# Procedura

# per la Gestione delle

# Violazioni di Dati Personali (Data Breach)

della Asl di Chieti Lanciano Vasto

in base a quanto previsto dal

**Regolamento UE 2016/679 sulla Protezione dei Dati (GDPR)**

## Sommario

# 1 Introduzione

La normativa vigente in termini di Protezione dei Dati Personali, costituita dal Regolamento UE 2016/679 – Regolamento sulla Protezione dei Dati (di seguito anche il “Regolamento”) e dal D. Lgs. 196/2003 – Codice in materia di Protezione dei Dati Personali (di seguito anche il “Codice”) come modificato dal D.Lgs. 101/2018, ha l’obiettivo di proteggere i dati personali degli interessati al fine di evitare che un uso non corretto delle informazioni possa danneggiare o ledere le libertà fondamentali e la dignità degli interessati. Considerato il contesto operativo dell’Azienda Sanitaria, tali problematiche sono di notevole rilevanza.
Le tipologie di dati personali trattati dall’Azienda Sanitaria sono costituiti principalmente sia da dati personali (ad esempio dati anagrafici, recapiti, identificativi di tessera sanitaria, codici fiscali, ecc…) che da “particolari categorie di dati personali” quali i dati relativi alla salute.
La ASL n.02 di Lanciano Vasto Chieti (di seguito anche la “ASL”) predispone il presente documento nell’ambito del proprio sistema organizzativo a tutela dei dati personali degli interessati.

# 2 Scopo

Il presente documento descrive le modalità operative adottate dalla ASL, per poter rispettare quanto previsto dagli artt. 33 e 34 del Regolamento UE 2016/679: in particolare viene definito un flusso di attività da attivarsi nel caso in cui dovesse manifestarsi un evento di violazione dei dati personali rispetto a quanto definito esplicitamente dalla normativa vigente o dalle regolamentazioni interne dell’Azienda Sanitaria.

L’obiettivo del presente documento è di fornire una descrizione generale del processo di gestione delle Violazioni di Dati Personali e delle relative indicazioni operative immediate per poter procedere con la rilevazione, la valutazione ed il contenimento della violazione; viene inoltre valutata la necessità di dover procedere con la comunicazione all’Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali ed eventualmente all’interessato.

# 3 Campo di Applicazione

Per Violazione di Dati Personali (cd. “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 ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati*.

Il presente documento determina il processo di gestione delle violazioni di dati personali che possono accadere al manifestarsi di eventi come i seguenti (a titolo esemplificativo e non esaustivo):

- Accesso non autorizzato ai dati personali
- Azioni accidentali o deliberate da parte dei soggetti autorizzati al trattamento
- Invio dei dati a un destinatario errato

- Perdita o furto di dispositivi di memoria o computer portatili che contengono dati personali
- Alterazione non autorizzata dei dati personali
- Perdita della disponibilità dei dati personali

# 4 Definizioni

Le seguenti definizioni sono di utilità per poter dare le risposte opportune nell’ambito del questionario in base all’art. 4 del Regolamento:

**«dato personale»**: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;

**«trattamento»**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;

**«profilazione»**: qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali relativi a una persona fisica, in particolare per analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, la situazione economica, la salute, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti di detta persona fisica;

**«pseudonimizzazione»**: il trattamento dei dati personali in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive, a condizione che tali informazioni aggiuntive siano conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile;

**«archivio»**: qualsiasi insieme strutturato di dati personali accessibili secondo criteri determinati, indipendentemente dal fatto che tale insieme sia centralizzato, decentralizzato o ripartito in modo funzionale o geografico;

**«titolare del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;

**«responsabile del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;

**«destinatario»**: la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o un altro organismo che riceve comunicazione di dati personali, che si tratti o meno di terzi. Tuttavia, le autorità pubbliche che possono ricevere comunicazione di dati personali nell'ambito di una specifica indagine conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri non sono considerate destinatari; il trattamento di tali dati da parte di dette autorità pubbliche è conforme alle norme applicabili in materia di protezione dei dati secondo le finalità del trattamento;

**«terzo»**: la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'autorità diretta del titolare o del responsabile;

**«consenso dell'interessato»**: qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento;

**«violazione dei dati personali»**: la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati;

**«dati genetici»**: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;

**«dati biometrici»**: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;

**«dati relativi alla salute»**: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;

**«banca di dati»**: qualsiasi complesso organizzato di dati personali, ripartito in una o più unità dislocate in uno o più siti;

**«evento sulla sicurezza delle informazioni»**: occorrenza identificata di uno stato di un sistema, servizio o della rete che indichi una possibile violazione di una policy sulla sicurezza delle informazioni (Information Security Policy) o il fallimento di controlli, o una situazione precedentemente sconosciuta che può essere rilevante a fini di sicurezza;

**«incidente sulla sicurezza delle informazioni»:** evento singolo o serie di eventi sulla sicurezza delle informazioni indesiderati o imprevisti che hanno una significativa probabilità di compromettere le operazioni aziendali e di minacciare la sicurezza delle informazioni;

**«DPO»**: Data Protection Officer o Responsabile della Protezione Dati;

# 5 Normativa di Riferimento

Il processo contenuto nel presente documento descrive i passi da seguire nel caso si verifichi un evento di Violazione dei Dati Personali in conformità con quanto stabilito dagli Artt. 33, 34 del Regolamento UE 679/2016 che stabiliscono i seguenti obblighi:

- Obbligo di notifica all’Autorità Garante “senza ingiustificato ritardo” e, ove possibile, entro 72 ore (art. 33 del Regolamento).
- Obbligo di comunicazione agli interessati quando la violazione dei dati personali è suscettibile di presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche (art. 34 del Regolamento)

In particolare:

## 5.1 Articolo 33 – Reg UE 2016/679 Notifica di una violazione dei dati personali all'autorità di controllo

1. In caso di **violazione dei dati personali**, il titolare del trattamento notifica la violazione all'autorità di controllo competente a norma dell'articolo 55 (del Regolamento) senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 72 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza, a meno che sia improbabile che la violazione dei dati personali presenti un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche. Qualora la notifica all'autorità di controllo non sia effettuata entro 72 ore, è corredata dei motivi del ritardo.

2. Il responsabile del trattamento informa il titolare del trattamento senza ingiustificato ritardo dopo essere venuto a conoscenza della violazione.

3. La notifica di cui al paragrafo 1 deve almeno:

a) descrivere la natura della violazione dei dati personali compresi, ove possibile, le categorie e il numero approssimativo di interessati in questione nonché le categorie e il numero approssimativo di registrazioni dei dati personali in questione;

b) comunicare il nome e i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati o di altro punto di contatto presso cui ottenere più informazioni;

c) descrivere le probabili conseguenze della violazione dei dati personali;

d) descrivere le misure adottate o di cui si propone l'adozione da parte del titolare del trattamento per porre rimedio alla violazione dei dati personali e anche, se del caso, per attenuarne i possibili effetti negativi.

4. Qualora e nella misura in cui non sia possibile fornire le informazioni contestualmente, le informazioni possono essere fornite in fasi successive senza ulteriore ingiustificato ritardo.

5. Il titolare del trattamento documenta qualsiasi violazione dei dati personali, comprese le circostanze a essa relative, le sue conseguenze e i provvedimenti adottati per porvi rimedio. Tale documentazione consente all'autorità di controllo di verificare il rispetto del presente articolo.

## 5.2 Articolo 34 – Reg UE 2016/679 – Comunicazione di una violazione dei dati personali all'interessato

1. Quando la violazione dei dati personali è suscettibile di presentare un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il titolare del trattamento comunica la violazione all'interessato senza ingiustificato ritardo.

2. La comunicazione all'interessato di cui al paragrafo 1 del presente articolo descrive con un linguaggio semplice e chiaro la natura della violazione dei dati personali e contiene almeno le informazioni e le misure di cui all'articolo 33 (del Regolamento), paragrafo 3, lettere b), c) e d).

3. Non è richiesta la comunicazione all'interessato di cui al paragrafo 1 se è soddisfatta una delle seguenti condizioni:

a) il titolare del trattamento ha messo in atto le misure tecniche e organizzative adeguate di protezione e tali misure erano state applicate ai dati personali oggetto della violazione, in particolare quelle destinate a rendere i dati personali incomprensibili a chiunque non sia autorizzato ad accedervi, quali la cifratura;

b) il titolare del trattamento ha successivamente adottato misure atte a scongiurare il sopraggiungere di un rischio elevato per i diritti e le libertà degli interessati di cui al paragrafo 1;

c) detta comunicazione richiederebbe sforzi sproporzionati. In tal caso, si procede invece a una comunicazione pubblica o a una misura simile, tramite la quale gli interessati sono informati con analoga efficacia.

4. Nel caso in cui il titolare del trattamento non abbia ancora comunicato all'interessato la violazione dei dati personali, l'autorità di controllo può richiedere, dopo aver valutato la probabilità che la violazione dei dati personali presenti un rischio elevato, che vi provveda o può decidere che una delle condizioni di cui al paragrafo 3 è soddisfatta.

# 6 Team di Risposta alle Violazioni ed elementi di valutazione

## 6.1 Team di Risposta alle Violazioni (Data Breach Response Team – DBRT)

Il Team di Risposta alle Violazioni è una entità multidisciplinare composta da soggetti che presentano conoscenze e competenze tali da assumersi la responsabilità per valutare e porre in essere le misure di contenimento delle conseguenze negative della violazione.

Il Team non è un collegio perfetto tuttavia è costituito in maniera fissa da referenti delle strutture organizzative direttamente coinvolte nella gestione della Protezione dei Dati Personali e opzionalmente, su richiesta da parte dei componenti di base del Team, da ulteriori eventuali altre funzioni che saranno coinvolte al bisogno

| **Team di Risposta alle Violazioni** | | |
|---|---|---|
| **Funzione** | **Competenza** | **Partecipazione** |
| Direttore Generale o suo delegato | Organo di alta direzione dell’Ente, rappresentante legale | Componente di base coordinatore |
| UOSD URP-Privacy Dirigente Responsabile o suo delegato più collaboratore amministrativo | Conoscenza del sistema di gestione della protezione dei dati personali trattati dall’azienda sanitaria/ utile per comunicazioni verso l’interno e verso l’esterno, sia per migliorare il coordinamento interno sia per un miglior interfacciamento verso i soggetti interessati. | Componente di base |
| Data Protection Officer | Responsabile della Protezione dei Dati Personali. | Componente di base |
| Direttore/Responsabile della struttura organizzativa in cui si è verificato l’evento | Può fornire ulteriori informazioni e supporto per un'efficace risposta all’incidente | Componente di base |
| UOC Informatica e Reti Dirigente o suo delegato | Conoscenza dell’infrastruttura di rete, delle misure di sicurezza idonee adottate e delle infrastrutture tecnico-applicative impiegate per il trattamento dei dati | Componente di base limitatamente ai casi di cui al punto 7.1 lett c) e d) |
| UOC Qualità Accreditamento, risk management e governo clinico Dirigente o suo delegato | Attività di sviluppo progetti aziendali volti al miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali e assistenziali | Componente di base |

Il Direttore Generale è il soggetto che coordina il Team di Risposta alle Violazioni con il supporto del Dirigente UOSD URP - Privacy e la supervisione del Responsabile della Protezione dei Dati (DPO).
Il team deve assicurare un’adeguata tempestività nella risposta alle violazioni, oltre a fornire tutte le risorse necessarie per il contrasto dell’evento e la preparazione necessaria per la risposta.

Se necessario, i membri del team possono farsi aiutare da team esterni, come ad esempio società che si occupano di sicurezza informatica, società di analisi forense dei dati. etc.

Opzionalmente, in base alle necessità, il coordinatore può integrare ulteriore personale nel team se utile al contrasto di una specifica violazione.

Il Team di Risposta alle Violazioni (Data Breach Response Team) è costituito come segue:

| **Funzione** | **Telefono** | **Mail** |
|---|---|---|
| **Direzione Generale o suo delegato** | **0871/358715** | databreach@asl2abruzzo.it |
| DPO | ---------- | databreach@asl2abruzzo.it |
| UOSD URP-Privacy | 0871.358703<br><br>0872.706718 | databreach@asl2abruzzo.it |
| UOC Informatica e Reti Dirigente o suo delegato | 0871.357553 | vincenzo.smargiassi@as2abruzzo.it |
| Direttore/Responsabile della struttura organizzativa in cui si è verificato l’evento | ---------- | ---------- |
| UOC Qualità Accreditamento, risk management e governo clinico Dirigente o suo delegato | 0871/357748 | |

I dipendenti della ASL 2 Lanciano Vasto Chieti sono comunque tenuti a dare tempestivamente notizia della possibile violazione anche al Direttore/Responsabile della struttura organizzativa in cui si è verificato l’evento

**Compiti del Team**

A valle della segnalazione della violazione, il team dovrà:

- Validare/rispondere alla violazione;

- Predisporre un’appropriata e imparziale investigazione, documentandola correttamente;
- Identificare gli eventuali asset da bonificare e tenere traccia delle misure da porre in essere per risolvere le vulnerabilità;
- Coordinarsi con le autorità se necessario;
- Coordinarsi per la comunicazione verso l’interno e verso l’esterno;
- Preoccuparsi di rispettare gli obblighi di notifica e comunicazione;
- Analizzare ogni incidente e tenere traccia della Violazione nel registro.

## 6.2 Informazioni preliminari per la valutazione delle violazioni

Nell’ambito delle valutazioni relative alla gravità (*severity*) delle violazioni dovranno essere tenuti in considerazione i seguenti fattori di rischio per i diritti e le libertà dei soggetti interessati:

a) Tipologia violazione: la tipologia di violazione si configura come parametro per la valutazione del rischio. (es. la violazione dei dati sanitari di tutti i pazienti è più grave della perdita dei dati sanitari di un paziente);

b) Natura, numero e grado di sensibilità dei dati personali violati;

c) Facilità di associazione dei dati violati all’interessato: facilità di associazione dei dati violati ad una determinata persona fisica;

d) Gravità delle conseguenze per gli interessati: valutazione relativa al rischio che i dati personali violati rappresentino un rischio immediato per gli interessati, tale da porre in essere frodi o sostituzioni di persona;

e) Numero di interessati esposti al rischio;

f) Caratteristiche del titolare del trattamento (in base al contesto dell’Azienda).

In particolare per “Tipologie di Violazioni” si intende:

- Violazione sulla Riservatezza (cd. *Confidentiality Breach*) accesso accidentale o illecito ai dati personali o divulgazione degli stessi;
- Violazione sulla Disponibilità (cd. *Availibility Breach*) perdita o distruzione accidentale o illecita del dato personale;
- Violazione sull’Integrità (cd. *Integrity Breach*) quando vi è una modifica accidentale o non autorizzata del dato personale.

# 7 Descrizione del Processo

Il processo contenuto nel presente documento descrive i passi da seguire nel caso si verifichi un evento di Violazione del Dati Personali in conformità con quanto stabilito dagli Artt. 33 e 34 del Regolamento UE 679/2016.

Il processo si articola nelle seguenti fasi:

- Rilevazione di una Violazione di Dati Personali;
- Gestione della Violazione (Valutazione e Decisione);
- Risposta all’evento;
- Notifica all’Autorità Garante;
- Comunicazione agli Interessati;
- Documentazione della Violazione.

## 7.1 Rilevazione della Violazione di Dati Personali

Le segnalazioni di eventi che portano a violazioni sui dati personali possono avvenire per canali interni ed esterni:

1) Canali interni.

Le segnalazioni di eventi anomali possono provenire internamente da:

a) Personale dell’organizzazione: le violazioni di dati personali sono gestite dalla UOSD URP-Privacy- per conto del Titolare del trattamento con il supporto del Responsabile della Protezione Dati (DPO). In caso di concreta, sospetta e/o avvenuta violazione dei dati personali, è di estrema importanza assicurare che la stessa sia affrontata immediatamente e correttamente al fine di minimizzare l’impatto della violazione e prevenire che si ripeta.

b) Nel caso in cui un Soggetto Autorizzato al Trattamento dei Dati si accorga di una concreta, potenziale o sospetta violazione dei dati personali, deve immediatamente informare il proprio responsabile (Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega - SATD) della possibile violazione. Quest’ultimo dovrà quindi informare la UOSD URP-Privacy ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell’Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all’indirizzo: databreach@asl2abruzzo.it

c) UOC Sistemi Informatica e Reti mediante opportuni strumenti di monitoraggio di eventi di natura Software e ICT: tale monitoraggio include l’insieme delle attività di controllo finalizzate al rilevamento degli eventi tracciati dai sistemi informatici e dai sistemi di security ICT aziendale. Tali eventi relativi ai sistemi ICT sono sotto responsabilità e conseguentemente monitorati e

gestiti dall’UOC Sistemi Informatica e Reti e da Amministratori di Sistema opportunamente incaricati.

d) In caso di rilievo di concreta, sospetta e/o avvenuta violazione dei dati personali relativi ai sistemi ICT aziendali, l'Amministratore di Sistema o il Soggetto Autorizzato al Trattamento dei Dati Personali autorizzato al monitoraggio degli eventi informatici deve immediatamente informare l’UOC Sistemi Informatica e Reti, la UOSD URP-Privacy ed il Responsabile della Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell’Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all’indirizzo: databreach@asl2abruzzo.it .

2) Canali esterni

Le segnalazioni di eventi anomali possono pervenire anche dell’esterno:

a) Segnalazione dall’interessato: l’interessato dal trattamento può effettuare una segnalazione anche in caso di semplice sospetto che i propri dati personali siano stati utilizzati in maniera fraudolenta da terzi o in generale che siano stati oggetto di violazione. In questi casi, l’interessato dovrà rivolgersi a questa ASL per la verifica di eventuali violazioni inviando l’allegato 1 della presente procedura all’indirizzo databreach@asl2abruzzo.it.

b) Segnalazione dal Responsabile del Trattamento: il Responsabile del Trattamento, in caso si accorga di una concreta, potenziale o sospetta violazione dei dati personali, deve immediatamente informare il proprio referente (Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega) della possibile violazione; il Responsabile è tenuto ad assistere il SATD nell’informare la UOSD Privacy-Trasparenza, l’UOC Sistemi Informatica e Reti ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell’Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all’indirizzo: databreach@asl2abruzzo.it. Il Responsabile in ogni caso è tenuto a segnalare la violazione anche mediante comunicazione mail al seguente indirizzo: databreach@asl2abruzzo.it

## 7.2 Gestione della violazione (Valutazione e Decisione)

La gestione di una violazione dei dati personali è stata standardizzata in un processo suddiviso nelle seguenti quattro fasi:

1) Analisi preliminare delle segnalazioni;
2) Risk assessment, individuazione misure e contenimento della violazione;
3) Notifica all’Autorità Garante;
4) Comunicazione agli interessati.

**7.2.1 Analisi preliminare delle segnalazioni**

La struttura incaricata della valutazione delle segnalazioni di Violazioni di Dati Personali è il cosiddetto Team di Risposta alle Violazioni che effettuerà una analisi preliminare sulle informazioni relative alla presunta violazione, raccolte attraverso l’apposito modulo (Allegato 1), avendo in tal modo un quadro strutturato sull’anomalia segnalata.
A seguito della ricezione della segnalazione, compilata tramite l’Allegato 1, il Titolare del trattamento, per il tramite della UOSD URP-Privacy, effettua la registrazione e l'identificazione univoca della segnalazione, quindi, con il supporto del Responsabile della Protezione Dati (DPO), effettuerà una valutazione preliminare riguardante la possibile violazione occorsa, ciò al fine di stabilire se si sia effettivamente verificata un’ipotesi di Violazione (Data Breach) e se sia necessaria un’indagine più approfondita dell’accaduto, richiedendo il coinvolgimento diretto del Responsabile della Protezione Dati che avvierà la fase di risk assessment (par. 7.2.2).
Nel caso in cui l’evento venga accertato come “falso positivo”, la procedura di verifica viene chiusa e l’evento viene comunque inserito all’interno del registro delle Violazioni con il supporto della UOSD URP-Privacy, nell’apposita sezione relativa agli eventi falsi positivi.

Nel caso in cui la violazione venga accertata, il Team procede al recupero di quante più informazioni possibili relative alla violazione per la gestione dell’evento ed informa il titolare del trattamento senza ingiustificato ritardo dopo essere venuto a conoscenza della violazione.

NB: al fine di una migliore valutazione in termini di impatto per i soggetti interessati, le valutazioni dovranno tenere conto di tali condizioni:

a) che si tratti di dati idonei a rivelare l’origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, nonché di dati genetici, dati relativi alla salute o dati relativi alla vita sessuale o a condanne penali e a reati o alle relative misure di sicurezza;
b) che si tratti di dati relativi a valutazione di aspetti personali, in particolare mediante l'analisi o la previsione di 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, al fine di creare o utilizzare profili personali;
c) che si tratti di dati di persone fisiche vulnerabili, in particolare minori;
d) che il trattamento riguardi una notevole quantità di Dati Personali;
e) che il trattamento riguardi un vasto numero di Interessati.

Nel caso in cui si individuasse una possibile violazione di dati contenuti in un sistema informatico (ICT), il Responsabile dell’UOC Sistemi Informatica e Reti inoltrerà la segnalazione, oltre al Responsabile della Protezione dei Dati, anche all'Amministratore di Sistema di competenza per effettuare una istruttoria e le valutazioni in merito all'accaduto.
Detta valutazione iniziale sarà effettuata attraverso l’esame delle informazioni riportate nell’Allegato 1, quali ad esempio:

• la data di scoperta della violazione (tempestività);
• Il soggetto che è venuto a conoscenza della violazione;
• la descrizione dell’incidente (natura della violazione e dei dati coinvolti);
• le categorie e il numero approssimativo degli interessati coinvolti nella violazione;
• la descrizione di eventuali azioni già poste in essere.

#### *7.2.1.1 Azioni di Contenimento*

Alcune best practices da attuare come primo approccio alle violazioni sono quelle elencate di seguito (nel caso di eventi che coinvolgano sistemi ICT); tali best practices non sono esaustive dell’attività da mettere in pratica ma costituiscono un buon punto di partenza:

1. contenere i dispositivi compromessi mettendoli offline;
2. censire le macchine che sono state violate;
3. individuare quali vulnerabilità siano state sfruttate per violare i dispositivi ed eventualmente gli apparati di rete;
4. raccogliere evidenze per il Garante in modo tale da dimostrare quali misure siano state impiegate e quali azioni siano state attuate durante l’evento;
5. ripristinare i sistemi e le reti;
6. integrare le informazioni raccolte per individuare nuove misure al fine di stabilire un nuovo piano per far sì che l’incidente non avvenga in futuro.

### 7.2.2 Risk assessment e individuazione delle misure

Al termine della fase di valutazione preliminare, nel caso si stabilisca che una possibile violazione è effettivamente avvenuta, i componenti del DBRT, al fine di individuare la necessità di notificazione all’Autorità Garante e di comunicazione agli interessati, valuteranno la gravità della violazione utilizzando un modello standardizzato, come da Modulo di valutazione del Rischio connesso al Data Breach (Allegato 3), secondo le indicazioni di cui all’art. 33 GDPR.

Si precisa che gli obblighi di notifica all’Autorità di Controllo scaturiscono dal superamento di una soglia di rischio tale da essere *non trascurabile*; l’art. 34 GDPR prevede, invece, che l’obbligo di comunicazione agli interessati sia innescato dal superamento di un rischio elevato.

I componenti del DBRT stabiliscono inoltre:

- le opportune misure logiche, fisiche ed organizzative di correzione e di protezione utili a limitare i danni che la violazione potrebbe causare (es.: sostituzione/riparazione dei supporti

fisici di tutela, redazione/revisione di apposite procedure aziendali, riparazione fisica di strumentazione; utilizzo dei file di back up per recuperare dati persi o danneggiati; isolamento/chiusura di un settore compromesso della rete; cambio dei codici di accesso, ecc.);

- le modalità e le tempistiche di suddette misure, individuando gli attori e i compiti per limitare la violazione;

### 7.2.3 Notifica all’Autorità Garante competente

Se a seguito delle valutazioni preliminari e del risk assessment effettuato nel rispetto della presente procedura, è stata verificata la necessità di effettuare la notifica della violazione dei dati, secondo quanto prescritto dal Regolamento (UE) 2016/679, il Titolare del trattamento della ASL di Lanciano Vasto Chieti, con il supporto del Responsabile della Protezione dei Dati e della UOSD URP-Privacy, provvederà alla notifica all'Autorità Garante senza ingiustificato ritardo e, ove possibile entro 72 ore dal momento in cui ne è venuta a conoscenza utilizzando la procedura telematica prevista dall’Autorità di Controllo.

Qualora e nella misura in cui non sia possibile fornire le informazioni contestualmente, le informazioni saranno fornite in fasi successive senza ulteriore ingiustificato ritardo.

### 7.2.4 Comunicazione agli interessati

Se a seguito delle valutazioni preliminari e del risk assessment effettuato nel rispetto della presente procedura, è stata valutata la necessità di effettuare la comunicazione della violazione dei dati agli interessati, in quanto è stato riscontrato un rischio elevato per i diritti e le libertà delle persone fisiche, secondo quanto prescritto dal Regolamento (UE) 2016/679, il Titolare del trattamento, con il supporto del Responsabile della Protezione dei Dati e della UOSD URP- Privacy, provvederà alla comunicazione all'Interessato senza ingiustificato ritardo.

Il contenuto della comunicazione prevede:

- il nome e i dati di contatto del Responsabile della protezione dei dati (DPO);
- la descrizione delle probabili conseguenze della violazione dei dati personali;
- la descrizione delle misure adottate o di cui si propone l’adozione da parte del Titolare del trattamento per porre rimedio alla violazione dei dati personali e, se del caso, per attenuarne i possibili effetti negativi.

Quanto alle modalità di comunicazione, caso per caso, il Titolare del trattamento dovrà sempre privilegiare la modalità di comunicazione diretta con i soggetti interessati (quali mail o comunicazioni dirette).

Il messaggio dovrà essere comunicato in maniera evidente e trasparente, evitando quindi di inviare le informazioni nel contesto di update generali o newsletter, che potrebbero essere facilmente fraintesi dai

lettori. Nel caso in cui la segnalazione diretta richieda uno sforzo ritenuto sproporzionato, si potrà utilizzare una comunicazione pubblica, che dovrà essere ugualmente efficace nel contatto diretto con l’interessato.

La comunicazione all'interessato di cui al paragrafo 1 dell’art. 34 del GDPR dovrà descrivere con un linguaggio semplice e chiaro la natura della violazione dei dati personali e conterrà almeno le informazioni e le misure di cui all'articolo 33, paragrafo 3, lettere b), c) e d) del Regolamento UE 679/2016.

Secondo quanto previsto dall’art. 34.3 del Regolamento UE 679/2016, nei seguenti casi non è richiesta la comunicazione all'interessato:

a) *il titolare del trattamento ha messo in atto le misure tecniche e organizzative adeguate di protezione e tali misure erano state applicate ai dati personali oggetto della violazione, in particolare quelle destinate a rendere i dati personali incomprensibili a chiunque non sia autorizzato ad accedervi, quali la cifratura;*

b) *il titolare del trattamento ha successivamente adottato misure atte a scongiurare il sopraggiungere di un rischio elevato per i diritti e le libertà degli interessati di cui al paragrafo 1;*

c) *detta comunicazione richiederebbe sforzi sproporzionati. In tal caso, si procede invece a una comunicazione pubblica o a una misura simile, tramite la quale gli interessati sono informati con analoga efficacia.*

Nel caso in cui il titolare del trattamento non abbia ancora comunicato all'interessato la violazione dei dati personali, l'autorità di controllo può richiedere, dopo aver valutato la probabilità che la violazione dei dati personali presenti un rischio elevato, che vi provveda o può decidere che una delle condizioni di cui all’art. 34.3 sia soddisfatta.

## 7.3 Documentazione della violazione

Indipendentemente dalla valutazione circa la necessità di procedere alla notificazione e/o comunicazione della violazione di Data Breach, ogni qualvolta si verifichi un incidente comunicato dagli attori che partecipano al trattamento attraverso l’Allegato 1, la ASL sarà tenuta a documentarlo.

Tale documentazione sarà messa a disposizione del Responsabile della Protezione Dati dalla UOSD URP-Privacy e, se del caso dal Direttore dell’UOC Informatica e reti per quanto di competenza.

Il titolare provvederà alla tenuta di un apposito Registro delle Violazioni, in cui saranno riportate le seguenti informazioni:

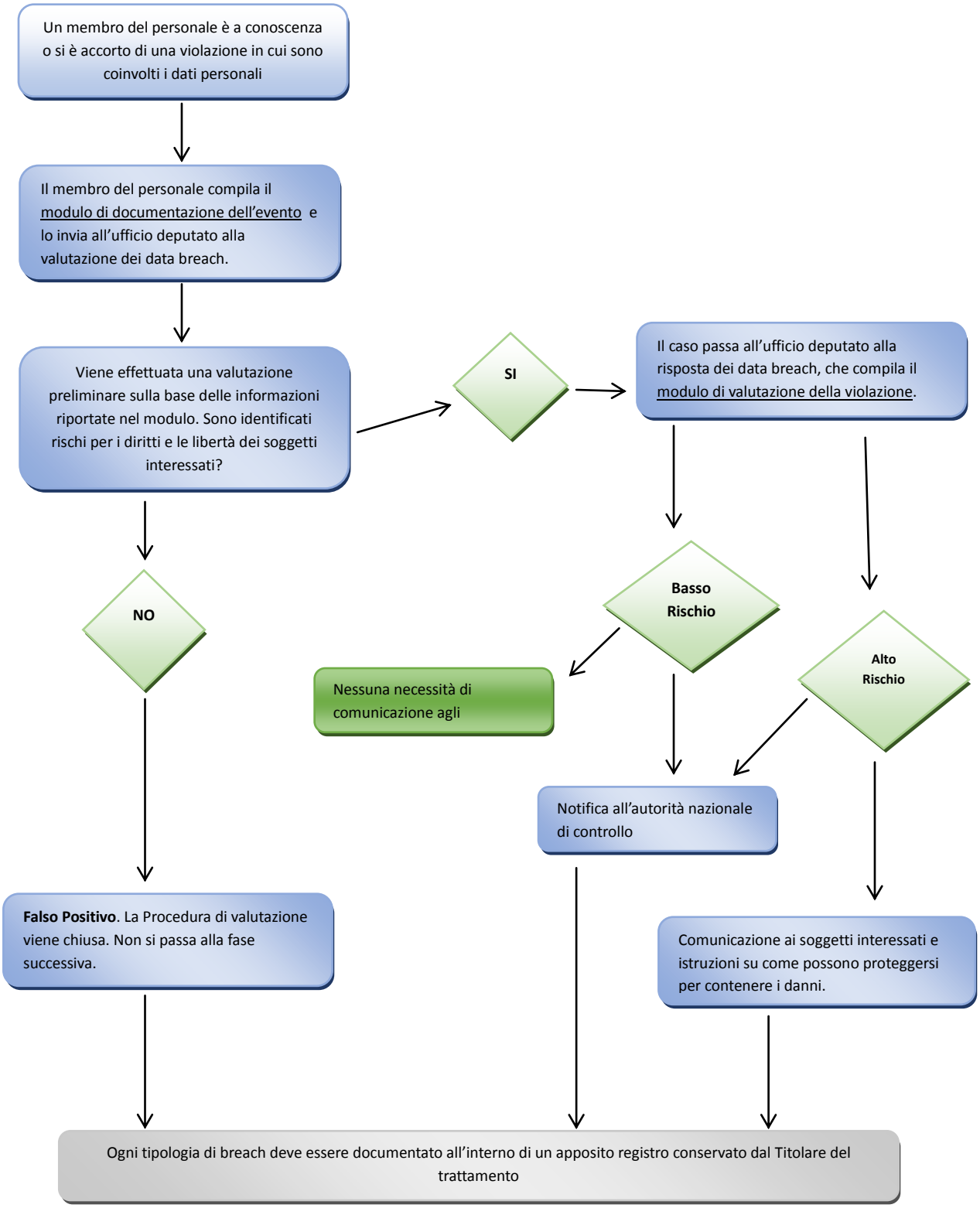
- numero segnalazione;
- data segnalazione;
- segnalatore;
- valutazione;

- notifica all'Autorità Garante Privacy;
- comunicazione agli interessati.

Il Registro delle Violazioni (il cui modello è indicato nell’allegato 2 al presente documento) sarà continuamente aggiornato e messo a disposizione del Garante qualora l’Autorità chieda di accedervi.

## 7.4 Analisi post violazione

Dopo aver posto in essere i precedenti adempimenti, è necessaria la raccolta finale delle evidenze, l'analisi delle informazioni giunte sul contesto di violazione osservato, e la valutazione delle stesse al fine di effettuare un’analisi post-incidente, per verificare l’efficacia e l’efficienza delle azioni intraprese durante la gestione dell’evento ed identificare possibili aree di miglioramento che svilupperanno ulteriormente l’efficacia del piano di gestione delle violazioni.


Un membro del personale è a conoscenza o si è accorto di una violazione in cui sono coinvolti i dati personali
Il membro del personale compila il modulo di documentazione dell’evento e lo invia all’ufficio deputato alla valutazione dei data breach.
Viene effettuata una valutazione preliminare sulla base delle informazioni riportate nel modulo. Sono identificati rischi per i diritti e le libertà dei soggetti interessati?
SI
Il caso passa all’ufficio deputato alla risposta dei data breach, che compila il modulo di valutazione della violazione.
NO
Basso Rischio
Alto Rischio
Nessuna necessità di comunicazione agli
Notifica all’autorità nazionale di controllo
Falso Positivo. La Procedura di valutazione viene chiusa. Non si passa alla fase successiva.
Comunicazione ai soggetti interessati e istruzioni su come possono proteggersi per contenere i danni.
Ogni tipologia di breach deve essere documentato all’interno di un apposito registro conservato dal Titolare del trattamento

# 8 Data Breach presso l’Azienda quando opera in qualità di Responsabile del Trattamento.

## 8.1 Obblighi di comunicazione dell’Azienda quando opera in qualità di Responsabile del trattamento

Qualora l’Azienda agisca in qualità Responsabile del Trattamento, in caso di Violazione dei Dati Personali, sarà tenuta ad informare il Titolare del trattamento senza ingiustificato ritardo secondo i tempi e i modi concordati nel contratto per il trattamento dei dati personali trasmesso da quest’ultimo.

## 9 Allegati

**Al Titolare del Trattamento dati personali**
**databreach@asl2abruzzo.it**

### 9.1 Allegato 1 Modulo di documentazione interna della Violazione

| **Modulo di documentazione interna della Violazione di Dati Personali** | |
|---|---|
| Nome soggetto che riporta l’incidente | |
| Unità Operativa di appartenenza | |
| Numero di contatto del soggetto che riporta l’incidente ed indirizzo di posta elettronica | |
| Data dell’evento ed orario (anche approssimativo) | |
| Data e ora in cui si è venuti a conoscenza della violazione | |
| Fonte della segnalazione | |
| Tipologia di anomalia riscontrata | |
| Descrizione dell’anomalia | |

| | |
|---|---|
| Numero di soggetti coinvolti | |
| Numero dei dati personali di cui si presume il coinvolgimento | |
| Tipologia di dati personali che si ritiene essere stati coinvolti | **Basso Rischio**:<br>• dati comuni |
| | **Alto Rischio**:<br>i dati identificano<br>*(barrare con X)*<br>• razza o origine etnica<br>• opinioni politiche, religiose o filosofiche<br>• appartenenza a sindacati<br>• dati genetici<br>• dati biometrici<br>• dati che identificano l'orientamento sessuale<br>• dati che riguardano la salute |

| | |
|---|---|
| Modalità in cui è avvenuta la violazione<br>(es. avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili) | |
| Descrizione dei sistemi di elaborazione e/o memorizzazione dei dati coinvolti, con indicazione della loro ubicazione | |
| Azioni poste in essere (contenimento) | |

## 9.2 Allegato 2 – Modello di Registro Segnalazioni per le Violazioni

| ESTREMI SEGNALAZIONE | | | ESITO | | NOTIFICA GARANTE | | COMUNICAZIONE AGLI INTERESSATI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Num.** | **Data** | **Unità Operativa** | **Valutazione** | **Falso positivo** | **Effettuata** | **Data Notifica** | **Effettuata** |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

## 9.3 Allegato 3 – Modello di valutazione della segnalazione

| | Tipologia di violazione | | Rischio | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tip. Operaz.** | **Accidentale** | **Illecito** | **Basso** | **Medio** | **Alto** |
| **Accesso** | | | | | |
| **Modifica** | | | | | |
| **Perdita** | | | | | |
| **Distruzione** | | | | | |
| **Divulgazione** | | | | | |

Nel modello sopra indicato, è necessario indicare con una “X” la tipologia di operazione eseguita in relazione alla tipologia di violazione; successivamente deve essere indicato, in maniera corrispondente il livello di rischio dell’evento verificatosi considerando i seguenti criteri di valutazione/gravità:

- **1 - Rischio Basso**: gli interessati coinvolti dal trattamento non saranno affetti da inconvenienti oppure possono incontrare alcuni inconvenienti che possono superare senza alcun problema (es. perdita di tempo per ripetere formalità, etc.);
- **2 – Rischio Medio**: gli interessati coinvolti dal trattamento possono incontrare disagi significativi che però possono superare nonostante alcune difficoltà (es. interruzione temporanea del servizio fino a 8 ore);
- **3 – Rischio Alto**: gli interessati coinvolti dal trattamento possono avere conseguenze significative che dovrebbero essere in grado di superare seppure con gravi difficoltà (es. interruzione temporanea del servizio oltre le 8 ore e non oltre le 24 ore);
- **4 – Rischio Critico**: gli interessati coinvolti dal trattamento possono incontrare conseguenze significative, o addirittura irreversibili, che non possono superare (es.: Interruzione del servizio oltre le 24 ore, impossibilità o perdita della possibilità di accesso ai servizi, mancato rispetto dei diritti dell’interessato – es.: diritto alla salute)

Una volta individuato il livello di rischio dell’evento verificatosi, dovranno essere attuate le seguenti istruzioni:

- Nel caso di livello di **rischio basso o medio**, la violazione non rientra tra quelle soggette a comunicazione al Garante Privacy.

- Nel caso di livello di **rischio alto**, la violazione deve essere comunicata al Garante Privacy ma non all’interessato
- Nel caso di livello di **rischio critico**, la violazione deve essere comunicata sia al Garante Privacy che all’interessato.