Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
SANTOBONO
PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa,8 -80122- Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N. 358 DEL 08 GIU 2020

STRUTTURA COMPLESSA CONTROLLO INTERNO

OGGETTO: Procedura aziendale per la gestione della violazione dei dati personali (Data Breach) – Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR. Esecuzione immediata

La presente deliberazione è stata pubblicata all'ALBO on line il 08 GIU 2020 per rimanervi 10 giorni

Esecutiva per decorrenza termini, trascorsi 10 gg. dalla pubblicazione, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94, il 19 GIU 2020

Inviata al Collegio Sindacale con nota n° 10494 del 08 GIU 2020

Nei casi di controllo preventivo, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94, per la parte non disapplicata, (giusta circolari Regione Campania):

Trasmessa all'organo di controllo il _____

Ricevuta dall'organo di controllo il _____

Approvazione per decorrenza termini (40gg dal ricevimento) il _____

Approvazione con provvedimento di G.R. n. _____ del _____

Richiesta chiarimenti e/o sospensione termini con provvedimento G.R. n. _____ del _____

Annullamento con provvedimento di G.R. n. _____

del _____

In data 08 GIU 2020

La **Dr.ssa Anna Maria Minicucci,** Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "**Santobono - Pausilipon** ", giusta decreto di nomina n. 61 del 28/04/2017, alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Struttura Complessa proponente o che predispone l'istruttoria, nonché della espressa dichiarazione di regolarità resa dal responsabile di tale Struttura con la firma apposta in calce, con l'assenso del Direttore del Dipartimento interessato, ove richiesto, ed acquisito il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento

_____

Registrazione contabile

Come da allegata scheda contabile

 08 GIU 2020

Il Direttore della S.C. Controllo Interno, ad esito dell'istruttoria eseguita, propone quanto segue:

PREMESSO che:

- la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati di carattere personale è un diritto fondamentale e che l'articolo 8, paragrafo 1, della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea e l'articolo 16, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea stabiliscono che ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano;
- l'AORN Santobono-Pausilipon, in quanto Titolare del trattamento, è tenuta a mantenere sicuri i dati personali trattati nell'ambito delle proprie attività istituzionali e ad agire senza ingiustificato ritardo in caso di violazione dei dati stessi (data breach), incluse eventuali notifiche all'Autorità di controllo competente ed eventuali comunicazioni agli interessati;

VISTI:

- il **Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR** del Parlamento europeo relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati;
- il **D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196**, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, così come integrato dalle modifiche introdotte dal **D. Lgs 10 agosto 2018, n. 101**, recante "*Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati*";
- il **D. Lgs 18 maggio 2018, n. 51**, recante "*Attuazione della direttiva (UE) 2016/680 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali da parte delle autorità competenti a fini di prevenzione, indagine, accertamento e perseguimento di reati o esecuzione di sanzioni penali, nonché alla libera circolazione di tali dati*";
- le "**Linee guida sulla notifica delle violazioni dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679**" **(WP250)** del Gruppo di Lavoro Articolo 29 per la Protezione dei Dati Personali del 3 ottobre 2017, come modificate e adottate in ultimo il 6 febbraio 2018;
- il **Provvedimento del Garante** sulla notifica delle violazioni dei dati personali (data breach) – **30 luglio 2019** [doc-web n. 9126951];

CONSIDERATO che:

- per «violazione dei dati personali» (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 (art. 4, punto 12 del Regolamento [UE] 2016/679 e art. 2, c. 1, lett. m, del D.Lgs. n. 51/2018);
- in caso di violazione dei dati personali, il titolare del trattamento è tenuto a notificare tale evento al Garante 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 (artt. 33 e 55 del Regolamento [UE] 2016/679), art. 2-bis del Codice in materia di protezione dei dati personali);

- il titolare del trattamento è tenuto altresì a notificare la violazione dei dati personali al Garante con le modalità di cui all'art. 33 del Regolamento (UE) 2016/679 anche con riferimento al trattamento effettuato ai fini di prevenzione, indagine, accertamento e perseguimento di reati o esecuzione di sanzioni penali, salvo che il trattamento medesimo sia effettuato dall'autorità giudiziaria nell'esercizio delle funzioni giurisdizionali, nonché di quelle giudiziarie del Pubblico Ministero (artt. 26 e 37, comma 6, del D.Lgs. n. 51/2018);
- in caso di omessa notifica di data breach all'Autorità di controllo o per l'omessa comunicazione agli interessati o per entrambi gli adempimenti, sono previste gravi sanzioni amministrative (ex art. 83 Regolamento [UE] 2016/679 - GDPR), nonché le misure correttive di cui all'art. 58 del Regolamento (UE) 2016/679 - GDPR (avvertimenti, ammonimenti, ingiunzioni, imposizione di limiti al trattamento, ordine di rettifica, revoca di certificazioni, ordine di sospendere flussi dati);

TENUTO CONTO altresì

- che l'art. 82 del Regolamento (UE) 2016/679 prevede che chiunque subisca un danno materiale o immateriale causato da una violazione del GDPR ha il diritto di ottenere il risarcimento del danno dal soggetto al quale l'obbligo (violato) era imposto (salvo che quest'ultimo dimostri che l'evento dannoso non gli è imputabile);
- il successivo art. 83 c. 2, indica dei fattori che possono mitigare o aggravare la violazione e, tra questi, un elemento che può sicuramente mitigare il livello sanzionatorio, a fronte di una violazione, è legato al comportamento del titolare che possa dimostrare come, intervenendo con tempismo, abbia fatto il possibile per ridurre la gravità, la natura e la durata della violazione. L'atteggiamento reattivo e cooperativo comporta, inoltre, sicuramente un'attenuazione delle sanzioni applicabili;

RITENUTO PERTANTO

- di fondamentale importanza adottare una procedura organizzativa interna per la gestione di eventuali violazioni concrete, potenziali o sospette di dati personali al fine di adempiere agli obblighi imposti dalla normativa europea ed evitare rischi per i diritti e le libertà degli interessati, nonché danni economici per l'Azienda (data breach policy) che:
    - sensibilizzi il personale in ordine alle responsabilità in materia di protezione dei dati personali ed all'importanza della collaborazione nella tempestiva segnalazione della violazione dei dati personali (Data Breach);
    - definisca processi per identificare, tracciare e reagire ad una violazione dei dati personali (Data Breach) per valutarne il rischio, contenere gli effetti negativi e porvi rimedio nonché stabilire se, in caso di data breach, si renda necessario procedere alla notifica al Garante ed alla comunicazione agli interessati;
    - definisca ruoli e responsabilità per la risposta ai data breach;
    - assicuri un adeguato flusso comunicativo all'interno dell' AORN Santobono-Pausilipon tra le parti interessate;
    - stabilisca che i processi contemplati siano applicabili a tutte le attività svolte dall'AORN Santobono-Pausilipon, con particolare riferimento alla gestione di tutti gli archivi e documenti cartacei e di tutti i sistemi informatici attraverso cui vengono trattati dati personali degli interessati, anche con il supporto di fornitori esterni;

SENTITI in merito il Responsabile della Protezione dei Dati ed il consulente tecnico per le attività di supporto al registro dei trattamenti;

ACQUISITO il parere del Coordinatore area staff Direzione Amministrativa;

08 GIU 2020

PROPONE

- di adottare la procedura di violazione dei dati personali (Data Breach) dell'AORN Santobono-Pausilipon, ex artt. 33 e 34 del GDPR "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (Regolamento UE 2016/679) parte integrante e sostanziale della presente deliberazione e relativi allegati da *n. 1) a n. 6)* ;
- di demandare la concreta attuazione delle misure regolamentari minime contenute nelle disposizioni operative al personale operante all'interno dell'AORN Sntobono-Pausilipon nelle sue articolazioni gerarchiche e secondo le loro rispettive funzioni e competenze.

Il Direttore S.C. Controllo Interno
Dott.ssa Alessandra Covino

VISTO il parere favorevole del Coordinatore Area Staff/Direzione Sanitaria che sottoscrive per conferma;

Il Coordinatore Area Staff Direzione Sanitaria
Dott. Nicola Silvestri

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo che sottoscrive per la conferma

Il Direttore Amministrativo
Dott. Giuseppe Gargiulo

IL DIRETTORE GENERALE

Per le motivazioni espresse in narrativa e che si intendono riportate nel presente dispositivo:

D E L I B E R A

1. Adottare, per le motivazioni in narrativa esposte che qui si intendono integralmente richiamate, la procedura nel caso di violazione dei dati personali (Data Breach) dell'AORN Santobono-Pausilipon, ex artt. 33 e 34 del GDPR "Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati" (Regolamento UE 2016/679) e relativi allegati da *n. 1) a n. 6),* che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. Demandare la concreta attuazione delle misure regolamentari minime contenute nelle disposizioni operative al personale operante all'interno dell'AORN Sntobono-Pausilipon nelle sue articolazioni gerarchiche e secondo le loro rispettive funzioni e competenze;
3. Inviare la procedura nel caso di violazione dei dati personali (Data Breach) dell'AORN Santobono-Pausilipon ai Responsabili interni del trattamento dei dati già nominati con atto deliberativo n. 352/2018;
4. Pubblicare la presente delibera sul sito web aziendale www.santobonopausilipon.it. nella Sezione "Privacy" oltre che nella Sezione "Trasparenza – Atti amministrativi generali";
5. Dare immediata esecutività al presente provvedimento;
6. Trasmettere, per quanto di rispettiva competenza, il presente provvedimento alla S.C. Controllo Interno ed al Responsabile della Protezione dei dati.

IL DIRETTORE GENERALE
D.ssa Anna Maria Minicucci

3581 08 GIU 2020

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE VIOLAZIONI DEI DATI PERSONALI

STORICO DELLE REVISIONI			
Vers.	**Data di rilascio**	**Motivo della revisione**	**Autore**
		Prima versione	
L'ultima revisione sostituisce qualsiasi revisione precedente.			

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE VIOLAZIONI DEI DATI PERSONALI

Sommario

CAPITOLO 1
GENERALITÀ

CAP. 1

Il presente documento descrive il processo adottato dalla AORN Santobono Pausilipon per la gestione delle violazioni di sicurezza che comportano gravi rischi per la perdita dei diritti e delle libertà individuali degli Interessati, le cui informazioni personali sono trattate e custodite presso i sistemi IT e presso i locali aziendali.

In particolare secondo quanto previsto dal WP250 "*Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679*" [8], gli eventi di possibile violazione dei dati personali possono essere suddivisi in tre macro categorie:

- "**violazione di riservatezza**": in caso di divulgazione o accesso non autorizzato o accidentale ai dati personali;
- "**violazione di disponibilità**": in caso di perdita accidentale o non autorizzata dell'accesso ai dati o la distruzione di dati personali;
- "**violazione di integrità**": in caso di alterazione non autorizzata o accidentale dei dati personali.

A norma dell'art. 33 del GDPR, **la notifica della violazione all'Autorità Garante deve avvenire senza ingiustificato ritardo e, ove possibile, entro 72 ore dal momento in cui se ne sia venuti 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.

A norma dell'art. 34 del GDPR 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.**

1.1 SCOPO E AMBITO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente documento è quello di definire in maniera chiara e comprensibile al personale aziendale preposto al trattamento dati, le attività e le modalità operative, che consentano un approccio esaustivo ed omogeneo alla gestione delle violazioni di cui in premessa, secondo i criteri ed i principi stabiliti dalle vigenti normative.

Nello specifico, le linee guida in oggetto si applicano alle Unità Operative aziendali che trattano a qualsiasi titolo e in qualsiasi modalità (automatizzata, manuale, digitale, cartacea) dati personali.

Con questo documento il Titolare del trattamento dei dati personali recepisce e pone in atto gli indirizzamenti cogenti formulati negli artt. 33 e 34 del Regolamento UE 679/2016 e nei vari Regolamenti emessi dal Garante per la tutela dei dati personali, applicabili al Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento al documento WP250 "*Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679*" [8].

1.2 RUOLO E SUPPORTO DEL DPO

La presente procedura è stata predisposta coerentemente al parere e alle raccomandazioni fornite dal Data Protection Officer (DPO), il cui supporto, fornito per la messa in atto della stessa ed ogni altro eventuale successivo intervento inerente la problematica in questione, è sempre di tipo prettamente consulenziale, come previsto dall'art. 39 del GDPR.

Il DPO, infatti, non può in alcun caso prendere decisioni al posto del Titolare del trattamento o sostituirsi nelle valutazioni rimesse dalla normativa data protection in capo a quest'ultimo.

1.3 DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- [1] Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR)
- [2] Garante per la Protezione dei Dati Personali: Provvedimento in materia di attuazione della disciplina sulla comunicazione delle violazioni di dati personali (c.d. data breach) – 4 aprile 2013
- [3] Garante per la Protezione dei Dati Personali: Provvedimento generale prescrittivo in tema di biometria – 12 novembre 2014
- [4] Garante per la Protezione dei Dati Personali: Linee guida in materia di Dossier sanitario – 4 giugno 2015
- [5] Garante per la Protezione dei Dati Personali: Misure di sicurezza e modalità di scambio dei dati personali tra amministrazioni pubbliche – 2 luglio 2015
- [6] D.lgs. 101/2018: Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679
- [7] WP29 Gruppo istituito ai sensi dell'art. 29 della direttiva 95/46 CE (dal 25 Maggio prende il nome di EDPB – European Data Protection Board)
- [8] WP250 Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679

1.4 DEFINIZIONI

Definizioni	Descrizione
Personal Data Breach	Violazioni di sicurezza che comportano gravi rischi per la perdita dei diritti e delle libertà individuali degli Interessati, le cui informazioni personali sono trattate e custodite presso i sistemi IT e presso i locali aziendali.
Agente malevolo	Soggetto che, sfruttando eventuali vulnerabilità di sicurezza logica, fisica o organizzativa, ovvero abusando dei poteri e delle conoscenze derivanti dal proprio ruolo, compie, volontariamente o accidentalmente, atti che comportano una violazione della riservatezza, dell'integrità e della disponibilità degli asset afferenti ai sistemi informativi aziendali preposti al trattamento di dati personali.
Allarme Privacy	Segnalazione formalmente referenziata, derivante dal rilevamento di uno o più eventi che rappresentano una presunta violazione della privacy.
Analisi post incidente	Insieme di attività finalizzate alla raccolta ed alla analisi delle evidenze utili a stabilire le cause, il contesto e le modalità di attuazione di una violazione della privacy.
Asset Informativo	Insieme definito, individuato e univocamente referenziabile, dei processi, delle informazioni, dei dati, delle infrastrutture tecnologiche hardware e software che costituiscono parte integrante dei trattamenti sottoposti alle norme ed ai regolamenti privacy.
Criticità	Insieme di circostanze avverse, derivanti dalla concomitanza di eventi che costituiscono una minaccia per la sicurezza e la privacy di un determinato contesto.
Dominio di monitoraggio	Insieme definito di asset sottoposti al rilevamento e controllo sistematico degli eventi che si verificano durante il periodo di osservazione.
Evento critico	Qualsiasi evento significativo che, a seguito delle analisi effettuate dal personale incaricato, potrebbe sottintendere, direttamente o indirettamente, una violazione della privacy e/o delle politiche di sicurezza logica, fisica ed organizzativa, applicate al sistema informativo preposto al trattamento di dati personali.
Falso positivo	Evento o insieme di eventi che, pur essendo stati segnalati come manifestazioni di possibili violazioni della privacy, non rivestono carattere di rilevanza nello specifico contesto entro il quale si sono verificati.
Incidente di sicurezza ICT	Qualsiasi evento o insieme di eventi che sottintendono una violazione delle politiche di sicurezza ICT fonte di danno per gli asset ICT ovvero per il patrimonio informativo dell'Organizzazione.
Incidente Privacy	Un incidente di sicurezza che comporta violazioni della privacy in grado di arrecare gravi rischi per i diritti e le libertà del/degli Interessato/i.
Monitoraggio degli eventi di sicurezza	Insieme di attività continuative, organizzate, controllate e documentate, finalizzate al tracciamento, al rilevamento ed alla gestione degli eventi di sicurezza, anche con l'ausilio di strumenti automatici.

Minacce	Circostanze o eventi indesiderati, che possono determinare una violazione della sicurezza e della privacy.
Potenziale di aggressività della minaccia	Indicatore valutativo che esprime la pericolosità intrinseca della minaccia, indipendentemente dal contesto in cui questa può verificarsi.
Livello di Gravità di un Data Breach	Misurazione quantitativa e/o qualitativa che esprime la gravità della violazione dei dati personali che comportano gravi rischi per la perdita dei diritti e delle libertà individuali degli Interessati.
Violazione di sicurezza	Azione o insieme di azioni intenzionali o accidentali, intraprese da un agente malevolo, che comportano l'elusione o l'inibizione di una o più misure logiche, fisiche e organizzative, preposte alla tutela della sicurezza e della privacy.
Vulnerabilità	Elemento caratteristico di un determinato asset, che potrebbe essere sfruttato da agenti malevoli per apportare una violazione della sicurezza e della privacy.

Tabella 1– Definizioni

1.4 ACRONIMI

Acronimo	Descrizione
GDPR	General Data Protection Regulation
RAT	Registro delle Attività di Trattamento
DPIA	Data Protection Impact Analysis
DPO/RPD	Data Protection Officer/ Responsabile della Protezione dei Dati

Tabella 2 – Acronimi

CAP. 2

CAPITOLO 2
MONITORAGGIO E CLASSIFICAZIONE DEGLI ALLARMI

I processi di monitoraggio costituiscono la base per una corretta e tempestiva gestione degli incidenti di violazione con impatti sulla privacy, in quanto definiscono i flussi delle attività operative finalizzate al rilevamento di quegli eventi verificatisi entro il perimetro di controllo o *dominio di monitoraggio* che possono configurarsi come fattispecie sottoposta ad obbligo di comunicazione ai sensi dell'art. 33 del GDPR ☐.

2.1 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI DI SICUREZZA CON IMPATTI SULLA PRIVACY

I paragrafi successivi descrivono i principi guida per lo svolgimento delle attività operative dedicate al monitoraggio degli eventi che possono sottintendere palesi o presunte violazioni dei dati personali.

Gli indirizzamenti formulati in questo paragrafo s'intendono applicabili a qualsiasi modalità di trattamento di dati personali, automatizzata, semiautomatizzata o non automatizzata e indipendentemente se in formato digitale o cartaceo.

Gli strumenti normativi previsti dal GDPR che individuano i trattamenti, la loro tipologia, gli asset a supporto e la loro ubicazione, le minacce, i rischi e gli impatti derivanti dalle possibili violazioni della privacy, e quindi necessari alla definizione dei vari domini di monitoraggio sono:

- il Registro dei trattamenti, aggiornato all'ultima versione validata dal Titolare;
- i documenti afferenti alle attività DPIA, svolte sui trattamenti ad elevato rischio per i diritti e le libertà degli interessati;
- i Piani di sicurezza derivanti dalle rispettive DPIA.

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Tra gli asset da monitorare, oltre a quelli IT ed organizzativi, vanno ovviamente considerati quelli logistici e fisici ovvero le attività e le funzioni delle Unità Operative che materialmente gestiscono i trattamenti.

2.1.1 MONITORAGGIO DEGLI EVENTI GENERATI DAI SISTEMI ICT

Il monitoraggio degli eventi ICT è rappresentato dall'insieme delle attività di controllo sistematico, finalizzate al rilevamento degli eventi, tracciati dai sistemi informatici e dalle infrastrutture di sicurezza perimetrale, che assumono carattere di rilevanza ai fini della sicurezza informatica.

Di seguito sono enunciate, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcune tipologie di eventi ICT sottoposte a monitoraggio:

- log generati dalle attività svolte con account riconducibili agli amministratori di sistema, con particolare attenzione a:
  - ✓ orari di connessione/disconnessione (log-on/log-off);
  - ✓ log afferenti alla gestione dei profili utente (es. creazione di nuove utenze, modifica dei privilegi di accesso, blocco di utenze, forzato cambio password, riassegnazione di account ad altro utente);
  - ✓ modifiche alle configurazioni di sistema;
  - ✓ escalation o tentata escalation a profili con privilegi di accesso superiori;
  - ✓ qualsiasi attività svolta da remoto al di fuori dei consueti orari di lavoro;
  - ✓ qualsiasi attività bloccata dalle misure di sicurezza e controllo accessi (es. accessi negati; user-id o password errata);
- log generati dalle attività svolte da utenti ordinari, con particolare attenzione a:
  - ✓ orari di connessione/disconnessione (log-on/log-off);
  - ✓ accessi negati;
  - ✓ escalation o tentata escalation a profili con privilegi di accesso superiori;
  - ✓ qualsiasi attività svolta da remoto al di fuori dei consueti orari di lavoro;
  - ✓ qualsiasi attività bloccata dalle misure di sicurezza e controllo accessi (es. accessi negati; user-id o password errata);
- log generati dai sistemi di sicurezza:
  - ✓ tentativi di violazione delle politiche di firewalling (es. drop/reject);
  - ✓ allarmi generati dai sistemi antivirus;
  - ✓ allarmi generati dai sistemi antispamming;
  - ✓ allarmi generati dai directory server/service.

Tali attività di monitoraggio sono svolte, anche attraverso strumenti automatici, dal personale IT incaricato delle attività di gestione operativa della sicurezza al quale sono assegnati i privilegi di accesso in lettura dei file di tracciamento.

2.1.2 SORVEGLIANZA DEI LOCALI FISICI

I locali preposti al trattamento di dati personali e particolari (come ad es. gli eventuali archivi cartacei contenenti le informazioni sanitarie degli assistiti o dati giudiziari) devono essere controllati quotidianamente dal personale preposto alla vigilanza, ove previsto. In ogni caso il personale dipendente incaricato al trattamento dei dati o anche altro personale ad altro titolo autorizzato all'accesso ai locali (es. personale di guardiania o di vigilanza) è tenuto a comunicare tempestivamente qualsiasi evento di presunta o palese violazione della privacy come ad esempio:

- smarrimento o furto di documenti cartacei contenenti categorie particolari di dati personali;
- smarrimento o furto di supporti digitali o di computer fissi o mobili contenenti categorie particolari di dati personali;

- constatazione di effrazione o tentativi di effrazione alle porte di accesso o alle serrature di chiusura degli armadi che custodiscono categorie particolari di dati personali;
- presenza di personale non autorizzato nei locali preposti al trattamento di categorie particolari di dati personali;
- distruzione di dati.

CAPITOLO 3
PROCEDURA OPERATIVA
GESTIONE DATA BREACH

CAP. 3

Gli eventi rilevati nel corso delle attività di monitoraggio, ovvero quelli segnalati da fonti interne (delegati al trattamento dati, personale aziendale a vario titolo autorizzato al trattamento dati o addetto al controllo degli accessi fisici) o altre fonti (responsabili esterni, fornitori, consulenti o altri soggetti che collaborano a vario titolo con il titolare), devono essere sottoposti ad analisi, **da parte del personale preposto alla gestione degli incidenti privacy e dai responsabili delle strutture operative che li segnalano,** al fine di valutare le origini, la natura, i trattamenti interessati e la dimensione di una presunta violazione.

Queste attività sono funzionali alla generazione di un allarme privacy, laddove con il termine "allarme" s'intende l'insieme degli eventi, rilevati su un determinato asset o gruppo omogeneo di asset, aventi la medesima origine o presunta origine, ed i medesimi impatti sulla privacy del/degli Interessato/i.

I criteri di classificazione degli eventi rilevati variano a seconda delle caratteristiche dei *domini di monitoraggio*, così come dettagliato nei paragrafi successivi e nella definizione della ***Metodologia di valutazione della gravità di un Personal Data Breach*** **(allegato 5).**

Ciò premesso, stante il limitato arco temporale a disposizione per gestire e comunicare l'eventuale **Personal Data Breach** (72 ore solari dalla ricezione della segnalazione) è opportuno definire espressamente, oltre a quelli del Titolare e del DPO, **ruoli e responsabilità** nel processo di gestione di un Personal Data Breach:

- **Titolare del Trattamento**: A cui competono le responsabilità decisionali circa la gestione e la compilazione delle risposte e delle eventuali notifiche (al Garante e agli interessati) a seguito del verificarsi di un "*Personal Data Breach*";
- **DPO aziendale**: A cui competono le responsabilità di supervisionare le attività dei soggetti aventi ruoli e funzioni nella gestione del processo di un "*Personal Data Breach*"; di cooperare col Garante e fungere da punto di contatto con gli interessati; di indirizzare il **Referente Privacy** nella corretta organizzazione della procedura operativa di gestione di un Personal Data Breach;
- **Referente Privacy Aziendale**: il Responsabile dell'Ufficio Privacy che rappresenta il punto di contatto primario aziendale a cui compete la responsabilità di **raccogliere la segnalazione su un presunto incidente privacy** ed avviare, organizzare e coordinare le corrette procedure di gestione dell'eventuale "*Personal Data Breach*";
- **Responsabile Servizi ICT**: il Responsabile dell'Unità Operativa Servizi Informativi a cui compete la funzione di identificare gli asset informatici minacciati (base dati, sistemi hardware, sistemi software, sistemi di protezione informatica, servizi in cloud, etc.) che sono a supporto dei trattamenti dei dati personali la cui sicurezza potrebbe essere compromessa dagli eventi rilevati, nonché la responsabilità di collaborare, per gli eventi di natura informatica, strettamente con il Referente Privacy nell'intera gestione del processo di Data Breach;
- **Referente della Segnalazione**: I Responsabili delle Unità Operative che, direttamente o indirettamente attraverso i soggetti autorizzati al trattamento dati afferenti alla loro struttura, rilevano l'eventuale incidente privacy; a loro compete la responsabilità di comunicarlo prontamente al **Referente Privacy e al DPO,** nel

caso di segnalazione relativa ad un incidente informatico **al Responsabile dei Servizi ICT,** e supportarli nella identificazione e nella valutazione del "*Personal Data Breach*" .

Alla luce di quanto definito tutte le Strutture riceventi le segnalazioni, in caso di qualsivoglia dubbio su una presunta presenza di un Personal Data Breach, sono tenute a confrontarsi prontamente (non oltre 2 ore dalla scoperta) con Referente Privacy aziendale, col Responsabile dei Servizi ICT (nel caso di presunto incidente informatico) e/o con il DPO.

Ogni violazione dei dati personali occorsa deve essere gestita in linea con quanto previsto nelle fasi descritte di seguito e rappresentate nel *"Flow Chart"* di cui all'**allegato 1:**

A. **Segnalazione** – Fase di identificazione di un potenziale *"Personal Data Breach"* e di tempestiva segnalazione al Titolare per il tramite del Referente Privacy aziendale, al Responsabile Servizi ICT e/o al DPO;
B. **Identificazione** – Fase in cui la segnalazione ricevuta viene identificata come un *"Personal Data Breach"* o come altro incidente di sicurezza che, seppure possa apparire come una presunta violazione della sicurezza, a seguito di ulteriori approfondimenti risulta ordinario o tollerabile (**falso positivo**), in ogni caso viene predisposto il ***"Personal Data Breach Report"*** **(allegato 2)**; se si tratta di *"Personal Data Breach"*, vengono effettuate tutte le successive fasi del processo di gestione delle violazioni privacy, mentre nel caso di falso positivo si procede direttamente alla fase di Revisione Post Incidente con conseguente annotazione nel ***"Registro degli Eventi e Violazioni Privacy"*** **(allegato 4)**;
C. **Valutazione** – Fase di valutazione e stima della gravità del *"Personal Data Breach"* sulla base delle informazioni raccolte nella precedente fase di identificazione e riportate nel *"Personal Data Breach Report"*, con riferimento ai diritti e libertà delle persone fisiche coinvolte;
D. **Gestione e Risposta** – In base al livello di gravità del *"Personal Data Breach"*, si dovrà comunicare la violazione all'Autorità Garante e/o agli interessati; inoltre, in tal fase viene definito il Piano di Rimedio al fine di porre rimedio alla violazione per attenuarne i possibili effetti negativi;
E. **Revisione Post Incidente (Post Incident Review)** – Fase conclusiva della gestione del *"Personal Data Breach"* e di analisi ex post della violazione al fine di comprendere le root causes, le lesson learned e le opportunità di miglioramento.

3.1 SEGNALAZIONE

In qualsiasi momento i dipendenti che rilevino un potenziale *"Personal Data Breach"*, devono darne tempestiva comunicazione (fornendo una breve descrizione dell'evento, data e luogo ed eventuali soggetti interessati) al responsabile della Unità Operativa di appartenenza responsabile del trattamento dei dati, il quale, altrettanto tempestivamente, informerà l'Ufficio Trattamento Dati (referente aziendale privacy e DPO) alla mail: **[privacy@santobonopausilipon.it]** e, nel caso di presunto incidente informatico anche il Responsabile dei Servizi ICT alla mail **[ict@santobonopausilipon.it]** come da scheda semplificativa allegata alla presente procedura (Allegato n. 6); in maniera altrettanto tempestiva il Referente Privacy informerà il Titolare alla mail: **santobonopausilipon@libero.it**

Nel caso di segnalazioni provenienti da terze parti esterne, come già definite, che dovessero erroneamente essere ricevute attraverso uno dei seguenti canali:

- posta ordinaria (es. presso la sede legale del Titolare);
- indirizzo e-mail non di competenza o differente da quello del DPO;

queste vanno ricondotte immediatamente negli appropriati canali procedurali.

A titolo esemplificativo e non esaustivo vengono riportate di seguito alcune tipologie di violazione, risultanti dalle suddette attività di monitoraggio, che potrebbero tradursi in *"Personal Data Breach"* qualora dovessero coinvolgere i dati personali degli interessati:

- **Distruzione di dati informatici o documenti cartacei** (intesa come indisponibilità irreversibile di dati con accertata impossibilità di ripristino degli stessi), conseguente ad eliminazione logica (es. errata cancellazione dei dati nel corso di un intervento manuale o automatizzato) o fisica (es. rottura di dispositivi di memorizzazione informatica, incendio/allagamento locali dove sono archiviati i contratti ed altri documenti dei clienti);
- **Perdita di dati, conseguente a smarrimento/furto di supporti** informatici (es. tablet, computer portatili, HD, memory card) o cartacei (faldoni, contratti, altri documenti cartacei in originale o in copia);
- **Accesso non autorizzato o intrusione a sistemi informatici**, lo sfruttamento di vulnerabilità dei sistemi interni e delle reti di comunicazione oppure attraverso la compromissione o rilevazione abusiva di credenziali di autenticazione (es. user id e password) per l'accesso ai sistemi;
- **Modifica non autorizzata di dati**, derivante ad esempio da un'erronea esecuzione di interventi sui sistemi informatici o intervento umano;
- **Rivelazione di dati e documenti a soggetti terzi non legittimati**, anche non identificati, conseguenti ad esempio alla fornitura di informazioni, anche verbali, a persone diverse dal soggetto legittimato (in assenza di delega formale di quest'ultimo), all'invio di documenti di valore contrattuale a soggetti diversi dall'effettivo destinatario o errata gestione di supporti informatici.

3.2 IDENTIFICAZIONE

Dopo aver raccolto tutte le informazioni necessarie e disponibili, il Referente Privacy e il Responsabile dei Servizi ICT, con il supporto del Responsabile della Unità Operativa che ha rilevato l'incidente privacy e quello consulenziale del DPO, valutano la segnalazione ricevuta e:

- se ritengono che non si tratti di un *"Personal Data Breach"* (c.d. **falso positivo**) ma:
  - ✓ di un diverso incidente di natura informatica: concordano che il Responsabile dei Servizi ICT provvederà a gestire la segnalazione come un incidente di sicurezza, fatte salve ulteriori valutazioni dello stesso che lo portino a considerare la segnalazione come violazione dei dati personali e quindi a dover procedere con le successive fasi di gestione del processo del Personal Data Breach. Nel caso invece viene confermato che si tratta di Falso Positivo, non si attiveranno le ulteriori fasi di gestione del processo e il Referente Privacy provvederà ad aggiornare comunque il ***"Registro Eventi e Violazioni Privacy"*** **(allegato 4)** con la corrispondente classificazione dell'evento.
  - ✓ di un incidente non informatico fuori ambito privacy che coinvolge dati di tipo non personale (es. dati confidenziali, informazioni riservate aziendali, informazioni rilevanti per gli investitori): procederà in autonomia ad applicare, di volta in volta in base al caso di specie, le procedure aziendali previste per la gestione e risoluzione della particolare tipologia di incidente.
- se ritengono che si tratti di un *"Personal Data Breach"*, il Referente Privacy e il Responsabile dei Servizi ICT, se si tratta di incidente informatico, consultando il Responsabile dell'Unità Operativa coinvolta dalla violazione:
  - ✓ procedono con la fase successiva di *Valutazione* consultandosi, ove necessario, con il DPO;
  - ✓ raccolgono tutte le ulteriori informazioni necessarie al completamento delle fasi successive e compila il *"Personal Data Breach Report"* da sottoporre al DPO.

3.3 VALUTAZIONE

All'esito delle informazioni raccolte nelle fasi precedenti e riportate nel "*Personal Data Breach Report*", il Referente Privacy, sempre con il contributo del Responsabile dei Servizi ICT e del responsabile dell'Unità Operativa presso la quale sono stati rilevati gli eventi e con il supporto del DPO, valuta la "*magnitudo*" del "*Personal Data Breach*" mediante la "***Metodologia di valutazione della gravità di un Personal Data Breach***" **(allegato 5)** stimando il potenziale rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

Inoltre, in tale fase, a seguito della valutazione della gravità del "*Personal Data Breach*", si identificano le eventuali azioni di rimedio organizzative e tecniche da porre in essere (Piano di Rimedio / Remediation Plane); quest'ultime dovranno essere preventivamente sottoposte al Responsabile dei Servizi ICT nel rispetto delle idonee procedure di Verifica e Validazione.

3.3.1 CLASSIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI EVENTI RILEVATI

Le attività di classificazione e la valutazione degli eventi rilevati, nell'ambito dei domini di monitoraggio, sono svolte secondo i seguenti passi operativi:

1. Analisi degli eventi e valutazione degli impatti privacy;
2. Valutazione della gravità della violazione e criticità del trattamento.

3.3.1.1 CLASSIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI EVENTI RILEVATI SUI SISTEMI ICT

Le attività di classificazione e la valutazione di tale tipologia di eventi sono svolte dagli operatori di sicurezza ICT. Queste attività consistono nel circoscrivere il perimetro di analisi attraverso l'individuazione degli asset informativi minacciati e che sono a supporto delle attività di trattamento delle informazioni personali la cui riservatezza, integrità e disponibilità potrebbe essere compromessa dall'evento/i rilevato/i.

La correlazione tra eventi rilevati e asset minacciati deve essere svolta dal personale tecnico incaricato della gestione degli incidenti privacy in ambito ICT (operatori di sicurezza ICT), sotto la stretta supervisione del Responsabile dei Servizi ICT.

3.3.1.2 CLASSIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEGLI EVENTI RILEVATI SULLE INFRASTRUTTURE DI SICUREZZA FISICA

Il rilevamento di uno o più eventi del tipo in oggetto deve essere comunicato **entro 2 ore dalla constatazione dell'evento**. Tale comunicazione, anche solo in forma verbale, va effettuata al responsabile dell'Unità Operativa presso la quale sono stati rilevati gli eventi che provvederà a sua volta ad informare il Referente privacy aziendale, nei tempi suddetti.

3.3.1.2.1 EVENTI RILEVATI ATTRAVERSO I SERVIZI DI VIGILANZA

Rientrano in questa categoria gli eventi rilevati dal personale preposto alla vigilanza attiva dei locali fisici, svolti anche con l'ausilio di dispositivi di videosorveglianza.

Ferme restando le procedure operative e i livelli di servizio prestabiliti per queste tipologie di servizi, devono essere riportati a titolo esemplificativo al Referente privacy i seguenti eventi:

- Constatazioni di effrazione rilevate sui punti di accesso a locali all'interno dei quali sono trattati dati personali;
- Constatazione di furto di documenti cartacei;
- Constatazione di furto di strumenti o dispositivi informatici che custodiscono dati personali particolari.

3.3.1.2.2 EVENTI RILEVATI DAL PERSONALE OPERATIVO

Rientrano in questa categoria gli eventi rilevati dal personale interno o esterno alla Struttura Sanitaria che a vario titolo è autorizzato ad accedere ai locali presso i quali si svolgono trattamenti di dati personali.
Ferme restando le procedure in essere per la segnalazione di furti o smarrimenti di beni o documenti aziendali, devono essere riportati al Referente privacy i seguenti eventi a titolo esemplificativo, occasionalmente rilevati nel corso dello svolgimento delle normali attività lavorative:

- Constatazione di furto di documenti cartacei contenenti dati personali;
- Smarrimento di documenti cartacei o di supporti rimuovibili contenenti dati personali particolari;
- Constatazione di furto di strumenti o dispositivi informatici che custodiscono dati personali particolari.

3.3.2 VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DI UNA VIOLAZIONE DI DATI PERSONALI E CRITICITÀ DI TRATTAMENTO

La valutazione della criticità del trattamento è l'insieme delle attività analitiche finalizzate alla valutazione della criticità del contesto entro il quale sono stati rilevati eventi riconducibili a violazioni della sicurezza.

Per la valutazione della criticità del trattamento si può fare riferimento anche alle DPIA, che forniscono razionali di criticità ponderati sul rischio effettivo derivante dalla violazione della privacy. Qualora nel registro dei trattamenti non sia prevista la DPIA se ne deduce che la criticità del trattamento può essere considerata BASSA. Qualora, sebbene indicato nel registro dei trattamenti, non sia stata ancora effettuata una DPIA, il Titolare del trattamento si assumerà la responsabilità di dare indicazioni in merito al valore di criticità del trattamento da attribuire, da scegliersi preferibilmente tra ALTA e MEDIA.

Per quanto concerne invece la valutazione del **livello di gravità del Personal Data Breach** si fa riferimento a quanto riportato nell'**allegato 5** circa la "***Metodologia di valutazione della gravità di un Personal Data Breach***" che in ogni caso potrà essere:

Livello	Descrizione
Basso	È **improbabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, che potrebbero solamente subire degli inconvenienti minori facilmente risolvibili (necessità di inserire nuovamente i propri dati personali, disagi minori, irritazione, etc.)
Medio	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare taluni disagi, che saranno in grado di superare nonostante alcune difficoltà (costi aggiuntivi, rifiuto di accesso ai servizi aziendali, paura, discriminazione lieve, stress, etc.).
Alto	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare conseguenze significative, che dovrebbero essere in grado di superare anche se con gravi difficoltà (appropriazione indebita di fondi, inserimento in black-list, danni alla proprietà, perdita di posti di lavoro, citazione in giudizio, peggioramento delle condizioni di salute, etc.).
Molto Alto	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare conseguenze significative, o addirittura irreversibili, che difficilmente riusciranno a superare (difficoltà finanziarie, incapacità lavorativa, disturbi psicologici o fisici a lungo termine, gravi lesioni o morte, etc.).

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

TABELLA 3 – LIVELLO DI GRAVITÀ

Nel caso in cui siano presenti trattamenti con diversi livelli di criticità, il giudizio di sensibilità deve essere ricondotto al solo punteggio massimo ottenuto.

3.4 GESTIONE E RISPOSTA

L'organizzazione della risposta ad un *"Personal Data Breach"*, ovvero l'eventuale espletamento delle operazioni di notifica, oltre che derivante dalle analisi e dalle valutazioni precedenti, richiede, sotto la diretta responsabilità del Titolare del trattamento che può avvalersi del supporto del Data Protection Officer(DPO), una **complementare e conclusiva** classificazione dell'incidente di sicurezza per:

1. Esaminare la correttezza dei parametri e dei giudizi valutativi attribuiti che hanno condotto alla apertura del *"Personal Data Breach Report"* e quindi all'avvio della gestione del processo di *"Personal Data Breach"*;
2. Esaminare l'esaustività della documentazione prodotta a corredo del suddetto processo, al fine di produrre i razionali richiesti per una eventuale notifica al Garante e, nei casi ritenuti opportuni, al/agli Interessato/i;
3. Definire una classe di rilevanza dell'incidente privacy al fine di facilitare il processo decisionale in base al quale sono disposti gli obblighi di notifica, ovvero incidenti di:
   - Classe A: Incidenti di sicurezza che comportano gravi lesioni delle libertà individuali;
   - Classe B: Incidenti di sicurezza che possono precludere la qualità del servizio erogato senza tuttavia comportare gravi lesioni delle libertà individuali dell'Interessato.

La tabella successiva fornisce, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, alcune tipologie di incidente afferenti all'una o all'altra categoria.

ESEMPIO DI TIPOLOGIE DI INCIDENTE		
Esempio di incidente	Categoria	Conseguenze per l'Interessato
Temporanea indisponibilità degli archivi informatici	B	Parziale disservizio nell'esercizio dei propri diritti
Disallineamento negli aggiornamenti o violazioni reversibili dell'integrità referenziale dei data base	B	Parziale disservizio nell'esercizio dei propri diritti
Cancellazione/modifica di dati personali sottoposti a backup da parte di operatori autorizzati	B	Parziale disservizio nell'esercizio dei propri diritti
Accesso non autorizzato ai trattamenti o ai dati personali ordinari	B	Lieve perdita delle libertà individuali
Perdita irreversibile di dati personali	A	Impossibilità parziale o totale di esercitare i propri diritti
Accesso non autorizzato ai trattamenti o ai dati personali particolari	A	Grave perdita delle libertà individuali
Trattamenti su dati particolari che perseguono finalità diverse da quelle esplicitamente autorizzate	A	

L' identificazione dell'incidente privacy in una delle classi suddette, unitamente alla valutazione del ***"livello della gravità del Personal Data Breach"*** corrispondente, consente al Referente Privacy, con l'avallo del Titolare, di procedere alla predisposizione ed organizzazione della:

- notifica al Garante Privacy;
- comunicazione agli interessati coinvolti;

che quest'ultimo dovrà effettuare secondo le regole sintetizzate in tabella (*l'opzione SI/NO indica la discrezionalità della valutazione del Titolare, data la tipologia di violazione e la gravità della stessa*):

LIVELLO DI RISCHIO	Ove possibile entro le 72 ore	Senza ingiustificato ritardo	Ove possibile entro le 72 ore	Senza ingiustificato ritardo
	INCIDENTI DI CLASSE A		INCIDENTI DI CLASSE B	
	Notifica al garante	*Comunicazione all'interessato*	*Notifica al garante*	*Comunicazione all'interessato*
Rischio alto / molto alto	SI	SI	SI	NO
Rischio medio	SI	NO	SI/NO	NO
Rischio basso	SI/NO	NO	SI/NO	NO

TABELLA 4 – NOTIFICA AL GARANTE/COMUNICAZIONE ALL'INTERESSATO

3.4.1 NOTIFICA AL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

A norma dell'articolo 33 GDPR è prevista la notifica della violazione all'Autorità Garante senza ingiustificato ritardo entro 72 ore dal momento in cui il Titolare del trattamento ne sia venuto a conoscenza, a meno che la natura dell'incidente renda oggettivamente impossibile o irragionevole tale tempistica o sia improbabile che la violazione dei dati personali presenti un rischio per i diritti e le libertà delle persone fisiche.

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.

La notifica, ove necessita, è curata dal Referente Privacy e dal DPO, e trasmessa dal Titolare attraverso la procedura resa disponibile dal Garante Privacy sul suo sito web.

Al fine di garantire uniformità delle notifiche/comunicazioni dirette rispettivamente all'autorità di controllo e all'interessato/i, il legislatore europeo ha indicato le informazioni minimali che le stesse devono contenere, cosi come di seguito indicato:

CONTENUTO NOTIFICA DIRETTA ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO	CONTENUTO COMUNICAZIONE ALL'INTERESSATO
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	**Descrizione** con linguaggio semplice e chiaro circa la **natura della violazione** dei dati personali
Nome e i dati di contatto del DPO o di altro punto di contatto presso cui ottenere più informazioni	**Nome e i dati di contatto del DPO** o di altro punto di contatto presso cui ottenere più informazioni
Probabili conseguenze della violazione dei dati personali	**Probabili conseguenze della violazione** dei dati personali
Descrizione delle **misure adottate o di cui si propone l'adozione** per porre rimedio alla violazione dei dati personali e anche, se del caso, per attenuarne i possibili effetti negativi	Descrizione delle **misure adottate o di cui si propone l'adozione** per porre rimedio alla violazione dei dati personali e anche, se del caso, per attenuarne i possibili effetti negativi

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

3.4.2 COMUNICAZIONE AGLI INTERESSATI

Qualora la valutazione della *magnitudo* del *"Personal Data Breach"* presenti un rischio alto/molto alto per i diritti e le libertà delle persone fisiche, il Titolare, coadiuvato dal Referente Privacy, e con il supporto del DPO, dovrà valutare se ricorre uno dei seguenti casi, ai sensi dell'art. 34, parag.5, GDPR:

1) se sono state adottate preventivamente delle 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;
2) se sono state adottate misure successive alla violazione che garantiscano la riduzione del rischio ad un livello considerato come medio/basso per i diritti e le libertà degli interessati;
3) se la comunicazione all'interessato comporta sforzi sproporzionati.

Nei casi 1) e 2) non dovrà essere effettuata alcuna comunicazione agli interessati.

Nel caso 3) si dovrà valutare una modalità consona per darne comunicazione pubblica in modo tale che gli interessati vengano informati in modo efficace.

Nel caso in cui non siano soddisfatte le precedenti condizioni, il Referente Privacy dovrà darne comunicazione agli interessati, secondo lo schema *"Modulo di Notifica Agli Interessati"* (**allegato 3**), senza ingiustificato ritardo tramite e-mail e/o lettera raccomandata.

3.4.3 PIANO DI RIMEDIO (REMEDIATION PLAN)

Il Referente Privacy, con l'ausilio del Responsabile dei Servizi ICT, cura l'implementazione del piano di rimedio sottoposto a validazione del Titolare il quale ne monitora periodicamente l'attuazione.

3.5 REVISIONE POST INCIDENTE (POST INCIDENT REVIEW)

La fase di Revisione Post Incidente è la fase conclusiva di integrazione, da parte del Referente Privacy, del processo di gestione del *"Personal Data Breach"* e di analisi *ex post* della violazione al fine di comprendere le root causes, le lesson learned e le opportunità di miglioramento.

Il Referente Privacy provvederà ad annotare le informazioni, raccolte nel *"Personal Data Breach Report"*, relative all'evento di violazione nel ***"Registro degli Eventi e Violazioni Privacy"*** (**allegato 4**) che consentirà al Titolare di documentare "qualsiasi violazione dei dati personali, comprese le circostanze a essa relative, le sue conseguenze e i provvedimenti adottati per porvi rimedio." (art. 35, parag. 5, GDPR).

Tale Registro consentirà all'Autorità Garante di verificare, in caso di ispezione o richiesta di specifica, il rispetto degli adempimenti in capo al Titolare nella gestione delle violazioni dei dati personali.

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

CAPITOLO 4
ALLEGATI

CAP. 4

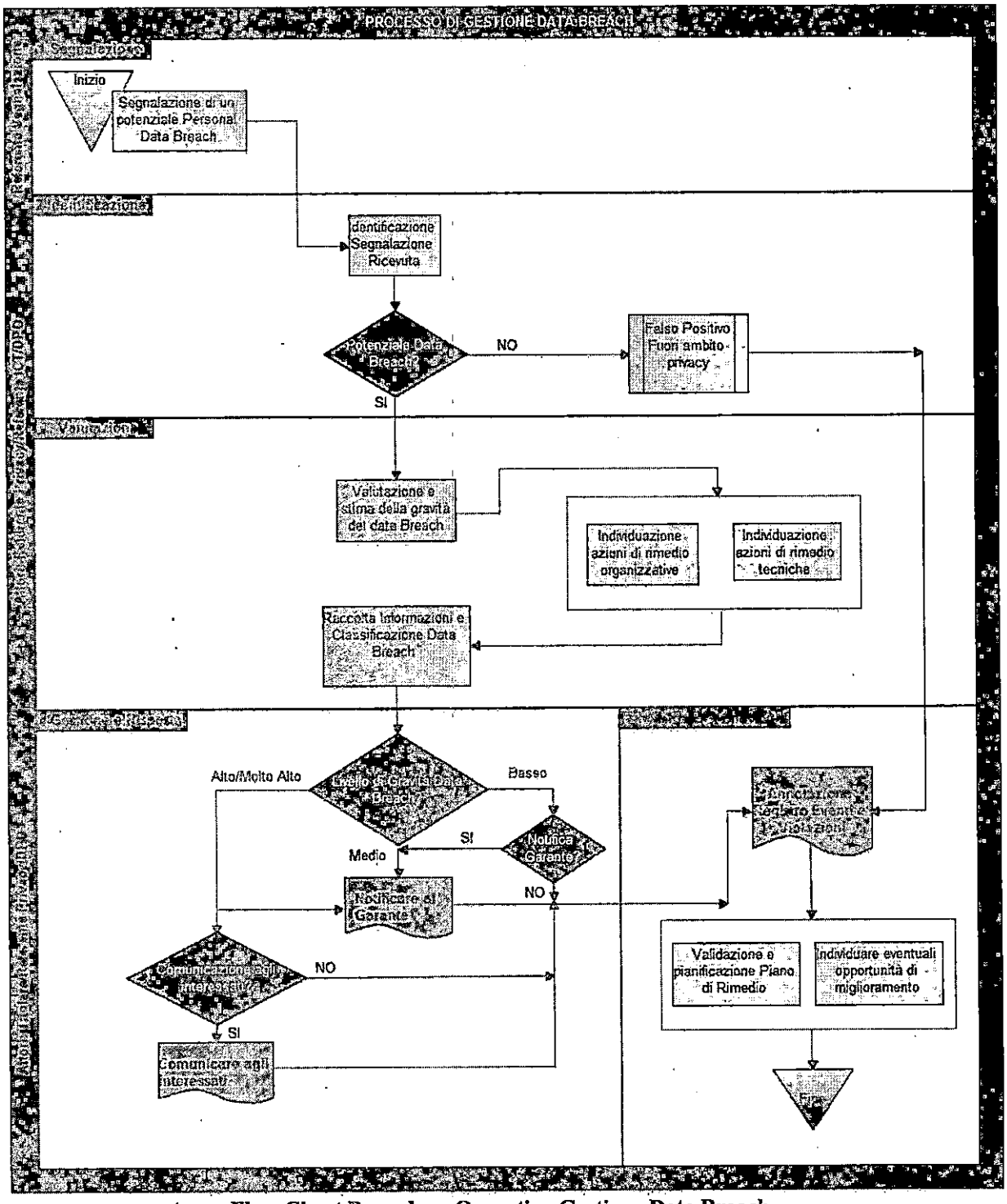
4.1 DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Allegato n. 1: Flow Chart Procedura Operativa Gestione Data Breach	[Santobono] Proc. n. 12 - All. 1 - Flow Char
Allegato n. 2: Personal Data Breach Report	[Santobono] Proc. n. 12 - All. 2 - DB Report
Allegato n. 3: Modulo di Notifica agli Interessati	[Santobono] Proc. n. 12 - All. 3 - Modulo n
Allegato n. 4: Registro Eventi e Violazioni Privacy	[Santobono] Proc. n. 12 - All. 4 - Registro \
Allegato n. 5: Metodologia di valutazione della gravità	[Santobono] Proc. n. 12 - All. 5 - Metodolo
Allegato n. 6: Scheda semplificativa segnalazione Personal Data Breach	

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE VIOLAZIONI DEI DATI PERSONALI

Procedura n. 12 – Allegato n. 1 – Flow Chart Data Breach



Flow Chart Procedura Operativa Gestione Data Breach

358 08 GIU 2020

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono – Pausilipon"

All'attenzione del DPO
Email: privacy@santobonopausilipon.it
PEC: trattamentodati.santobono@pec.it

VIOLAZIONE DI DATI PERSONALI
MODULO DI SEGNALAZIONE

Oggetto: segnalazione Data Breach

Data e ora della rilevazione dell'evento
Data dell'evento (se differente dalla rilevazione)
Luogo e contesto dell'evento
Nome e dati di contatto di chi ha effettuato la segnalazione dell'evento (cellulare ed e-mail)
Descrizione dettagliata del contesto dell'evento
Categoria di dati personali coinvolti nell'evento e numero approssimativo di interessati
Descrizione delle eventuali azioni intraprese sin dal momento della rilevazione
Note aggiuntive

358 08 GIU 2020

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

VIOLAZIONE DI DATI PERSONALI
MODULO DI COMUNICAZIONE AGLI INTERESSATI

TITOLARE DEL TRATTAMENTO	
Denominazione o ragione sociale:	
Provincia:	
Comune:	
Cap:	
Indirizzo:	
Nome e Cognome persona fisica addetta alla comunicazione:	
Funzione rivestita:	
Indirizzo PEC e/o EMAIL per eventuali comunicazioni:	
Recapito telefonico per eventuali comunicazioni:	
DPO	
Nome e Cognome DPO:	
Riferimenti di contatto del DPO:	
Indirizzo PEC e/o EMAIL per eventuali comunicazioni:	
Recapito telefonico per eventuali comunicazioni:	

Gentile **[Nome dell'interessato]**
Purtroppo, abbiamo riscontrato la seguente violazione dei suoi dati personali in relazione nell'ambito di trattamenti effettuati dalla Azienda Ospedaliera **[INSERIRE]**;
[Descrizione della natura della violazione dei dati personali]
Le possibili conseguenze della violazione dei dati personali sono:

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

[Descrizione delle possibili conseguenze della violazione dei dati personali]
Come previsto dal Regolamento UE 2016/679, abbiamo notificato questa violazione al Garante per la protezione dei dati personali.
Abbiamo individuato le seguenti misure per porre rimedio alla violazione dei dati personali, comprese, se del caso, le misure adottate per mitigare eventuali effetti negativi:
[Descrizione delle misure adottate o di cui si propone l'adozione per porre rimedio alla violazione dei dati personali, comprese, se del caso, le misure adottate per mitigare eventuali effetti negativi]
Per ulteriori informazioni si prega di contattare il DPO.

358

08 GIU 2020

Registro Eventi e Violazioni Privacy
(art. 33 e 34 Regolamento UE 2016/679 - GDPR)

Dati identificativi soggetto a cui appartiene il registro	
Denominazione	
Forma giuridica	
Indirizzo/Sede legale	
P.IVA/C.F.	
N. telefono	
Email	
Domicilio digitale (PEC o altro)	

Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)	
Denominazione	
Indirizzo	
P.IVA/C.F.	
N. telefono	
Email	
Domicilio digitale (PEC o altro)	

Data di creazione: _____

Data di aggiornamento: _____

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE VIOLAZIONI DEI DATI PERSONALI

Procedura n. 12 – All. 5

Metodologia di valutazione della gravità di un Personal Data Breach

Di seguito viene riportata la metodologia per la valutazione della gravità delle violazioni dei dati personali adottata. Tale metodologia è stata definita sulla base delle indicazioni fornite **dall'ENISA (European Union Agency for Network and Information Security)** contenute all'interno del documento "Recommendations for a methodology of the assessment of severity of personal *data breach*[1]".

Gli elementi chiave da tenere in considerazione in sede di valutazione della gravità, anche con riferimento al dominio di monitoraggio, risultano essere i seguenti:

- *Contesto dell'elaborazione dati* ovvero la natura dei dati violati valutata nel contesto in cui gli stessi vengono utilizzati (**DPC: Contesto elaborazione dati**)[2]
- *Facilità di identificazione dell'individuo* in base ai dati violati (**EI: Facilità di identificazione**); [3]
- *Circostanze della violazione* (violazione di riservatezza, integrità e disponibilità dei dati), che hanno un'influenza aggiuntiva sulla gravità di una violazione (**CB: Circostanze della violazione**)[4]

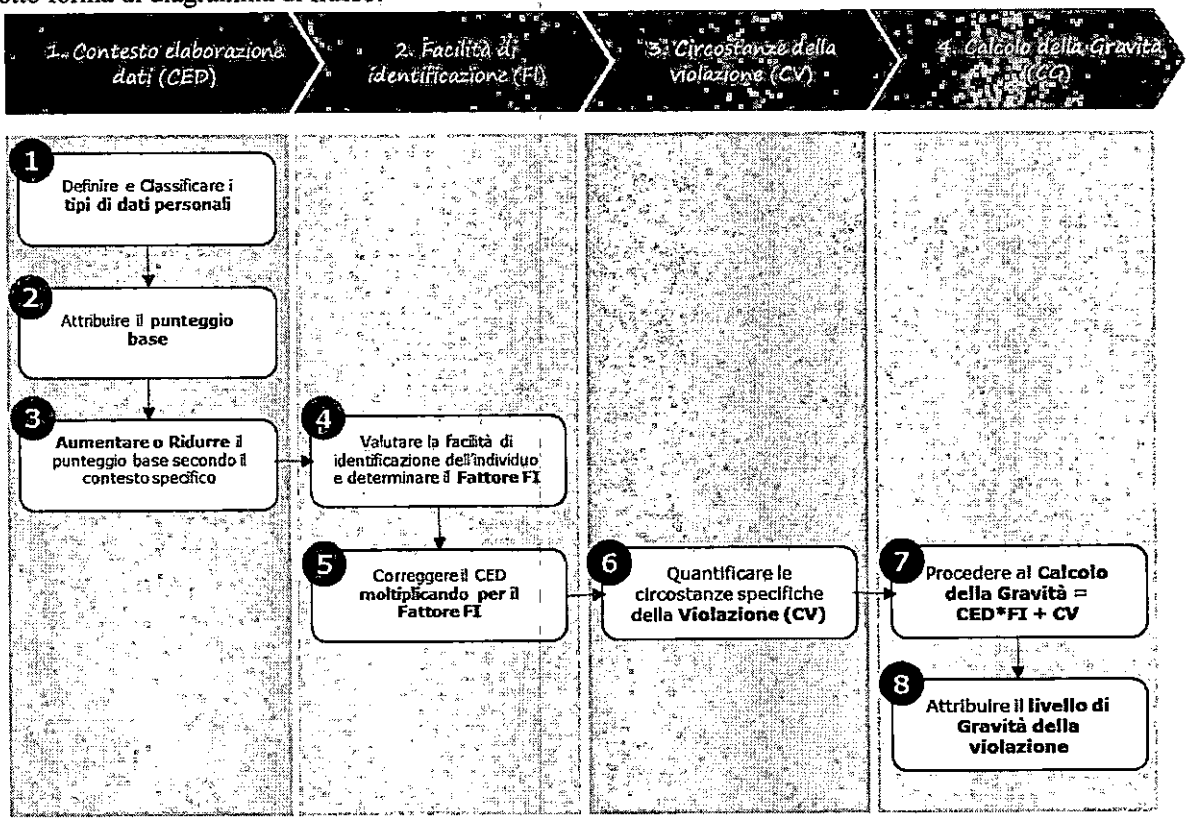
La valutazione della gravità della violazione, secondo la metodologia, è articolata nelle seguenti fasi operative:

- **Fase 1: Valutazione del DPC**: in questa fase si definisce il perimetro dei dati personali oggetto della violazione e si classificano gli stessi sulla base dell'appartenenza ad una delle categorie di dati previste dall' ENISA (Dati Ordinari, Dati Comportamentali, Dati Patrimoniali, Dati Particolari). La classificazione comporta l'attribuzione di un punteggio base che può essere aumentato o diminuito in funzione della presenza di fattori contestuali relativi all'elaborazione dei dati;
- **Fase 2: Determinazione della EI**: rappresenta il fattore di correzione del DPC. Infatti la criticità complessiva di una violazione dei dati può essere ridotta in base al valore di EI, ovvero in relazione alla facilità con cui, il soggetto che entra in possesso dei dati oggetto della violazione, può ricondurli o meno all'interessato a cui appartengono;
- **Fase 3: Valutazione delle CB:** in questa fase si valutano gli scenari di violazione (violazione di riservatezza, violazione di integrità, violazione di disponibilità, o eventuali intenzioni malevole) interessati o meno in seguito al Personal Data Breach. Pertanto il fattore CB, laddove presente, può solo incrementare la gravità di una specifica violazione;

[1] https://www.enisa.europa.eu/publications/dbn-severity
[2] Data Processing Context (DPC): Addresses the type of the breached data, together with a number of factors linked to the overall context of processing (cfr. "Recommendations for a methodology of the assessment of severity of personal data breaches").
[3] Ease of Identification (EI): Determines how easily the identity of the individuals can be deduced from the data involved in the breach (cfr. "Recommendations for a methodology of the assessment of severity of personal data breaches").
[4] Circumstances of breach (CB): Addresses the specific circumstances of the breach, which are related to the type of the breach, including mainly the loss of security.

- **Fase 4: Calcolo della gravità:** si giunge al calcolo della gravità della violazione sulla base dei 3 precedenti elementi DPC, EI, CB.

Viene riportata di seguito una rappresentazione del processo di valutazione della gravità della violazione sotto forma di diagramma di flusso:



FASE 1: VALUTAZIONE DEL CONTESTO DELL'ELABORAZIONE DEI DATI DPC

Il punteggio attribuito al DPC è al centro della Metodologia in quanto consente di valutare la criticità e la dimensione della violazione nel contesto di trattamento specifico.
Nella tabella seguente sono riassunte le attività svolte in questa fase:

Attività	Descrizione	Strumenti
1- Definire e Classificare i tipi di dati personali	Definire e classificare la tipologia di dato trattato che ha subito una violazione sulla base delle seguenti quattro macro-categorie: • Dati Ordinari; • Dati Comportamentali; • Dati Patrimoniali; • Dati Particolari.	Procedura Operativa Gestione Data Breach)

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Attività	Descrizione	Strumenti
2- Attribuire il punteggio base	Attribuisce il punteggio base secondo la **Tabella 3 - DPC**	TABELLA 3 – CONTESTO ELABORAZIONE DATI (DPC)
3- Aumentare o Ridurre il punteggio base secondo il contesto specifico	Aumenta o riduce il punteggio base in funzione della presenza di fattori contestuali relativi all'elaborazione dei dati (ad es. volume di dati, caratteristiche speciali dei Titolari o degli individui, inesattezza dei dati, disponibilità del dato al pubblico prima della violazione, natura del dato). Il punteggio del DPC può variare da 1 a 4.	TABELLA 3 – CONTESTO ELABORAZIONE DATI (DPC)

Di seguito si riporta la Tabella da utilizzare **per la valutazione del DPC:**

Contesto Elaborazione Dati (DPC):		Punteggio
Dati Ordinari	**Esempio Dati Ordinari: Nome, Cognome Numero di Telefono, Indirizzo, Email, Fotografia, Data di nascita, Stato di famiglia, Titolo di Studi, Lavoro, Inquadramento lavorativo, etc.**	
	Punteggio Base: quando la violazione riguarda "Dati Ordinari" e non si è a conoscenza di alcun fattore aggravante.	**1**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **aumentato di 1,** ad esempio quando il volume di "Dati Ordinari e/o le caratteristiche del Titolare sono tali da ricavare un profilo della persona o possono essere formulate assunzioni sullo stato sociale/finanziario dell'individuo.	**2**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **aumentato di 2,** ad esempio quando i "Dati Ordinari" e/o le caratteristiche del Titolare possono portare a supposizioni sullo stato di salute dell'individuo, sulle preferenze sessuali, sulle convinzioni politiche o religiose.	**3**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **aumentato di 3,** ad esempio quando a causa di determinate caratteristiche dell'individuo (ad es. gruppi vulnerabili, minori), l'informazione può essere critica per la sicurezza personale o per le condizioni fisiche / psicologiche.	**4**
Dati Comportamentali	**Esempio di Dati Comportamentali: Abitudini, preferenze personali e interessi, vita sociale, affidabilità, spostamenti, ubicazione etc.**	
	Punteggio Base: quando la violazione comporta "Dati Comportamentali" e non si è a conoscenza di fattori aggravanti o di diminuzione.	**2**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 1,** ad esempio quando la natura del set di dati non fornisce alcuna comprensione sostanziale delle informazioni comportamentali dell'individuo o i dati possono essere raccolti facilmente (indipendentemente dalla violazione) attraverso fonti disponibili pubblicamente (ad esempio la combinazione di informazioni da ricerche web).	**1**

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Contesto Elaborazione Dati (DPC):		Punteggio
	Il punteggio DPC può essere **aumentato di 1**, ad esempio quando il volume di "Dati Comportamentali" e / o le caratteristiche del controllore sono tali da consentire la creazione di un profilo dell'individuo, esponendo informazioni dettagliate sulla sua vita quotidiana e sulle sue abitudini.	**3**
	Il punteggio DPC può essere **aumentato di 2**, ad esempio se è possibile creare un profilo basato sui dati sensibili di una persona.	**4**
Dati Patrimoniali	**Esempio di Dati Patrimoniali: IBAN, Numero di conto, Saldo conto, Transaction History, Informazione di base sulla carta di credito (senza CVC), Complete informazioni sulla carta di credito (con CSV), Dati sui mutui/prestiti**	
	Punteggio Base: quando la violazione riguarda "Dati Patrimoniali" e non si è a conoscenza di fattori aggravanti o di diminuzione.	**3**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 2**, ad esempio quando la natura del set di dati non fornisce alcuna comprensione sostanziale delle informazioni patrimoniali dell'individuo (ad esempio, il fatto che una persona sia il cliente di una determinata banca senza ulteriori dettagli).	**1**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 1**, ad esempio quando il set di dati specifici include alcune informazioni patrimoniali ma non fornisce ancora informazioni significative sullo stato / sulla situazione patrimoniale dell'individuo (ad esempio: i numeri di conti bancari semplici senza ulteriori dettagli).	**2**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **aumentato di 1**, ad esempio quando a causa della natura e / o del volume dell'insieme di dati specifici, vengono divulgate informazioni complete patrimoniali (ad esempio: informazioni complete sulla carta di credito con il codice CVC)	**4**
Dati Particolari	**Esempio di Dati Particolari: Dati Sanitari, Razza / origine etnica, Orientamento politico e religioso, Orientamenti sessuali, Procedimento penale / condanna, Dati biometrici, Dati genetici**	
	Punteggio Base: quando la violazione riguarda "Dati Sensibili" e non si è a conoscenza di alcun fattore di diminuzione.	**4**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 3**, ad esempio quando la natura del set di dati non fornisce alcuna comprensione sostanziale delle informazioni sui Dati Sensibili o i dati possono essere raccolti facilmente (indipendentemente dalla violazione) attraverso fonti disponibili pubblicamente (ad esempio la combinazione di informazioni da ricerche web).	**1**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 2**, ad esempio quando la natura dei dati può portare a ipotesi generali e non specifiche di un individuo.	**2**
	Il punteggio DPC potrebbe essere **diminuito di 1**, ad esempio quando la natura dei dati può portare a supposizioni su informazioni sensibili di un individuo.	**3**

TABELLA 3 – CONTESTO ELABORAZIONE DATI (DPC)

Se i dati corrispondono a più di una categoria, è necessario seguire i passaggi sopra indicati per ogni categoria applicabile. In questi casi il valore da utilizzare per il calcolo complessivo della gravità **sarà il punteggio massimo raggiunto.**

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

FASE 2: DETERMINAZIONE DEL PUNTEGGIO PER LA FACILITÀ DI IDENTIFICAZIONE (EI)

Il punteggio del EI è il fattore di correzione del DPC e consente di valutare, secondo la Tabella 4, la facilità di identificazione del soggetto interessato in base ai dati violati.
Nella tabella seguente sono riassunte le attività svolte in questa fase:

Attività	Descrizione	Strumenti
4- Valutare la facilità di identificazione del soggetto interessato e determinare il fattore EI	Valuta la **facilità di identificazione** del soggetto interessato ed attribuisce un punteggio secondo la **Tabella 4 - EI** definita dalla Metodologia secondo i seguenti quattro livelli: • trascurabile (0,25); • limitato (0,5); • significativo (0,75); • massimo (1). Il fattore di correzione EI può variare da 0,25 a 1. Il **punteggio più basso** viene attribuito quando la possibilità di identificare il soggetto interessato è trascurabile, il che significa che è estremamente difficile abbinare i dati a una determinata persona, ma comunque potrebbe essere possibile con determinate condizioni. Al contrario, il **punteggio più alto** viene attribuito quando l'identificazione è possibile direttamente dai dati violati, senza alcuna ricerca specifica per determinare l'identità dell'individuo.	TABELLA 4 – FACILITÀ DI IDENTIFICAZIONE (EI)
5- Correggere il DPC moltiplicando con il fattore EI	Una volta individuato il fattore di correzione, esso viene moltiplicato per il DPC, al fine di determinare il punteggio iniziale della gravità della violazione dei dati.	**DPC * EI**

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Di seguito si riporta la Tabella da utilizzare per la **valutazione del criterio (EI):**

Facilità di identificazione (EI)	Punteggio	Livello
La violazione riguarda dati identificativi o dati personali **non direttamente identificabili (ad esempio: nome/cognome molto diffuso in un paese, indirizzo email che non rileva altre informazioni come il nome dell'individuo e che non è usato come indirizzo email principale nei siti internet, nei forum o per i social networks, immagine non nitida e vaga)**	**0,25**	**Trascurabile**
La violazione riguarda i dati identificativi **di un individuo ma non facilmente identificabile (ad esempio: nome/cognome condiviso da poche persone in un intero paese, immagine non chiara e nitida ma che contiene informazioni aggiuntive come uno specifico luogo)**	**0,5**	**Limitata**
La violazione riguarda dati identificativi e **rivela ulteriori informazioni di identificazione dell'individuazione (ad esempio: nome completo con l'indicazione dell'indirizzo email di questa persona, indirizzo email che non rileva altre informazioni come il nome dell'individuo ma è usato come indirizzo email principale nei siti internet, nei forum o per i social networks, immagina nitida ma che non fornisce informazioni aggiuntive)**	**0,75**	**Significativo**
La violazione riguarda dati identificativi o dati personali **direttamente identificativi (ad esempio: nome completo con l'indicazione della data di nascita e l'indirizzo email di questa persona, indirizzo email che rileva il nome dell'individuo e che è usato come indirizzo email principale nei siti internet, nei forum e per i social networks, immagine chiara che rileva ulteriori informazioni sull'appartenenza di un individuo ad uno specifico gruppo o indirizzo di casa)**	**1**	**Massimo**

TABELLA 4 – FACILITÀ DI IDENTIFICAZIONE (EI)

FASE 3: VALUTAZIONE DELLE CIRCOSTANZE DELLA VIOLAZIONE (CB)

Il punteggio del CB quantifica le **circostanze specifiche della violazione,** ovvero gli scenari di ambiti di violazione, che possono essere presenti o meno in una particolare situazione.
Nella tabella seguente sono riassunte le attività svolte in questa fase:

Attività	Descrizione	Strumenti

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Attività	Descrizione	Strumenti
6- Quantificare le circostanze specifiche della violazione (CB)	Attribuisce il punteggio relativo **alle circostanze della violazione** classificate secondo le seguenti macro categorie: • violazione di riservatezza; • violazione di disponibilità; • violazione di integrità dei dati; • eventuali intenzioni malevole. Le circostanze possono avere solo un'influenza aggiuntiva sulla gravità di una violazione. Il punteggio del CB può incrementare il punteggio precedentemente ottenuto delle gravità di 0,25 o 0,5 a seconda dei casi.	TABELLA 5 – CIRCOSTANZE DELLA VIOLAZIONE (CB)

Di seguito si riporta la tabella da utilizzare per la **valutazione del terzo indicatore (CB):**

Circostanze della violazione (CB)		Punteggio
Violazione di riservatezza	**Definizione:** La perdita di riservatezza si verifica quando le informazioni **sono accessibili da parti che non sono autorizzate o che non hanno uno scopo legittimo** di accedervi. L'entità della perdita di riservatezza varia a seconda della portata della divulgazione, ovvero il numero potenziale e il tipo di parti che possono avere accesso illecito all'informazione.	
	Esempi di dati esposti a rischi di riservatezza **senza prove che l'elaborazione illegale si è verificata:** - Un file cartaceo o un laptop si perde durante il transito; - L'attrezzatura è stata smaltita senza distruzione dei dati personali.	**0**
	Esempi di dati trasmessi verso un certo numero **di destinatari conosciuti:** - Un'e-mail con dati personali è stata inviata erroneamente a un certo numero di destinatari conosciuti; - Alcuni clienti possono accedere agli account di altri clienti in un servizio online.	**0,25**
	Esempi di dati trasmessi verso un certo numero **di destinatari sconosciuti:** - I dati sono pubblicati su una bacheca internet; - I dati vengono caricati su un sito P2P; - Un dipendente vende un CD ROM con i dati del cliente; - Un sito Web configurato in modo errato rende accessibili pubblicamente i dati Internet dagli utenti interni.	**0,5**
Violazione di integrità	**Definizione:** La perdita di integrità si verifica **quando le informazioni originali vengono alterate** e la sostituzione dei dati può essere pregiudizievole per l'individuo. La situazione più grave si verifica quando esistono gravi possibilità che i dati modificati siano stati utilizzati in un modo che potrebbe danneggiare l'individuo.	
	Esempi di **dati modificati** ma **senza alcun uso errato o illegale** identificato: - Le registrazioni di un database con dati personali sono state erroneamente aggiornate ma è stata effettuata una copia dell'originale prima del verificarsi della modifica.	**0**

SANTOBONO PAUSILIPON
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

	Circostanze della violazione (CB)	Punteggio
	Esempi di dati modificati ed **eventualmente usati in modo errato o illegale ma con possibilità di recupero:** - Un dato necessario per la fornitura di un servizio online è stato modificato e l'individuo deve richiedere il servizio in modalità offline. - È stato modificato un dato importante per l'accuratezza del file di un individuo in un servizio medico online.	**0,25**
	Esempi di dati modificati ed **eventualmente usati in modo errato o illegale senza possibilità di recupero:** - Valgono gli esempi precedenti con l'aggravante che i dati originali non possono essere recuperati.	**0,5**
Violazione di disponibilità	**Definizione:** La **perdita di disponibilità** si verifica quando non è possibile accedere ai dati originali quando ce n'è bisogno. Può essere temporaneo (i dati sono recuperabili ma richiederà un periodo di tempo e questo può essere dannoso per l'individuo) o permanente (i dati non possono essere recuperati).	
	Esempi di dati che **possono essere recuperati senza difficoltà:** - Una copia del file è persa ma sono disponibili altre copie. - Un database è danneggiato ma può essere facilmente ricostruito da altri database.	**0**
	Esempi di **indisponibilità temporale:** - Un database è corrotto ma può essere ricostruito da altri database, sebbene sia richiesta qualche elaborazione. - Un file è perso ma l'informazione può essere fornita di nuovo dall'individuo	**0,25**
	Esempi di **indisponibilità totale** (i dati non possono essere recuperati dal controllore o dai singoli): - Un file è perso / database danneggiato, non c'è il backup di queste informazioni e non può essere fornito dall'individuo.	**0,5**
Intenzioni malevole	**Definizione:** La violazione è **dovuta a un'azione intenzionale malevola**, ad esempio al fine di causare problemi al Titolare o danneggiare gli interessati.	
	Esempi di violazione dovuta a un'azione intenzionale: - Un dipendente di un'azienda condivide intenzionalmente dati privati dai clienti in un sito pubblico di social media. - Un dipendente di un'azienda vende dati privati dei clienti a un'altra società. - Un membro di un social network invia intenzionalmente delle informazioni sugli altri membri ai propri familiari al fine di danneggiarli.	**0,5**

TABELLA 5 – CIRCOSTANZE DELLA VIOLAZIONE (CB)

FASE 4: CALCOLO DELLA GRAVITÀ

Il punteggio finale mostra il livello di gravità di una determinata violazione, tenendo conto dell'impatto sui diritti e libertà delle persone fisiche.
Nella tabella seguente sono riassunte le attività inerenti **la fase di Calcolo della gravità (CG):**

Attività	Descrizione	Strumenti

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Attività	Descrizione	Strumenti
7- Procedere al Calcolo della Gravità	Calcola la gravità della violazione applicando la formula definita dalla Metodologia	*Formula:* ***CG = DPC * EI + CB***
8- Definire il livello di gravità della violazione	Definisce il livello di gravità (basso, medio, alto e molto alto) secondo il risultato finale della valutazione. Il risultato viene classificato secondo quattro livelli di gravità: • Basso (punteggio finale è **inferiore a 2**) • Medio (punteggio finale è **tra 2 e 3**) • Alto (punteggio finale è **tra 3 e 4**) • Molto alto (punteggio finale è **superiore a 4**)	*TABELLA 6 – LIVELLO DI GRAVITÀ*

Di seguito si riporta la tabella da utilizzare **per la valutazione del livello di gravità:**

Punteggio	Livello	Descrizione
Gravità < 2	**Basso**	È **improbabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, che potrebbero solamente subire degli inconvenienti minori facilmente risolvibili (necessità di inserire nuovamente i propri dati personali, disagi minori, irritazione, etc.)
2 ≤ Gravità < 3	**Medio**	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare taluni disagi, che saranno in grado di superare nonostante alcune difficoltà (costi aggiuntivi, rifiuto di accesso ai servizi aziendali, paura, discriminazione lieve, stress, etc.).
3 ≤ Gravità < 4	**Alto**	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare conseguenze significative, che dovrebbero essere in grado di superare anche se con gravi difficoltà (appropriazione indebita di fondi, inserimento in black-list, danni alla proprietà, perdita di posti di lavoro, citazione in giudizio, peggioramento delle condizioni di salute, etc.).
4 ≤ Gravità	**Molto Alto**	È **probabile** che si verifichi una violazione dei diritti e delle libertà per gli individui interessati, i quali potrebbero incontrare conseguenze significative, o addirittura irreversibili, che difficilmente riusciranno a superare (difficoltà finanziarie, incapacità lavorativa, disturbi psicologici o fisici a lungo termine, gravi lesioni o morte, etc.).

TABELLA 6 – LIVELLO DI GRAVITÀ

SANTOBONO PAUSILIPON

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"
Via della Croce Rossa, 8 – 80122 – Napoli
Codice Fiscale / Partita Iva n. 06854100630

Ulteriori valutazioni

Ai sensi delle "*Guidelines on Personal data breach notification under Regulation 2016/679*"[5] (WP250rev.01) qualora la violazione di dati personali subita riguardi:

- **Dati personali adeguatamente cifrati** (i) con algoritmi considerati sufficientemente sicuri e adeguati (ii) dove la chiave di sicurezza non risulti in alcun modo compromessa;

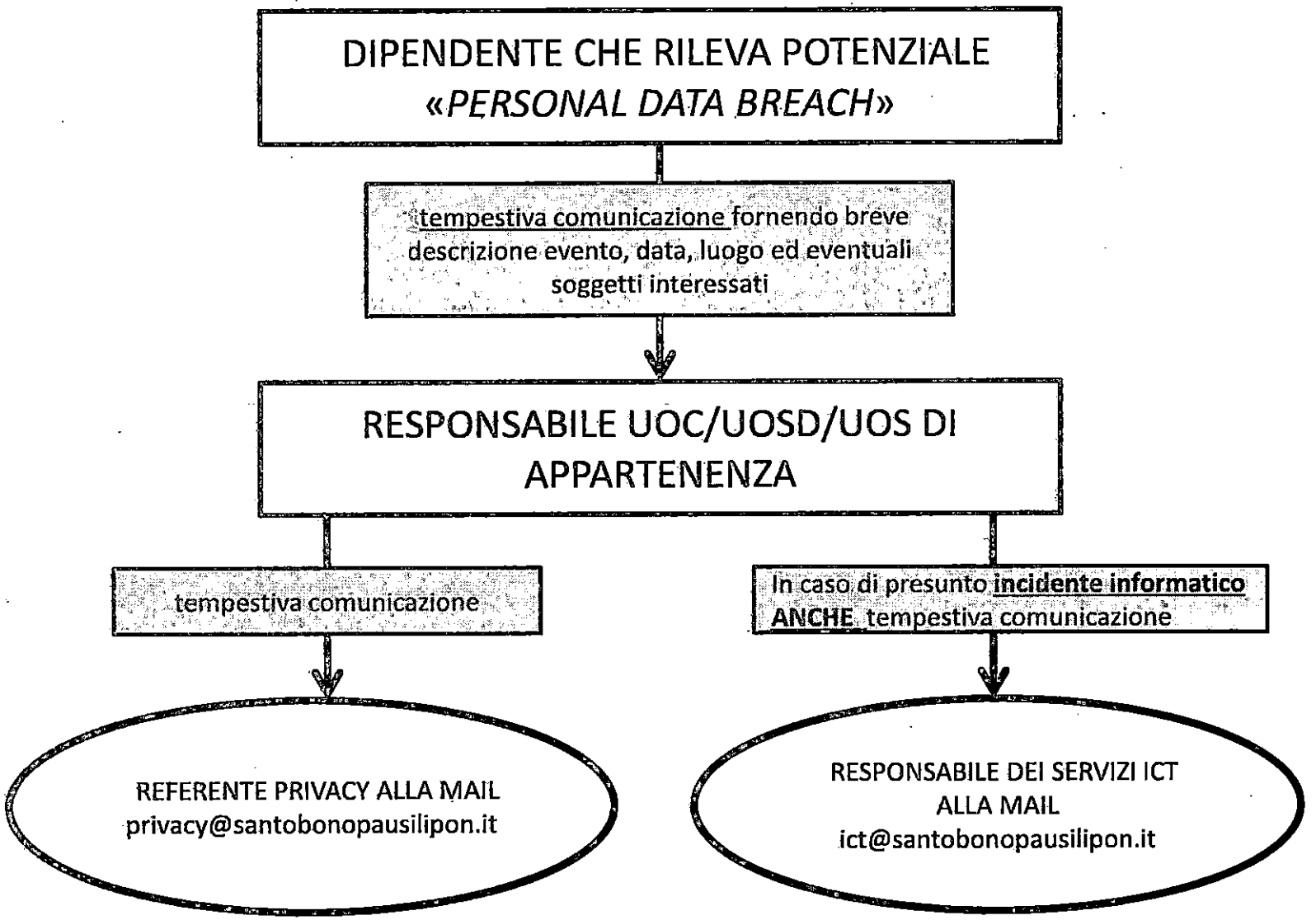
E, al contempo:

- Siano presenti **copie e/o backup dei dati** coinvolti nella violazione, che ne consentono un pronto ripristino.

si può affermare che i dati personali non sono accessibili da terze parti non autorizzate al trattamento e che **non sussistono** - o che sono improbabili - **rischi per i diritti e le libertà degli interessati.**
Pertanto, in tale ipotesi il livello finale di gravità di una determinata violazione sarà automaticamente valutato come **Basso.**

[5] Si veda pag. 18 del WP250 rev.01

SCHEDA SEMPLIFICATIVA SEGNALAZIONE «*PERSONAL DATA BREACH* * »



*divulgazione, accesso non autorizzato, perdita accidentale, distruzione e alterazione di dati personali e particolari di assistiti e/o dipendenti in forma sia cartacea che informatica