ORIGINALE

AZIENDA U.S.L.
PESCARA

Il giorno 10 GEN. 2019 nella sede dell'Unità Sanitaria Locale di Pescara.

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Armando Mancini, nominato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 119 del 29 febbraio 2016 acquisiti i pareri allegati del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento su proposta del Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali, Dott.ssa Francesca Rancitelli

N. 18

OGGETTO: Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR). Adozione della Procedura per la gestione delle Violazioni dei Dati Personali (Data Breach)

IL DIRETTORE GENERALE

- Visti gli Artt. 32 / 34 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016;
- Visto il Decreto Legislativo n. 196/2003, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018;
- Vista la relazione di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- Giudicata corretta e regolare l'istruttoria condotta dalla UOC AA.GG.LL. e dal Responsabile per la Protezione dei Dati Personali (D.P.O.);
- Acquisiti i pareri espressi nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

DELIBERA

1. DI ADOTTARE ED APPROVARE la "Procedura per la Gestione delle Violazioni di Dati Personali (Data Breach)", che si allega;

2. DI RASSEGNARE copia del presente Regolamento a tutte le Unità Operative e agli Uffici della Asl di Pescara;

Allegato A – Originale

Il Direttore della U.O.C. Affari Generali e Legali, Dott.ssa Francesca Rancitelli, letta e condivisa la relazione del Responsabile per la Protezione dei Dati Personali;

Visti il

- REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Regolamento aziendale in materia di protezione dei dati personali attuativo del Regolamento (UE) 2016/679 e del Decreto Legislativo n. 101/2018, adottato con atto deliberativo n. 1061 dell'otto ottobre 2018;

Rilevato che

- Ai sensi di quanto disposto dall'art. 32 del GDPR, la protezione dei dati personali implica ed impone l'attivazione di un insieme di misure di sicurezza, tecniche ed organizzative, adeguate, tenendo conto dello stato dell'arte e del rischio di varia probabilità e gravità per i diritti e le libertà delle persone fisiche affinchè il trattamento dei dati personali venga svolto in adempimento delle predette misure, con l'obiettivo di eliminare e/o ridurre i rischi presentati dal trattamento che derivano in particolare dalla distruzione. Dalla perdita, dalla modifica, dalla divulgazione non autorizzata o dall'accesso, in modo accidentale o illegale, a dati personali trasmessi, conservato o, comunque, trattati;
- In tale prospettiva si ritiene necessario predisporre idonea procedura operativa, da divulgare a tutti i dipendenti della Asl di Pescara, quale misura organizzativa e tempestiva, includente una strategia di sicurezza omnicomprensiva che va dalla prevenzione delle probabilità di rischio alla capacità di rilevare le violazioni e, infine, alla reazione di contrasto dell'attacco e di mitigazione degli effetti;

Vista

La proposta di procedura relativa ai data breach ex art. 32 del GDPR, allegata al presente provvedimento di cui ne costituisce parte integrante e sostanziale, redatta dal Responsabile per la Protezione dei dati (D.P.O.), a disposizione dell'Autorità di controllo per la protezione dei dati personali (Autorità Garante), in cui sono previste le modalità operative;

propone

1. **DI ADOTTARE ED APPROVARE** la "Procedura per la Gestione delle Violazioni di Dati Personali (Data Breach)", che si allega;

2. **DI RASSEGNARE** copia del presente Regolamento a tutte le Unità Operative e agli Uffici della Asl di Pescara;

Pescara, 07/01/2019

Il Responsabile per la Protezione
dei dati Personali
Dott. Giovanni Modesti

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali
Dott.ssa Francesca Rancitelli

Procedura

per la Gestione delle

Violazioni di Dati Personali (Data Breach)

della Asl n. 03 di Pescara

in base a quanto previsto dal

Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati (GDPR) e D.Lgs. 196/03 Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali come integrato dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. 101/2018

Sommario

1 Introduzione

La normativa vigente in termini di Protezione dei Dati Personali, costituita dal Regolamento UE 679/2016 – 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.03 di Pescara (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 n.03 di Pescara , per poter rispettare quanto previsto dagli artt. 33 e 34 del Regolamento UE 679/2016: 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 utili per poter dare le risposte opportune nell'ambito del questionario - che fa parte della Procedura in oggetto - 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 del 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 679/2016 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 679/2016 – 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.

5.3 Linee guida sulla notifica delle violazioni dei dati personali ai sensi del regolamento (UE9 2016/679 – adottate il 3 ottobre 2017 (Versione emendata e adottata

in data 6 febbraio 2018)

6 Comitato Aziendale di Risposta alle Violazioni ed elementi di valutazione

6.1 Comitato Aziendale di Risposta alle Violazioni

Il Team di Risposta alle Violazioni è un gruppo multidisciplinare composto 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.

La composizione del Team è costituita 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 referenti quali, ad esempio, un referente per la UOC Affari Generali e Legali o un referente per la comunicazione aziendale.

Team di Risposta alle Violazioni		
Funzione	**Competenza**	**Partecipazione**
UOSD Sistemi Informativi / Responsabile della Transizione Digitale	Conoscenza dell'infrastruttura di rete, delle misure di sicurezza idonee adottate e delle infrastrutture tecnico-applicative impiegate per il trattamento dei dati	Coordinatore e componente di base
Data Protection Officer	Responsabile della Protezione dei Dati Personali.	Componente di base
Titolare di Funzione "Efficienza e Sicurezza dell'Infrastruttura Informatica"	Competente per il mantenimento della sicurezza informatica e per la conformità delle misure a quanto previsto dalle normative privacy nazionali ed europee	Componente di base
Direttore/Responsabile della struttura organizzativa in cui si è verificato l'evento	Competente a fornire ulteriori informazioni e supporto per un'efficace risposta all'incidente	Componente di base individuato in relazione all'area organizzativa in cui si è verificato l'evento
Direzione Generale/Direzione Amministrativa	Apice della struttura organizzativa	Componente di base
Referente Comunicazione (URP)	Competente per comunicazioni verso l'interno e verso l'esterno, sia per migliorare il coordinamento interno sia per un miglior interfacciamento verso i soggetti interessati.	Opzionale – Su richiesta
UOC Affari Generali e Legali	Competente per la conoscenza del quadro normativo nazionale ed europeo in materia di protezione dei dati personali	Opzionale – Su richiesta
UOC Ingegneria Clinica	Competente a fornire ulteriori informazioni e supporto per un'efficace risposta all'incidente in quanto a conoscenza delle attrezzature Sanitarie di trattamento dati	Opzionale – Su richiesta
UOC Servizi Tecnici Manutentivi	Competente a fornire ulteriori informazioni e supporto per un'efficace risposta all'incidente in quanto a conoscenza dell'infrastruttura tecnica di supporto per il funzionamento delle attrezzature e dei	Opzionale – Su richiesta

	servizi informatici	

Il Responsabile della Transizione Digitale è il soggetto che coordina il Team di Risposta alle Violazioni con il supporto dell'Ufficio 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) deve essere preparato alla risposta di presunti o accertate violazioni 24h/7g. A tal fine, è necessario avere a disposizione una lista dei numeri di contatto di ogni membro facente parte del team e l'autorizzazione per queste persone ad essere reperibili.

Funzione	**Nome**	**Telefono ***	**Mail ****
Responsabile della Transizione Digitale/Amministratore di sistema	Ing. Marco De Benedictis		databreach@ausl.pe.it
DPO	Dott. Giovanni Modesti		
Titolare di Funzione "Efficienza e Sicurezza dell'Infrastruttura Informatica"	Dott. Domenico Trotta		
Ingegneria Clinica	Ing. Vincenzo Lo Mele		
URP	Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli		
Responsabile Servizio Tecnologico	Ing. Antonio Busich		
Direttore Generale	Dott. Armando Mancini		
Direttore Amministrativo	Dott. Paolo Zappalà		

* Con comunicazione interna verranno trasmessi a tutti i dipendenti i numeri dei cellulari aziendali e/o dei telefoni fissi degli Uffici afferenti al Team di Risposta alle Violazioni cui dovranno essere effettuate le comunicazioni.

** Per tutte le Funzioni aziendali è stata creata una unica email, con la conseguenza che le comunicazioni saranno ritrasmesse in automatico agli indirizzi di posta elettronica aziendali delle sopra richiamate funzioni.

6.1.1 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, 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:

- Personale dell'organizzazione: Le violazioni di dati personali sono gestite dall'Ufficio Privacy per conto del Titolare del trattamento, con il coordinamento del Direttore dell'UOSD Sistemi Informativi e 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. 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) della possibile violazione. Quest'ultimo dovrà quindi informare l'Ufficio Privacy, l'UOSD Sistemi Informativi ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell'Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all'indirizzo databreach@ausl.pe.it
- UOSD Sistemi Informativi 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'UOSD Sistemi Informativi e da Amministratori di Sistema opportunamente incaricati. 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'UOSD Sistemi Informativi, l'Ufficio Privacy ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell'Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all'indirizzo:. databreach@ausl.pe.it
- UOC Ingegneria Clinica: in caso di rilievo di concreta, sospetta e/o avvenuta violazione dei dati personali trattati attraverso strumenti di ingegneria clinica, il SATD dell'Ingegneria Clinica deve immediatamente informare l'UOSD Sistemi Informativi, l'Ufficio Privacy ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell'Allegato 1 – Modulo di documentazione - interna della Violazione da inviare all'indirizzo: databreach@ausl.pe.it
- UOC Servizi Tecnici Manutentivi : in caso di rilievo di concreta, sospetta e/o avvenuta violazione dei dati personali trattati attraverso l'infrastruttura tecnica di supporto per il funzionamento delle attrezzature e dei servizi informatici, il SATD dei Servizi Tecnici Manutentivi deve immediatamente informare l'UOSD Sistemi Informativi, l'Ufficio Privacy ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell'Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all'indirizzo: databreach@ausl.pe.it

2) Canali esterni

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

- 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 alla Asl per la verifica di eventuali violazioni al seguente indirizzo di posta elettronica: info.urp@ausl.pe.it

- 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 la Asl di Pescara, nella persona del Soggetto Autorizzato al Trattamento con Delega (SATD) della possibile violazione; il Responsabile è tenuto ad assistere il SATD nell'informare le seguenti funzioni aziendali della Asl di Pescara: Ufficio Privacy, UOSD Sistemi Informativi ed il Responsabile Protezione Dati (DPO) mediante la compilazione dell'Allegato 1 – Modulo di documentazione interna della Violazione da inviare all'indirizzo databreach@ausl.pe.it
- Altri canali di comunicazione: (es. media).

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

7.1.1 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 utilizzando l'Allegato 1, il Titolare del trattamento, per il tramite dell'Ufficio 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 iscritto all'interno del Registro delle Violazioni (a cura del DPO con il supporto dell'Ufficio 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 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'UOSD Sistemi Informativi inoltrerà la segnalazione, oltre al Responsabile Protezione 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:
• 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.

7.1.1.1 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 i dispositivi (informatici e/o di ingegneria clinica) che sono state violati.
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.

7.1.2 Risk assessment e individuazione delle misure

A termine della fase di valutazione preliminare, nel caso si stabilisca che una possibile violazione è effettivamente avvenuta, l'Ufficio Privacy unitamente al Responsabile Protezione Dati (DPO) ed al Direttore dell'UOSD Sistemi Informativi, (in caso di *violazioni informatiche* anche all'Amministratore di sistema di competenza), stabiliscono congiuntamente:

- le opportune misure correttive e di protezione che possano limitare i danni che la violazione potrebbe causare (i.e. 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;

- se la violazione ricade nei casi in cui è necessario notificare all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali (ove sia probabile che la violazione presenti un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche);
- se l'entità della violazione necessiti di comunicare l'accadimento agli interessati (ove la violazione presenti un elevato rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche).

Al fine di individuare la necessità di notificazione all'Autorità Garante e di comunicazione agli interessati, il Responsabile delle Protezione dati, l'Ufficio Privacy ed il Direttore dell'UOSD Sistemi Informativi 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 risultare *non trascurabile* (*...improbabile che la violazione presenti un rischio...*); l'art. 34 GDPR prevede, invece, che l'obbligo di comunicazione agli interessati sia innescato dal superamento di un rischio elevato.

7.1.3 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 Pescara, con il supporto del Responsabile Protezione Dati e dell'Ufficio 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.

La notifica al Garante (come di seguito strutturata), da inviare a mezzo pec al seguente indirizzo protocollo@gpdp.it , 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 oggetto della violazione;
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;

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

7.1.4 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 Protezione Dati e dell'Ufficio Privacy, per il tramite dell'UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), 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 aggiornamenti 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.

7.2 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 affidata al Responsabile della Protezione Dati con l'ausilio dell'Ufficio Privacy e del Direttore dell'UOSD Sistemi Informativi.

Il Responsabile della Protezione Dati provvederà alla tenuta di un apposito Registro delle Violazioni, in cui

saranno riportate le seguenti informazioni:

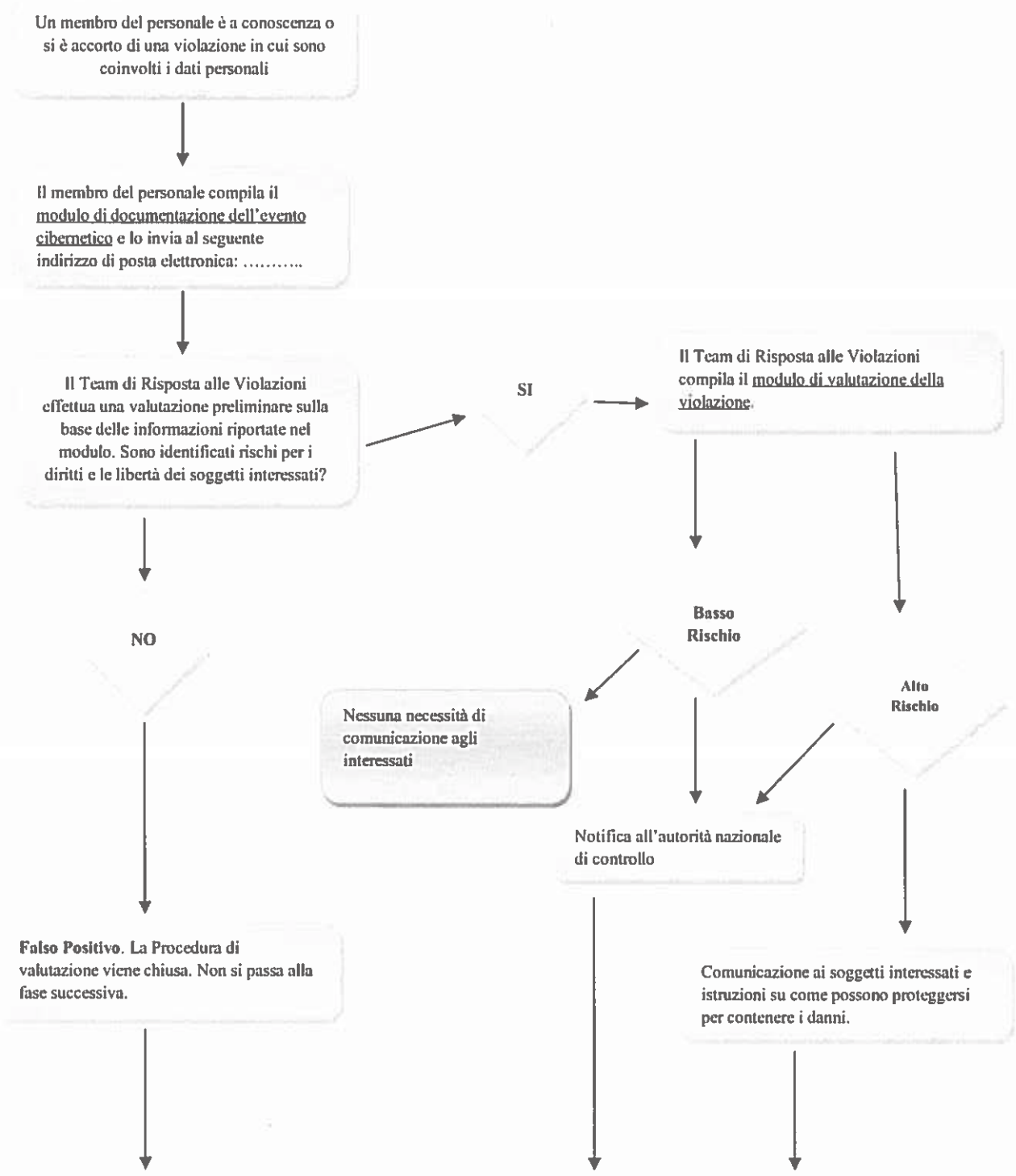
- numerazione della. segnalazione;
- data segnalazione;
- segnalatore;
- valutazione;

- 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.

7.3 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 cibernetico e lo invia al seguente indirizzo di posta elettronica: ……..
Il Team di Risposta alle Violazioni effettua una valutazione preliminare sulla base delle informazioni riportate nel modulo. Sono identificati rischi per i diritti e le libertà dei soggetti interessati?
SI
Il Team di Risposta alle Violazioni compila il modulo di valutazione della violazione.
NO
Basso Rischio
Alto Rischio
Nessuna necessità di comunicazione agli interessati
Notifica all'autorità nazionale di controllo
Comunicazione ai soggetti interessati e istruzioni su come possono proteggersi per contenere i danni.
Falso Positivo. La Procedura di valutazione viene chiusa. Non si passa alla fase successiva.
Ogni topologia 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

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

Allegato 1 - Modulo di documentazione interna della Violazione

Allegato 2 – Modello di Registro Segnalazioni per le Violazioni

Allegato 3 – Modello di valutazione della segnalazione

Allegato 1 - Modulo di documentazione interna della Violazione

Spett.le Team di Risposta alle Violazioni (Data Breach Response Team – DBRT)
databreach@ausl.pe.it

Oggetto: **segnalazione evento di probabile Violazioni di Dati Personali (Data Breach)**

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 e proprio indirizzo di posta elettronica	
Data dell'evento ed orario (anche approssimativo)	
Data e ora in cui è venuto 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:** **Alto Rischio:** i dati identificano *(barrare con X)* o razza o origine etnica o opinioni politiche, religiose o filosofiche o appartenenza a sindacati o dati genetici o dati biometrici o dati che identificano o orientamento sessuale o dati che riguardano la salute
Modalità in cui è avvenuta la violazione (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)	

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	Data Comunicazione

Allegato 3 – Modello di valutazione della segnalazione

	Tipologia di violazione		Rischio			
Tip. Operaz.	**Accidentale**	**Illecito**	**Basso**	**Medio**	**Alto**	**Critico**
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.

Allegato B - Originale

Il Direttore della U.O. proponente, con la sottoscrizione, a seguito dell'istruttoria effettuata, attesta la regolarità tecnica e amministrativa nonchè la legittimità del presente provvedimento

Il Direttore U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
dott. ssa Francesca Rancitelli

Il Direttore della U.O. proponente attesta che la spesa risulta imputata sulla voce di conto del bilancio aziendale

Il Direttore U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
dott. ssa Francesca Rancitelli

Ai sensi del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, i sottoscritti esprimono il seguente parere sul presente provvedimento:

☒ X favorevole

☐ non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Paolo Zappalà)

☐ X favorevole

☐ non favorevole per le seguenti motivazioni

IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Valterio Fortunato)

IL DIRETTORE SANITARIO f.f.
Dott. Stefano Boccabella

IL DIRETTORE GENERALE
dr. Armando Mancini
IL DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE
Dott. Valterio Fortunato

Il presente provvedimento viene pubblicato all'albo on line dell'Ausl di Pescara in data 11 GEN. 2019 ove rimarrà affisso per un periodo non inferiore a n. 15 giorni consecutivi

---

□ X Il presente provvedimento è immediatamente esecutivo a seguito della pubblicazione all'albo on line dell'Ausl di Pescara

□ Il presente provvedimento è soggetto al controllo da parte della Giunta Regionale

---

Il presente provvedimento viene trasmesso:

per l'esecuzione a:

- UOC Affari Generali e Legali
-
-
-

per conoscenza a:

-
-
-

alla Giunta Regionale in data con nota prot.

alla Conferenza dei Sindaci in data con nota prot.

al Collegio Sindacale in data con nota prot.

U.O.C. Affari Generali e Legali
Il funzionario incaricato
U.O.C. Affari Generali e Legali
Il Responsabile Affari Generali
(dott. Fabrizio Veri)