



Istituto Superiore di Sanità

MANUALE DI GESTIONE DEL PROTOCOLLO INFORMATICO

Area Organizzativa Omogenea Istituto Superiore di Sanità

INDICE

PARTE I – PREMESSE, DEFINIZIONI E PRINCIPI ORGANIZZATIVI GENERALI	5
CAPITOLO I – PRINCIPI GENERALI	5
1.1 Premesse	5
1.2 Ambito di applicazione	5
1.3. Riferimenti normativi	6
1.4 Definizioni	6
1.5 Area Organizzativa Omogenea e modello organizzativo	7
1.6. Ufficio per la gestione del protocollo informatico	7
1.7. Responsabilità del Manuale di gestione del protocollo informatico	8
1.8. Accredитamento all'IPA e casella di posta elettronica certificata dell'Ufficio Protocollo	9
1.9. Altre caselle di posta elettronica istituzionale certificata e non certificata	9
1.10. Prescrizioni conseguenti all'avvio del nuovo sistema di protocollo informatico e cessazione dei cosiddetti "protocolli interni"	9
CAPITOLO II – ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL PROTOCOLLO INFORMATICO	10
2.1. Natura giuridica del Registro di protocollo	10
2.2. Unicit� del protocollo informatico	10
2.3. Immodificabilit� e conservazione del protocollo informatico	11
2.4. Contenuti minimi del Registro giornaliero di protocollo	12
CAPITOLO III – IL DOCUMENTO	12
3.1. Documento amministrativo	12
3.2. Documento analogico	13
3.3. Documento informatico	13
3.4. Documenti prodotti dall'Istituto Superiore di Sanit�	14
3.5. Documenti in ingresso	14
3.6. Documenti in uscita	14
3.7. Documenti interni	15

PARTE SECONDA – LAVORAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE	15
CAPITOLO IV – GESTIONE DELLA CORRISPONDENZA IN ENTRATA	15
4.1. Ricezione di documenti analogici	15
4.2. Ricezione di documenti informatici	16
4.3. Errata ricezione di documenti analogici	17
4.4. Errata ricezione di documenti informatici	17
4.5. Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti analogici	17
4.6. Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici	18
4.7. Termini per la registrazione di protocollo	18
4.8. Differimento dei termini di registrazione	18
4.9. Diritto di accesso e tutela dei dati personali	18
CAPITOLO V – ASSEGNAZIONE, SMISTAMENTO, REGISTRAZIONE E SEGNATURA DELLA CORRISPONDENZA IN ENTRATA	19
5.1. Regole generali di assegnazione e smistamento dei documenti	19
5.2. Assegnazione e smistamento dei documenti analogici	20
5.3. Assegnazione e smistamento dei documenti informatici	20
5.4. Modifica delle assegnazioni	20
5.5. Registrazione e segnatura dei documenti in entrata	21
CAPITOLO VI – GESTIONE DELLA CORRISPONDENZA IN USCITA	24
6.1. Regole generali	24
CAPITOLO VII – CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI ED ANNULLAMENTO DELLE REGISTRAZIONI DI PROTOCOLLO	26
7.1. Titolare di classificazione e classificazione dei documenti	26
7.2. Annullamento delle registrazioni di protocollo	28
CAPITOLO VIII – MODALITA’ DI GESTIONE DI CATEGORIE PARTICOLARI DI CORRISPONDENZA	29
8.1. Corrispondenza riservata	29
8.2. Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'Istituto	30
8.3. Documentazione relativa a gare d'appalto o concorsi	30

8.4. Documenti anonimi o privi di sottoscrizione	30
8.5. Documenti recanti oggetti plurimi	30
8.6. Documenti con più destinatari	31
8.7. Protocollo di un numero consistente di documenti	31
8.8. Protocollo urgente	31
8.9. Integrazioni documentarie	31
8.10. Posta elettronica non certificata	31
CAPITOLO IX – FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI	32
9.1. Fascicolazione dei documenti	32
CAPITOLO X – REGISTRO DI EMERGENZA E CHIUSURA REGISTRO DI PROTOCOLLO	34
10.1. Registro di emergenza	34
10.2. Chiusura del registro di protocollo	35
CAPITOLO XI – CONSERVAZIONE DOCUMENTALE: ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELL'ARCHIVIO	36
11.1. Archivio e sue partizioni cronologiche	36
11.2. Trasferimento dei documenti dall'archivio corrente a quello di deposito	36
11.3. L'archivio storico	37
CAPITOLO XII – SICUREZZA INFORMATICA	38
12.1. Piano per la sicurezza informatica	38
12.2. Livelli di abilitazione per l'accesso al sistema "Numix"	38

PARTE I – PREMESSE, DEFINIZIONI E PRINCIPI ORGANIZZATIVI GENERALI.

CAPITOLO I – PRINCIPI GENERALI

1.1. Premesse.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013, avente ad oggetto “*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*”, prevede l’obbligo, in capo a tutte le Amministrazioni di cui all’art. 2, comma 2, del predetto Codice, di adottare il manuale di gestione del protocollo informatico.

Il suindicato manuale, in particolare, “*descrive il sistema di gestione, anche ai fini della conservazione, dei documenti informatici e fornisce le istruzioni per il corretto funzionamento del servizio per la tenuta del protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi*” (art. 5, co. 1, DPCM 3 dicembre 2013).

In conformità al citato quadro normativo, il presente manuale è volto a disciplinare le attività di formazione, registrazione, classificazione e fascicolazione dei documenti di varia natura prodotti dall’Istituto Superiore di Sanità nell’espletamento delle proprie funzioni istituzionali.

Il protocollo informatico ha efficacia probatoria, sino a querela di falso, dell’effettiva produzione ed acquisizione di un documento da parte dell’Ente e, come tale, costituisce una risorsa strategica fondamentale per assicurare l’efficacia e l’efficienza dell’Amministrazione.

Ciò premesso, il presente manuale è destinato alla più ampia diffusione e conoscenza, sia interna che esterna.

1.2. Ambito di applicazione.

Come accennato, l’odierno manuale descrive le attività di formazione, registrazione, classificazione e fascicolazione dei documenti, nonché la gestione dei flussi documentali ed archivistici in relazione ai procedimenti di competenza dell’Istituto Superiore di Sanità.

In particolare, vengono disciplinate le seguenti procedure:

- gestione, da parte dell’Ufficio preposto al protocollo informatico, della documentazione in entrata, con successiva assegnazione della stessa alle Strutture Organizzative competenti alla trattazione dell’affare;

- gestione della documentazione in uscita dalle Unità organizzative dell’Istituto Superiore di Sanità;
- classificazione dei documenti sulla base di un titolario di classificazione, volta ad assicurare una stratificazione ordinata dell’archivio;
- formazione dei fascicoli, prodromica ad una corretta gestione archivistica.

1.3. Riferimenti normativi.

I riferimenti normativi contenuti nel presente manuale sono i seguenti:

“**Testo Unico**” – decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 2000, n. 445 avente ad oggetto “*Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa*”;

“**Codice**” – decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 recante “*Codice dell’Amministrazione digitale*”.

“**Regole tecniche**” - decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2013 concernente “*Regole tecniche per il protocollo informatico*”;

“**Linee Guida**” – direttiva del Ministro per l’innovazione e le tecnologie 18 novembre 2005 recante “*Linee guida per la Pubblica amministrazione digitale*”;

“**Decreto Trasparenza**” – decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 avente ad oggetto “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni*”;

“**Regole Tecniche sui documenti informatici**” - decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 novembre 2014 recante “*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, comma 1, del Codice dell’amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005*”.

1.4. Definizioni.

Al fine di agevolare la comprensione del presente manuale, si riportano di seguito gli acronimi utilizzati:

AOO – Area Organizzativa Omogenea, intesa quale insieme di strutture organizzative che si caratterizzano per una gestione coordinata ed unitaria della documentazione, ai sensi dell’art. 50, comma 4, del Testo Unico.

UP – Ufficio per la gestione del protocollo informatico, quale unità organizzativa, all'interno della Direzione centrale degli affari generali, precipuamente preposta alla gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e dell'archivio.

RUP – Responsabile dell'Ufficio per la tenuta del protocollo informatico, la gestione dei flussi documentali e dell'archivio.

UO – Unità Organizzative, quali Uffici di livello dirigenziale, nonché Strutture tecnico-scientifiche (Dipartimenti e Centri) in cui si articola l'AOO.

RdP – Responsabile del procedimento amministrativo, individuato nel dirigente e/o nel funzionario cui è attribuita la responsabilità della trattazione di un affare.

PEC – Posta Elettronica Certificata.

NUMIX – applicativo acquisito dall'Amministrazione per implementare il servizio di protocollo informatico.

MdG – Manuale di gestione del protocollo informatico.

1.5. Area Organizzativa Omogenea e modello organizzativo.

Per la gestione dei flussi documentali, l'Istituto Superiore di Sanità ha individuato un'unica Area Organizzativa Omogenea (AOO) ove è istituito un univoco servizio per la tenuta del protocollo informatico, la gestione dei flussi documentali e dell'archivio. All'interno dell'Amministrazione, il sistema archivistico è unico ed il sistema di protocollazione è, allo stato attuale, centralizzato, in quanto tutta la corrispondenza, sia in entrata che in uscita, viene protocollata e classificata dal solo UP.

1.6. Ufficio per la gestione del protocollo informatico.

L'Ufficio per la gestione del protocollo informatico dell'Istituto Superiore di Sanità è incardinato nell'ambito dell'Ufficio Affari Generali della omonima Direzione centrale, come previsto dall'art. 21, co. 1, lett. a) del decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione 2 marzo 2016 recante *“Approvazione del regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto superiore di sanità, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106”*.

Ciò premesso, ai sensi dell'art. 61, comma 3, del Testo Unico, il citato Ufficio per la gestione del protocollo informatico svolge i seguenti compiti:

- abilita il personale dell’Ente interessato all’attività di protocollazione all’utilizzo della relativa procedura informatica, distinguendo tra autorizzazioni alla mera consultazione, ovvero abilitazioni all’inserimento /modifica dei dati;
- garantisce il rispetto delle disposizioni del Testo Unico durante le operazioni di registrazione e di segnatura di protocollo;
- assicura la corretta produzione e conservazione del registro giornaliero di protocollo di cui all'articolo 53 del Testo Unico;
- cura le funzionalità del sistema informatico di protocollo in collaborazione con i servizi di gestione dei sistemi informativi affinché, in caso di guasti o anomalie del sistema, le ordinarie attività siano ripristinate entro ventiquattro ore dal blocco o, comunque, nel più breve tempo possibile;
- conserva, attraverso i servizi di gestione dei sistemi informativi, le copie di salvataggio delle informazioni del sistema di protocollo e del registro di emergenza in luoghi sicuri e diversi da quello in cui viene custodito il suddetto sistema;
- garantisce il buon funzionamento degli strumenti ed il rispetto delle procedure concernenti le 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 del Testo Unico e le attività di gestione degli archivi di cui ai successivi articoli 67, 68 e 69;
- autorizza con idonei provvedimenti le eventuali operazioni di annullamento delle registrazioni di protocollo, ai sensi dell’art. 54 del Testo Unico;
- apre e chiude il registro di protocollazione di emergenza;
- vigila sull’osservanza delle disposizioni del Testo Unico da parte del personale autorizzato e degli incaricati.

1.7. Responsabilità del Manuale di gestione del protocollo informatico.

Il dirigente dell’Ufficio per la gestione del protocollo informatico è responsabile della redazione e dell’aggiornamento del presente manuale.

Tutte le strutture organizzative dell’Istituto Superiore di Sanità sono tenute a fornire allo stesso tempestive indicazioni in merito a qualsivoglia evento suscettibile di incidere sull’operatività del manuale, in modo tale da adottare gli eventuali interventi correttivi e/o integrativi ritenuti necessari.

1.8. Accredитamento all'IPA e casella di posta elettronica certificata dell'Ufficio Protocollo.

L'Istituto Superiore di Sanità, in osservanza agli adempimenti normativamente previsti, si è accreditato presso l'indice delle pubbliche amministrazioni (IPA), fornendo le informazioni che individuano l'amministrazione e l'articolazione dell'AOO.

L'indice delle pubbliche amministrazioni, quale archivio ufficiale degli Enti Pubblici e dei Gestori di pubblici servizi, è accessibile tramite il relativo sito internet da parte di tutti i soggetti pubblici o privati interessati. L'amministrazione comunica tempestivamente all'IPA informazioni dettagliate in merito alla propria struttura organizzativa, alle competenze dei singoli uffici ed ai servizi offerti, nonché rende nota ogni successiva modifica delle proprie credenziali di riferimento e la data in cui la stessa sarà operativa, garantendo l'affidabilità del proprio indirizzo di posta elettronica; con la stessa tempestività l'amministrazione comunica la soppressione, ovvero la creazione di una AOO.

La casella di posta elettronica certificata istituzionale dell'Ufficio Protocollo dell'Istituto Superiore di Sanità, pubblicata sull'IPA, è la seguente: protocollo.centrale@pec.iss.it.

La medesima casella è accessibile, per la ricezione e l'inoltro dei documenti, al solo Ufficio per la gestione del protocollo informatico; mentre i relativi interventi di manutenzione e gestione tecnica sono demandati al servizio di gestione dei sistemi informativi.

1.9. Altre caselle di posta elettronica istituzionale certificata e non certificata.

In osservanza a quanto previsto dalla Direttiva del Ministro per l'Innovazione e le Tecnologie del 18 novembre 2005, l'Istituto Superiore di Sanità ha dotato i propri uffici di una casella di posta elettronica istituzionale certificata, nonché ha fornito a tutti i dipendenti un indirizzo di posta elettronica istituzionale non certificata.

Gli indirizzi di posta elettronica degli uffici dell'Istituto sono pubblicati sul sito Internet dell'Ente, sezione "Amministrazione Trasparente", in adempimento a quanto statuito dal D.Lgs. 33/2013.

1.10. Prescrizioni conseguenti all'avvio del nuovo sistema di protocollo informatico e cessazione dei cosiddetti "protocolli interni".

A far data dall'introduzione del nuovo sistema informatico di gestione dei flussi documentali sono divenute pienamente efficaci le disposizioni che vietano l'uso dei cosiddetti protocolli interni (cioè di Direzione/Ufficio/Dipartimento/Centro ecc..., i quali, tutt'al più, potranno avere la funzione di mere "rubriche interne" atte a tenere memoria della documentazione afferente alla singola UO), ovvero altri sistemi di registrazione dei documenti diversi dal protocollo unico dell'AOO.

In particolare, il nuovo sistema di protocollo informatico si uniforma al rispetto delle seguenti prescrizioni:

- la numerazione delle registrazioni di protocollo è unica e progressiva per ogni AOO. Essa si chiude al 31 dicembre di ogni anno e ricomincia dal numero 1 all'inizio dell'anno successivo;
- il numero di protocollo è costituito da almeno sette cifre numeriche, ai sensi dell'articolo 57 del Testo Unico;
- non è consentita l'identificazione dei documenti mediante l'assegnazione manuale di numeri di protocollo che il sistema informatico ha già attribuito ad altri documenti, anche se questi sono strettamente correlati tra loro.

E' compito del Responsabile dell'UP effettuare controlli a campione sulla congruità delle registrazioni, sulla corretta sequenza della catena documentale e sull'utilizzo di un solo registro informatico, verificando peraltro, previ controlli ed ispezioni mirati nelle varie UO, la corretta fascicolazione archivistica.

CAPITOLO II – ELEMENTI CARATTERIZZANTI IL PROTOCOLLO INFORMATICO

2.1 Natura giuridica del Registro di protocollo.

Il Registro del protocollo, in conformità a consolidata giurisprudenza, è atto pubblico di fede privilegiata (tra le altre, *Cons. Stato, sez. VI, sentenza 26.5.1999, n. 693*; *Cass. pen., sez. V, sentenza 2.5.1994*; *Cons. Stato, ad. plen., sentenza 5.8.1993, n. 10*), idoneo a certificare la veridicità delle informazioni connesse all'elenco dei protocolli registrati nell'arco di uno stesso giorno.

Per mezzo del Registro di protocollo, il pubblico ufficiale attesta l'avvenuta ricezione ovvero trasmissione di un documento, la relativa data e la numerazione progressiva che allo stesso viene attribuita, svolgendo, in tal modo, un'operazione unica e contestuale avente la natura di atto pubblico; la documentazione non registrata dall'Ufficio Protocollo, quindi, viene considerata giuridicamente inesistente presso l'Istituto Superiore di Sanità.

2.2 Unicità del protocollo informatico.

Nell'ambito dell'area organizzativa omogenea Istituto Superiore di Sanità, il registro di protocollo è unico ed è gestito dall'Ufficio per la gestione del protocollo informatico.

Il registro di protocollo è generato automaticamente dal sistema “Numix”, che attribuisce a ciascun documento registrato il numero e la data di protocollazione. Ai sensi dell’articolo 57 del Testo Unico, il numero di protocollo è costituito da almeno sette cifre numeriche. La numerazione delle registrazioni di protocollo è unica e progressiva, la stessa inizia il 1° gennaio dal numero 0000001 e si conclude il 31 dicembre di ogni anno. Ogni numero di protocollo si riferisce esclusivamente ad un univoco documento; non è, pertanto, consentita, come già accennato, l’identificazione dei documenti mediante l’assegnazione manuale ovvero informatica di numeri di protocollo che il sistema ha già attribuito ad altri documenti, ancorché collegati tra loro. A seguito dell’introduzione del protocollo unico, inoltre, per garantire la corretta classificazione ed organizzazione dei documenti, viene adottato un unico titolare di classificazione.

2.3 Immodificabilità e conservazione del protocollo informatico.

Al fine di garantire l’immodificabilità del contenuto delle registrazioni di protocollo, il sistema “Numix” genera quotidianamente, mediante produzione automatica, il Registro giornaliero di protocollo, definito come il “*registro informatico di atti e documenti in ingresso e in uscita che permette la registrazione e l’identificazione univoca del documento informatico all’atto della sua immissione cronologica nel sistema di gestione informatica dei documenti*” (definizione tratta dal Glossario allegato alle Regole Tecniche).

Le regole sulla formazione dei registri e repertori informatici sono contenute nell’art. 14 del DPCM 13 novembre 2014. In particolare, il primo comma del richiamato articolo stabilisce che il registro di protocollo è formato ai sensi dell’art. 3, comma 1, lettera d), ossia mediante la “*generazione o raggruppamento anche in via automatica di un insieme di dati o registrazioni, provenienti da una o più basi dati, anche appartenenti a più soggetti interoperanti, secondo una struttura logica predeterminata e memorizzata in forma statica*”.

Il Registro giornaliero di protocollo, quindi, è il documento che contiene e cristallizza l’elenco dei protocolli e delle informazioni ad essi connesse registrati nell’arco di un giorno.

Garantita la staticità del documento informatico “Registro giornaliero di protocollo”, è necessario assicurare anche la sua immodificabilità ed integrità nel tempo.

L’art. 3, co. 6, delle Regole Tecniche sui documenti informatici stabilisce che le caratteristiche di immodificabilità e di integrità sono assicurate mediante la produzione di un’estrazione statica dei dati ed il trasferimento della stessa nel Sistema di Conservazione.

Ciò posto, il Registro giornaliero di protocollo generato dall'Istituto Superiore di Sanità viene trasmesso, entro la giornata lavorativa successiva a quella di produzione, al sistema di conservazione dei documenti, in conformità al dettato di cui all'art. 7, comma 5, delle Regole tecniche per il protocollo informatico.

2.4 Contenuti minimi del Registro giornaliero di protocollo.

Il Registro giornaliero di protocollo deve contenere le informazioni minime previste dall'art. 53, co. 1, del Testo Unico e dalla Circolare dell'Agenzia per l'Italia Digitale n. 60 del 23 gennaio 2013 avente ad oggetto "*Formato e definizioni dei tipi di informazioni minime ed accessorie associate ai messaggi scambiati tra le pubbliche amministrazioni*".

In particolare, con riferimento a ciascun documento ricevuto o spedito, la registrazione di protocollo richiede la memorizzazione delle seguenti informazioni:

- a) il numero di protocollo del documento, generato automaticamente dal sistema e registrato in forma non modificabile;
- b) la data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema e registrata in forma non modificabile;
- c) il mittente ovvero il destinatario per i documenti ricevuti od inviati, registrati in forma non modificabile;
- d) l'oggetto del documento, registrato in forma non modificabile;
- e) la data ed il protocollo del documento ricevuto, se disponibili;
- f) l'impronta del documento informatico, se trasmesso per via telematica, costituita dalla sequenza di simboli binari in grado di identificarne univocamente il contenuto, registrata in forma non modificabile;
- g) l'indicazione del registro nell'ambito del quale è stata effettuata la registrazione.

CAPITOLO III – IL DOCUMENTO

3.1 Documento amministrativo.

Per documento amministrativo si intende, ai sensi del Testo Unico, art. 1, lett. a), "*ogni rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, anche interni, delle pubbliche amministrazioni o, comunque, utilizzati ai fini dell'attività amministrativa*".

Il documento amministrativo è, in altri termini, ogni rappresentazione grafica, fotocinematografica, elettromagnetica o di qualunque altra specie del contenuto di atti, anche interni, detenuti da una pubblica amministrazione e concernenti attività di pubblico interesse, indipendentemente dalla natura pubblicistica o privatistica della loro disciplina sostanziale.

A seconda del supporto che lo contiene, il documento amministrativo può essere analogico ovvero informatico.

3.2 Documento analogico.

Per documento analogico si intende la “*rappresentazione non informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti*” (Codice, art. 1, lett. p - bis).

Il documento analogico può essere prodotto sia con strumenti analogici (es. a mano, macchina da scrivere, ecc.) che con strumenti informatici (es. lettera scritta con *software* di videoscrittura, ecc.).

Il supporto del documento è un oggetto materiale; l'originale dell'atto, infatti, è cartaceo e dotato di firma autografa.

3.3 Documento informatico.

Il documento informatico è definito, ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. b), del Testo Unico quale “*rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti*”.

Il medesimo documento è, altresì, qualificato come “*Il documento elettronico che contiene la rappresentazione informatica di atti, fatti o dati giuridicamente rilevanti*” (Codice, art. 1, lett. p).

Sul piano generale, il Codice sancisce la validità e la rilevanza agli effetti di legge del documento informatico da chiunque formato, della sua memorizzazione su supporto informatico e della trasmissione con strumenti telematici conformi alle regole tecniche. Una volta rispettate le regole tecniche, il documento informatico realizzato, memorizzato e trasmesso con strumenti telematici ha identica validità, ad ogni effetto di legge, del documento cartaceo e deve essere accettato da qualsiasi soggetto pubblico o privato.

In particolare, ai sensi delle Regole Tecniche sui documenti informatici, le caratteristiche di integrità ed immutabilità del documento informatico sono assicurate, fra le altre operazioni, dalla sottoscrizione dello stesso con firma digitale, definita quale “*particolare tipo di firma qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e ad un soggetto terzo tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici*” (Codice, art. 1, co. 1, lett. s).

3.4 Documenti prodotti dall'Istituto Superiore di Sanità.

L'Istituto Superiore di Sanità, in osservanza all'art. 40, co. 1, del Codice, forma gli originali dei propri documenti con mezzi informatici.

Qualsivoglia documento, sia esso analogico che informatico, deve essere corredato delle firme (autografe ovvero digitali) necessarie alla perfezione giuridica dello stesso, le quali devono essere apposte prima della sua protocollazione.

Ciascun documento prodotto dall'Istituto viene univocamente identificato a mezzo di un solo protocollo, pur potendo fare riferimento a diversi procedimenti o fascicoli.

3.5 Documenti in ingresso.

I documenti in ingresso sono tutti gli atti aventi rilevanza giuridico probatoria prodotti da soggetti terzi ed acquisiti dall'Istituto Superiore di Sanità nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali.

I documenti analogici trasmessi da soggetti esterni all'Amministrazione sono recapitati a mezzo posta convenzionale e/o raccomandata, telegramma, telefax, a mezzo corriere, ovvero con consegna diretta da parte dell'interessato o persona dallo stesso delegata.

I documenti informatici sono recapitati a mezzo posta elettronica convenzionale o certificata, tramite fax server, a mezzo di supporto rimovibile (quale, ad esempio, CD ROM, DVD, *tape*, *pen drive*, ecc.) consegnato direttamente o inviato per posta o tramite corriere.

3.6 Documenti in uscita.

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

I documenti analogici possono essere trasmessi a mezzo di posta convenzionale e/o raccomandata, a mezzo di corriere, telefax o telegramma, ovvero tramite consegna diretta al destinatario.

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

3.7 Documenti interni.

I documenti interni sono tutti gli atti prodotti e destinati alla circolazione all'interno dell'Istituto Superiore di Sanità; i medesimi possono avere natura prevalentemente informativa, ovvero giuridico-probatoria.

I documenti interni di natura meramente informativa (quali, a titolo esemplificativo, comunicazioni interne inerenti a luoghi e date di riunioni scambiate tra uffici, richieste di materiale di consumo ovvero di interventi di assistenza informatica ecc..) non sono normalmente soggetti a protocollazione. Di regola, lo scambio di tali documenti avviene a mezzo della posta elettronica.

I documenti interni di natura prevalentemente giuridico-probatoria, ossia tutti gli atti redatti dal personale dell'Istituto Superiore di Sanità nell'esercizio delle proprie funzioni, volti a documentare le attività istruttorie di competenza (quali, a titolo esemplificativo, appunti e/o relazioni istruttorie, pareri o verbali di riunioni svolte presso gli Uffici), devono essere protocollati selezionando la casella "interno" del sistema "Numix". Nei casi in cui il documento interno di natura giuridico – probatoria sia di tipo analogico, lo scambio nell'ambito dell'Amministrazione può avvenire con i mezzi tradizionali: il documento viene prodotto con strumenti informatici, stampato e sottoscritto in forma autografa e successivamente protocollato, per poi essere consegnato direttamente al destinatario. Qualora, invece, il documento interno di natura giuridico – probatoria sia di tipo digitale, lo stesso, dopo essere stato protocollato, sarà di norma trasmesso tramite e-mail o supporto informatico.

PARTE SECONDA – LAVORAZIONE DEL FLUSSO DOCUMENTALE

CAPITOLO IV – GESTIONE DELLA CORRISPONDENZA IN ENTRATA

4.1. Ricezione di documenti analogici.

I documenti analogici che pervengono quotidianamente a mezzo posta sono sottoposti dal personale dell'UP ad una preliminare verifica in merito alla correttezza dell'indirizzo e del soggetto destinatario sugli stessi apposti.

La busta viene allegata al documento al fine di assicurare la piena visione dei timbri postali.

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

Al documento ricevuto (ovvero trasmesso) mediante fax, di norma, non deve far seguito la trasmissione dell'originale, in quanto il medesimo rispetta il requisito della forma scritta. Nel caso in cui, comunque, pervenga in un momento successivo l'originale, su quest'ultimo viene apposta una dicitura del tipo “*già ricevuto via fax in data _____ con prot.n. _____*”.

Dopo aver proceduto all'assegnazione dei documenti alla UO di competenza (individuata in osservanza al “*Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità*” approvato con decreto 2 marzo 2016), il personale dell'UP provvede alla loro scannerizzazione (con acquisizione del relativo *file* nel sistema), registrazione, segnatura e classificazione.

In osservanza all'art. 53, comma 5, del Testo Unico, sono esclusi dalla registrazione di protocollo i seguenti documenti: gazzette ufficiali, bollettini ufficiali e notiziari della pubblica amministrazione, note di ricezione delle circolari ed altre disposizioni, materiali statistici, atti preparatori interni, giornali, riviste, libri, materiali pubblicitari, inviti.

4.2. Ricezione di documenti informatici.

Di norma, la ricezione dei documenti informatici è assicurata tramite la casella di posta elettronica certificata istituzionale (protocollo.centrale@pec.iss.it).

Il personale dell'UP controlla quotidianamente i messaggi pervenuti nella casella di posta istituzionale e, previa verifica della leggibilità ed integrità del messaggio, procede all'assegnazione, registrazione, segnatura e classificazione dei relativi documenti. Nel caso in cui il messaggio pervenuto tramite *e-mail* sia illeggibile od incompleto, l'UP deve segnalare la circostanza al mittente, indicando che lo stesso non verrà sottoposto a protocollazione.

I documenti informatici in arrivo possono essere dotati di firma o meno.

In particolare, la firma digitale di cui all'art. 1 c.1, lett. n) del Testo Unico ed all'art. 1, c.1, lettera s) del CAD, costituisce l'unico strumento che soddisfa i requisiti di sicurezza dell'identificabilità del sottoscrittore, nonché dell'integrità ed immodificabilità del documento.

La firma digitale, infatti, “*quale equivalente elettronico della tradizionale firma autografa su carta, è associata stabilmente al documento elettronico sulla quale è apposta e ne attesta con certezza l'integrità, l'autenticità, la non ripudiabilità*” (definizione tratta dal sito internet dell'AgID).

Per quanto attiene all'efficacia probatoria del documento informatico sottoscritto, si ricorda che, ai sensi dell'art. 20, c. 1 bis, del CAD, “*Il documento informatico soddisfa il requisito della forma scritta e ha l'efficacia prevista dall'articolo 2702 del codice civile quando vi è apposta una firma digitale, altro tipo di firma elettronica qualificata o una firma elettronica avanzata o, comunque, è formato, previa identificazione informatica del suo autore, attraverso un processo avente i*

requisiti fissati dall'AgID ai sensi dell'articolo 71 con modalità tali da garantire la sicurezza, integrità e immodificabilità del documento e, in maniera manifesta e inequivoca, la sua riconducibilità all'autore. In tutti gli altri casi, l'idoneità del documento informatico a soddisfare il requisito della forma scritta e il suo valore probatorio sono liberamente valutabili in giudizio, in relazione alle caratteristiche di sicurezza, integrità e immodificabilità".

Qualora il messaggio di posta elettronica non provenga da una casella *pec*, ovvero non sia munito di firma, viene comunque assegnato e protocollato; sarà cura del Responsabile del Procedimento valutare l'opportunità di utilizzare o meno il documento così pervenuto.

4.3. Errata ricezione di documenti analogici.

Qualora all'UP pervengano erroneamente documenti analogici indirizzati ad altri Enti, le relative buste e/o contenitori devono essere restituiti. Nel caso in cui la busta venga aperta per errore, il documento è protocollato in entrata ed in uscita inserendo nel campo "note" del *Numix* una dicitura del tipo "*documento pervenuto ed aperto per errore*"; lo stesso documento viene successivamente trasmesso alla AOO destinataria apponendo sulla busta la medesima dicitura.

4.4. Errata ricezione di documenti informatici.

Nel caso in cui pervengano sulla casella di posta istituzionale dell'Istituto messaggi dal cui contenuto si rileva che i medesimi sono stati erroneamente ricevuti, l'operatore dell'UP rispedisce il messaggio al mittente, senza protocollarlo, apponendovi una dicitura del tipo "*messaggio pervenuto per errore, non di competenza di questa AOO*".

4.5. Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti analogici.

Qualora un documento cartaceo non soggetto a protocollazione sia consegnato direttamente all'UP e sia richiesto il rilascio di una ricevuta attestante l'avvenuta consegna, l'operatore di protocollo che lo riceve è autorizzato a fotocopiare gratuitamente la prima pagina del documento e ad apporvi il timbro dell'Istituto recante la data e l'ora d'arrivo, nonché ad apporre la sigla dell'operatore incaricato.

L'apposizione del timbro dell'Istituto Superiore di Sanità con la data e l'ora d'arrivo e la sigla dell'operatore sulla copia, tuttavia, non è idonea ad attestare, con valenza giuridico-probatoria, l'avvenuta ricezione di un documento soggetto a protocollazione.

Infatti, nel caso siano ricevuti documenti analogici soggetti a protocollazione e sia richiesto il rilascio di una ricevuta attestante l'avvenuta consegna, l'operatore dell'UP che riceve il documento dovrà rilasciare idonea ricevuta, ovvero fotocopiare gratuitamente la pagina del documento sulla quale è stata apposta la segnatura di protocollo.

4.6. Rilascio di ricevute attestanti la ricezione di documenti informatici.

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

4.7. Termini per la registrazione di protocollo.

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

4.8. Differimento dei termini di registrazione.

Nel caso di eccezionale carico di lavoro, che non permetta di evadere la corrispondenza ricevuta nei tempi sopra indicati e qualora dalla mancata registrazione di protocollo del documento nella medesima giornata lavorativa di ricezione possa risultare lesa un diritto di terzi (es. partecipazione ad un concorso e/o ad un appalto), con motivato provvedimento del dirigente dell'UP, è autorizzato l'uso del protocollo differito.

In particolare, il protocollo differito consiste nell'adozione di un provvedimento con il quale vengono individuati i documenti da ammettere alla registrazione differita, le cause ed il termine entro il quale la registrazione di protocollo deve essere comunque effettuata.

Il protocollo differito si applica solo ai documenti in arrivo e per tipologie omogenee che il dirigente dell'UP deve descrivere nel provvedimento.

4.9. Diritto di accesso e tutela dei dati personali.

L'Istituto Superiore di Sanità, nella gestione dei flussi documentali di propria competenza, si uniforma alle norme vigenti in materia di diritto di accesso e di protezione dei dati personali.

In particolare, con deliberazione n. 4 allegata al verbale n. 24 della seduta del Consiglio di Amministrazione dell'11.04.2018, l'Ente ha disciplinato le modalità di esercizio del diritto di

accesso ai documenti amministrativi da esso formati o detenuti stabilmente, in conformità a quanto stabilito nel capo V della legge n. 241/1990 e s.m.i.

Inoltre, l'Istituto Superiore di Sanità, quale soggetto titolare del trattamento di dati (comuni, sensibili e/o giudiziari) contenuti nella documentazione di propria competenza, dà attuazione alle disposizioni di cui al Regolamento UE 2016/679.

In particolare, il personale dell'UP preposto all'apertura ed alla registrazione della corrispondenza deve essere regolarmente autorizzato al trattamento dei dati personali.

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

Qualora la corrispondenza riservata personale venga recapitata per errore ad un diverso Ufficio, a tutela dei dati personali e /o sensibili eventualmente contenuti, il relativo plico va restituito integro (non vanno aperte le buste o i contenitori), nella stessa giornata, all'UP.

CAPITOLO V – ASSEGNAZIONE, SMISTAMENTO, REGISTRAZIONE E SEGNATURA DELLA CORRISPONDENZA IN ENTRATA

5.1. Regole generali di assegnazione e smistamento dei documenti.

L'attività di assegnazione di un documento consiste nell'individuazione dell'UO competente alla trattazione dello stesso e, quindi, del relativo procedimento amministrativo, mentre l'attività di smistamento si esplica nell'inviare il documento protocollato e segnato all'UO medesima.

L'assegnazione può essere effettuata per competenza o per conoscenza e può essere estesa a tutti i soggetti ritenuti interessati alla trattazione del documento, onde consentire la massima condivisione delle informazioni.

A seguito dell'assegnazione, il Responsabile dell'UO competente - che provvede alla presa in carico del documento ed, in applicazione delle vigenti disposizioni organizzative, all'eventuale sub-assegnazione al responsabile dell'istruttoria - verifica la corretta classificazione del documento (eventualmente correggendola), inserisce lo stesso in apposito fascicolo elettronico (in osservanza alle modalità descritte nel successivo capitolo IX), nonché provvede alla lavorazione ovvero all'archiviazione del documento.

I termini per la definizione del procedimento amministrativo che prende avvio da un determinato documento decorrono, comunque, dalla data di protocollazione.

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

5.2. Assegnazione e smistamento dei documenti analogici.

Per l'assegnazione e lo smistamento dei documenti analogici, si osserva la seguente procedura:

- a) preliminarmente, il responsabile dell'UP assegna e smista la corrispondenza apponendo sulla prima pagina del documento la sigla corrispondente all'UO competente sulla materia;
- b) tutti i documenti ricevuti in formato cartaceo, compresi i loro allegati e la busta che li contiene, sono sottoposti a scansione dall'UP, ad eccezione di quelli pervenuti in formati diversi dall'A4 e fatte salve disposizioni diverse formalizzate allo stesso UP dalle UO competenti. Il formato da usare ai fini della conservazione è il pdf/a;
- c) l'originale cartaceo del documento sottoposto a scansione viene consegnato all'UO di competenza;
- d) in caso di planimetrie o volumi non separabili si potrà comunque procedere a digitalizzare con lo scanner il frontespizio e porre l'annotazione con l'indicazione dei pertinenti allegati.

5.3. Assegnazione e smistamento dei documenti informatici.

I documenti digitali ricevuti dall'UP (tramite pec, e-mail istituzionale non certificata, supporto informatico ecc..) sono assegnati e smistati all'UO competente sulla materia attraverso canali telematici interni (pec, e-mail non certificata, supporti informatici in forma non modificabile).

Il personale assegnato all'UO competente può visualizzare i documenti attraverso l'utilizzo del sistema "Numix", in base alle abilitazioni in proprio possesso e, quindi, prendere visione del contenuto del documento. Il Dirigente dell'UO ha la possibilità di archiviare e/o sub assegnare le pratiche al personale del proprio Ufficio.

5.4. Modifica delle assegnazioni.

In caso di erronea assegnazione del documento, l'UO originariamente assegnataria deve provvedere alla restituzione dello stesso all'UP nel più breve termine possibile e, comunque, entro le 48 ore dalla prima assegnazione, indicando la motivazione dell'errata attribuzione e, se possibile, l'UO ritenuta competente.

Il Responsabile dell'UP procede a riassegnare il documento individuando l'Ufficio competente in considerazione delle annotazioni ricevute ed in osservanza al Regolamento di Organizzazione e Funzionamento dell'Ente.

Qualora il corretto assegnatario non fosse chiaramente individuabile, il Responsabile dell'UP provvede a sottoporre la questione al Presidente, per le competenze in ambito scientifico, ovvero al Direttore Generale, per quanto attiene alle competenze in ambito amministrativo, i quali forniscono le opportune indicazioni.

Le operazioni sopra descritte devono essere portate a compimento entro le 48 ore dalla prima assegnazione da parte dell'UP.

5.5. Registrazione e segnatura dei documenti in entrata.

Su ogni documento ricevuto dall'Istituto Superiore di Sanità è effettuata una registrazione di protocollo attraverso il sistema di gestione del protocollo informatico "Numix" (tutte le indicazioni operative in merito al corretto utilizzo del *software* di protocollo informatico sono puntualmente descritte nel manuale del "Numix").

In particolare, come già detto, ciascuna registrazione di protocollo contiene, ai sensi dell'art. 53 del Testo Unico, i seguenti dati obbligatori in forma non modificabile:

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

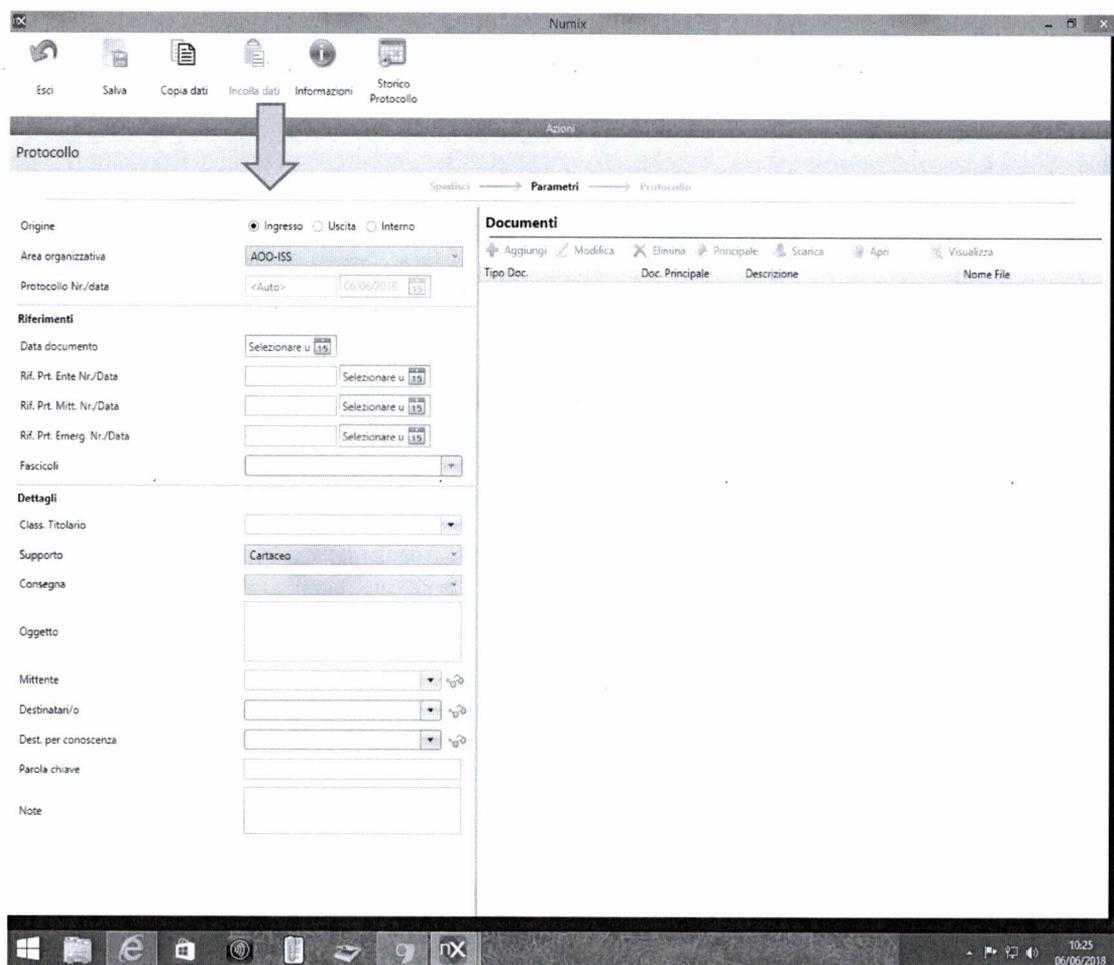
L'operazione di segnatura di protocollo è effettuata contemporaneamente all'operazione di registrazione ed avviene attraverso l'apposizione su di esso di un "segno" grafico (realizzato con una etichetta autoadesiva corredata di codice a barre, ovvero mediante stampigliatura sul documento scansionato)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

- codice identificativo o nome per esteso dell’Istituto Superiore di Sanità;
- data e numero di protocollo del documento.

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

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

Foto n. 1 – Schermata registrazione documento in ingresso



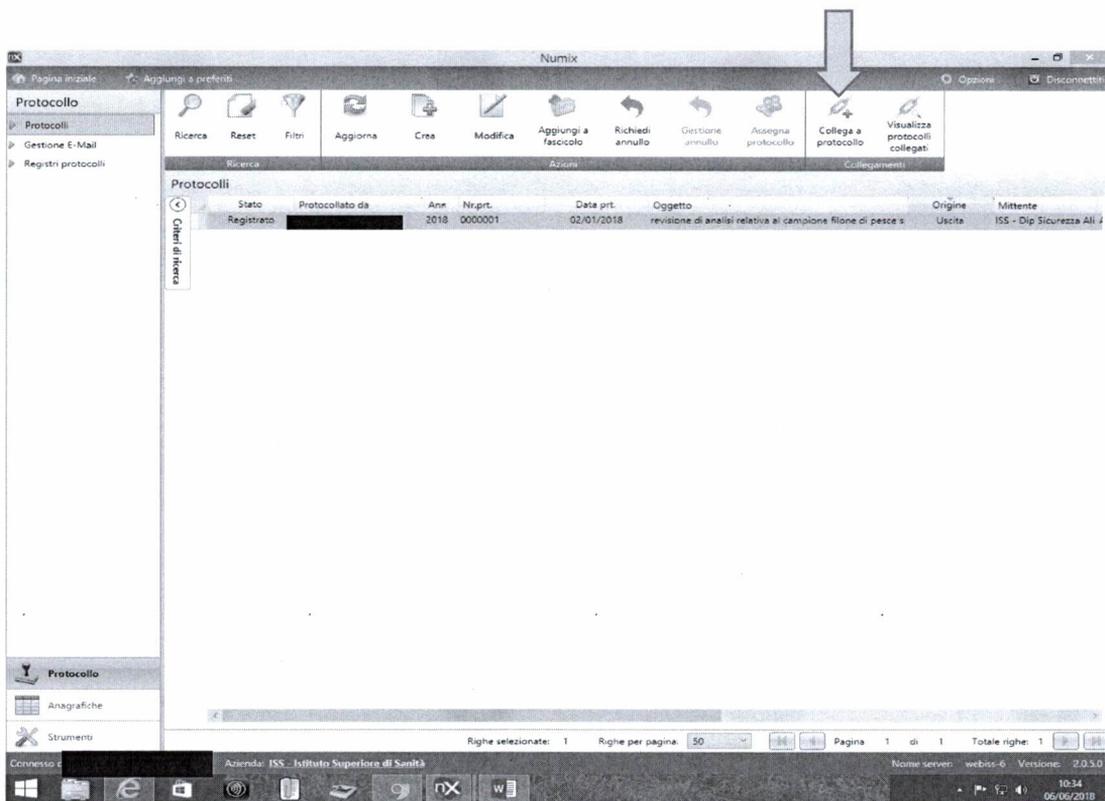
L’UP provvede, contestualmente alla registrazione e segnatura dei documenti ricevuti, a classificare il documento in osservanza alle modalità descritte nel Capitolo VII.

Nel caso di ricezione di documenti afferenti questioni già in trattazione da parte dell’Amministrazione, il personale dell’UP, nell’ottica della collaborazione tra Uffici e dell’ottimizzazione dei procedimenti, nel procedere all’operazione di registrazione, ha cura di evidenziare i legami esistenti tra i documenti (sulla base delle informazioni reperibili dagli stessi atti ovvero dal sistema di protocollazione) mediante l’utilizzo della specifica funzione “collegamenti”.

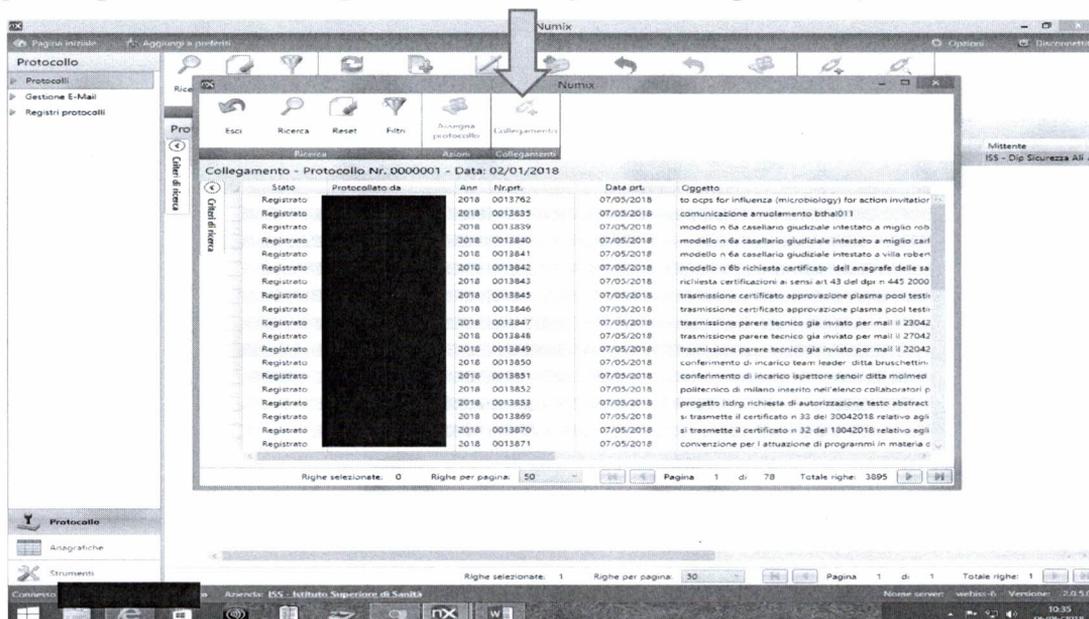
In particolare, nel predetto campo (collegamenti), saranno visionabili tutti gli atti facenti parte di uno stesso procedimento.

Foto n. 2 – Schermata funzione “Collegamenti”

(dopo aver selezionato il documento oggetto del collegamento, si clicca sul tasto “Collega a protocollo”)



(viene quindi aperta la schermata per creare il collegamento tra protocolli)



Nel caso in cui, invece, più UO siano interessate dallo stesso procedimento, i documenti afferenti al medesimo vengono posti in condivisione tra gli Uffici coinvolti, mediante l'apposizione di un'annotazione nel sistema "Numix".

CAPITOLO VI – GESTIONE DELLA CORRISPONDENZA IN USCITA

6.1. Regole generali.

I documenti in uscita, come già accennato, sono quelli prodotti dagli uffici dell'Istituto Superiore di Sanità nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, aventi rilevanza giuridico-probatoria e destinati ad essere trasmessi a soggetti terzi.

I documenti in partenza verso destinatari esterni all'Ente sono sottoposti, da parte del personale dell'UP, alle procedure di registrazione e segnatura sopra indicate, classificati secondo il Titolare di Classificazione ed allegati in formato pdf/a ai dati di registrazione di protocollo.

Tali operazioni sono, allo stato attuale, effettuate centralmente dal solo Ufficio Protocollo; eventuali abilitazioni ad eseguire le medesime attività da parte delle segreterie delle singole UO saranno stabilite successivamente in conformità alle valutazioni del caso.

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

- il numero di protocollo, generato automaticamente dal sistema;
- la data di registrazione di protocollo, assegnata automaticamente dal sistema;
- il mittente che ha prodotto il documento;
- il destinatario del documento;
- l'oggetto del documento.

Avuto riguardo ai documenti analogici in uscita, l'originale di ciascun documento deve essere inoltrato all'UP per la relativa registrazione, ottemperando alle seguenti regole redazionali:

- deve essere redatto su carta intestata dell'Istituto Superiore di Sanità;
- deve contenere l'indicazione dell'UO mittente e la sottoscrizione del competente Responsabile del Procedimento.
- nel caso di un documento che necessita di un protocollo riservato dovrà essere apposto in chiaro il timbro "PROTOCOLLO RISERVATO" (si rinvia, al fine della trattazione di tale particolare tipo di corrispondenza, al Cap. VIII).

L'UP provvede, di norma entro il giorno lavorativo successivo a quello in cui lo riceve per la protocollazione, alla restituzione del documento originale all'UO mittente, la quale si occuperà della relativa spedizione.

I mezzi di trasmissione della corrispondenza analogica di norma utilizzati sono i seguenti:

- il servizio di posta ordinaria o posta raccomandata;
- il servizio telefax o telegramma;
- la consegna diretta al destinatario.

Gli operatori dell'UP non sono autorizzati a fornire numeri di protocollo in assenza del documento da protocollare.

Non è consentita, inoltre, la cosiddetta registrazione "a fronte", cioè l'utilizzo di un unico numero di protocollo per il documento in arrivo e per quello in partenza.

Avuto riguardo, invece, ai documenti informatici, i medesimi vengono trasmessi, tramite e-mail istituzionale e corredati di idonea firma digitale, dalle UO mittenti all'UP, affinché quest'ultimo provveda alle operazioni di registrazione sopra indicate.

L'UP, dopo aver provveduto alla registrazione del documento, si occupa a livello centralizzato della relativa trasmissione attraverso la casella di posta elettronica certificata istituzionale (protocollo.centrale@pec.iss.it):

Come già accennato, infatti, solo la trasmissione dalla casella di pec istituzionale ad una casella pec del destinatario costituisce evidenza giuridico-probatoria dell'invio e della consegna del messaggio (art. 47 CAD).

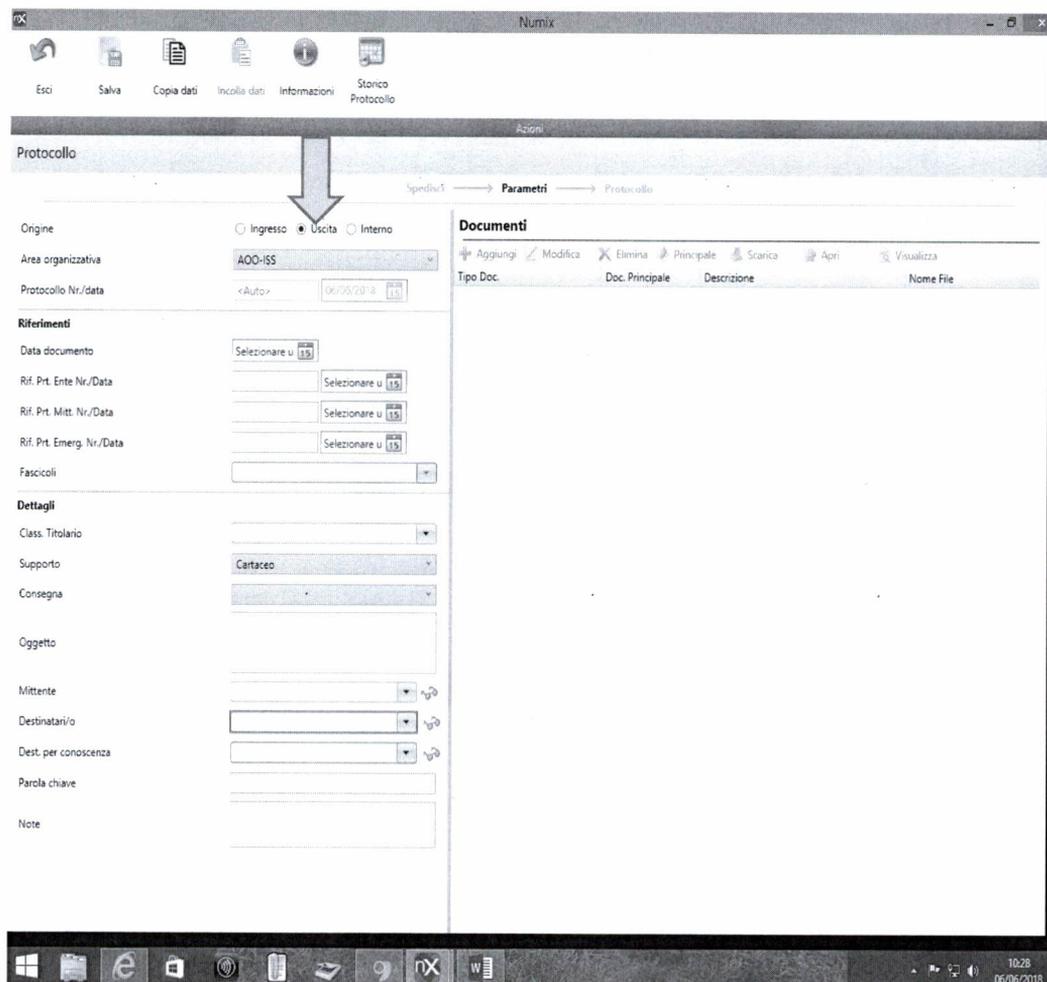
Al fine di garantire la riservatezza dei dati sensibili o giudiziari eventualmente contenuti in seno alla documentazione trasmessa, l'art. 46 del CAD dispone che *"i documenti informatici trasmessi ad altre pubbliche amministrazioni per via telematica possono contenere soltanto le informazioni relative a stati, fatti e qualità personali previste da legge o da regolamento e indispensabili per il perseguimento delle finalità per le quali sono acquisite."*

Le ricevute digitali del sistema di posta elettronica certificata utilizzato per lo scambio dei documenti digitali sono trasmesse dall'UP alle UO mittenti e da quest'ultime conservate all'interno dei relativi fascicoli.

Nei casi in cui il destinatario sia sprovvisto di un indirizzo di posta elettronica certificata, il documento digitale può essere prodotto in formato cartaceo (sebbene debba essere sempre sottoposto a scansione in fase di protocollazione) e conseguentemente trattato come fosse un documento analogico.

Un originale del documento trasmesso deve essere conservato dal soggetto che lo ha formato, il quale provvede, altresì, ad inserirlo nel fascicolo relativo al procedimento cui si riferisce e/o ad archivarlo.

Foto n. 3 – Schermata registrazione documento in uscita



CAPITOLO VII – CLASSIFICAZIONE DEI DOCUMENTI ED ANNULLAMENTO DELLE REGISTRAZIONI DI PROTOCOLLO

7.1. Titolario di classificazione e classificazione dei documenti.

Il Titolario di Classificazione, come noto, è uno strumento dell'archivio corrente prodromico all'organizzazione funzionale di tutti i documenti, in ingresso ed in uscita, trattati da un soggetto.

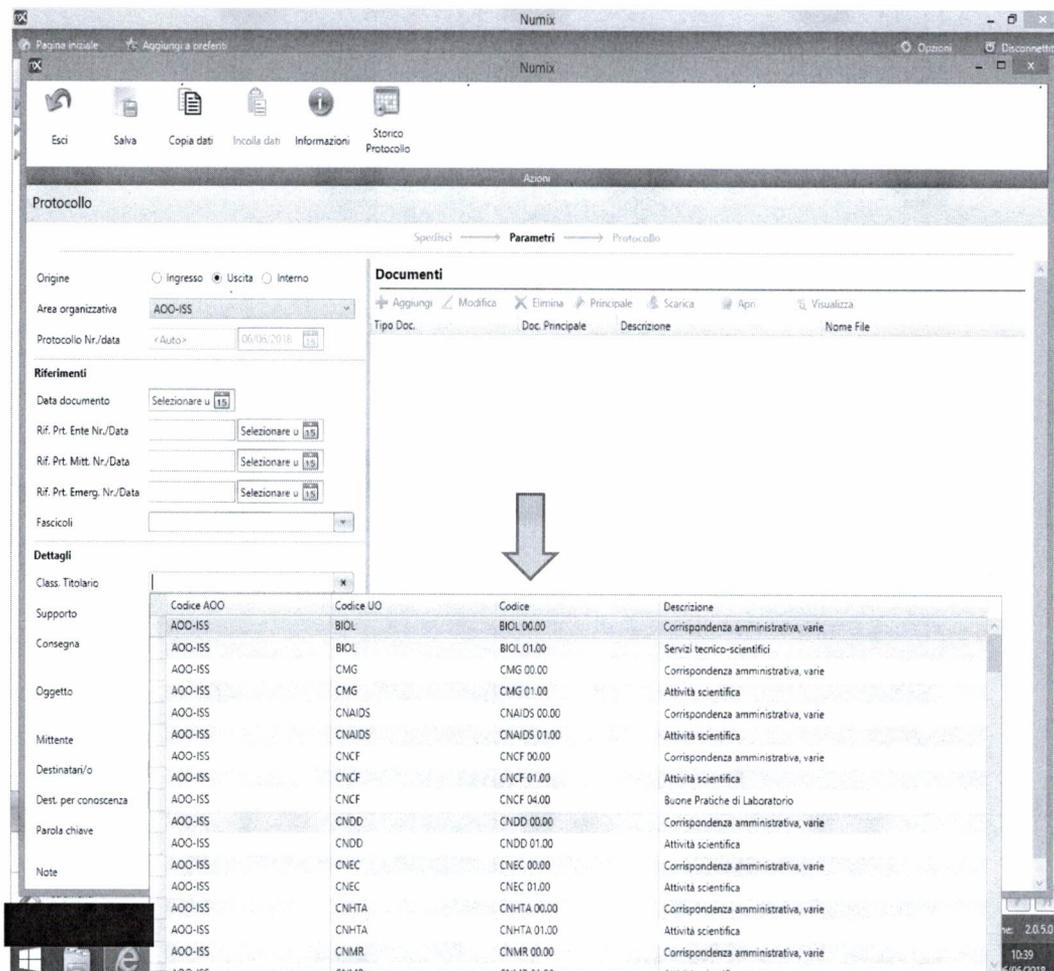
Esso si sostanzia in uno schema suddiviso in “categorie” o “titoli” numerati che corrispondono ciascuno ai vari rami dell'attività svolta dall'Ente, a loro volta suddivisi in “classi” o “sezioni” corrispondenti alle varie tipologie di documenti afferenti alle singole attività.

L'Istituto Superiore di Sanità, in osservanza al vigente quadro normativo, si è dotato di un proprio Titolario di Classificazione finalizzato ad assicurare una efficiente organizzazione ed indicizzazione dei propri documenti, il quale va obbligatoriamente utilizzato nella fase di registrazione di protocollo di ciascun documento, sia esso in entrata che in uscita.

L'aggiornamento del Titolario di Classificazione è a cura del Responsabile del Servizio per la gestione informatica dei flussi documentali e degli archivi, il quale, a tal fine, analizza le eventuali proposte di modifica e/o integrazione dei Responsabili delle varie UO e le sottopone all'approvazione del Direttore Generale.

Dopo ogni modifica del Titolario di Classificazione, il Responsabile del Servizio per la gestione informatica dei flussi documentali e degli archivi provvede ad informare tutti i soggetti abilitati all'operazione di classificazione dei documenti e ad impartire loro le istruzioni per il corretto utilizzo del sistema modificato.

Foto n. 4 – Schermata classificazione documento



7.2. Annullamento delle registrazioni di protocollo.

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

Il dirigente dell'UP è il soggetto autorizzato ad annullare, ovvero a dare disposizioni di annullamento delle registrazioni di protocollo.

L'annullamento di una registrazione di protocollo generale deve essere richiesto con specifica nota, adeguatamente motivata, indirizzata al dirigente dell'UP e da questi autorizzato.

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

Foto n. 5 – Schermata annullamento registrazioni di protocollo

The screenshot displays the Numix software interface for protocol management. The main window is titled 'Registrazione protocollo' and shows a navigation bar with 'Parametri', 'Registrati', 'Firmati', and 'Archiviati'. A large arrow points to the 'Archiviati' tab. The interface includes a search bar and a table of cancelled protocols.

PROTOCOLLI ANNULLATI									
Nr. prot.	Data prot.	Dirigee	Oggetto	Mittente	Destinatari(i)	R.F.Pr.t.Em.	Dal.Pr.t.Em.	Allegati	Annullato
0016377	25/05/2018	Ingresso	Richiesta di valutazione con procedura di urgenza variazione di tipo 18 alla certificazione del plasma master file PMP nazionale per Kedron Spa	Kedron S.p.A	ISS - CN Sangue, ISS - Dip Ambiente e Salute, Ministero della Salute				ANNULATO MOTIVAZIONE: per errore dell'operatore PROVVEDIMENTO

CAPITOLO VIII – MODALITA' DI GESTIONE DI CATEGORIE PARTICOLARI DI CORRISPONDENZA

8.1. Corrispondenza riservata.

All'interno del sistema "Numix" è disponibile, per i procedimenti amministrativi o gli affari per i quali si renda necessaria la riservatezza delle informazioni, una specifica funzionalità che consente la gestione di un protocollo riservato, non accessibile alla consultazione da parte dei soggetti non espressamente abilitati.

I documenti soggetti a questa particolare procedura possono essere i seguenti:

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

La selezione della casella "riservato" rende la protocollazione riservata e visibile ai soli utenti all'uopo abilitati.

In particolare, su indicazione del Presidente e/o del Direttore Generale e conseguente autorizzazione del Dirigente dell'UP, l'operatore di protocollo, all'atto della registrazione del documento, deve selezionare l'apposita casella "riservato" ed il nominativo dell'assegnatario. In tal modo, il documento rimane visibile esclusivamente dal protocollatore e dal destinatario.

La procedura di cui sopra consente di eseguire sul documento c.d. riservato tutte le operazioni (quali la registrazione, la segnatura, la classificazione e la fascicolazione) adottate per gli altri documenti e procedimenti amministrativi.

In caso di documento analogico, va eseguita la scansione ai fini della conservazione dello stesso in formato pdf/a.

Nell'ipotesi di riservatezza temporanea delle informazioni è necessario indicare, contestualmente alla registrazione di protocollo, anche la data a partire dalla quale le informazioni temporaneamente riservate diverranno soggette all'accesso ordinariamente previsto.

8.2. Documenti indirizzati nominalmente al personale dell'Istituto.

La posta indirizzata nominalmente al personale dell'Istituto è regolarmente aperta e registrata al protocollo, a meno che sulla busta non sia riportata la dicitura “personale” / “riservata personale”, ovvero espressione equivalente.

In questo caso, la corrispondenza viene consegnata in busta chiusa al destinatario, il quale, qualora reputi che i documenti acquisiti debbano essere comunque protocollati, provvede a trasmetterli all'UP ai fini delle ordinarie procedure di registrazione di protocollo.

8.3. Documentazione relativa a gare d'appalto o concorsi.

Le domande di partecipazione a bandi di gara e concorsi sono sottoposte alle procedure di registrazione di protocollo e successivamente consegnate, con i pertinenti allegati in busta chiusa, alle UO competenti in materia.

Tale tipologia di corrispondenza, se consegnata a mano direttamente dall'interessato o da persona da questi delegata, viene protocollata al momento della presentazione, con contestuale rilascio di ricevuta dell'avvenuta consegna contenente gli estremi della segnatura di protocollo.

Qualora si presenti la necessità di protocollare un numero consistente di documenti, sia in ingresso (es. scadenza gare o concorsi) che in uscita, gli Uffici competenti ne devono dare comunicazione all'UP con almeno due giorni lavorativi di anticipo, onde concordare tempi e modi di protocollazione e di spedizione.

8.4. Documenti anonimi o privi di sottoscrizione.

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

Analogamente, si registrano al protocollo i documenti privi della firma del mittente, inserendo nel campo «mittente» la dicitura “documento non sottoscritto”.

Tali documenti vanno assegnati all'UO competente per materia; sarà cura del Responsabile del procedimento valutare i conseguenti adempimenti.

8.5. Documenti recanti oggetti plurimi.

Nel caso di acquisizione di un documento indicante più oggetti, relativi a procedimenti diversi e quindi a differenti fascicoli, si dovranno produrre copie autentiche dello stesso documento e successivamente registrarle, classificarle e fascicolarle indipendentemente una dall'altra.

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

8.6. Documenti con più destinatari.

I documenti recanti un unico oggetto, ma indirizzati ad una pluralità di destinatari (ad es. le disposizioni generali, gli ordini di servizio e tutte le altre comunicazioni interne che abbiano più destinatari) si registrano con un solo numero di protocollo generale; i destinatari, se in numero consistente, sono contenuti in appositi elenchi allegati al documento. Le stesse disposizioni si applicano per i documenti in partenza con più destinatari.

8.7. Protocollazione di un numero consistente di documenti.

Qualora si presenti la necessità di protocollare un numero consistente di documenti, sia in ingresso che in uscita, l'UO interessata deve darne comunicazione all'UP con congruo anticipo (almeno due giorni lavorativi), al fine di concordare tempi e modi di protocollazione e di spedizione.

8.8. Protocolli urgenti.

Il Dirigente dell'UP può disporre la protocollazione immediata di documenti urgenti, nel caso in cui il carattere d'impellenza emerga dal contenuto dei documenti stessi, ovvero sia motivatamente segnalato dai Responsabili delle competenti UO.

8.9. Integrazioni documentarie.

In caso di acquisizione all'UP di integrazioni documentarie, il personale addetto non è tenuto a verificare la completezza sostanziale della documentazione pervenuta.

8.10. Posta elettronica non certificata.

Il sistema di posta elettronica non certificata non consente la sicura identificazione del mittente, pertanto questa tipologia di corrispondenza è trattata come di seguito indicato:

- in caso di acquisizione di un documento fornito di firma digitale, l'atto viene valutato alla stregua di un documento elettronico;

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

CAPITOLO IX – FASCICOLAZIONE DEI DOCUMENTI.

9.1. Fascicolazione dei documenti.

Ogni documento, dopo la registrazione e classificazione centralizzata da parte dell'UP, viene inserito, a cura della competente UO, nel fascicolo di riferimento.

Ai sensi dell'art. 52, co. 1, lett. c), del Testo Unico, il sistema di protocollo informatico fornisce, tra l'altro, anche *“le informazioni sul collegamento esistente tra ciascun documento ricevuto dall'Amministrazione e i documenti dalla stessa formati nell'adozione dei provvedimenti finali”*.

Il fascicolo informatico è, appunto, lo strumento che consente, all'interno del sistema di protocollo informatico, l'accorpamento dei documenti in base alla loro pertinenza ad un medesimo affare o procedimento.

L'operazione di fascicolazione viene gestita attraverso le funzioni ad essa dedicate nel sistema *“Numix”*, con possibilità di archiviare i documenti afferenti allo stesso procedimento all'interno di ciascun fascicolo secondo l'ordine cronologico di registrazione.

Poiché il sistema consente esclusivamente la gestione dei documenti protocollati, ove fossero presenti documenti, non soggetti a registrazione di protocollo, comunque utili per la ricostruzione del procedimento, il RdP deve curarne l'archiviazione per la successiva integrazione del fascicolo.

Quando un nuovo documento viene recapitato all'Istituto, l'UO assegnataria stabilisce, con l'ausilio delle funzioni di ricerca del sistema di protocollo informatico, se il documento stesso debba essere collegato ad un affare o procedimento in corso e, pertanto, se debba essere inserito in un fascicolo già esistente, oppure se il documento si riferisce ad un nuovo affare o procedimento, per cui è necessario aprire un nuovo fascicolo.

A seconda delle ipotesi, si procede come segue:

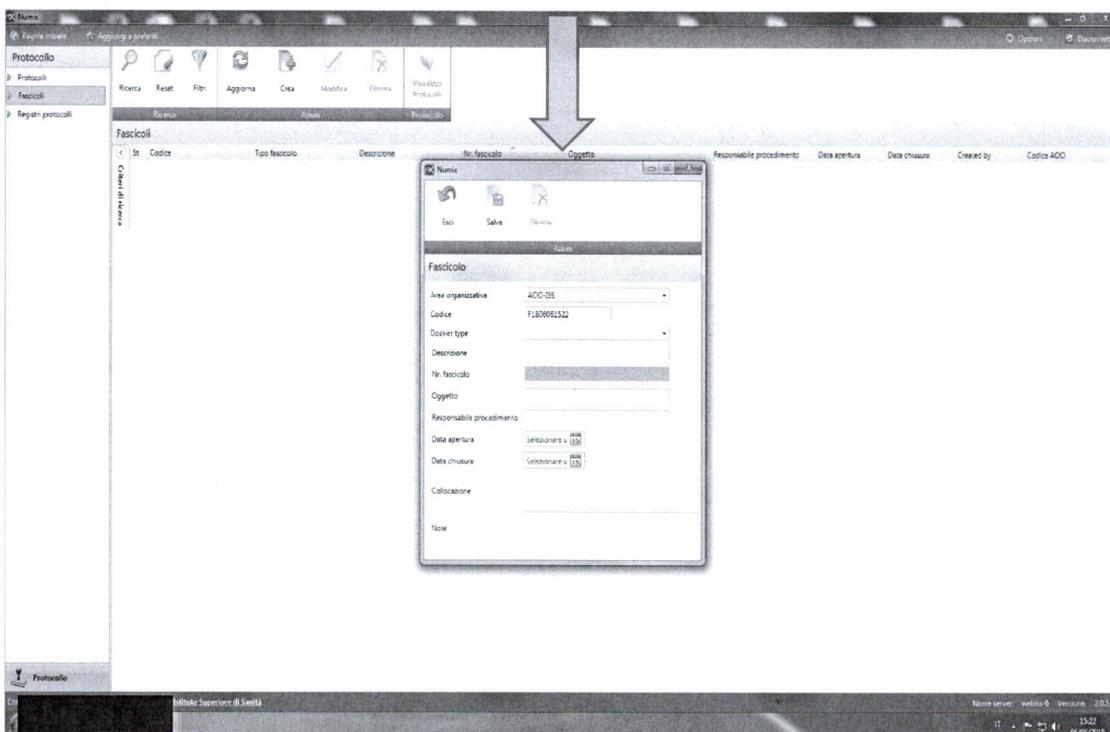
1. Se il documento si ricollega ad un affare o procedimento in corso, l'addetto dell'Ufficio competente:
 - seleziona il relativo fascicolo;

- collega la registrazione di protocollo del documento al fascicolo selezionato;
2. Se il documento dà avvio ad un nuovo fascicolo, il soggetto preposto:
- esegue l'operazione di apertura del fascicolo;
 - collega la registrazione di protocollo del documento al nuovo fascicolo aperto.

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

- oggetto del fascicolo;
- nominativo del Responsabile del Procedimento;
- numero del fascicolo (assegnato automaticamente dal sistema di protocollo informatico);
- data di apertura del fascicolo;
- collocazione fisica dei documenti cartacei di cui si compone;
- data di chiusura del fascicolo (il fascicolo viene chiuso al termine del procedimento amministrativo; la data di chiusura si riferisce a quella relativa all'ultimo documento prodotto).

Foto n. 6 – Schermata fascicolazione documenti



CAPITOLO X – REGISTRO DI EMERGENZA E CHIUSURA REGISTRO DI PROTOCOLLO.

10.1. Registro di emergenza.

Nel caso di interruzioni del funzionamento del sistema “*Numix*” per cause tecniche accidentali o programmate, ai sensi dell’art. 63 del Testo Unico, le registrazioni di protocollo vengono effettuate su un supporto alternativo, denominato registro di emergenza.

In particolare, il dirigente dell’UP autorizza con proprio provvedimento la predisposizione del registro di emergenza in forma cartacea o digitale.

Sul registro di emergenza devono essere riportate la causa, la data e l’ora di inizio dell’interruzione, nonché la data e l’ora di ripristino della piena funzionalità del sistema informatico unico di protocollo e le eventuali annotazioni ritenute utili dal Responsabile dell’UP.

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

Gli operatori dell’UP procedono, quindi, alla connessione del registro di emergenza con il protocollo unico, recependo nel sistema “*Numix*” tutte le registrazioni effettuate sul protocollo di emergenza, continuando la numerazione del protocollo generale raggiunta al momento dell’interruzione del servizio.

Il registro di emergenza viene sostanzialmente a configurarsi come un repertorio del protocollo unico: ad ogni registrazione recuperata dal registro di emergenza sarà attribuito un nuovo numero di protocollo, seguendo senza soluzione di continuità la numerazione del protocollo unico raggiunta al momento dell’interruzione del servizio.

A tale registrazione sarà associato anche il numero di protocollo e la data di registrazione del relativo protocollo di emergenza.

I documenti annotati nel registro di emergenza e trasferiti nel protocollo unico riceveranno, pertanto, due numeri: uno del protocollo di emergenza ed uno del protocollo unico.

L’efficacia della registrazione è dunque garantita dal numero attribuito dal registro di emergenza e a quel numero deve farsi riferimento per l’avvio dei termini del procedimento amministrativo; l’efficienza, invece, verrà garantita dall’unicità della catena documentale e dalla normalizzazione dei dati gestionali, comprese la classificazione e la fascicolazione archivistica.

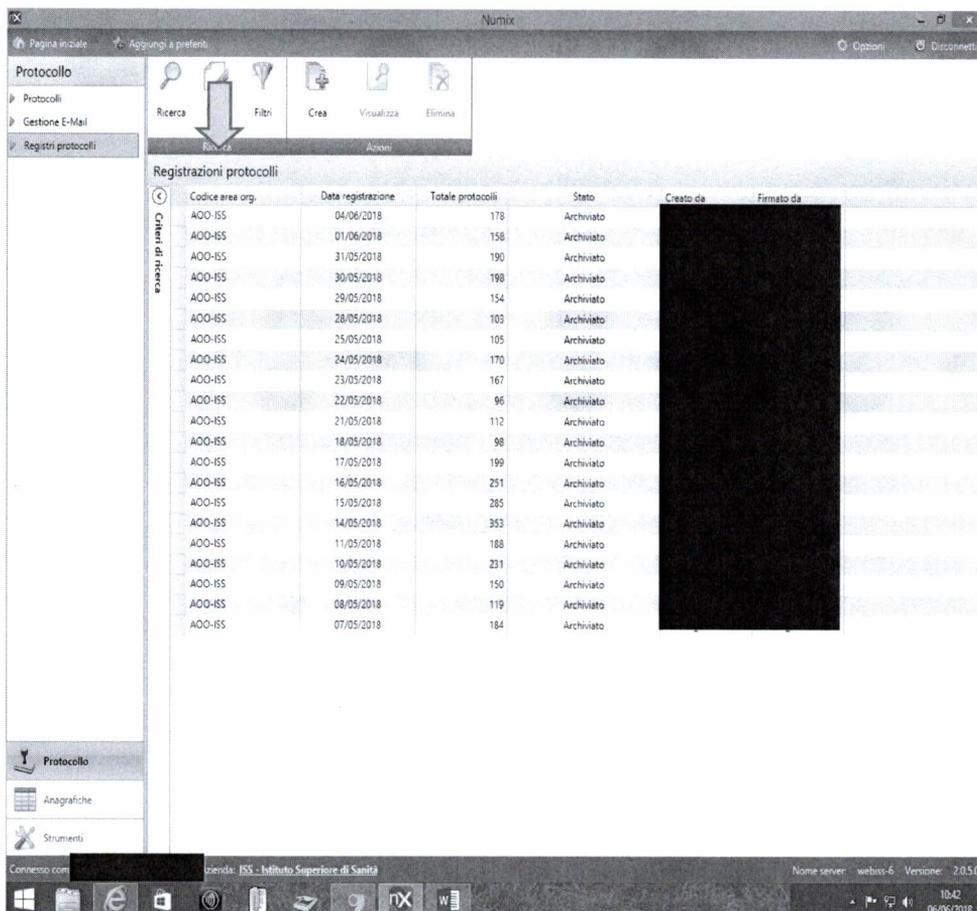
10.2. Chiusura del Registro di protocollo.

Come in precedenza accennato, il sistema “Numix” genera quotidianamente, mediante produzione automatica, il Registro giornaliero di protocollo, inteso quale “registro informatico di atti e documenti in ingresso e in uscita che permette la registrazione e l’identificazione univoca del documento informatico all’atto della sua immissione cronologica nel sistema di gestione informatica dei documenti”.

Per garantire l’immodificabilità ed integrità nel tempo all’estrazione statica dei dati del Registro giornaliero di protocollo, ossia al documento informatico formato ai sensi del comma 3, co. 1, lett. d) del DPCM 13 novembre 2014, è necessario procedere al trasferimento della stessa nel sistema di conservazione entro la giornata lavorativa successiva.

Ciò posto, il Registro giornaliero di protocollo generato dall’Istituto Superiore di Sanità viene trasmesso, entro la giornata lavorativa successiva a quella di produzione, al sistema di conservazione dei documenti, in conformità al dettato di cui all’art. 7, comma 5, delle Regole tecniche per il protocollo informatico.

Foto n. 7 – Schermata chiusura Registro giornaliero di protocollo.



Codice area org.	Data registrazione	Totale protocolli	Stato	Creato da	Firmato da
AOO-ISS	04/06/2018	178	Archiviato		
AOO-ISS	01/06/2018	158	Archiviato		
AOO-ISS	31/05/2018	190	Archiviato		
AOO-ISS	30/05/2018	198	Archiviato		
AOO-ISS	29/05/2018	154	Archiviato		
AOO-ISS	28/05/2018	103	Archiviato		
AOO-ISS	25/05/2018	105	Archiviato		
AOO-ISS	24/05/2018	170	Archiviato		
AOO-ISS	23/05/2018	167	Archiviato		
AOO-ISS	22/05/2018	96	Archiviato		
AOO-ISS	21/05/2018	112	Archiviato		
AOO-ISS	18/05/2018	98	Archiviato		
AOO-ISS	17/05/2018	199	Archiviato		
AOO-ISS	16/05/2018	251	Archiviato		
AOO-ISS	15/05/2018	265	Archiviato		
AOO-ISS	14/05/2018	353	Archiviato		
AOO-ISS	11/05/2018	188	Archiviato		
AOO-ISS	10/05/2018	231	Archiviato		
AOO-ISS	09/05/2018	150	Archiviato		
AOO-ISS	08/05/2018	119	Archiviato		
AOO-ISS	07/05/2018	184	Archiviato		

CAPITOLO XI – CONSERVAZIONE DOCUMENTALE: ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELL'ARCHIVIO.

11.1. Archivio e sue partizioni cronologiche.

L'archivio è l'insieme dei documenti prodotti e ricevuti dall'Amministrazione nell'esercizio delle proprie funzioni ed è, pertanto, il luogo deputato alla idonea conservazione dei documenti.

Esso è suddiviso in archivio corrente, di deposito e storico.

Per archivio corrente si intende il complesso dei documenti relativi a procedimenti in corso di istruttoria e di trattazione o, comunque, verso i quali sussista un interesse corrente.

Per archivio di deposito si intende il complesso dei documenti relativi a procedimenti conclusi, ma per i quali la legge prescriba un periodo obbligatorio di conservazione o, comunque, verso i quali sussista un interesse sporadico di consultazione.

Per archivio storico si intende il complesso dei documenti relativi a procedimenti conclusi da almeno un quarantennio, per i quali sussista un interesse storico istituzionale alla conservazione permanente.

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

L'archivio corrente dell'Istituto è gestito dai Responsabili delle singole UO, ciascuno con riferimento ai documenti di propria competenza.

Alla corretta tenuta degli archivi dell'Ente, nonché alla predisposizione degli elenchi del materiale da sottoporre a procedura di scarto, provvede il Servizio per la gestione informatica dei flussi documentali e degli archivi coadiuvato, per quanto di competenza, dalla Commissione di sorveglianza e di scarto nominata, per il triennio 2017-2019, con decreto del Direttore Centrale degli Affari Generali del 15.05.2017.

11.2. Trasferimento dei documenti dall'archivio corrente a quello di deposito.

All'inizio di ciascun anno, ogni UO individua i fascicoli relativi ai procedimenti conclusi, o comunque non più necessari allo svolgimento delle attività correnti, i quali, unitamente a tutta la documentazione in essi contenuta, vengono trasferiti all'archivio di deposito.

Il trasferimento deve essere effettuato rispettando l'organizzazione che i fascicoli e le serie hanno nell'archivio corrente.

La documentazione relativa alla singola pratica va spedita in una sola copia, in ordine e raggruppata in fascicoli.

Il fascicolo deve contenere solo la documentazione pertinente: corrispondenza protocollata, copie di atti amministrativi, documenti interni rilevanti ai fini del disbrigo della pratica e non cataloghi, giornali, depliant vari o corrispondenza personale degli addetti.

Sui pacchi contenenti i documenti da archiviare deve essere segnalato con chiarezza la struttura-mittente della spedizione.

Il Responsabile del Servizio per la gestione informatica dei flussi documentali e degli archivi, in collaborazione con la Commissione di sorveglianza sugli archivi, cura la formazione e la conservazione di un elenco dei fascicoli e delle serie trasferite nell'archivio di deposito.

11.3. L'archivio storico.

L'archivio storico, come precedentemente accennato, contiene le unità archivistiche trasferite, previo scarto, dall'archivio di deposito e considerate meritevoli di conservazione permanente per la loro importanza ai fini della ricostruzione delle vicende storiche ed istituzionali del soggetto produttore.

Premesso che l'Istituto Superiore di Sanità, con l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 267/1993, non riveste più lo status di Amministrazione Centrale dello Stato, bensì di "*organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale dotato di autonomia scientifica, organizzativa, amministrativa e contabile*", è conseguentemente cambiato il regime giuridico al quale assoggettare i documenti storici dell'Ente.

Tali documenti, infatti, sino alla suindicata data, sono soggetti al versamento nell'Archivio Centrale dello Stato e, successivamente, sono destinati alla conservazione *in situ* sotto la vigilanza della Soprintendenza archivistica competente per territorio.

Ai sensi del parere del Consiglio di Stato n. 2653/94 dell'8 ottobre 1997 (in seno al quale è stato riconosciuto che le trasformazioni istituzionali di un soggetto produttore di documentazione non influiscono sullo *status* di demanialità dei documenti prodotti *ex ante*), per i documenti prodotti anteriormente al 1993 il regime giuridico degli atti è quello vigente per gli enti statali, assoggettati quindi all'obbligo del versamento nell'Archivio Centrale dello Stato.

Successivamente al 1993, tale versamento, sotto forma di deposito volontario, è facoltativo e subordinato al parere della Soprintendenza Archivistica per il Lazio.

Fino ad ora, l'Istituto ha inteso continuare ad avvalersi della facoltà del deposito volontario nell'Archivio Centrale dello Stato, anche al fine di garantire la continuità storico/archivistica con quanto già in possesso del predetto Istituto di conservazione.

CAPITOLO XII – SICUREZZA INFORMATICA.

12.1. Piano per la sicurezza informatica.

Il piano per la sicurezza informatica garantisce che i documenti e le informazioni in possesso dell'Istituto Superiore di Sanità siano disponibili, integri e riservati e che i dati personali comuni, sensibili e/o giudiziari vengano conservati mediante l'adozione di adeguate misure di sicurezza, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o di perdita anche fortuita, nonché di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito.

Ai sensi dell'art. 4, lett. c), delle Regole Tecniche, il Responsabile della gestione documentale e della conservazione, d'intesa con il Responsabile dei sistemi informativi, predispone il Piano per la sicurezza informatica relativo alla formazione, alla gestione, alla trasmissione, all'interscambio, all'accesso ed alla conservazione dei documenti informatici nel rispetto delle misure minime di sicurezza normativamente previste.

12.2. Livelli di abilitazione per l'accesso al sistema "Numix".

La sicurezza delle registrazioni di protocollo e dei documenti allegati è garantita da un sistema di autenticazione centralizzato effettuato mediante richiesta di *username* e *password*.

Queste vengono verificate in tempo reale su un apposito sistema di autenticazione; se le credenziali sono corrette, viene aperta una porta per una sessione tra il *client* dell'utente (un *browser* standard) ed il *server* applicativo, comunicando a quest'ultimo solo il codice di accesso.

In questo modo le *password* non sono a conoscenza dell'applicativo, ferma restando la possibilità di individuare in modo univoco l'utente.

Infatti, se da un lato un utente può avere più codici di accesso per entrare con ruoli e diritti diversi, una stessa *username* può essere attribuita ad un unico utente (è una chiave univoca nel *database* degli utenti).

Il sistema controlla, inoltre, che non venga utilizzato lo stesso codice di accesso (*username*) contemporaneamente da due postazioni di lavoro, prevenendo il secondo accesso contemporaneo.

Attraverso l'attribuzione dell'*username* è possibile risalire alle operazioni compiute da ciascun utente.

Gli utenti interni accedono al sistema in base alle autorizzazioni stabilite dal Responsabile del servizio per la gestione dei flussi documentali; tali autorizzazioni possono riguardare (sia con riferimento all'inserimento/consultazione che alla sola consultazione):

- tutti i protocolli, compresi i riservati;

- tutti i protocolli, esclusi i riservati;
- tutti i protocolli relativi ai documenti di competenza di una UO;
- solo i protocolli inseriti dall'utente medesimo.

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

Al fine di garantire la sicurezza del sistema, nonché la riservatezza delle informazioni registrate, la *password* va periodicamente modificata, ed in nessun caso va comunicata ad altri utenti, nel rispetto delle regole sulla privacy (art. 7 Regole Tecniche).