ed alla costituzione definitiva annuale dei fondi contrattuali relativi al personale dipendente dell'ASST (comparto e dirigenza);
- ✓ atti relativi alla corresponsione annuale della produttività collettiva al personale del comparto e della retribuzione di risultato al personale della dirigenza, conseguenti al processo di valutazione annuale;
- ✓ stipula convenzioni con istituti di formazione ed enti per espletamento tirocini;
- ✓ autorizzazione studi clinici / osservazionali e autorizzazione progetti di ricerca (anche sovvenzionata con fondi pubblici).

Non sono a firma del Direttore Generale gli atti istruttori propedeutici o successivi all'emanazione di decreti o determinazioni, salvo il caso in cui vi sia un obbligo di legge.

3.2 Forma e iter dei provvedimenti del Direttore Generale

I decreti – provvedimenti amministrativi aziendali adottati dal Direttore Generale - sono prodotti nell'ambito del sistema informatico di gestione documentale in uso presso l'ASST, dalla fase di inserimento della proposta sino alla pubblicazione all'albo on line, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trasparenza e di riservatezza. Nell'ambito dell'attività istruttoria, le proposte di decreto sono prodotte in originale informatico e sottoscritte con firma elettronica. Nell'ambito dell'attività decisoria, i decreti sono sottoscritti dal Direttore Generale con firma digitale.

I decreti vengono assunti dal Direttore Generale previa espressione del parere di competenza dei Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociosanitario.

Il Direttore Generale deve motivare i decreti assunti in diffonimità del parere reso dagli altri Direttori.



Nei casi di vacanza d'ufficio, assenza o impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Sanitario o Amministrativo su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario, le relative funzioni sono svolte dal dirigente appositamente individuato con decreto del Direttore Generale.

Le proposte di decreto che prevedono la rilevazione di costi/ricavi devono essere munite del visto di regolarità contabile e di registrazione da parte della SC Bilancio, Programmazione Finanziaria e Contabilità.

Costituiscono elementi essenziali del decreto, in quanto provvedimento amministrativo:

- l'INTESTAZIONE: indica l'autorità /soggetto che adotta il provvedimento;
- l'OGGETTO: svolge le funzioni di titolo;
- il PREAMBOLO (o PREMessa): descrive gli elementi di fatto e di diritto pertinenti e giuridicamente rilevanti per il provvedimento amministrativo adottato; nella premessa devono essere sintetizzati gli aspetti istruttori del procedimento amministrativo, con indicazione dei pareri, sia obbligatori che facoltativi, acquisiti;
- la MOTIVAZIONE: descrive le ragioni giuridiche e le valutazioni degli interessi che sono a fondamento dello specifico provvedimento amministrativo adottato;
- il DISPOSITIVO: è la parte che dà efficacia all'atto e costituisce la dichiarazione di volontà vera e propria dell'autorità che lo assume;
- la DATA: consiste nell'indicazione del giorno, mese e anno in cui viene adottato il provvedimento amministrativo;
- il NUMERO PROGRESSIVO DEL DOCUMENTO: consiste nella registrazione del progressivo del tipo di documento (c.d. "registrazione particolare"), con indicazione del numero del provvedimento;
- la FIRMA: il provvedimento deve essere sottoscritto in forma digitale dall'autorità /soggetto che lo ha emesso.

Il file word costituente il modello fac-simile di decreto è reperibile nella piattaforma gestionale – WF- aziendale vigente.

ARTICOLO 4 FUNZIONI DI GESTIONE

4.1 Le competenze dirigenziali

Ai dirigenti sono conferiti specifici poteri di gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria, compresa l'adozione di atti che impegnano l'ASST verso l'esterno, nei limiti definiti dalla programmazione generale e dei budget assegnati, ed in coerenza alle funzioni attribuite dal POAS, nel rispetto della normativa e della regolamentazione interna di settore.



A tutti i direttori di struttura compete il potere di organizzazione interna, che viene esercitato anche attraverso la ripartizione delle competenze al personale assegnato alla struttura.

Ai responsabili di struttura compete:

- la gestione delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate, nonché, in base alle specifiche competenze, la gestione diretta dei budget trasversali destinati a garantire in forma originariamente indistinta beni, servizi e lavori indispensabili per il funzionamento di tutte le strutture;
- l'espletamento delle funzioni di responsabile del procedimento con riguardo ai procedimenti amministrativi di competenza della struttura ad essi assegnata, salva la facoltà di attribuzione di dette funzioni, con atto del dirigente assunto ai sensi dell'art.5 della Legge n. 241/1990, ad altro dipendente;
- la gestione delle attività/funzioni in capo all'articolazione organizzativa cui sono preposti, nel rispetto delle direttive aziendali;
- la proposta di programmi attuativi degli obiettivi generali stabiliti;
- la formulazione di pareri al Direttore Generale ed alla Direzione Strategica;
- l'esercizio di altre funzioni attribuite dal Direttore Generale.

Ai dirigenti, destinati ad assolvere funzioni strumentali e/o di supporto dell'attività di gestione diretta, compete il potere e la corrispondente responsabilità, dell'attivazione, della conduzione e della tempestiva conclusione dei procedimenti amministrativi, tecnici e professionali indispensabili per il perfezionamento degli atti amministrativi, nel principio di legalità amministrativa.

Inoltre, in quanto titolari di funzioni specifiche, ai sensi della legge n. 241/1990 in materia di procedimento amministrativo, rivestono il ruolo di "responsabile del procedimento" per l'adozione del corrispondente decreto da parte del Direttore Generale, nel rispetto delle competenze e delle funzioni definite nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico vigente.

Ai dirigenti viene riconosciuta la titolarità dell'adozione dei provvedimenti amministrativi denominati "determinazioni dirigenziali", espressione di concreta e specifica attività di gestione, da adottare nell'ambito delle competenze già attribuite dal legislatore e disciplinate nel POAS, competenze – connesse all'incarico ricoperto – che non rientrano negli atti di pianificazione, programmazione e di governo dell'ASST, propri del Direttore Generale.

Le determinazioni dirigenziali possono configurare:

- l'attuazione di competenze riservate, in maniera espressa, ai dirigenti in base a disposizioni normative e regolamentari;
- l'attuazione di competenze tecniche proprie dei dirigenti che, per motivi di legittimità e/o opportunità, richiedono una formale pubblicità attraverso la pubblicazione all'albo on-line;
- l'attuazione di competenze tecniche in esecuzione di atti del Direttore Generale.

Le determinazioni dirigenziali sono, pertanto, atti definiti, costituiscono, al pari dei decreti, attività amministrativa dell'ASST ed hanno rilievo interno ed esterno.



Ai dirigenti è attribuita la firma degli atti che riguardano le materie di competenza, comprese le comunicazioni, le certificazioni e le dichiarazioni conseguenti ai provvedimenti adottati in autonomia dal dirigente, nonché la firma di atti oggetto di specifica delega del Direttore Generale, sulla base delle necessità aziendali.

4.2 Forma e iter delle determinazioni dirigenziali

Le determinazioni dirigenziali sono prodotte nell'ambito del sistema informatico di gestione documentale in uso presso l'ASST, dalla fase di inserimento della proposta sino alla pubblicazione all'albo on line, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trasparenza e di riservatezza. Nell'ambito dell'attività istruttoria, le proposte di determinazione dirigenziale sono prodotte in originale informatico e sottoscritte con firma elettronica. Nell'ambito dell'attività decisoria, le determinazioni dirigenziali sono sottoscritte dai dirigenti competenti con firma digitale.

Sono competenti ad adottare le determinazioni dirigenziali i direttori ed i dirigenti titolari di incarico di struttura come individuati nel presente regolamento.

Ai sensi dell'articolo 17, comma 1-bis, del decreto legislativo n. 165/2001, nel caso in cui il dirigente sia temporaneamente assente dal servizio, le determinazioni dirigenziali di competenza vengono adottate dal dirigente/funziionario legittimati a sostituirlo; a tal fine il dirigente provvede ad individuare formalmente il proprio sostituto, a ciò delegato. Di detta delega amministrativa va data formale comunicazione al Direttore Generale e al Direttore Amministrativo.

Nel caso in cui sia vacante il posto di direttore di una struttura dell'ASST tra quelle competenti ad adottare provvedimenti determinativi, il provvedimento verrà adottato dal Direttore Generale con decreto.

Le determinazioni dirigenziali devono contenere tutti gli elementi dell'atto amministrativo, così come rappresentanti al precedente articolo 3.2 del presente regolamento.

I contenuti delle determinazioni dirigenziali dovranno comunque risultare conformi ai seguenti principi:

- rispetto della normativa generale e specifica;
- rispetto degli obiettivi generali e specifici dell'ASST;
- rispetto della trasparenza, dell'esaustività e della chiarezza espositiva, della motivazione e della decisione;
- rispetto dei termini previsti dalla legge e dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti e per l'assunzione delle decisioni;
- efficace attuazione degli adempimenti istruttori ed attivazione delle necessarie ed opportune collaborazioni interne ed esterne;
- adozione di efficaci e tempestive comunicazioni / informazioni, in particolare, nei confronti dei destinatari dei provvedimenti e degli operatori interessati all'attuazione delle decisioni assunte nonché degli eventuali soggetti controinteressati;
- massima attenzione ai principi di appropriatezza, efficacia ed efficienza della gestione nel rispetto del budget assegnato;



- rispetto del principio della minimizzazione dei dati, ai sensi del GDPR/ Regolamento 2016/679: i dati citati nel provvedimento devono essere adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità del provvedimento stesso.

I file word costituenti i modelli fac-simile della determinazione dirigenziale sono reperibili nella piattaforma gestionale – WF- aziendale vigente.

4.3. Individuazione dei procedimenti oggetto di determinazioni dirigenziali

L'elenco delle materie e dei provvedimenti oggetto di determinazione dirigenziale è riportato nelle tabelle allegate al presente regolamento e riguarda le seguenti strutture aziendali:

1. SC Affari Generali e Legali
2. SC Gestione Acquisti
3. SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
4. SC Gestione Tecnico Patrimoniale
5. SC Nuovo Ospedale.

ARTICOLO 5 TUTELA DELLA RISERVATEZZA

I decreti e le determinazioni dirigenziali devono essere redatti in conformità ai contenuti di cui al decreto legislativo n.196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", del decreto legislativo n.33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" ed al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e tenuto conto delle indicazioni date dal Garante per la protezione dei dati personali.

ARTICOLO 6 ESECUTIVITÀ E ATTIVITÀ DI CONTROLLO

Tutti i decreti e le determinazioni dirigenziali sono immediatamente esecutivi, ad esclusione dei provvedimenti soggetti al controllo da parte della Giunta della Regione Lombardia.

Ai sensi dell'articolo 4 comma 8 della legge n. 142/1991 e dell'articolo 17, commi 2 e 4 della legge regionale della Regione Lombardia n. 33/2009, sono subordinati al controllo della Giunta Regionale – e per tale motivo non immediatamente esecutivi – i seguenti provvedimenti: il piano di organizzazione aziendale strategico, i bilanci di previsione e relative variazioni, il bilancio di esercizio.

Tutti i decreti e le determinazioni dirigenziali, con i relativi fascicoli istruttori, vengono messi a disposizione del Collegio Sindacale dell'ASST per l'effettuazione dei controlli di competenza di cui, in particolare, all'articolo 3 ter, comma 1, del decreto legislativo n.502/1992 e dell'articolo 12, comma 14, della legge regionale della Regione Lombardia n. 33/2009.



L'elenco delle determinazioni assunte viene inviato, inoltre, mensilmente, a cura della SC Affari Generali e Legali, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario.

ARTICOLO 7 PUBBLICITÀ LEGALE – ALBO ON LINE

I decreti e le determinazioni vengono pubblicati per n. 15 giorni interi e consecutivi, sul sito web dell'ASST – sezione Albo on line, con effetto di pubblicità legale in applicazione di norme di legge o di regolamento. La pubblicazione on line sostituisce – in conformità all'art.32 della legge n. 69/2009 – la pubblicazione cartacea all'Albo dell'Azienda e, comunque, ogni altra forma di pubblicità legale in altri siti informatici, salvi i casi espressamente previsti dall'ordinamento o dall'Autorità Giudiziaria.

Il computo dei giorni inizia dal giorno successivo alla data di pubblicazione.

Se l'ultimo giorno coincide con un giorno festivo, il termine di pubblicazione è prorogato al primo giorno lavorativo utile.

Per situazioni particolari, l'ASST può stabilire tempi di permanenza dei documenti sul sito informatico oltre il periodo di pubblicazione, nel rispetto dei principi di necessità, indispensabilità, pertinenza e non eccedenza.

Decorso il termine di pubblicazione, nel rispetto del principio di temporaneità, il sistema provvede automaticamente al ritiro dell'atto dall'Albo on line e allo spostamento dello stesso nell'albo storico, inibendo la visibilità del documento.

Durante il periodo di pubblicazione, i dati contenuti nei documenti pubblicati sono fruibili dagli utenti del sito web istituzionale e l'acquisizione in forma digitale dei documenti pubblicati da parte dell'utenza avviene gratuitamente e senza formalità. Decorso tale termine, trova applicazione la disciplina in materia di accesso agli atti, la cui regolamentazione aziendale è consultabile al link [Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria - ASST Cremona \(asst-cremona.it\)](http://asst-cremona.it).

Durante il periodo di pubblicazione, il sistema informatico aziendale impedisce l'indicizzazione dei documenti e la ricerca ubiquitaria da parte dei motori di ricerca o altri sistemi informatici esterni all'ASST.

Ciascuna pubblicazione all'albo on line dell'ASST è registrata sequenzialmente in specifico Repertorio mediante numerazione progressiva; la numerazione è rinnovata ogni anno solare.

L'ASST organizza e gestisce l'albo on line in modo da garantire:

- l'accessibilità e la ricerca delle informazioni e dei metadati in maniera strutturata, per testo libero, per tipologia documentale e per stato di pubblicazione;
- l'esattezza e l'aggiornamento dei dati pubblicati;
- l'autenticità e l'integrità dei documenti pubblicati;
- l'inalterabilità dei documenti pubblicati da parte di terzi per garantire l'immodificabilità degli atti.



Sono pubblicati all'albo on line i provvedimenti:

- Informatici nativi sottoscritti con firma digitale;
- Informatici contenenti copia informatica di documento informatico;
- Informatico contenente copia per immagine con annessa dichiarazione sottoscritta con firma digitale a cura del richiedente la pubblicazione.

La responsabilità della formazione e redazione degli atti da pubblicare all'albo on line è attribuita alla struttura competente sulla base della assegnazione delle funzioni definita nel Piano di Organizzazione Aziendale; tale responsabilità riguarda la corretta formazione dell'atto nella sua generalità, dal punto di vista formale, tecnico e del contenuto, sotto il profilo giuridico, amministrativo, della tutela dei dati personali e dell'accessibilità.

La responsabilità della pubblicazione degli atti all'albo on line è del responsabile della gestione documentale aziendale, che dispone in merito alla corretta gestione delle pubblicazioni, al funzionamento del sistema di work flow di pubblicazione, garantendo l'immodificabilità, integrità e leggibilità dei documenti.

Devono essere pubblicati solo dati esatti, aggiornati e contestualizzati.

La pubblicazione dei provvedimenti avviene in forma integrale o per estratto (con "OMISSIS").

Infatti, ai sensi del decreto legislativo n. 196/2003 e del Regolamento GDPR 2016/679:

- Tutti i dati personali ① possono essere oggetto di una o più operazioni di trattamento, purché finalizzate allo svolgimento di funzioni istituzionali ed effettuate nel rispetto dei presupposti e dei limiti dalla stessa normativa previsti e da ogni altra disposizione di legge o di regolamento e dai provvedimenti del Garante per la privacy;
- È lecito diffondere solo i dati personali che siano realmente indispensabili, pertinenti e non eccedenti rispetto al fine che si intende perseguire;
- I dati personali possono essere oggetto di diffusione soltanto se tale operazione di trattamento è prevista da una norma di legge.

E' sempre vietata la diffusione di dati sensibili ② idonei a rivelare, anche indirettamente, lo stato di salute: è vietata, pertanto, qualsiasi pubblicazione da cui si possa desumere lo stato di malattia o l'esistenza di patologie dei soggetti interessati, compreso qualsiasi riferimento a condizioni di invalidità, disabilità o handicap fisici e/o psichici.

I dati sensibili e giudiziari ③ possono essere pubblicati solo nel caso in cui siano, in concreto, "indispensabili".

E', pertanto, cura del responsabile del procedimento verificare, caso per caso, l'opportunità di adottare la modalità di pubblicazione "omissis" nel sistema di gestione documentale aziendale quale strumento di salvaguardia della riservatezza dei dati personali, soprattutto nei casi in cui il riferimento agli stessi deve essere necessariamente contenuto nel provvedimento (decreto o determinazione).

ARTICOLO 8 RILASCIO COPIE DECRETI E DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI

La visione e l'eventuale rilascio di copie dei decreti e delle determinazioni dirigenziali sono disciplinati da apposito regolamento aziendale in materia di accesso agli atti, accesso civico e accesso generalizzato, adottato in conformità alla legge n. 241/1990 e al decreto legislativo n. 33/2013.



Il regolamento vigente è visionabile al link [Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria - ASST Cremona \(asst-cremona.it\)](https://www.asst-cremona.it/Accesso_civico_\)

① dati personali: sono tutte le informazioni che rendono identificabile un soggetto (dati anagrafici, immagini, codice fiscale, indirizzo IP, numero di targa ec..) e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche personali;

② dati sensibili: sono dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, sindacale, lo stato di salute e la vita sessuale;

③ dati giudiziari: sono dati personali idonei a rivelare l'esistenza di determinati provvedimenti giudiziari soggetti ad iscrizione nel casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti (es: provvedimenti penali di condanna definitiva, liberazione condizionale, divieto od obbligo di soggiorno, misure alternative della detenzione) o la qualità di imputato o di indagato.

ARTICOLO 9 L'ISTITUTO DELL'AUTOTUTELA

9.1 Autotutela demolitoria

I decreti del Direttore Generale possono essere oggetto di ritiro, revoca o annullamento da parte del Direttore Generale medesimo, con adozione di apposito provvedimento o da parte di altro organo previsto dalla legge, in conformità ai contenuti di cui agli articoli 21 quinquies, 21 novies della legge n. 241/1990.

Le determinazioni dei dirigenti possono essere oggetto di ritiro, revoca o annullamento da parte del dirigente stesso, con apposita determinazione, o da parte di altro organo previsto dalla legge, in conformità ai contenuti di cui agli articoli 21 quinquies, 21 novies della legge n. 241/1990.

Qualora sussistano i presupposti per il ritiro, l'annullamento o la revoca di una determinazione ed il dirigente competente non adotti il relativo provvedimento, il Direttore Generale fissa un termine perentorio entro il quale il dirigente deve provvedere. Decorso tale termine, qualora permanga l'inerzia, il Direttore Generale, previa contestazione e diffida ad adempiere entro un congruo termine, formalizza con proprio decreto, il ritiro, l'annullamento o la revoca o individua un altro dirigente competente ad adottare il provvedimento.

9.2. Autotutela conservativa

I decreti del Direttore Generale, qualora ne sussistano i presupposti, possono essere convalidati, ratificati, sanati, riformati, rettificati per errori materiali, dal Direttore Generale medesimo con apposito decreto.

Le determinazioni dirigenziali, qualora ne sussistano i presupposti, possono essere convalidate, ratificate, sanate, riformate, rettificate per errori materiali, dai medesimi dirigenti con apposita determinazione.



Qualora ricorrano i presupposti per il ricorso ad uno degli istituti volti alla conservazione della determinazione ed il dirigente non adotti il relativo provvedimento, si applica la procedura indicata per le ipotesi di ritiro, annullamento o revoca descritte nelle ipotesi di autotutela demolitoria.

ARTICOLO 10 RICORSI

Avverso i decreti e le determinazioni dirigenziali è ammesso ricorso attraverso gli ordinari rimedi giurisdizionali (ricorsi avanti all'Autorità Giudiziaria) previsti dalla legge e, ove ne ricorrano i requisiti, anche attraverso i rimedi giustiziali (ricorsi avanti all'Autorità Amministrativa).

ARTICOLO 11 L'ISTITUTO DELLA DELEGA AI DIRIGENTI

Sono delegabili dal Direttore Generale ai vari livelli di dirigenza, le funzioni gestionali di natura vincolata o che comportino l'esercizio di una discrezionalità tecnica, nei limiti del budget assegnato e attuative degli atti di pianificazione e/o programmazione aziendale, fatti salvi gli atti riservati dalla legge in via esclusiva al Direttore Generale.

Il Direttore Generale può conferire al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore Sociosanitario deleghe specifiche, ulteriori e diverse rispetto alle attribuzioni ed alle competenze di legge, definendone allo stesso tempo i contenuti ed i limiti. Al Direttore Amministrativo è demandata in via generale, fatta salva ogni eventuale diversa decisione del Direttore Generale, la rappresentanza dell'ASST di Cremona, quale delegazione trattante, nelle relazioni sindacali e nelle cosiddette procedure di raffreddamento e di conciliazione di eventuali conflitti.

Il Direttore Generale può inoltre demandare ai Direttori di Struttura Complessa la sottoscrizione degli atti amministrativi che impegnano l'ASST verso terzi, ivi circoscrivendone l'ambito soggettivo ed oggettivo delle relative più ampie attribuzioni rispetto a quelle legislativamente previste.

11.1 La delega di funzioni: forma, contenuto, efficacia e durata

La delega viene attribuita, nei modi e nelle forme necessarie in relazione alla tipologia delle attività delegate, con atto scritto del Direttore Generale, dal quale risulti espressamente indicato:

- a) il dirigente delegato;
- b) la funzione gestionale delegata con la specificazione delle competenze e/o degli atti attribuiti al delegato;
- c) i limiti dell'azione del delegato ed i poteri esercitabili dal delegante;
- d) la durata della delega;
- e) i poteri del delegante.

Con tale delega viene trasferito l'esercizio di un determinato potere o funzione, ma non la titolarità dello stesso, che rimane in capo al delegante. L'esercizio delle funzioni delegate è attribuito ad un dirigente dotato dell'idoneità tecnica e professionale necessaria per l'attuazione della delega, con la quale esso viene messo a conoscenza delle



responsabilità che gli sono attribuite; il delegato deve essere dotato di autonomia gestionale e di capacità di spesa nella materia delegata, in modo da esercitare autonomamente la responsabilità attribuita.

La delega di funzioni di gestione, in quanto atto recettizio, diventa efficace con la semplice comunicazione al delegato. Non occorre alcuna accettazione o altra prestazione di consenso da parte di quest'ultimo, il quale è obbligato a svolgere le funzioni connesse non appena sia messo al corrente del conferimento.

Gli originali degli atti di delega sono conservati ai sensi del Titolare e Massimario di scarto vigente presso l'ASST.

La delega può essere disposta dal Direttore Generale in qualsiasi momento. La durata è quella fissata dall'atto di delega. Qualora l'atto di delega non ne delimiti la durata, la stessa perdura sino alla revoca ovvero sino allo scadere del mandato o comunque alla cessazione dell'incarico del Direttore Generale o del delegato. In ogni caso, il rapporto di delega cessa al mutare del delegante o del delegato.

11.2 Poteri del delegante

Per effetto della delega, il Direttore Generale può nei confronti del delegato:

- a) Impartire eventuali direttive circa gli atti da compiere nell'esercizio della delega;
- b) Esercitare eventualmente il potere di avocazione o sostituzione in caso di inerzia;
- c) Annullare, riformare e revocare in sede di autotutela gli atti illegittimi o inopportuni eventualmente posti in essere nell'esercizio della delega, ferma restando la necessità di salvaguardare i diritti acquisiti dai terzi;
- d) Revocare la delega, anche per singoli atti, in qualsiasi momento, con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa;
- e) Esercitare il potere di controllo e di vigilanza.

In costanza di delega, il delegante non può esercitare le attribuzioni delegate.

11.3 Poteri del delegato

Il delegato è tenuto ad agire nell'ambito e nei limiti previsti dall'atto di delega del Direttore Generale.

Il dirigente delegato esercita il potere in nome proprio e gli atti compiuti nell'espletamento dell'attività delegata sono a lui imputabili. Il dirigente delegato è responsabile degli atti adottati e dei compiti svolti in attuazione della delega e dei loro effetti.

Il delegato non può subdelegare le attribuzioni oggetto della delega.

ARTICOLO 12 AVOCAZIONE DELLA DELEGA DI FUNZIONI

L'avocazione è l'atto con il quale il delegante decide di esercitare, sulla base di motivi di pubblico interesse o comunque in presenza di ragioni di ordine organizzativo e funzionale un potere attribuito alla competenza di un delegato: *una tantum*, ovvero tutte le volte occorrenti per la cura di un determinato interesse pubblico concreto.



L'atto di avocazione è esercizio di potere discrezionale e può essere contestato nelle competenti sedi da parte di chi vi abbia interesse.

12.1 La delega di firma

La delega di firma si differenzia dalla delega di funzioni in quanto gli atti e i provvedimenti restano propri del delegante, che mantiene la piena titolarità dell'esercizio di un determinato potere e non del delegato alla firma. Con la delega di firma il delegato è autorizzato ad adottare l'atto firmato per il delegante.

ARTICOLO 13 MODIFICHE AL REGOLAMENTO

Il presente Regolamento è soggetto ad aggiornamenti, modificazioni ed integrazioni da parte del Direttore Generale, in relazione alla individuazione di nuovi centri di responsabilità ai quali riferire poteri gestionali.

ARTICOLO 14 ENTRATA IN VIGORE

Il presente regolamento entra in vigore dalla data di pubblicazione sull'albo pretorio online dell'ASST e resta permanentemente pubblicato sul sito istituzionale – sezione amministrazione trasparente.

ARTICOLO 15 NORME FINALI E DI RINVIO

Per tutto quanto non espressamente contemplato dal presente Regolamento, si fa integrale rinvio alla vigente normativa, nonché alle successive modifiche o integrazioni della stessa. Tutti i rinvii normativi contenuti nel presente Regolamento si intendono di natura dinamica e formale; pertanto, la modifica di norme legislative vigenti e l'emanazione di nuove norme implicherà un adeguamento automatico del presente Regolamento.


SCHEDA ALLEGATO 1 (art. 4.3)

SC AFFARI GENERALI E LEGALI	PROVVEDIMENTO	
	DECRETO	DETERMINA
Nomine e aggiornamenti organi, direzione strategica e organismi aziendali	x	
Approvazione, rinnovo, convenzioni con Università per lo svolgimento di tirocini di specializzazione universitaria	x	
Approvazione, rinnovo e integrazione convenzioni con associazioni di volontariato	x	
Accettazione donazioni di beni immobili, mobili /somme di denaro, a prescindere dall'importo, eredità e legati	x	
Stipula, rinnovo o revoca contratti di locazione e di comodato d'uso di beni immobili attivi e passivi	x	
Stipula / presa d'atto accordi tra enti / protocolli di intesa	x	
Determinazioni inerenti le liti attive e passive, gli atti di non costituzione in giudizio, nonché le decisioni in ordine alla impugnazione delle sentenze	x	
Nomina dei legali esterni	x	
Liquidazione compensi a professionisti esterni per rappresentanza ed assistenza legale in vertenze		x
Stipula contratti di comodato di beni mobili	x	
Presa d'atto nulla osta rilasciato dalla Sovrintendenza Archivistica ed eliminazione documenti aziendali		x
Nomina commissione giudicatrice per procedure di scelta del contraente sopra e sotto soglia	x	
Regolamento albo dei professionisti esterni	x	
Istituzione, aggiornamento e gestione albo aziendale dei legali		x

**SCHEDA ALLEGATO 2 (art. 4.3)**

SC GESTIONE ACQUISTI	PROVVEDIMENTO	
	DECRETO	DETERMINA
Adesione a gare CONSIP, ARIA ed a gare esperite da altri enti pubblici di importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Indizione e aggiudicazione di procedure di gara relative all'acquisizione di beni e servizi di competenza per importi superiori alla soglia comunitaria	x	
Rinnovo contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Proroga contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Modifiche e varianti di contratti già disposti con decreto	x	
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con decreto	x	
Indizione e aggiudicazione procedure di gara relative all'acquisizione di beni e servizi, al di sotto della soglia di rilievo comunitario, comprese adesione a gare CONSIP, ARIA e gare esperite da altri enti pubblici		x
Proroga e rinnovo dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi, già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Acquisti		x
Modifiche e varianti di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Acquisti		x
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Acquisti		x
Procedura di gara per cessione a terzi di beni mobili aziendali dismessi		x
Programmazioni acquisti (annuale/biennale e sopra un milione di euro)	x	
Presenza d'atto variazioni ragione sociale, fusioni, incorporazioni, cessioni ramo d'azienda relative a ditte contraenti		x
Autorizzazioni al subappalto		x
Quantificazione e riparto degli incentivi ex art. 113 codice dei contratti pubblici per le procedure di competenza con rendicontazione al Direttore Generale		x

**SCHEDA ALLEGATO 3 (art. 4.3)**

SC GESTIONE E SVILUPPO DELLE RISORSE UMANE	PROVVEDIMENTO	
	DECRETO	DETERMINA
Adozione piano triennale dei fabbisogni del personale	x	
Procedure di conferimento incarichi di direzione di struttura complessa	x	
Rinnovo incarichi di direttore di struttura complessa	x	
Conferimento/proroga incarichi a vario titolo di sostituzione responsabile struttura complessa	x	
Indizione procedure di reclutamento, esito e provvedimenti di assunzione di personale a tempo determinato e indeterminato, comprese quelle di mobilità	x	
Indizione procedure di conferimento di incarichi libero professionali e borse di studio, esiti e provvedimenti di attivazione dei contratti	x	
Atti endo-procedimentali correlati alle procedure di reclutamento		x
Proroga contratti di personale assunto a tempo determinato e degli incarichi libero professionali e borse di studio	x	
Comando e assegnazione temporanea di personale dipendente di livello dirigenziale e non dirigenziale presso altro ente o da altro ente		x
Conferimento incarico di medico di emergenza territoriale		x
Nulla osta mobilità in uscita personale dirigenziale e non dirigenziale		x
Risoluzione del rapporto di lavoro per esito negativo del periodo di prova		x
Concessione aspettative per superamento periodo di prova presso altro ente e per incarichi a tempo determinato presso altro ente		x
Collocamento a riposo del personale o cessazioni dal servizio del personale con diritto alla pensione ed eventuale riconoscimento dei benefici ex L. 336/1970		x
Presa d'atto cessazioni dal servizio per recesso, decesso o ad altro titolo e relativi provvedimenti conseguenti		x
Provvedimenti concernenti la revoca delle dimissioni		x
Provvedimenti concernenti la richiesta di trattenimento in servizio oltre i limiti di età	x	
Procedure concernenti il collocamento a riposo per inabilità, dopo ricezione del verbale della commissione medica di verifica di Milano		x
Collocamento in aspettativa retribuita e non retribuita, a vario titolo, del personale dipendente		x
Attribuzione delle 150 ore (diritto allo studio)		x
Approvazione del bando biennale per la concessione del part time per il comparto		x
Concessione di part time per la dirigenza e il comparto		x



Ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno		x
Autorizzazione comando finalizzato		x
Costituzione provvisoria e definitiva dei fondi contrattuali relativi al personale dipendente	x	
Riconoscimento compensi produttività al personale dipendente del comparto	x	
Riconoscimento compensi retribuzione di risultato al personale dipendente della dirigenza	x	
Riconoscimento compensi fondo di perequazione dirigenti area sanità	x	
Riconoscimento del fondo di supporto indiretto alla libera professione intramuraria	x	
Liquidazione premio di operosità medici specialisti ambulatoriali		x
Liquidazione indennità sostitutiva del preavviso e liquidazione ferie non godute al momento della cessazione ove dovuti ai sensi di legge		x
Liquidazione indennità sostitutiva del preavviso e relative ferie per collocamento riposo per inabilità		x
Approvazione Piano Formativo annuale	x	
Legge 135/1990 Percorso formativo obbligatorio SC Malattie Infettive		x
Affidamento, conferimento, revoca incarichi docenti esterni con relativi atti di liquidazione		x
Rendicontazione corsi		x
Attivazione corsi di formazione non compresi nel Piano Formativo annuale	x	
Conferimento incarichi a medici specialisti ambulatoriali convenzionati a tempo determinato e indeterminato	x	
Conferimento di incarichi provvisori a medici specialisti ambulatoriali convenzionati	x	
Cessazione incarichi medici specialisti ambulatoriali convenzionati		x
Aumento o riduzione ore di incarico medici specialisti ambulatoriali convenzionati		x
Approvazione graduatoria medici specialisti ambulatoriali convenzionati aspiranti sostituti		x
Piano annuale emergenza – comparto e dirigenza	x	
Nomina organismo Paritetico per l'innovazione – comparto e dirigenza	x	
Nomina delegazione aziendale trattante – comparto e dirigenza	x	
Approvazione accordi integrativi aziendali	x	
Determinazione monte ore permessi sindacali – comparto e dirigenza		x
Distacchi e aspettative sindacali		x
Nomina UPD	x	
Provvedimenti di presa atto sanzioni disciplinari di licenziamento irrogate dall'UPD	x	
Regolamento aziendale incarichi di posizione dirigenziale e relativo assetto aziendale	x	



Attribuzione / proroga incarichi dirigenziali ed eventuale revoca in esito a valutazione negativa	x	
Regolamento aziendale sistema degli incarichi per il personale del comparto e relativo assetto aziendale	x	
Attribuzione / proroga incarichi di funzione organizzativa e professionale al personale del comparto ed eventuale revoca in esito a valutazione negativa	x	
Presenza d'atto verbali Collegio Tecnico per la valutazione dei dirigenti e provvedimenti conseguenti: applicazione istituti giuridico – economici correlati	x	
Applicazione di istituti contrattuali (esempio: attribuzione DEP-ex fasce)	x	
Adozione provvedimenti attuativi del POAS	x	

Il Direttore della SC Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane è altresì delegato, oltre che al compimento e alla sottoscrizione di tutti gli atti afferenti la Sua peculiare carica dirigenziale, anche alla sottoscrizione di ulteriori atti, tra cui i seguenti:

- Corrispondenza con l'INAIL per infortuni sul lavoro;
- Comunicazioni relative alle malattie professionali INAIL;
- Comunicazioni relative alle agevolazioni orarie ed esonero dal lavoro notturno;
- Lettere di incarico medicina specialistica ambulatoriale;
- Comunicazioni relative alle rilevazioni annuali Legge 104/92 sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Disposizione visite fiscali e conseguenti comunicazioni al personale e a terzi;
- Corrispondenza verso dipendenti per adempimenti relativi alla Legge 104/92, al congedo retribuito ex art. 42 D.Lgs 151/2001, alla maternità;
- Certificazioni relative a periodi di assenza fruiti durante la sussistenza del rapporto di lavoro;
- Comunicazioni relative alle rilevazioni permessi e aspettative sindacali sul portale del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Comunicazioni relative alla partecipazione agli scioperi sul portale del Dipartimento delle Funzioni Pubblica;
- Corrispondenza inerente all'esercizio del diritto di sciopero verso dipendenti e terzi;
- Corrispondenza afferente l'attività sindacale;
- Caricamento sul sito ARAN contrattazione integrativa, verbali RSU, deleghe sindacali;
- Certificati dello stipendio, atti di benessere, sottoscrizione di moduli e altra corrispondenza con l'INPS Gestione ex-Inpdap e con terzi per cessioni del quinto;
- Completamento pratiche di richiesta di piccolo prestito e prestiti pluriennali INPS;
- Dichiarazioni e corrispondenza relativa ai processi esecutivi di pignoramento presso terzi a carico di voci stipendiali dovute dall'ASST di Cremona ai propri dipendenti;
- Certificazioni varie spettanze/oneri personale dipendente;
- Moduli di liquidazione del TFR;
- Conferimento di incarichi dirigenziali, lavoratori atipici e medicina convenzionata;
- Certificazione del superamento del periodo di prova, previa richiesta del dipendente;
- Certificati di servizio;
- Sottoscrizione dei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali;
- Contratti individuali autorizzazione smart working;
- Comunicazioni al personale di trasferimenti interni tra uffici amministrativi/staff (esclusi quelli nell'ambito di una stessa SC ovvero quelli interni al DAPSS);
- Sottoscrizione prospetto informativo disabili L. 68/99: invio annuale telematico su portale Sintesi;
- Contratti individuali di lavoro per il conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale;
- Contratti individuali di lavoro per il conferimento degli incarichi di posizione e di funzione al personale del comparto;



- Comunicazioni al personale dirigente di presa atto dell'esercizio dell'opzione per il rapporto di lavoro intra/extra moenia;
- Sottoscrizione bandi interni per il conferimento degli incarichi di posizione dirigenziale (strutture semplici a valenza dipartimentale, strutture semplici articolazione interna, incarichi professionali di alta e altissima specializzazione);
- Sottoscrizione bandi interni per il conferimento degli incarichi di posizione e di funzione al personale del comparto.


SCHEDA ALLEGATO 4 (art. 4.3)

SC GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE	PROVVEDIMENTO	
	DECRETO	DETERMINA
Adesione a gare CONSIP, ARIA ed a gare esperite da altri enti pubblici di importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Indizione e aggiudicazione di procedure di gara per lavori, forniture e servizi di competenza per importi: - superiori alla soglia comunitaria per beni e servizi - superiori ad €. 1.000.000,00 per lavori	x	
Indizione e aggiudicazione procedure di gara relative all'acquisizione di beni e servizi al di sotto della soglia di rilievo comunitario, comprese adesioni a gare CONSIP, ARIA e gare esperite da altri enti pubblici, e di lavori di importo inferiore ad €. 1.000.000,00		x
Rinnovo contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Proroga contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Modifiche e varianti di contratti già disposti con decreto	x	
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con decreto	x	
Nomina commissione giudicatrice per procedure di scelta del contraente sopra e sotto soglia	x	
Proroga e rinnovo dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi, già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Tecnico Patrimoniale		x
Modifiche e varianti di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Tecnico Patrimoniale		x
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Gestione Tecnico Patrimoniale		x
Approvazione stato avanzamento lavori, stato finale e certificato di regolare esecuzione		x
Nomina del collaudatore o della commissione di collaudo se l'onorario è superiore alla soglia di rilievo comunitario	x	
Nomina del collaudatore o della commissione di collaudo se l'onorario è inferiore alla soglia di rilievo comunitario		x
Presa d'atto variazioni ragione sociale, fusioni, incorporazioni, cessioni ramo d'azienda relative a ditte contraenti		x
Autorizzazioni al subappalto		x
Liquidazione degli importi dovuti a progettisti e tecnici incaricati		x
Programmazione triennale dei lavori ed elenco annuale	x	
Richieste stime immobiliari Agenzia Entrate/Territorio per alienazioni		x
Quantificazione e riparto degli incentivi ex art. 113 del codice dei contratti pubblici per le procedure di		x



competenza con rendicontazione al Direttore Generale		

Rientrano tra i poteri del Direttore della SC Gestione Tecnico Patrimoniale la sottoscrizione di ulteriori atti, tra cui i seguenti:

- Sottoscrizione e invio dati all'osservatorio opere pubbliche
- Sottoscrizione ed invio dati appalti all'ANAC
- Sottoscrizione Piani di Sicurezza e Coordinamento cantieri in qualità di responsabile dei lavori ex Decreto Legislativo n. 81/2008 e Decreto Legislativo n. 50/2016
- Sottoscrizione e trasmissione dati avanzamento cantieri al MEF
- Certificati esecuzione lavori per ANAC e SOA
- Sottoscrizione e trasmissione dati patrimonio immobiliare al MEF/Regione Lombardia
- Sottoscrizione dati e trasmissione monitoraggio cantieri a Regione Lombardia (sistema SGP)
- Trasmissione consumi energetici annuali al FIRE
- Istanze in materia edilizia ed urbanistica quali richieste di titoli abitativi, comunicazioni e segnalazioni di inizio attività, richieste di autorizzazioni e pareri preventivi da parte degli enti competenti, nonché la richiesta di certificati di destinazione urbanistica.


SCHEDA ALLEGATO 5 (art. 4.3)

SC NUOVO OSPEDALE	PROVVEDIMENTO	
	DECRETO	DETERMINA
Indizione e aggiudicazione di procedure di gara per lavori, forniture e servizi di competenza per importi: - Superiori alla soglia comunitaria per beni e servizi; - Superiori ad €. 1.000.000,00 per lavori	x	
Adesione a gare CONSIP, ARIA ed a gare esperite da altri enti pubblici di importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Approvazione di studi di fattibilità	x	
Nomina commissione giudicatrice per procedure di scelta del contraente sopra e sotto soglia	x	
Consultazioni o ricerche di mercato (manifestazioni di interesse) preliminari alle procedure di acquisto di beni, servizi e lavori non previsti nella programmazione	x	
Rinnovo contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Proroga contratti aventi importo superiore alla soglia comunitaria	x	
Modifiche e varianti di contratti già disposti con decreto	x	
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con decreto	x	
Indizione e aggiudicazione procedure di gara relative all'acquisizione di beni e servizi al di sotto della soglia di rilievo comunitario, comprese adesioni a gare CONSIP, ARIA e gare esperite da altri enti pubblici, e di lavori di importo inferiore ad €. 1.000.000,00		x
Approvazione stato avanzamento lavori, stato finale e certificato di regolare esecuzione		x
Proroga e rinnovo dei contratti per l'acquisizione di beni e servizi, già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Nuovo Ospedale		x
Modifiche e varianti di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Nuovo Ospedale		x
Recesso e risoluzione di contratti già disposti con provvedimento dirigenziale della SC Nuovo Ospedale		x
Nomina del collaudatore o della commissione di collaudo se l'onorario è superiore alla soglia di rilievo comunitario	x	
Nomina del collaudatore o della commissione di collaudo se l'onorario è inferiore alla soglia di rilievo comunitario		x
Prea d'atto variazioni ragione sociale, fusioni, incorporazioni, cessioni ramo d'azienda relative a ditte contraenti		x
Programmazione triennale dei lavori ed elenco annuale	x	
Quantificazione e riparto degli incentivi ex art. 113 codice dei contratti pubblici per le procedure di competenze		x



CONSERVATORI DOCUMENTI DIGITALI ASST CREMONA

Denominazione sociale: **Aruba Pec S.p.a.**

Sede Amministrativa: Via San Clemente 53, 24036 Ponte San Pietro, BG

Recapiti: +39 0575 050.350

Sito Web: <https://www.pec.it>

Pec: info@arubapec.it

Partita IVA: 01879020517

Denominazione sociale: **Banco BPM Spa**

Sede Amministrativa: Piazza Filippo Meda 4, Milano (MI)

Recapiti +39 02 770.01

Sito Web: <https://gruppo.bancobpm.it/>

Pec: segreteria@pec.bancobpm.it

Partita IVA: 10537050964

Il Tesoriere assicura la conservazione sostitutiva, a norma di legge, dei mandati di pagamento e delle reversali di incasso corredati dalle relative ricevute di pagamento e incasso.

SERVIZIO ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI ANALOGICI ASST CREMONA

Denominazione sociale: **Microdisegno S.r.l.**

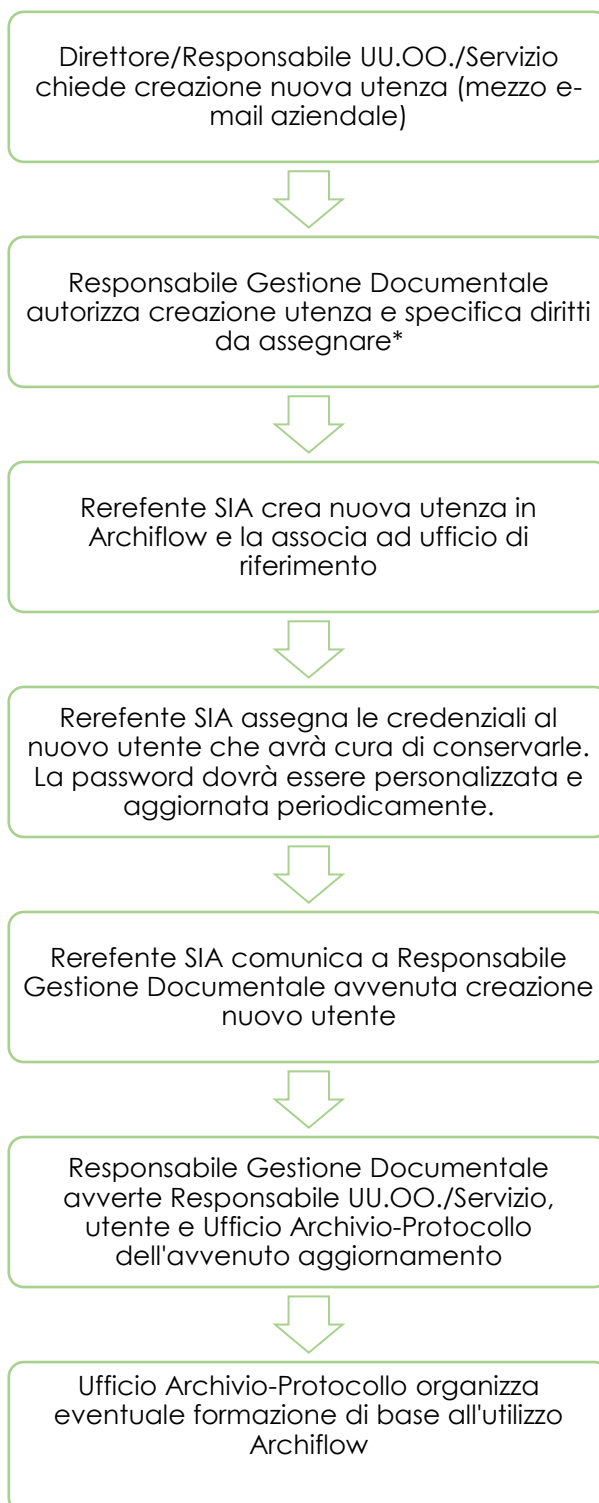
Sede Amministrativa: Via del Commercio 3, 26900 Lodi, LO

Recapiti +390371 610.109

Sito Web: <https://www.microdisegno.com/>

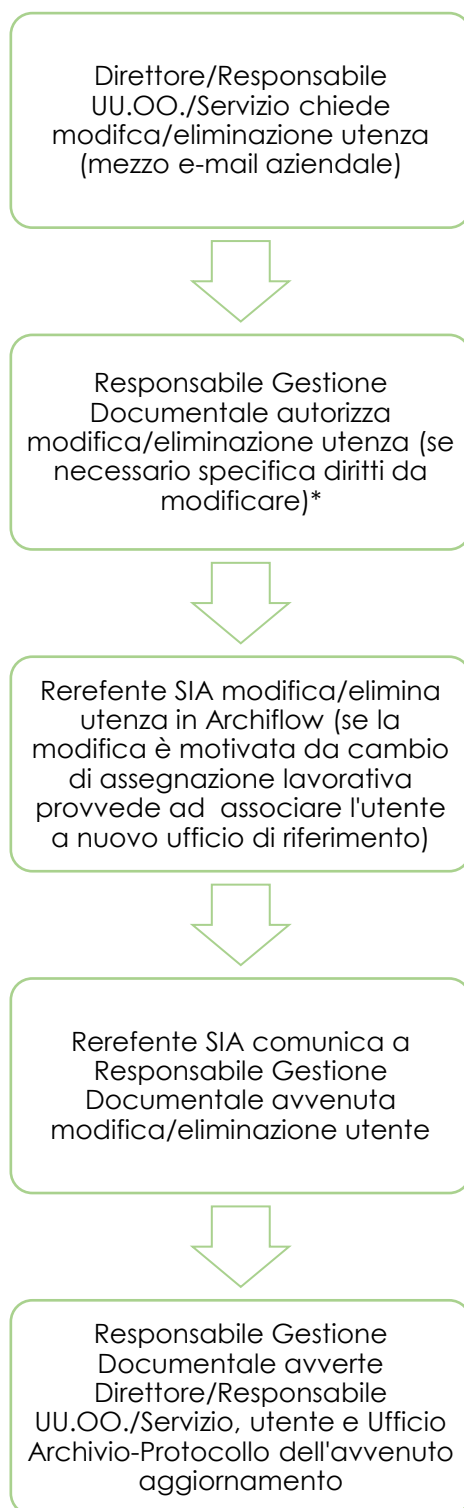
Pec: microdisegno@legalmail.it

Partita IVA: 05102090155

**PROCEDURA RILASCIO CREDENZIALI ARCHIFLOW**

*ABILITAZIONI PERMESSE (SOLO SISTEMA GESTIONE DOCUMENTALE oppure aggiunta ABILITAZIONE AL WORKFLOW DECRETI/DETERMINE):

- abilitazione alla consultazione;
- abilitazione all'inserimento;
- abilitazione alla cancellazione ed alla modifica delle informazioni.

**PROCEDURA MODIFICA/ELIMINAZIONE PROFILO UTENTE ARCHIFLOW**

Qualunque tipo di variazione relativa all'utente nel Sistema di Gestione Documentale dovrà essere prontamente comunicata dal Direttore/Responsabile UU.OO./Servizio al Referente SIA e per conoscenza al Responsabile Gestione Documentale.



MODULISTICA CREDENZIALI ARCHIFLOW
ALLEGATO 17 – MANUALE GESTIONE DOCUMENTALE ASST DI CREMONA

Al Responsabile gestione documentale aziendale
direttore.affarigenerali@asst-cremona.it

Con la presente si richiede per il dipendente:

Cognome:

Nome:

Matricola:

UO/Servizio/Ufficio:

Presidio:

ATTIVAZIONE ☐

MODIFICA ☐

ELIMINAZIONE ☐

delle credenziali del sistema di gestione informatica dei documenti *Archiflow*
(Specificare funzioni per le quali si chiede attivazione/modifica):

☐ registro di protocollo
Ufficio/sottoufficio di competenza: _____

☐ PEC
indicare le/le cassetta/e PEC da configurare: _____

☐ poste on line
indicare l'indirizzo mittente: _____

☐ libro firma
☐ istruttore
☐ responsabile di procedimento
☐ responsabile di struttura
☐ abilitazione firma digitale



☐ decreti

- ☐ istruttore
- ☐ responsabile di procedimento
- ☐ responsabile di struttura
- ☐ abilitazione firma digitale

☐ determine

- ☐ istruttore
- ☐ responsabile di procedimento
- ☐ responsabile di struttura
- ☐ abilitazione firma digitale

☐ è necessaria formazione all'utilizzo

DATA

IL RESPONSABILE

Il Responsabile della gestione documentale / suo delegato

.....

☐ **AUTORIZZA**

con abilitazione a:

registro di protocollo

- ☐ LIVELLO I - consultazione dati
- ☐ LIVELLO II - inserimento dati
- ☐ LIVELLO III - modifica/cancellazione informazioni

Decreti/determine

- ☐ LIVELLO I - consultazione dati
- ☐ LIVELLO II - inserimento dati
- ☐ LIVELLO III - modifica/cancellazione informazioni

Oppure

☐ **NON AUTORIZZA**

Per le seguenti motivazioni

Data

PROCESSO DI GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE SALE DI CONSULTAZIONE

SOMMARIO

1.	SCOPO E APPLICABILITÀ	2
2.	RESPONSABILITÀ	2
3.	PROCEDURA	3
4.	DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITÀ	3

LISTA DI DISTRIBUZIONE			
<i>FA</i>	<i>Nome e Cognome</i>	<i>Data</i>	<i>Firma per ricevuta</i>

REVISIONI						
Numero	0	1	2	3	4	5
Data		22/06/20	18/05/21			
Emissione (RGQ)		A.N.	A.N.			
Verifica e approvazione (DIR)		A.N.	A.N.			

PROCESSO DI GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE SALE DI CONSULTAZIONE

1. SCOPO E APPLICABILITÀ

Scopo della procedura è assicurare:

- Che l'accesso per la consultazione della documentazione dei clienti avvenga in modo autorizzato e controllato;
- Che la documentazione da visionare in consultazione sia preventivamente autorizzata dal cliente.

La presente procedura è applicabile a tutte le richieste e a tutti i documenti immagazzinati conto terzi.

2. RESPONSABILITÀ

La responsabilità del processo è del Servizio Clienti / Gestione Richieste. La responsabilità per ogni fase della procedura è definita nello schema di flusso seguente.

PROCESSO DI GESTIONE DELL'ACCESSO ALLE SALE DI CONSULTAZIONE

3. PROCEDURA

3.1 Schema di flusso per la consultazione in originale, presso il fornitore, del materiale richiesto

REPARTO	FLUSSO	NOTE
	<pre> graph TD Start([RICHIESTA DAL CLIENTE DI ACCESSO PER CONSULTAZIONE IN ORIGINALE, DA PARTE DI PROPRIO PERSONALE O DI ESTERNI]) --> Step1[CONTROLLO MEDIANTE SISTEMA INFORMATICO DELLA PRESENZA DEL MATERIALE RICHIESTO E RILEVAZIONE DELLE COORDINATE DI ALLOCAZIONE] Step1 --> Step2[DEFINIZIONE CON IL CLIENTE DI UN CALENDARIO PER LA CONSULTAZIONE] Step2 --> Step3[TRASMISSIONE COPIA DELLA RICHIESTA AL MAGAZZINO] Step3 --> Step4[RICERCA E PRELIEVO MATERIALE E POSIZIONAMENTO COPIA DELLA RICHIESTA AL POSTO DELL'OGGETTO PRELEVATO] Step4 --> Step5[VERIFICA TRA RICHIESTA E MATERIALE PRELEVATO] Step5 --> Step6[POSIZIONAMENTO MATERIALE DA VISIONARE NELLA SALA CONSULTAZIONI ASSEGNATA, IDENTIFICATO CON COPIA DELLA RICHIESTA DEL CLIENTE.] Step6 --> Step7[ACCOGLIENZA ED IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI DAL CLIENTE, CON REGISTRAZIONE DEI DATI SU APPOSITO "REGISTRO DEI VISITATORI" ED ACCOMPAGNAMENTO ALLA SALA CONSULTAZIONI] </pre>	La richiesta del cliente viene presa in carico solo a condizione che provenga da mail preventivamente identificate ed autorizzate in fase di avvio del servizio.
SERVIZIO CLIENTI / GESTIONE RICHIESTE	CONTROLLO MEDIANTE SISTEMA INFORMATICO DELLA PRESENZA DEL MATERIALE RICHIESTO E RILEVAZIONE DELLE COORDINATE DI ALLOCAZIONE	
SERVIZIO CLIENTI / GESTIONE RICHIESTE	DEFINIZIONE CON IL CLIENTE DI UN CALENDARIO PER LA CONSULTAZIONE	
UFFICIO GESTIONE RICERCHE	TRASMISSIONE COPIA DELLA RICHIESTA AL MAGAZZINO	
MAGAZZINO / ARCHIVIO	RICERCA E PRELIEVO MATERIALE E POSIZIONAMENTO COPIA DELLA RICHIESTA AL POSTO DELL'OGGETTO PRELEVATO	
MAGAZZINO / ARCHIVIO	VERIFICA TRA RICHIESTA E MATERIALE PRELEVATO	
MAGAZZINO / ARCHIVIO	POSIZIONAMENTO MATERIALE DA VISIONARE NELLA SALA CONSULTAZIONI ASSEGNATA, IDENTIFICATO CON COPIA DELLA RICHIESTA DEL CLIENTE.	
SERVIZIO CLIENTI / GESTIONE RICHIESTE	ACCOGLIENZA ED IDENTIFICAZIONE DEI SOGGETTI AUTORIZZATI DAL CLIENTE, CON REGISTRAZIONE DEI DATI SU APPOSITO "REGISTRO DEI VISITATORI" ED ACCOMPAGNAMENTO ALLA SALA CONSULTAZIONI	

4. DOCUMENTAZIONE E REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITÀ

- Richieste cliente
- Documenti di riconoscimento dei visitatori
- Registro dei visitatori



Linee guida per la formazione, gestione e conservazione dei fascicoli in Archiflow

PREMESSA

Nel rispetto del Regio Decreto n. 35 del 25 gennaio 1900 “Approvazione del regolamento per gli Uffici di Registratura e di Archivio delle Amministrazioni Centrali”, del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative regolamentari in materia di documentazione amministrativa” e del D.Lgs. del 7 marzo 2005 n. 82 “Codice dell’Amministrazione Digitale” si redigono le seguenti linee guida a supporto dell’attività amministrativa di formazione, gestione e conservazione documentale.

Lo scopo del presente documento è quello di dare indicazioni operative, a supporto dell’attività amministrativa, per la formazione, gestione e conservazione dei fascicoli nella piattaforma gestionale “Archiflow” in uso.

A CHI COMPETE LA FASCICOLAZIONE

Tutti i documenti, indipendentemente dal supporto sul quale vengono formati, sono riuniti in fascicoli. I fascicoli sono formati (aperti, implementati e chiusi) dai servizi/uffici cui compete lo svolgimento delle relative pratiche. I servizi/uffici dell’ASST di Cremona sono tenuti ad individuare quali fascicoli debbano essere aperti nel sistema di gestione documentale sulla base delle proprie esigenze pratiche ed operative, quindi attivare la procedura di apertura del fascicolo nel sistema informatico (Archiflow).

I documenti in ingresso, dopo la classificazione e la protocollazione, vengono condivisi dall’ufficio protocollo (o altre postazioni abilitate alla protocollazione in ingresso) ai servizi/uffici di competenza che avranno cura di fascicolarli. I servizi/uffici, una volta preso in carico il documento all’interno del sistema informatico, stabiliscono, se il documento stesso:

- si riferisce ad attività annuali di cui esiste già un fascicolo annuale/ripetitivo;
- deve essere collegato ad un affare o procedimento in corso, e pertanto debba essere inserito in un fascicolo già esistente;
- dà avvio ad un nuovo procedimento/affare per cui è necessario aprire un nuovo fascicolo.

In quest’ultima ipotesi l’unità organizzativa competente dovrà aprire un nuovo fascicolo.

I documenti in partenza, invece, devono essere fascicolati nel sistema di protocollo informatico dai servizi/uffici contestualmente alla classificazione e protocollazione. I fascicoli dell’archivio corrente sono formati e gestiti a cura dei servizi/uffici competenti fino alla loro chiusura nel sistema informatico. La condivisione dei fascicoli tra i diversi servizi/uffici spetta a questi ultimi. I responsabili dei servizi/uffici sono responsabili della corretta gestione dei fascicoli di propria competenza.

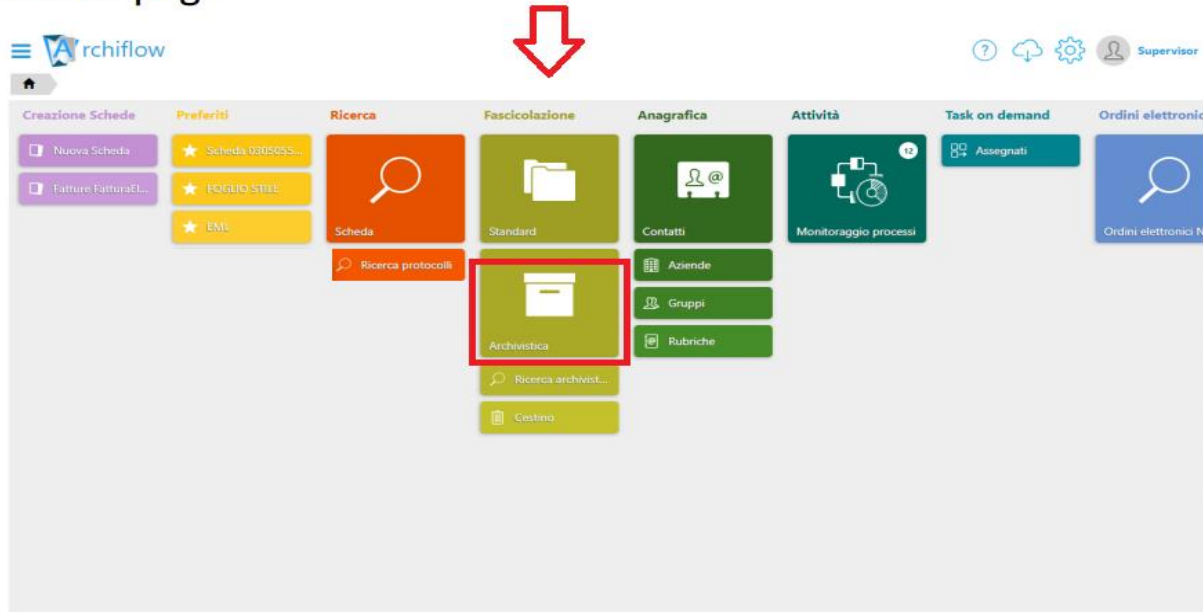
NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- REGIO DECRETO n. 35 del 25/01/1900 “Approvazione del regolamento per gli Uffici di Registratura e di Archivio delle Amministrazioni Centrali”;
- L. 241/90 “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”;
- D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 “Testo unico delle disposizioni legislative regolamentari in materia di documentazione amministrativa”;
- D.LGS. del 7 marzo 2005 n. 82 “Codice dell’Amministrazione Digitale”.



CREARE UN FASCICOLO ARCHIVISTICO

Home page



Dalla home cliccare sulla pagina relativa alla fascicolazione archivistica.

Nella pagina di fascicolazione selezionare la voce di titolario sulla quale definire il fascicolo.

Cliccare .

Impostare i dati richiesti come di seguito:

Tipo fascicolo

Elenco dei tipi fascicolo visibili all'utente. All'apertura sarà sempre selezionato il primo tipo fascicolo trovato. Cliccare  per visualizzare i dati del tipo fascicolo selezionato.

Il fascicolo per procedimento comprende i documenti, recanti tutti la medesima classifica, prodotti da uno o più uffici per la trattazione di un procedimento. Ogni fascicolo si riferisce ad un procedimento amministrativo specifico e concreto e si chiude con la conclusione del procedimento stesso. Ha quindi una data di apertura, una durata circoscritta ed una data di chiusura.

Il fascicolo per affare comprende i documenti, recanti tutti la medesima classifica, prodotti da uno o più uffici per la trattazione di un affare. Ha le medesime caratteristiche del fascicolo per procedimento, ma essendo relativo ad un affare non si chiude mai con un atto finale, né in tempi pre-determinati.

Il fascicolo per attività/materia comprende i documenti prodotti nello svolgimento di un'attività amministrativa semplice, non discrezionale e ripetitiva, che si esaurisce in risposte obbligate o meri adempimenti. La sua chiusura è periodica, tendenzialmente annuale, salvo diverse esigenze gestionali.

Il fascicolo nominativo, ossia per **persona fisica o giuridica** comprende tutti i documenti, anche con classifiche diverse, che si riferiscono a una persona fisica o giuridica. Si tratta di fascicolo permanente, attivo fino quando è 'attiva' la persona a cui è intestato. **Riservato solo all'U.O. Risorse Umane (su classifica 1.4).**



U.O. Affari Generali e Legali

Oggetto

Titolo del fascicolo archivistico.

In questo campo specificare il nome del fascicolo.

Ai fini di una migliore gestione della conservazione, si prega, in caso di classificazione coincidente, ma con tempi di conservazione differente, di specificare a che tipologia documentaria ci si riferisca facendo ricorso al massimario di scarto attualmente in uso. Es.

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
1. Amministrazione Generale	.01	Normativa e provvedimenti	Normativa e relativa attuazione di carattere generale riferita ad atti esterni (normativa statale, regionale, pareri, circolari, direttive, delibere di altri Enti)	5 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Registro Deliberazioni / Determinazioni	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Deliberazioni (raccolta)
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Atti e provvedimenti emessi dall'Ente originali (Deliberazioni, Determinazioni, corrispondenza di natura istituzionale, ecc.)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali. Circolari interne esplicative e direttive / Ordinanze
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Regolamenti aziendali e le relative fasi 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 (convocazioni, inviti, corrispondenza varia, ecc.)	5 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	RAR, Progetti speciali, obiettivi regionali e aziendali	15 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Sperimentazioni gestionali	ILLIMITATO	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Deleghe (di funzioni, attività, di firma) e Funzioni delegate da altri enti (Stato, Regioni, Comuni)	15 anni	
	.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Piano di organizzazione e funzionamento aziendale (POAS, POFA)	ILLIMITATO	
	.03	Protocolli di intesa, convenzioni con enti pubblici e privati, no profit	Convenzioni / collaborazioni con istituzioni varie (incluse convenzioni di tirocinio e convenzioni per accertamento d'ufficio PA certificanti)	ILLIMITATO	Circ.44/2005 Ministero per i Beni e le Attività Culturali
			Documenti relativi ai controlli interni (per controllo di gestione, contabilità analitica)	10 anni;	

Nell'oggetto del fascicolo riportare il nome prescelto utilizzando come riferimento la descrizione riportata nel TIPO DOCUMENTO del Titolario/Massimario

.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
.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
.02	Programmazione, disposizioni, indirizzi e obiettivi aziendali, atti di organizzazione	Documento di Programmazione	ILLIMITATO
.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
.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

POSSIBILI ESEMPI

Regolamento aziendale relativo a.....anno

Piano Aziendale.....anno.....

Delega di funzione/attività



DATI DEL FASCICOLO

Oltre a quanto sopra riportato e ai dati di visibilità del fascicolo è possibile anche visionare/modificare dati sul contesto archivistico, annotazioni e storia del fascicolo.

Contesto archivistico

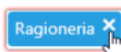
Stato di archiviazione

Indica il passaggio dal corrente, al deposito allo storico.

UO produttrice

Ufficio dell'utente che ha creato il fascicolo. Di default viene inserito l'ufficio principale dell'utente che crea il fascicolo ma, in fase di creazione del fascicolo, è possibile scegliere un altro degli uffici ai quali l'utente appartiene:

UO Produttrice



Cliccare **x** per rimuovere l'ufficio proposto di default e cliccare nuovamente all'interno del campo per visualizzare la lista degli uffici che possono essere selezionati.

Ubicazione

Campo in cui inserire il luogo in cui si trova il fascicolo.

Anni di conservazione nell'archivio corrente

Deriva dalla voce del titolare.

Stato conservazione

Stato in cui si trova il fascicolo relativamente al processo di conservazione digitale. I valori che potrà assumere saranno:

BLANK (nessun valore)	Nessuna operazione da svolgere. Questo è il valore di default per ogni nuovo fascicolo creato nel sistema.
DA CONSERVARE:	Da inviare alla Conservazione
DA AGGIORNARE	Da re-inviare alla Conservazione in quanto già precedentemente posto in conservazione (dal 2° invio).
CONSERVATO	Caricato in Conservazione

Annotazioni

Sezione in cui inserire delle Annotazioni aggiuntive sul fascicolo.

Storia

Sezione che visualizza la storia del fascicolo.

Gli eventi riportati: inserimento, modifica (possibilità di aprire il fascicolo vecchio), apertura, chiusura, cambio classifica, cambio ufficio responsabile.



FASCICOLI ARCHIVISTICI: altre operazioni disponibili

Il sistema consente l'apertura all'interno dei diversi fascicoli di "sottofascicoli".

Creare un sottofascicolo

Selezionare il fascicolo 'padre', dal quale, cioè, verranno ereditati tutti i dati. Cliccare . Verrà mostrata la pagina di definizione del fascicolo con già i dati ereditati dal fascicolo superiore. Completare la definizione del nuovo fascicolo che verrà visualizzato gerarchicamente come dipendente dal fascicolo di partenza.

I sottofascicoli sono creati e gestiti dai servizi/uffici in base alle proprie esigenze organizzative, tra cui:

- gestire fasi di procedimento diverse
- gestire tempi di conservazione diversi dei documenti che costituiscono i procedimenti/affari
- gestire eventuali riservatezze

Gli uffici competenti per la gestione dei diversi fascicoli possono in ogni momento aprire e gestire all'interno degli stessi i sottofascicoli che ritengono necessari per la gestione delle pratiche. Le regole di apertura, gestione e chiusura sono le medesime di quelle stabilite per i fascicoli.

Duplicare un fascicolo

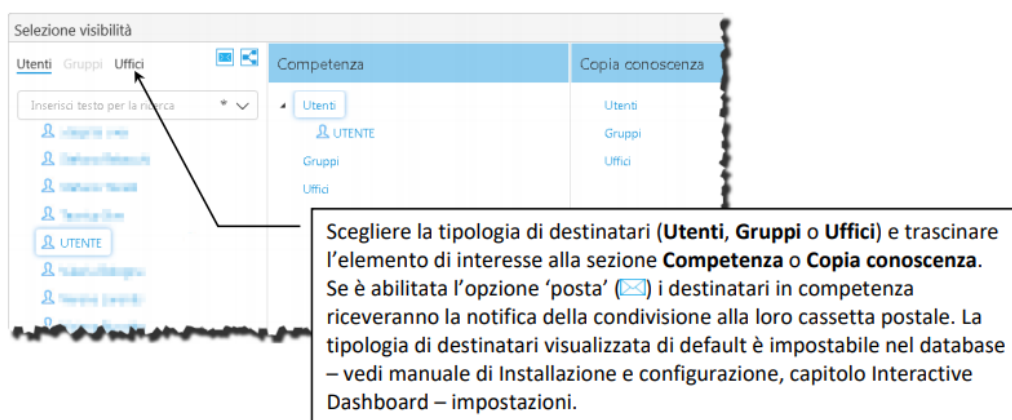
Selezionare il fascicolo da duplicare e cliccare . Viene mostrata la pagina di creazione di un nuovo fascicolo archivistico, già compilata con tutti i dati del fascicolo di partenza.

Visualizzare il contenuto di un fascicolo

Selezionare il fascicolo di interesse e cliccare . Il comando mostra la lista delle schede contenute nel fascicolo sulle quali l'utente collegato ha la visibilità.

Condividere un fascicolo

Click su . Mostra la pagina di condivisione per scegliere i destinatari, *in posta* o *in archivio*, del fascicolo selezionato. La lista di destinatari è limitata ad utenti uffici e gruppi che hanno accesso al fascicolo.



Selezione visibilità

Utenti Gruppi Uffici

Inserisci testo per la ricerca

Competenza Copia conoscenza

Utenti

UTENTE

Gruppi

Uffici

Scegliere la tipologia di destinatari (Utenti, Gruppi o Uffici) e trascinare l'elemento di interesse alla sezione **Competenza** o **Copia conoscenza**. Se è abilitata l'opzione 'posta' (✉) i destinatari in competenza riceveranno la notifica della condivisione alla loro cassetta postale. La tipologia di destinatari visualizzata di default è impostabile nel database – vedi manuale di Installazione e configurazione, capitolo Interactive Dashboard – impostazioni.

I fascicoli andranno chiusi alla conclusione del procedimento/affare/rapporti con l'ente. A seguire verrà descritta la procedura di chiusura dei fascicoli.



U.O. Affari Generali e Legali

Chiudere un fascicolo

Selezionare il fascicolo da chiudere e cliccare . Il comando permette di aprire o chiudere il fascicolo. Abilitato per gli utenti aventi diritto. All'apertura/chiusura sarà cambiata la relativa data all'interno dei dati di profilo del fascicolo. Fino a quando il fascicolo è aperto possono essere fatte delle modifiche e inseriti nuovi documenti. Se un fascicolo viene chiuso verranno chiusi anche tutti i suoi figli. Per riaprire un sotto-fascicolo chiuso il padre deve essere aperto.

Il periodo di conservazione in **Anni di conservazione nell'archivio corrente** è impostato di default a 10.

ATTENZIONE!

Se l'ufficio dovesse decidere di modificare questo valore, non dovrà essere impostato a 0, perchè in questo caso il fascicolo, una volta chiuso, non potrà essere più riaperto.

In caso di **fascicolo analogico/ibrido** (da gennaio 2016), a seguito di verifica della corrispondenza tra i protocolli registrati sulla camicia e quelli riportati nel fascicolo digitale, pulitura dello stesso (eliminazione copie, appunti non endoprocedimentali ecc.), il responsabile del procedimento autorizzerà l'invio agli atti, con firma autografa sulla camicia del fascicolo.

Nel sistema di gestione documentale, attraverso la funzione “visualizza” del fascicolo sarà possibile accedere all'area di gestione del fascicolo digitale e apportare modifiche/inserire annotazioni/condividere lo stesso. Accedendo ad Archiflow, il Responsabile del procedimento o suo delegato provvederà a inserire nelle ANNOTAZIONI del fascicolo digitale “*pratica definita per atti*” e condividere lo stesso con l'Ufficio Archivio-Protocollo.

A cura dello stesso, anche la modifica del campo UBICAZIONE, nel quale verrà riportato **ARCHIVIO**.

Quando le operatrici dell'Archivio-Protocollo riceveranno il fascicolo analogico provvederanno a verificare le annotazioni anche sul corrispettivo digitale.

Nelle note riporteranno la natura del fascicolo: IBRIDO/DIGITALE/CARTACEO.

Modificheranno i tempi di conservazione alla voce ANNI DI CONSERVAZIONE NELL'ARCHIVIO DI DEPOSITO, aggiornando ulteriormente il campo UBICAZIONE con la dicitura **ARCHIVIO DI DEPOSITO**.

Nelle ANNOTAZIONI verrà inserito “*Agli Atti*”, il fascicolo informatico verrà chiuso.

Per quanto riguarda i fascicoli a ripetizione annuale (attività/ materia) dovranno essere inviati agli atti entro i mesi di gennaio/febbraio dell'anno successivo a quello di apertura del fascicolo.

L'Ufficio Archivio-Protocollo provvederà alla chiusura degli stessi entro il mese di marzo.

In caso di **fascicolo digitale**, ci si avvale della medesima procedura sopraindicata.

L'unica eccezione consiste nella condivisione **con notifica (in casella di posta di Archiflow)** del fascicolo da parte dell'Ufficio responsabile del procedimento all'Ufficio Archivio – Protocollo.

L'Ufficio Archivio-Protocollo, ricevuto il fascicolo nativo digitale, provvede alla sua chiusura, previa modifica dei campi sopraindicati.



CERCARE I FASCICOLI

Un fascicolo archivistico può essere rintracciato non solo dalla pagina di [fascicolazione](#), selezionando la voce di titolario corrispondente, ma anche impostando i parametri di ricerca di cui si è a conoscenza nella pagina di Ricerca fascicoli archivistici.

Dati di profilo generali

Codice

Ricerca per: legislatura oppure anno del fascicolo (es: IX, 2011) / codice della classifica / codice del fascicolo.

▼ Dati di profilo generali

Codice

2016 - 8.01.01 / 369

Oggetto Fascicolo

Denominazione del tipo fascicolo

Ricerca i fascicoli che appartengono al tipo fascicolo selezionato. La selezione del tipo fascicolo modificherà la sezione "campi personalizzati"

Numero fascicolo

Ricerca per numero fascicolo (es: 2, 2.1, LIBERO) restituendo anche i sotto-fascicoli di quella numerazione

Oggetto Fascicolo

Ricerca sull'oggetto o parte dell'oggetto. E' possibile utilizzare il carattere asterisco '*' per cercare parte della parola (es: TITOLO, TIT*, *LO, TIT*LO)

Titolario

Titolario

Classifiche

Ricerca sul titolario selezionato

Ricerca sulle classifiche selezionate

Seleziona classifiche

- 1 - Amministrazione, gestione e controllo
 - 1.01 - ORGANI ISTITUZIONALI
 - ☒ 1.01.01 - ASSISTENZA SINDACO
 - ☐ 1.01.02 - ASSISTENZA GIUNTA COM.
 - ☐ 1.01.03 - ASSISTENZA CONSIGLIO CC
 - ☐ 1.01.04 - ASSISTENZA COMMISSIONI
 - ☐ 1.01.05 - ATTIVITÀ DI RAPPRESENTAN
 - ☐ 1.01.06 - PUBBLICHE RELAZIONI
 - ☐ 1.01.07 - COLLEGIO DEI REVISORI DE
 - ☐ 1.01.08 - DIFENSORE CIVICO

Cliccare l'icona per vedere le voci del titolario nella struttura ad albero.

1 - Amministrazione, gestione e controllo

10 - Settore sociale

11 - Sviluppo economico

13 - DAPP

3 - Polizia locale

4 - Istruzione pubblica

5 - Cultura e beni culturali

Cliccare il campo per vedere la lista delle voci in ordine di codice.



Fascicolare una scheda di protocollo

Si riporta la modalità di inserimento del documento nel fascicolo precedentemente creato, oppure, in caso di documento che da inizio al fascicolo, creazione ex novo dello stesso dalla scheda di protocollo del documento.

Terminata la prima fase di registrazione della scheda di protocollo oppure a seguito di ricerca e “modifica” del documento posizionarsi sul riquadro FASCICOLAZIONE ARCHIVISTICA

Fascicolare una scheda: in modalità di modifica () digitare il codice di **Anno/Legislatura, Classifica, Fascicolo** o cliccare **+** ed usare i comandi della finestra per individuare il fascicolo di interesse; selezionare il fascicolo e cliccare .



Specificare i codici di classifica e fascicolo.

Selezionare classifica o fascicolo per visualizzarne i comandi di gestione.

Al termine dell'operazione cliccare sul pulsante salva





GLOSSARIO

Archivio

Complesso dei documenti prodotti o comunque acquisiti da un Ente durante lo svolgimento della propria attività. Si divide in tre parti: archivio corrente; archivio di deposito; archivio storico.

L'archivio pur caratterizzandosi in tre momenti diversi è da considerarsi una sola unità.

I documenti che compongono l'archivio sono pertanto collegati tra loro da un nesso logico e necessario detto vincolo archivistico.

Con archivio si intende anche il luogo fisico di conservazione della documentazione.

Archivio corrente

Complesso di documenti conservati presso gli uffici e usati prevalentemente per finalità pratico-amministrative, per il disbrigo degli affari in corso.

Archivio di deposito

Complesso di documenti relativi ad affari esauriti (agli atti), non più occorrenti alla trattazione degli affari in corso.

Archivio informatico

Archivio costituito da documenti informatici, fascicoli informatici nonché aggregazioni documentali informatiche gestiti e conservati in ambiente informatico.

Archivio storico

Complesso di documenti relativi ad affari esauriti, destinati alla conservazione permanente e alla consultazione da parte del pubblico per finalità di studio o non di studio (privati, amministrativi o legali).

Camicia

Copertina di carta o cartoncino che racchiude i documenti dei fascicoli, sulla quale sono riportate informazioni sul contenuto (numero, classificazione, cronologia, oggetto ed elenco degli atti contenuti).

È comunemente chiamata anche *copertina*, *carpetta*, *papaletta*.

Classificazione o Piano di Classificazione, vedi Titolario**Conservazione**

Insieme delle attività finalizzate a definire ed attuare le politiche complessive del sistema di conservazione e a governarne la gestione in relazione al modello organizzativo adottato e descritto nel manuale di conservazione.

Conservazione dei documenti digitali

Processo finalizzato ad assicurare la permanenza nel tempo dell'integrità, della disponibilità e della leggibilità del documento digitale, nonché dei dati necessari per la sua rappresentazione ed individuazione, quali i metadati ed i dati relativi alle firme elettroniche.

Documento

Ogni rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, anche interni, delle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa. Gli elementi essenziali del documento sono: autore, destinatario, testo, sottoscrizione, data.

**U.O. Affari Generali e Legali****Documento amministrativo informatico**

Atto formato dalle pubbliche amministrazioni con strumenti informatici, nonché i dati e i documenti informatici detenuti dalle stesse.

Documento analogico

Rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti.

Documento informatico

Rappresentazione informatica di atti, fatti, o dati giuridicamente rilevanti.

Fascicolazione

Operazione di riconduzione dei singoli documenti classificati in tanti fascicoli corrispondenti ad altrettanti affari/attività o procedimenti amministrativi.

Fascicolo archivistico

Insieme ordinato di documenti, riferiti in modo stabile a uno stesso affare, attività o procedimento amministrativo, a una stessa materia, a una stessa tipologia, che si forma sempre nel corso delle attività amministrative del soggetto, allo scopo di riunire a fini decisionali o informativi, tutti i documenti utili allo svolgimento di tali attività.

Fascicolo analogico

Aggregazione strutturata e univocamente identificata di atti prodotti e funzionali all'esercizio di una specifica attività o di uno specifico procedimento composta da documenti di natura cartacea.

Fascicolo digitale

Aggregazione strutturata e univocamente identificata di atti, documenti o dati informatici, prodotti e funzionali all'esercizio di una specifica attività o di uno specifico procedimento.

Il fascicolo digitale è creato, implementato, gestito e chiuso sul sistema di gestione documentale aziendale (Archiflow).

Fascicolo ibrido

Aggregazione strutturata e univocamente identificata di atti prodotti e funzionali all'esercizio di una specifica attività o di uno specifico procedimento composta da documenti di natura cartacea e digitale.

Massimario di scarto

Strumento che consente di coordinare razionalmente lo scarto archivistico (cioè la destinazione al macero) dei documenti prodotti dagli enti pubblici. Il massimario riproduce l'elenco delle partizioni (categorie) e sottopartizioni del titolare con una descrizione più o meno dettagliata delle competenze cui ciascuna partizione si riferisce e della natura dei relativi documenti; indica per ciascuna partizione quali documenti debbano essere conservati permanentemente e quali invece possano essere destinati al macero, decorso il periodo in esso indicato.

Registrazione di protocollo

Operazione di memorizzazione, in forma non modificabile, su apposito registro, di un documento in arrivo, in partenza o interno. Il numero di protocollo individua un unico documento e, di conseguenza, ogni documento reca un solo numero di protocollo.

Registrazione informatica dei documenti

È rappresentata dall'insieme di dati in forma elettronica allegati o connessi a tutti i documenti prodotti e acquisiti al fine dell'identificazione univoca degli stessi.

Scarto

Operazione con cui si eliminano, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, i documenti ritenuti privi di valore amministrativo e di interesse storico culturale.



U.O. Affari Generali e Legali

Scheda documentale

Insieme di dati e metadati associati ad uno specifico documento, con eventuali relativi allegati, che ne tipizzano gli elementi informativi in fase di protocollazione, fascicolazione, conservazione, gestione e ricerca.

Segnatura di protocollo

È l'apposizione o associazione all'originale del documento, in forma permanente e non modificabile, delle informazioni riguardanti il documento stesso; essa consente di individuare ciascun documento in modo inequivocabile.

Le informazioni minime da apporre o associare al documento sono:

- a) codice identificativo dell'amministrazione;
- b) codice dell'AOO;
- c) codice identificativo del registro;
- d) il progressivo di protocollo;
- e) la data di protocollo.

L'operazione di segnatura va completata con l'apposizione al documento degli elementi necessari alla gestione archivistica dello stesso (anno, titolo, classe) e va effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione di protocollo.

Sottofascicolo

Ulteriore suddivisione del fascicolo.

Titolario

Sistema precostituito di partizioni e sottopartizioni astratte, gerarchicamente ordinate, individuato sulla base dell'analisi delle competenze dell'Ente, contrassegnate da simboli numerici, al quale deve ricondursi la molteplicità dei documenti prodotti o ricevuti, per consentirne la catalogazione secondo un ordine logico che rispecchi storicamente lo sviluppo dell'attività svolta.

SC Affari Generali e Legali

PREMESSA

La razionalizzazione delle fasi di archiviazione dei fascicoli per serie nasce dalla necessità di presidiare, minimizzandola, la dispersione di documentazione ed evitare lunghe e dispendiose azioni di riordino. Il presente protocollo si pone, quindi, l'obiettivo di sviluppare nelle strutture amministrative che gestiscono i fascicoli e la documentazione aziendale, una maggior consapevolezza dell'importanza della programmazione dell'archiviazione, al fine di ottimizzare al meglio tutte le risorse aziendali – economiche e professionali – impegnate in quest'attività.

La programmazione annuale dell'archiviazione permetterà, inoltre, di concordare con l'outsourcer del servizio, ritiri sistematici della documentazione; parallelamente, permetterà di eseguire una verifica dei fascicoli prodotti, aggiornare il piano di fascicolazione dell'Ente, analizzare i volumi di documentazione analogica e proporre eventuali azioni di transizione al digitale.

Si è ritenuto, inoltre, necessario prevedere le medesime modalità operative anche per le richieste di archiviazione emergenziali in modo da implementare una gestione standardizzata anche in caso di criticità impreviste.

INTRODUZIONE

L'attività amministrativa dell'Ente rappresenta lo strumento di supporto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi strategici di presa in carico dei bisogni della persona e della continuità della cura.

I processi amministrativi e tecnici di supporto alle strutture sanitarie e sociosanitarie aziendali garantiscono anche la continuità gestionale tra ospedale e territorio.

La trasformazione della sanità lombarda ha rappresentato un punto di svolta organizzativo; maggior flessibilità e adattamento, riorganizzazione delle funzioni tradizionali verso l'integrazione tra strutture e una visione per processi.

L'uniformità dei processi amministrativi aziendali, il coordinamento organizzativo, la cura dell'attività regolamentare e l'efficienza dell'attività amministrativa integrata ospedale-territorio rappresentano gli obiettivi prioritari per concorrere efficacemente alla mission aziendale.

L'uniformità dei processi deve prevedere anche uniformità di procedure nell'ambito della gestione documentale: dalla formazione del documento fino alla sua conservazione.

La scarsa attenzione riservata alla seconda età degli archivi - cioè, all'archivio di deposito - si riverbera anche sulla successiva attività di recupero della documentazione.

La gestione dell'archivio di deposito si innesta, infatti, nell'ambito di una programmazione complessiva del sistema documentale che prende in considerazione tutto l'archivio senza cesure tra le diverse sezioni documentali.

Recuperare, pertanto, il senso di unitarietà dell'archivio attraverso il corretto trattamento di **tutte le fasi** documentali, compresa la fase intermedia, è assolutamente necessario per restituire all'archivio la sua reale dimensione e funzionalità.

L'Archivio dell'ASST di Cremona è costituito dal complesso dei documenti prodotti e acquisiti dall'Ente nello svolgimento della propria attività e nell'esercizio delle proprie funzioni.

L'archivio, *universitas rerum*, pur essendo un **insieme unico**, convenzionalmente – per motivi organizzativi, tecnici, funzionali e di responsabilità – si suddivide in:

- **archivio corrente** che comprende i documenti afferenti ai fascicoli relativi alle attività in corso e comunque verso i quali sussiste un interesse attuale;

SC Affari Generali e Legali

- **archivio di deposito** che comprende i documenti afferenti ai fascicoli relativi alle attività concluse da meno di 40 anni;
- **archivio storico** che comprende i documenti afferenti ai fascicoli relativi alle attività, selezionati per la **conservazione permanente**, conclusi da oltre 40 anni.

Il regolare incremento dell'archivio di deposito attraverso il versamento dei documenti ha un'importanza rilevante. Tuttavia, un efficiente archivio di deposito che raccolga, ordini, conservi e renda consultabile tutta la documentazione prodotta e ricevuta dall'Azienda, presuppone che i documenti siano organizzati correttamente fin dall'origine, secondo il piano di classificazione, in modo tale da permettere un'agevole identificazione dei fascicoli e un facile reperimento degli stessi qualora se ne ravvisi la necessità.

Per quanto sopra, viene disposto che i versamenti documentali all'archivio di deposito avvengano per serie archivistiche, al fine di preservare l'ordinamento documentale previsto *ab origine*.

Serie archivistiche

La serie archivistica consiste in un raggruppamento di unità archivistiche (fascicoli) riunite per caratteristiche omogenee¹.

L'ASST di Cremona riunisce le serie seguendo il piano di fascicolazione vigente.

Repertorio dei fascicoli

Per repertorio dei fascicoli si intende l'elenco ordinato e aggiornato dei fascicoli istruiti all'interno di ciascuna classe.

Il repertorio dei fascicoli ha cadenza annuale, cioè, inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre di ogni anno.

Considerati, inoltre, i nuovi strumenti a disposizione (fascicolo digitale sul sistema di gestione documentale, nuovo piano di fascicolazione e richiesta di consultazione), risulta incoerente e anacronistico il persistere della cosiddetta archiviazione temporanea "A/R Ai Riprodotti" attualmente gestita dall'Ufficio Archivio-Protocollo, che, quindi, cesserà dall'emanazione del presente protocollo.

Finalità del presente protocollo di qualità è quella di individuare le responsabilità, le azioni e le modalità di gestione dell'archivio corrente e di trasferimento della documentazione all'archivio di deposito.

¹ Serie = ciascun raggruppamento di documenti con caratteristiche omogenee, in relazione alla natura e alla forma dei documenti, o in relazione all'oggetto e alla materia, oppure in relazione alle funzioni dell'ente - Paola Carucci

SC Affari Generali e Legali

PROCEDURA OPERATIVA

Al fine di ottimizzare le esigenze di archiviazione, la procedura prevede due diverse modalità, non necessariamente alternative:

- programmazione di **versamenti periodici** con cadenza annuale;
- versamenti in **EMERGENZA** (es: in caso di traslochi, lavori, eventi catastrofici) effettuati su richiesta degli uffici.

In entrambi i casi la procedura è la seguente:

FASE 1 – Richiesta intervento

Ciascun Dirigente, responsabile di ufficio operante nel sistema di gestione documentale, invia la richiesta di intervento al Responsabile dell'Archivio-Protocollo, allegando un elenco di proposta riportante i fascicoli identificati per il versamento presso l'archivio di deposito e la modalità (es. archiviazione ordinaria/emergenza).

L'elenco da stilare riporterà le seguenti informazioni obbligatorie:

anno, classifica, numero fascicolo, oggetto, tipo di fascicolo, descrizione tipologia documentale, tempo di conservazione (allegato 2).

FASE 2 – Sopralluogo iniziale

Una volta ricevuta la richiesta di intervento, verrà effettuato, da parte del responsabile/referente dell'ufficio archivio-protocollo, accompagnato dal responsabile/referente dell'ufficio competente proponente il versamento, un sopralluogo per visionare la documentazione e concordare le modalità operative.

In fase di sopralluogo iniziale, verranno ricordate e verificate le modalità di preparazione all'archiviazione dei fascicoli/serie e stimata la quantità di scatole necessarie per tale operazione.

Antecedentemente al sopralluogo i fascicoli da archiviare dovranno essere già stati selezionati, dovranno essere facilmente identificabili e, se possibile, spostati in un idoneo spazio, o comunque separati dalla documentazione ancora attiva.

FASE 3 – Programmazione (solo per versamenti periodici)

L'Ufficio Archivio-Protocollo, a seguito del sopralluogo, effettua una valutazione in merito alla capienza di budget del contratto per il servizio di archiviazione esterna, in rapporto ai tempi di conservazione della documentazione, e agli spazi utili nei locali aziendali idonei e adibiti al deposito, stila, a sua volta, un elenco di priorità, sulla base delle richieste pervenute.

Gli elenchi saranno redatti per serie archivistica con particolare riguardo ai tempi di maggior conservazione.

L'Ufficio Archivio-Protocollo condividerà, tramite il sistema di gestione documentale, il calendario delle attività, secondo la priorità assegnata, richiamando lo schema (allegato 3).

Il calendario della programmazione potrà essere riformulato in caso di richiesta di intervento in emergenza; si provvederà ad inviare comunicazione per ogni eventuale variazione.

Contestualmente alla programmazione, verrà fornito un apposito calendario di ritiro delle scatole di archiviazione.

Le scatole saranno preventivamente contrassegnate dall'Ufficio Archivio-Protocollo con un barcode e un numero, in ordine cronologico per n. di repertorio dei fascicoli per ogni serie. Non sarà possibile utilizzare scatole differenti rispetto a quelle consegnate.

**ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE
CARTACEA SOGGETTA A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO
- invio presso archivio di deposito, dei fascicoli
amministrativi chiusi-**

SC Affari Generali e Legali

Composizione scatole

Gli uffici verranno invitati a ritirare le scatole e a comporle seguendo le seguenti indicazioni contenute nel documento allegato (allegato 4).

La camicia cartacea dei fascicoli unicamente ammessa è lo stampato modello aziendale UA-37.

È sempre obbligatorio compilare i seguenti campi, riportati sul frontespizio della scatola:

- ENTE AZIENDA
- UFFICIO
- TIPO DOCUMENTO: indicare classificazione + descrizione generica (da piano classificazione in uso)
- ANNO: di creazione del fascicolo
- DA A: n. di repertorio fascicolo (in ordine cronologico)
- SCADENZA

È consigliato inserire in ogni scatola l'elenco del contenuto per agevolare le eventuali operazioni di ricerca.

FASE 4 – Avvio archiviazione

Al termine della composizione delle scatole, il Responsabile dell'ufficio competente o suo delegato, predisporrà gli elenchi di consistenza (che dettaglieranno con maggior precisione il contenuto delle singole scatole) secondo quanto indicato nella specifica PROCEDURA OPERATIVA outsourcing archivistico prot. 22891/23 e PT AM01 001 Rev. 00 Outsourcing archivistico e provvederanno ad inviare richiesta di avvio della procedura di archiviazione dei fascicoli all'Ufficio Archivio-Protocollo.

L'Ufficio Archivio-Protocollo prenderà in carico la richiesta ed effettuerà eventuale controllo a campione sulla congruità di quanto dichiarato (composizione corretta fascicolo, corrispondenza tra elenco di consistenza e quanto contenuto, completezza della registrazione nel sistema di gestione documentale, ecc.).

A seguito delle operazioni di archiviazioni sul sistema di gestione documentale e in caso di esito positivo del controllo, verrà richiesto il ritiro all'outsourcer o agli operatori della SC Gestione tecnico patrimoniale. Si ricorda che la SC/SS competente sarà responsabile della corretta tenuta della documentazione fino al trasferimento presso l'archivio di deposito esterno.

FASE 5 – Trasferimento presso archivio deposito

Il trasferimento fisico della documentazione, con tempo di conservazione da 10 anni, dai locali del richiedente all'archivio di deposito, avverrà a cura degli operatori dell'outsourcer secondo le modalità definite dalla PROCEDURA OPERATIVA outsourcing archivistico prot. 22891/23 e PT AM01 001 Rev. 00 Outsourcing archivistico.

In caso di specifica documentazione identificata (conservazione da 1 a 5 anni e serie particolari) il trasferimento fisico sarà a carico degli operatori della SC Gestione tecnico patrimoniale.

Si invitano gli uffici a posizionare le scatole, impilate correttamente una sull'altra in numero non superiore a 4 pezzi, in spazi idonei alla movimentazione delle stesse e a definire un referente a disposizione degli operatori su citati per eventuali richieste di chiarimenti.

Sistema Socio Sanitario


**Regione
Lombardia**
ASST Cremona

**ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE
CARTACEA SOGGETTA A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO
- invio presso archivio di deposito, dei fascicoli
amministrativi chiusi-**

SC Affari Generali e Legali

CALENDARIO PROGRAMMAZIONE ANNUALE

da dicembre dell'anno precedente e fino a marzo dell'anno successivo	richiesta intervento
aprile	sopralluogo
maggio/giugno	pubblicazione elenchi (intranet - sezione gestione documentale) e consegna scatole
luglio	messa agli atti ufficio competente e composizione scatole + elenchi consistenza
agosto/settembre	archiviazione ufficio archivio-protocollo
da settembre a dicembre	ritiro outsourcer

CALENDARIO EMERGENZA

- Richiesta intervento e Sopralluogo
- Consegna scatole (nel minor tempo possibile)
- Messa agli atti ufficio + composizione scatole con elenchi
- Archiviazione (potrà proseguire anche post trasferimento)
- Trasferimento archivio deposito

SC Affari Generali e Legali

CONSULTAZIONE E MOVIMENTAZIONE DELL'ARCHIVIO CORRENTE, DI DEPOSITO E STORICO

La richiesta di consultazione, e di conseguenza di movimentazione dei fascicoli, può pervenire dall'interno dell'Amministrazione, oppure da utenti esterni all'Amministrazione, per scopi giuridico-amministrativi o per scopi storici.

Movimentazione dei fascicoli – consultazione interna

Le Strutture responsabili (SR), per motivi di consultazione, possono richiedere, in ogni momento, all'Archivio-protocollo i fascicoli conservati nell'archivio di deposito.

L'affidamento temporaneo di un fascicolo già versato da parte del servizio archivistico ad una SR, o a personale autorizzato, è consentito per il tempo strettamente necessario all'esaurimento di una procedura o di un procedimento amministrativo.

Per ottenere l'affidamento temporaneo di un fascicolo è necessario presentare richiesta scritta e motivata all'ufficio Archivio-protocollo, come specificato nella *PROCEDURA OPERATIVA outsourcing archivistico* prot. 22891/23 e PT AM01 001 Rev. 00 Outsourcing archivistico.

Non è consentita l'estrazione di documenti in originale dal fascicolo, che va mantenuto nell'ordine di sedimentazione derivante dall'archivio corrente, rispettando il vincolo archivistico.

Un fascicolo chiuso e trasferito all'archivio di deposito non può essere riaperto se non dopo che il Responsabile Procedimento Amministrativo (RPA) lo abbia comunicato al Responsabile della gestione documentale e previa sua autorizzazione.

Nel caso di presenza del fascicolo presso i locali interni, un'esemplare della richiesta viene conservato all'interno del fascicolo, l'altro nella posizione fisica occupata dal fascicolo in archivio.

L'Ufficio Archivio - Protocollo tiene traccia di tale movimentazione in una banca dati di carico e scarico dei fascicoli, nel quale riporta il nominativo del richiedente, l'ufficio, la data della richiesta e della restituzione, nonché eventuali note sullo stato della documentazione al momento della consegna e della restituzione.

Consultazione archivio storico

Ai sensi dell'art. 122 del D. Lgs. 22.01.2004 n. 42, la consultazione ai fini di studio dei documenti dell'archivio storico, regolarmente inventariati e in buono stato di conservazione, è libera e gratuita per chi ne faccia specifica richiesta scritta. I documenti dell'archivio storico possono essere consultati, in conformità dell'art. 124 del D. Lgs. 22.01.2004, n. 42 "Codice dei Beni culturali e del paesaggio", per fini di ricerca storico-scientifica.

Resta, comunque fatta salva la facoltà dell'incaricato della gestione dell'Archivio Storico di negare, per particolari motivi di tutela, la consultazione di documenti archivistici delicati e/o degradati. La ricerca storica, per la quale sia necessaria la consultazione di documenti riservati contenenti dati sensibili, sarà svolta nel rispetto della vigente norma che regola il trattamento dei dati per finalità storiche.

La consultazione del materiale documentale storico avviene presso la sala messa a disposizione dal servizio di archiviazione esterno (attualmente Microdisegno Srl, sita in Via dei Battiferro, s.n., loc. San Grato, Lodi), nei giorni ed orari con lo stesso concordati. Verrà individuato dall'outsourcer il referente per la gestione delle richieste di consultazione.

È necessario fornire preventivamente i nominativi delle persone da autorizzare alla presa visione della documentazione e comunicare l'eventuale necessità di riproduzione (anche fotografica) della documentazione storica consultata (richiesta scritta indirizzata al responsabile della gestione documentale).

Sistema Socio Sanitario

Regione
Lombardia
ASST Cremona**ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE
CARTACEA SOGGETTA A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO
- invio presso archivio di deposito, dei fascicoli
amministrativi chiusi-****SC Affari Generali e Legali**Consultazione esterna

L'ASST di Cremona assicura l'attuazione del principio della trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, garantendo ad utenti esterni all'Amministrazione il diritto di accesso ai documenti dell'archivio corrente e dell'archivio di deposito nonché il diritto alla consultazione dei documenti dell'archivio storico, nel rispetto della normativa vigente.

La consultazione è disciplinata dal regolamento di accesso ai documenti amministrativi, accessibile dal sito istituzionale dell'Ente.

La consultazione avviene di norma presso l'ufficio Archivio-Protocollo oppure presso la sala consultazioni dell'outsourcer sotto la diretta sorveglianza del personale addetto.

ALLEGATI

- **Allegato 1** - Vademecum regole interne gestione archiviazione
- **Allegato 2** - elenco proposta archiviazione
- **Allegato 3** - schema procedura operativa
- **Allegato 4** - regole composizione scatole

ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE CARTACEA SOGGETTA A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO - invio presso archivio di deposito, dei fascicoli amministrativi chiusi-

SC Affari Generali e Legali

ALLEGATO 1 - Vademecum regole interne gestione archiviazione

GESTIONE DELL'ARCHIVIO CORRENTE

Ai Responsabili dei procedimenti amministrativi o loro delegati, è demandata la responsabilità della gestione e della custodia dell'archivio corrente per la parte di loro competenza.

Durante lo svolgimento del procedimento/attività amministrativa, tutti i documenti analogici classificati e fascicolati vengono archiviati, in sicurezza, in un luogo all'interno della SC/SS/Servizio, in modo ordinato.

I documenti devono essere conservati in modo da garantire sia la protezione degli stessi da eventuali danneggiamenti, sia la riservatezza dei dati.

La documentazione analogica resta in giacenza presso i singoli settori per il periodo ritenuto necessario dai Responsabili dei procedimenti amministrativi o loro delegati.

ARCHIVIAZIONE DEI FASCICOLI

Fasi dell'archiviazione:

Il processo di archiviazione è ripartito in una serie di azioni, di seguito elencate:

1. **SELEZIONE** della documentazione da trasferire;
2. **PULITURA** fascicoli ed eventuale aggregazione (creazione ex novo laddove non esista ed implementazione del fascicolo informatico, obbligatorio dall'anno) – verifica completezza (verifica della presenza di tutti i documenti originali) e verifica di corrispondenza (tra i documenti contenuti nell'aggregazione documentale e quanto dichiarato nell'elenco di consistenza)
3. **ARCHIVIAZIONE** (messa agli atti);
4. **TRASFERIMENTO FISICO ALL'ARCHIVIO DI DEPOSITO.**

AZIONE	Responsabilità
SELEZIONE	Responsabile del Procedimento Amministrativo
PULITURA	Ufficio Competente richiedente archiviazione
ARCHIVIAZIONE	Ufficio Archivio-protocollo
TRASFERIMENTO ARCHIVIO DI DEPOSITO	Ufficio Archivio-protocollo/ Outsourcer/ Gestione tecnico patrimoniale

Tutti i documenti devono essere aggregati da parte di ogni struttura, in **fascicoli**, classificati secondo il piano di classificazione vigente e in base alle linee guida stilate dall'Ente.

All'interno del fascicolo analogico i documenti (tutti riportanti la stessa classificazione) devono essere posti in ordine cronologico; pertanto, aprendo il fascicolo cartaceo, si dovrà trovare 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.

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

SC Affari Generali e Legali

I fascicoli sono formati (aperti, implementati e chiusi) agli uffici cui compete lo svolgimento delle relative pratiche. Tali uffici competenti sono tenuti ad individuare quali fascicoli debbano essere aperti nel sistema di gestione documentale sulla base delle proprie esigenze pratiche ed operative, quindi attivare la procedura di apertura del fascicolo nel sistema informatico (Archiflow).

Da circolare prot. 4925/21 del 15/02/2021 "Disposizioni relative alla conservazione dei documenti amministrativi aziendali", la creazione del fascicolo archivistico (ai sensi dell'art. 41 del CAD e regolamentato dalla scrivente dal 1° gennaio 2016) dovrà avvenire **entro e non oltre 7 giorni dalla creazione** della scheda di registrazione di protocollo del documento di avvio della pratica (non alla conclusione dell'affare/procedimento/attività): ciò allo scopo di favorire una corretta e puntuale creazione dei pacchetti di versamento dei documenti oggetto di conservazione e di una esibizione completa degli stessi nel caso di eventuale richiesta.

Convenzionalmente l'ASST suddivide in 2 archi temporali la gestione dei fascicoli:

ANTE 2016 – "vecchio" sistema di fascicolazione (di natura prettamente cartacea)

POST 2016 – "nuova" procedura di fascicolazione (di natura ibrida – con creazione obbligatoria del fascicolo informatico)

Pertanto, le attività di formazione/strutturazione e pulitura del fascicolo sono differenti.

VERIFICA DELL'ARCO TEMPORALE DEL FASCICOLO

Prima di poter procedere alle operazioni di archiviazione del fascicolo è necessario verificare l'arco temporale dello stesso.

Documentazione ante 2016 (sino al 31.12.2015): il fascicolo sarà considerato cartaceo. Non sarà creato un corrispettivo digitale in Archiflow, laddove non esista già. Le annotazioni nel sistema di gestione documentale (Archiflow) verranno effettuate nell'ultimo numero di protocollo – corrispondente al numero di identificazione del fascicolo. Vale la regola del legame circolare (laddove esista, in caso contrario il "legame" verrà esplicitato nelle ANNOTAZIONI del documento: riferimento all'ultimo numero di protocollo).

Documentazione post 2016 (dal 01.01.2016): seguire le indicazioni relative alla chiusura dei fascicoli informatici. Se trattasi di fascicolo ibrido, il corrispettivo cartaceo deve essere completo e comprensivo di tutti i documenti analogici; l'elenco di consistenza sulla camicia indicherà tutti i documenti inseriti nel fascicolo informatico.

PULITURA

Prima di effettuare la chiusura dei fascicoli devono essere svolte le seguenti attività:

in caso di fascicolo analogico/ibrido:

- ☐ **verifica della corrispondenza** tra i protocolli registrati sulla camicia e quelli riportati in Archiflow (scansione del documento principale + allegati);
- ☐ **verifica della presenza** nel fascicolo degli originali cartacei;
- ☐ **effettuare** le procedure di **soltimento*** del fascicolo.

in caso di fascicolo digitale:

- ☐ **verifica della corrispondenza** tra i documenti registrati al protocollo e quelli riportati nel fascicolo digitale;

**ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE
CARTACEA SOGGETTA A REGISTRAZIONE DI PROTOCOLLO
- invio presso archivio di deposito, dei fascicoli
amministrativi chiusi-**

SC Affari Generali e Legali

- ☐ **effettuare** le operazioni di condivisione/proposta di chiusura **solo nel Sistema di Gestione Documentale**;
- ☐ **eliminare le copie cartacee laddove esista l'originale digitale** (comprese le stampe di e-mail e PEC alle quali sia stato apposto il numero di protocollo, in quanto non si tratta di documenti originali).

***Sfoltimento fascicoli:**

Lo sfoltimento dei fascicoli consiste nell'eliminazione diretta, senza osservanza delle procedure di scarto, delle **copie** prodotte a fini meramente **pratici e lavorativi** (ad esempio fotocopie di atti, di disposizioni normative, di documenti di riferimento, stampe di documenti già protocollati, appunti non pertinenti al procedimento, buste, copie, ecc.): quando queste necessità vengono meno, possono essere eliminate.

L'operazione di sfoltimento deve essere effettuata alla chiusura del fascicolo e comunque **prima del versamento all'archivio di deposito**.

Terminate tutte le attività sopra descritte, il Responsabile del procedimento potrà, quindi, procedere ad autorizzare il versamento del materiale identificato presso l'archivio di deposito.

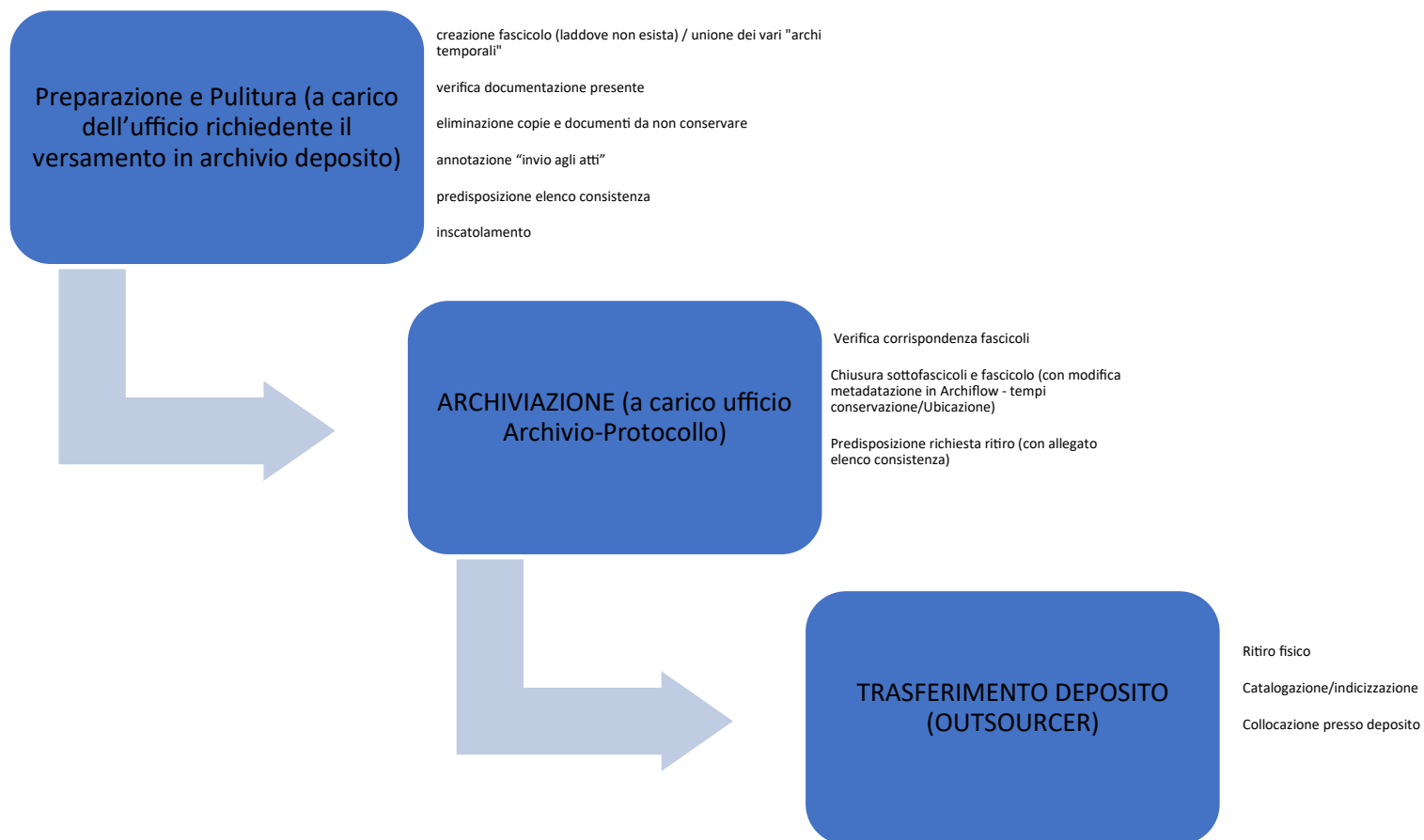
Con il versamento della documentazione all'archivio di deposito si verifica il passaggio di responsabilità circa la conservazione dei documenti.

UFFICIO COMPETENTE	Anno	CLASSIFICA - titolario RL rev. 04 e precedenti	FASCICOLO N. o PROT. N.	OGGETTO	tipo fascicolo	Descrizione tipologia documentale	TEMPO DI CONSERVAZIONE	Note	PROPOSTA ARCHIVIAZIONE
									N. TOTALE SCATOLE/FALDONI*

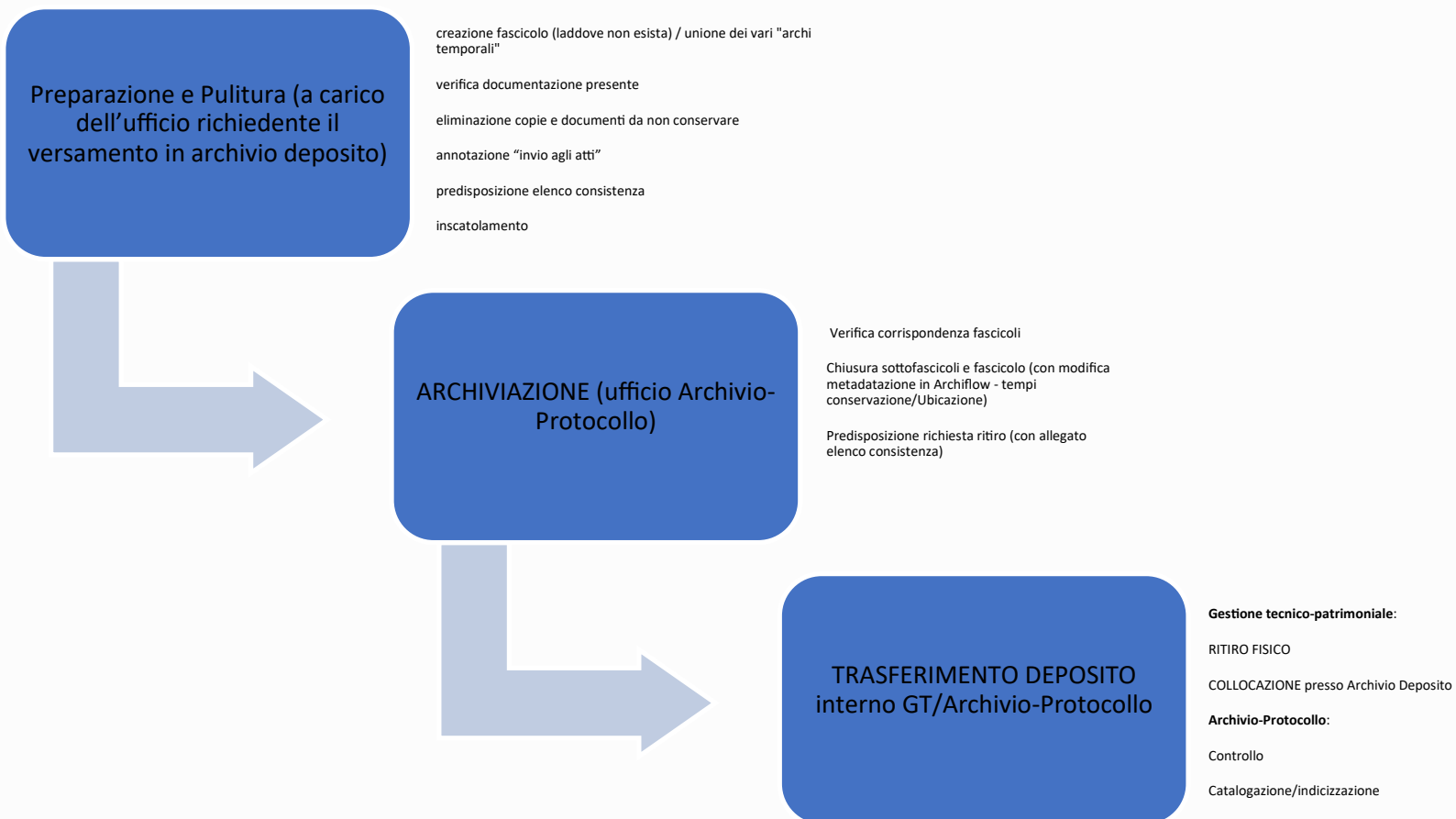
*cancellare la voce di non interesse

*LEGENDA								
COMPILARE UNA RIGA DEL FILE PER OGNI SCATOLA DA CONSEGNARE								
Colonna A: Indicare Ufficio competente richiedente l'archiviazione	Colonna B: riferimento cronologico del repertorio del fascicolo (anno creazione fascicolo)	Colonna C: riportare la classifica come da titolario dell'ASST di riferimento	Colonna D: da completare con n. fascicolo se post 2016 o, se ante 2016, riportare ultimo n. protocollo (chiusura pratica)	Colonna E: riportare oggetto del fascicolo	Colonna F: riportare: fascicolo procedimento/affare fascicolo attività fascicolo persona	Colonna G: riportare descrizione del documento come da titolario in uso	Colonna H: riportare, in base alla classifica, i tempi previsti dal massimario di scarto dell'ASST	Colonna I: da completare in caso di annotazioni particolari

SERIE di fascicoli – tempo conservazione da 10 anni a ILLIMITATO



SERIE di fascicoli – tempo conservazione da 1 a 5 anni



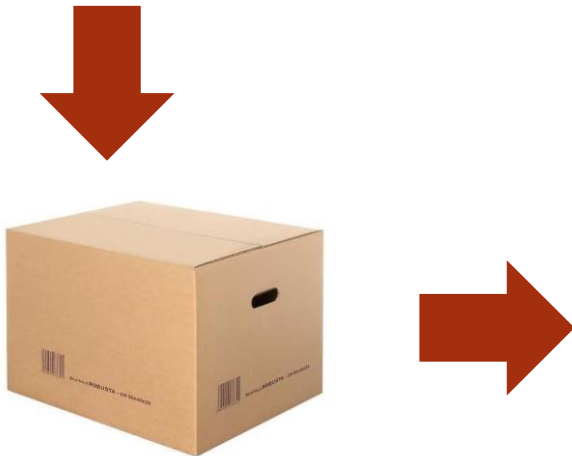
n.b. il responsabile del settore sarà responsabile della conservazione della documentazione fino al momento del ritiro.

REGOLE COMPOSIZIONE SCATOLE

La documentazione da archiviare deve essere inserita in apposite SCATOLE.

Ogni SCATOLA è identificata attraverso una numerazione progressiva e un barcode di riferimento.
Il contenuto della scatola è identificato attraverso la compilazione del frontespizio/elenco consistenza.

POSIZIONARE LA DOCUMENTAZIONE
NELLE SCATOLE (DA RICHIEDERE
ALL'UFFICIO ARCHIVIO-PROTOCOLLO)
AVENDO CURA DI TOGLIERE
PUNTI METALLICI, GRAFFETTE, ELASTICI,
BUSTE DI PLASTICA



Frontespizio scatola – informazioni obbligatorie:

ENTE/AZIENDA (*ASST di Cremona*)

UFFICIO (*chi richiede archiviazione*)

TIPO DOCUMENTO: *indicare classificazione + descrizione generica (da piano classificazione in uso)*

ANNO: *di creazione del fascicolo*

DA A: *elenco n. di repertorio fascicolo (in ordine cronologico) o elenco n. protocollo – v. regole arco temporale*

SCADENZA: *da piano di conservazione in uso*

REGOLE COMPOSIZIONE SCATOLE



Le scatole potranno contenere circa 10 fascicoli di composizione media di 250 fogli

Adagiare i fascicoli in orizzontale



Nello spazio residuo laterale adagiare i fascicoli con il dorso rivolto verso il fondo della scatole (sarà possibile riporre circa 2 fascicoli)

REGOLE COMPOSIZIONE SCATOLE

NON RIPORRRE NELLE SCATOLE

NO!!!

PUNTI METALLICI, GRAFFETTE, ELASTICI, BUSTE DI PLASTICA,
FALDONI, CARTELLE



ESEMPI PRATICI

Composizione per **n. fascicolo**:
ordinare dal più basso al più alto – l'anno di riferimento è quello di creazione del fascicolo.

Composizione per **n. protocollo**:
ordinare dal più basso al più alto – l'anno di riferimento è quello dell'ultimo n. di protocollo.

Composizione **alfabetica** dalla a alla z tutti per lo stesso anno di produzione fascicolo/ultimo n. protocollo/cessazione dipendente.

METODO OMOGENEO
Documentazione omogenea



AS IS



TO BE