Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

ESTRATTO
VALUTAZIONE D'IMPATTO PRIVACY
Studio "Registro degli arresti cardiaci della regione Lombardia (Lombardia CARe)"

Versione:	***1.0 data 13/04/2026***

1. Informazioni generali

1.1 Titolare del trattamento

La presente DPIA è stata redatta dalla Fondazione S. Matteo, in qualità di Titolare del trattamento ("Titolare del trattamento" o "Fondazione").
Tale ruolo è assunto in quanto la Fondazione è il promotore e centro partecipante allo studio, avendone determinato finalità e mezzi di trattamento.

1.2 Contesto di riferimento

Oggetto della presente valutazione d'impatto (Data Protection Impact Assessment – DPIA) è il trattamento dei dati personali dei pazienti che hanno ricevuto o che riceveranno prestazioni sanitarie nell'ambito delle attività di cura presso la S.C. Cardiologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, al fine di condurre:

- uno studio clinico osservazionale prospettico

Tale studio sarà:

- multicentrico coordinato dalla Fondazione

1.3 Standard di riferimento per la predisposizione della DPIA

Si rimanda alla procedura aziendale.

1.4 Descrizione del quadro normativo e regolatorio, standard e buone prassi

Si rimanda alla procedura aziendale.

1.5 Team di lavoro

Il presente documento è stato redatto da un Team della Sperimentazione con la collaborazione del Team Privacy della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

2. Fase 1: Descrizione del trattamento

2.1.1 Il trattamento oggetto della Valutazione di Impatto

Si fa riferimento al protocollo di studio dal titolo "Registro degli arresti cardiaci della regione Lombardia (*Lombardia CARe)*" e documentazione studio specifica.

2.1.2 Ruoli e responsabilità collegate al trattamento.

I soggetti che possono intervenire oltre il Titolare del trattamento sono:

- **Biomeris s.r.l.** per REDCap (e-CRF) in qualità di Responsabile del trattamento per le attività di assistenza/manutenzione IT relative al presente progetto di ricerca per conto della Fondazione IRCCS.
- **Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU),** con sede legale in Viale Monza 223, 20126, Milano (MI), CF e P.IVA: 11513540960, in qualità di Responsabile esterno del trattamento, per la trasmissione mediante trasferimento automatico dei dati relativi al soccorso extraospedaliero inerenti agli arresti cardiaci confermati, nonché per attività di verifica della conformità dei dati trasmessi.

Vi sono altri soggetti (*Comitato Etico, Regione, Autorità Regolatorie*) che possono intervenire nel processo per le verifiche di competenza.
In ogni caso il personale che accede ad archivi contenenti dati personali anche solo indirettamente identificativi è stato autorizzato se subordinato/parasubordinato oppure nominato Responsabile ex art. 28 GDPR negli altri casi.

2.1.2.1.1 Persone fisiche che intervengono nel trattamento:

Le persone fisiche e relativi ruoli sono elencate nel Delegation Log.

2.1.3 Attività di trattamento

Le attività di trattamento sono finalizzate a valutare l'incidenza dell'arresto cardiaco in tutta la regione Lombardia e a valutare la sopravvivenza a medio e lungo termine delle vittime di arresto cardiaco dopo la dimissione. Il fine è incrementare le possibilità di sopravvivenza dei pazienti vittima di arresto cardiaco extraospedaliero misurando l'efficienza del sistema e ottimizzandolo sulla base dei dati rilevati.

2.1.4 Ciclo di vita del trattamento dei dati

Tutti i dati clinici, raccolti per normale pratica, vengono inseriti nella e-CRF (REDCap, fornita dal Promotore) in forma pseudonimizzata, ossia associati ad un Patient ID.

2.1.5 Finalità e obiettivi del trattamento

Le finalità del trattamento sono:

1) di ricerca scientifica

2.1.6 Categorie di Interessati

2.1.6.1. Categorie di Interessati:

Pazienti, ambo i sessi, sia maggiorenni che minorenni vittime di arresto cardiaco extra-ospedaliero per il quale sia stato attivato il Sistema di gestione delle emergenze territoriali.

2.1.6.2. Numero indicativo degli interessati coinvolti:

Da gennaio 2015 ad oggi: più di 35.000 pazienti globali arruolati. Per il futuro, si prevede quindi l'arruolamento di un numero elevato di pazienti, su numeri proporzionalmente analoghi a quelli pregressi.

2.1.7 Dati oggetto di trattamento

2.1.7.1. Dati trattati:

- Dati anagrafici: nome, cognome, codice fiscale, numero tessera sanitaria, età, sesso;
- Dati di contatto: indirizzo e-mail e/o telefono;
- Dati contenuti nella e-CRF e previsti dal protocollo di studio, quali:
  - Dati relativi allo stato di salute del paziente:
    - Dati relativi all'evento arresto cardiaco (scheda di missione di soccorso);
    - Dati relativi a esami di diagnostica per immagini;
    - Dati relativi al ricovero ospedaliero e alla dimissione;
    - Esito alla dimissione (stato in vita, diagnosi e outcome neurologico);
    - Dati relativi al follow-up (stato in vita e rivalutazione outcome neurologico);
  - Dati di localizzazione dell'evento arresto cardiaco;
- Dati clinici e di trattamento intraospedaliero per normale pratica clinica.

2.1.7.2. Dati appartenenti alle categorie particolari trattati:
Dati relativi a esami di diagnostica per immagini.

2.2 Dati, processi e beni/strumenti di supporto

Si fa riferimento al protocollo di studio e documentazione studio specifica; in particolare le informazioni sono riportate nel protocollo di studio.

- **Beni di supporto**
- I beni di supporto possono essere raggruppati in:

  - Fonti dei dati:
    - Cartelle cliniche
    - Referti di visite di controllo, esami e/o prestazioni eseguiti presso il Centro

Software per la gestione della CRF (e-CRF):

- REDCap (Version 14.0.15 - © 2024 Vanderbilt University). *(REDCap della Fondazione)*

Database per la conservazione e archiviazione dei dati: REDCap

3. Fase 2: Valutazione necessità, proporzionalità e legittimità del trattamento

3.1 Proporzionalità e necessità

Lo scopo di miglioramento del processo di cura/prevenzione attraverso la ricerca clinica e più in generale della salute della collettività si viene a contrappore al diritto alla riservatezza dei singoli. Il miglioramento è tanto più urgente quanto le patologie hanno effetti socioeconomici importanti. D'altra parte, gli impatti sui pazienti sono tanto maggiori quanto le patologie destano allarme sociale e potenziale discriminazione.
I dati personali sono indispensabili per la qualità della ricerca. Le fasi di verifica dei risultati sono un requisito fondamentale di un processo di qualità. Queste, quindi, richiedono una collegabilità del dato alle informazioni cliniche primarie e di conseguenza all'identità del paziente. La strategia principale per rendere il trattamento il meno impattante possibile sulla riservatezza è la minimizzazione della collegabilità tramite tecniche di minimizzazione e pseudonimizzazione dei dati.

3.1.1 Fondamenti legali del trattamento

La base giuridica del trattamento si fonda su:

- Art. 110 bis, quarto comma, d.lgs. 196/2003 (valutazione d'impatto ai sensi dell'art. 35 del GDPR e applicazione di misure a garanzia ai sensi dell'art. 106, comma 2, lettera d). Nel caso di specie, lo Studio è promosso da una IRCCS e, pertanto, non costituisce trattamento ulteriore da parte di terzi il trattamento dei dati personali raccolti per l'attività clinica, a fini di ricerca, in ragione del carattere strumentale dell'attività di assistenza sanitaria svolta dai predetti istituti rispetto alla ricerca.

3.1.2 I dati raccolti sono adeguati, rilevanti e limitati a quanto è necessario al conseguimento delle finalità del trattamento ("Minimizzazione dei dati")

Per l'esecuzione del trattamento, il Titolare del trattamento raccoglierà solo i dati adeguati, rilevanti e limitati a quanto necessario per il conseguimento delle finalità del trattamento. Si rimanda a tal fine alla procedura aziendale e al Protocollo di studio.

3.1.3 Accuratezza ed aggiornamento dei dati

Gli Sperimentatori verificano la correttezza dei dati raccolti sulla scheda raccolta dati confrontandoli con quelli presenti sulla cartella clinica del partecipante. I dati sono raccolti e trattati da un numero ristretto di persone: Principal Investigator e personale del gruppo di ricerca autorizzato.
Si assume che la documentazione clinica di origine (cartella clinica) sia accurata (documento di fede privilegiata).
Le procedure di data quality previste sono tese a verificare queste proprietà del dato.
I dati verranno trattati mediante processo di pseudonimizzazione, ovvero ad ogni soggetto partecipante allo studio verrà assegnato un codice che verrà utilizzato nello studio. La chiave per

risalire all'oggetto sarà conosciuta solo dal Principal Investigator e dai ricercatori del gruppo di ricerca autorizzati dal PI.
I dati raccolti saranno oggetto di un'attività di anonimizzazione, sulla base del WP 216 5/2014 per la pubblicazione e alla fine dello studio.

3.1.4 Durata della conservazione dei dati

I Dati personali dell'interessato saranno conservati per il solo tempo necessario ai fini per cui sono stati raccolti, rispettando i principi di limitazione della conservazione e minimizzazione definiti nell'art. 5 del GDPR.
I Dati saranno custoditi per conformarsi agli obblighi regolatori e perseguire le finalità del trattamento, in conformità coi principi di necessità, minimizzazione e adeguatezza.
Il Titolare del trattamento dichiara che i dati personali dell'interessato oggetto di trattamento saranno conservati per 25 anni dall'ultimo follow-up previsto, salvo la necessità di ottemperare a obblighi legali, rispettare requisiti normativi, o risolvere controversie o liti, come specificato nell'informativa privacy specifica dello studio.

3.2 Controlli per proteggere i diritti degli interessati

3.2.1 Come sono informati gli interessati circa il trattamento

Si rimanda all'informativa al trattamento dei dati personali studio-specifica consegnata al paziente e a quella pubblicata sul sito internet per le finalità di cui all'art. 110bis Codice Privacy.

3.2.2 Esercizio dei diritti da parte degli interessati

Si rimanda alla procedura aziendale disponibile sul sito intranet http://intranet.sanmatteo.org/site/home/argomenti/documentazione-privacy/articolo1010755.html

Si rimanda a vademecum per gli utenti disponibile sul sito internet: https://www.sanmatteo.org/privacy alla sezione privacy.

3.2.3 Obbligazioni dei responsabili del trattamento

- **Biomeris srl** è stato individuato quale responsabile del trattamento *ex* art. 28 del GDPR con apposito atto di nomina, in ragione della fornitura della piattaforma REDCap, per le attività di assistenza/manutenzione IT relative al presente progetto di ricerca per conto della Fondazione IRCCS.
- **L'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU),** con sede legale in Viale Monza 223, 20126, Milano (MI), CF e P.IVA: 11513540960, è stata individuata quale responsabile del trattamento *ex* art. 28 del GDPR con apposito atto di nomina, in ragione della trasmissione automatica dei dati relativi al soccorso extraospedaliero inerenti gli arresti cardiaci confermati, nonché per la verifica della conformità dei dati trasmessi.

3.3 Trasferimenti al di fuori dello SEE

I suoi dati personali **non** verranno trasferiti fuori dall'Unione Europea.

4. Fase 3: Calcolo del livello del rischio

Il livello del rischio e le relative misure di mitigazione viene calcolato utilizzando l'allegato "ADDENDUM CALCOLO DEL RISCHIO".

5. Fase 4: Calcolo del rischio residuo, piano di remediation e parere del DPO

5.1 Rischio residuo

Si ritiene che il rischio residuo collegato al trattamento di dati personali per le finalità dello studio in oggetto sia accettabile in quanto sono state adottate misure di sicurezza tecniche e organizzative idonee a contenere il rischio per i diritti e le libertà degli interessati.

5.2 Piano di remediation

Per la minimizzazione del rischio residuo, non sono al momento previste ulteriori misure di sicurezza.

5.3 Opinione del DPO

L'indice di questo documento e relativi contenuti rispecchiano quanto indicato nell'allegato 2 del WP 248 *(Criteri per una valutazione d'impatto sulla protezione dei dati accettabile)* (cfr. Comitato Europeo per la protezione dei dati, Linee-guida concernenti la valutazione di impatto sulla protezione dei dati nonché i criteri per stabilire se un trattamento "possa presentare un rischio elevato" ai sensi del regolamento 2016/679 - WP248rev.01).
Il DPO, consultato dal Titolare in conformità all'art. 35, par. 2, del GDPR in merito alla Valutazione d'impatto ex artt. 35-36 GDPR (cd. DPIA) sulle attività di trattamento relative al "*Registro degli arresti cardiaci della regione Lombardia (Lombardia CARe)*", nello svolgimento dei compiti attribuitigli, ha valutato che:

Cfr. parere DPO

ESTRATTO ADDENDUM A DPIA

1 Rispetto dei principi di Privacy by Design e calcolo dell'Impatto

1.1 Software per la gestione della CRF (e-CRF) e Infrastruttura

- REDCap (Version 14.0.15 - © 2024 Vanderbilt University).

- Infrastruttura:
  - Computer dedicati
  - Rete: collegamento da Intranet aziendale, e connessione protetta da rete pubblica

1.2 Rispetto delle strategie

1. Minimizzare: sono trattati soltanto i dati necessari per raggiungere le finalità
2. Aggregare: sono applicate misure di pseudonimizzazione che prevedono tale strategia
3. Nascondere: il trattamento dei dati personali è limitato soltanto a soggetti autorizzati ed i dati vengono conservati in forma cifrata
4. Informare: all'interessato sono fornite tutte le informazioni pertinenti al trattamento in oggetto (informative ex artt. 13 e 14 GDPR)
5. Controllare: all'interessato è garantito l'esercizio dei diritti previsti dalla normativa (artt. 15-22 GDPR). Si rinvia alla procedura di gestione dei diritti degli interessati.
6. Dimostrare: si rinvia alle policy del Titolare del trattamento

2 Calcolo dell'impatto

Si considerano i seguenti livelli di Impatto:

Tabella 1

LIVELLO DI IMPATTO	VALORE	DESCRIZIONE
BASSO	1	Gli individui possono andare incontro a **disagi minori**, che supereranno **senza alcun problema** (tempo trascorso reinserendo informazioni, fastidi, irritazioni, ecc.).
MEDIO	2	Gli individui possono andare incontro a **significativi disagi**, che saranno in grado di superare nonostante **alcune difficoltà** (costi aggiuntivi, rifiuto di accesso ai servizi aziendali, paura, mancanza di comprensione, stress, disturbi fisici di lieve entità, ecc.).

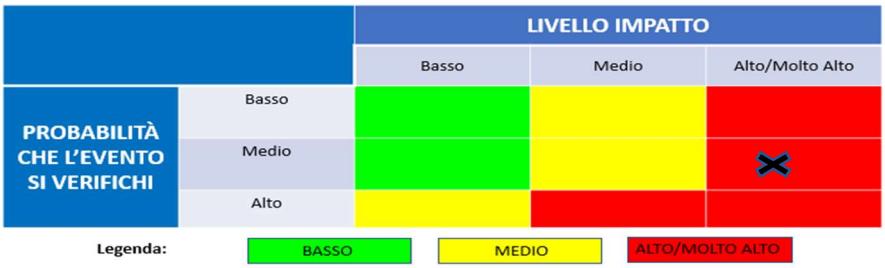
ALTO	3	Gli individui possono andare incontro a **conseguenze significative**, che dovrebbero essere in grado di superare anche se con **gravi difficoltà** (appropriazione indebita di fondi, inserimento in liste nere da parte di istituti finanziari, danni alla proprietà, perdita di posti di lavoro, citazione in giudizio, peggioramento della salute, ecc.).
MOLTO ALTO	4	Gli individui possono subire **conseguenze significative**, o addirittura irreversibili, **non superabili** (incapacità di lavorare, disturbi psicologici o fisici a lungo termine, morte, ecc.).

Il livello d'Impatto deve essere valutato in relazione alle seguenti variabili:

- perdita di riservatezza dei dati;
- perdita d'integrità dei dati;
- perdita di disponibilità dei dati.

3 Calcolo del livello di rischio

Il livello del rischio sarà dato dalla moltiplicazione del risultato del livello d'Impatto riportato nella **Tabella 3** del paragrafo 0 per il risultato del livello di probabilità riportato nella **Tabella 8** del paragrafo **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**.



LIVELLO DEL RISCHIO	**ALTO**

4 Individuazione delle misure che mitigano il rischio

Determinato il livello del rischio, e individuate le minacce e le fonti che potrebbero concretizzarlo, vengono individuate ora le misure di sicurezza che contribuiscono alla mitigazione del rischio stesso.

Perdita di riservatezza
Quali sono le principali minacce che potrebbero concretizzare il rischio?

Le principali minacce relative alla perdita di riservatezza riguardano comportamenti umani quali, ad esempio, condivisione dei dati personali con soggetti non autorizzati, errori nelle configurazioni di sicurezza del PC che permettendo accessi illegittimi, attacchi informatici esterni, violazione di account.

Quali sono le fonti di rischio?

Le fonti di rischio sono quindi costituite principalmente da operatori interni mal istruiti o insoddisfatti, attacchi esterni tramite phishing, social engineering o sfruttamento di vulnerabilità.

Quali misure fra quelle individuate contribuiscono a mitigare la probabilità di accadimento delle minacce?

La probabilità di accadimento delle minacce è mitigata da diverse misure che verranno descritte nel dettaglio nel paragrafo 6. In particolare, le misure che maggiormente contribuisco a garantire una maggior tutela della riservatezza sono la pseudonimizzazione, la prevenzione del malware, la MFA e la segmentazione di rete.

- I dati contenuti nella Base Dati sono infatti pseudonimizzati e non permettono quindi di risalire direttamente all'identità degli Interessati. I dati contenenti la corrispondenza tra i dati anagrafici dei pazienti e il codice identificativo sono infatti salvati separatamente, come indicato nella sezione dedicata al Partizionamento.
- Inoltre, gli accessi ai dati personali da parte degli utenti finali della Piattaforma sono permessi solo a seguito di autenticazione a due fattori (TFA – Two Factor Authentication) attribuendo i permessi sulla base dei ruoli ricoperti.
- Gli accessi fisici sono controllati e le postazioni gestite.
- Viene erogata regolare formazione agli autorizzati al trattamento.
- Sono, inoltre, implementate le seguenti misure che contribuiscono alla mitigazione del rischio: controlli degli accessi logici, tracciabilità, minimizzazione dei dati, sicurezza dei canali informatici, gestione degli incidenti di sicurezza e delle violazioni dei dati personali, sicurezza dell'hardware, crittografia, gestione del personale, vulnerabilità.

Perdita d'integrità

Quali sono le principali minacce che potrebbero concretizzare il rischio?

Le principali minacce relative alla perdita di integrità riguardano ridotti controlli di qualità sulle procedure di data entry. L'errore più probabile potrebbe essere un errore nel mappaggio tra il dato originale e la codifica standard di riferimento. I rischi potrebbero, inoltre, concretizzarsi a seguito di attacchi informatici ed errori umani.

Quali sono le fonti di rischio?

Le fonti di rischio principali riguardano: un operatore interno mal istruito o insoddisfatto, attaccante esterno tramite phishing, social Engineering o sfruttamento di vulnerabilità.

Quali misure, fra quelle individuate, contribuiscono a mitigare il rischio?

Le misure, meglio descritte nel paragrafo 6, adottate per mitigare i rischi di perdita d'integrità sono le seguenti

- Prima di tutto vengono eseguiti diversi controlli di qualità sui dai (descritti alla sezione 3.1.2.5) che ne garantiscono l'integrità: controlli di qualità a campione tramite il modulo 'Data Quality Rules' previsto nella piattaforma REDCap.
- Gli accessi ai dati personali sono permessi solo a seguito di autenticazione a due fattori (TFA – Two Factor Authentication) attribuendo i permessi sulla base dei ruoli ricoperti.
- Gli accessi fisici sono controllati e le postazioni gestite.

Perdita di disponibilità

Quali sono le principali minacce che potrebbero consentire la materializzazione del rischio?

La principale minaccia relativa alla perdita di disponibilità riguarda la distruzione accidentale della Base Dati o fisica del server.

Quali sono le fonti di rischio?

Le fonti di rischio per una perdita di disponibilità sono: attività volontaria di un operatore interno con accesso alla Base Dati; attaccante esterno tramite phishing, social Engineering o sfruttamento di vulnerabilità. Errore umano interno per disattenzione/incompetenza. Perdita della password.

Quali misure, fra quelle individuate, contribuiscono a mitigare il rischio?

Le misure adottate per mitigare la perdita di disponibilità dei dati riguardano principalmente la presenza di un backup giornaliero con retention [omissis].

5. Misure di mitigazione adottate

5.1 Crittografia – Cifratura

Vengono implementate le seguenti tecniche di cifratura dei dati personali:

- In transito:

"omissis"

- A riposo:

"omissis"

5.2 Pseudonimizzazione

Vengono implementate tecniche di pseudonimizzazione.
Il responsabile dei dati e della loro pseudonimizzazione è lo sperimentatore principale.

5.3 Controllo degli accessi logici

L'accesso alla eCRF tramite l'applicativo REDCap è controllato [omissis].
Per gli accessi degli "amministratori di sistema" vengono applicate le disposizioni di cui al provvedimento del garante del 2008 e della circolare AGID per le misure di sicurezza del 18/04/2017.

5.4 Tracciabilità

La Piattaforma REDCap è dotata di una applicazione interna denominata "Logging", tramite cui vengono registrate tutte le variazioni al progetto [omissis]

5.5 Minimizzazione dei dati

Verranno raccolti tutti e soli i dati necessari per rispondere ai quesiti dello studio.

- Le fasi di progettazione dello studio ha implicato il rispetto del principio di minimizzazione.
- Lo sperimentatore garantisce che i dati previsti nella CRF sono i soli indispensabili alla conduzione dello studio.
- [omissis]

5.6 Lotta contro il malware

La Piattaforma REDCap viene aggiornata all'ultima versione rilasciata stabile e sicura disponibile. Tale aggiornamento è demandato ad un Fornitore esterno.
[omissis].

5.7 Vulnerabilità

Viene assicurata la protezione contro le vulnerabilità attraverso l'attuazione di una manutenzione ordinaria dei sistemi aziendali per l'applicazione di patch di sicurezza.
[omissis]

5.8 Backup

Il Titolare è responsabile delle procedure di backup a livello di virtualizzazione o, copia periodica del server database sono impostati backup giornalieri, mensili ed annuali e retention.

5.9 Archiviazione

I dati vengono conservati sui server del Titolare fino a 25 anni (dall'ultimo Follow-Up) successivi alla loro raccolta nella eCRF. Il personale autorizzato della SSD Biostatistica e Clinical Trial Center si occupa della gestione degli accessi e recupero delle password.

5.10 Sicurezza dei documenti cartacei

Le configurazioni di sicurezza relative all'hardware su ci è installata la Piattaforma sono demandate al personale IT del Titolare.
I documenti cartacei prodotti dallo studio sono conservati in armadi chiusi a chiave ed in locali dotati di misure antincendio.

5.11 Sicurezza dell'hardware

Il computer sarà su dominio locale e disporrà delle ultime patch di sicurezza sempre aggiornate e adeguate alle ultime indicazioni di buona pratica.
Sono applicate le opportune configurazioni di sicurezza relative all'hardware.

5.12 Gestione postazioni

La gestione delle postazioni comprende la postazione di lavoro dedicata.
Al computer dedicato per le attività avranno accesso solo il Data Manager e il responsabile scientifico del progetto.
Il computer resterà acceso solo durante il suo utilizzo.

5.13 Manutenzione

La manutenzione del server fisico è demandata al personale IT del Titolare e al fornitore appositamente incaricato e nominato e sono applicate le patch e gli aggiornamenti periodici (O.S.) rilasciati dalla casa madre.
Il personale del Fornitore esterno è responsabile del piano di manutenzione ordinaria ed eventualmente evolutiva della Piattaforma REDCap.

5.14 Contratto con il responsabile del trattamento

Il contratto con i responsabili del trattamento contiene opportune istruzioni e disciplina i rispettivi obblighi per assicurare la protezione dei dati personali.

5.15 Controllo degli accessi fisici

Lo studio dove è ubicata la postazione fissa utilizzata è accessibile solo a personale autorizzato.

5.16 Protezione contro fonti di rischio non umane

Protezione contro fonti di rischio non umane: La presenza di backup giornalieri, mensili ed annuali e retention su server separati evita la perdita di dati.

Eventuali altri controlli legati a guasti, difetti dell'architettura IT, alimentazione, rischi ambientali sono demandati al Titolare.

2.17 Misure di sicurezza in caso di trasferimenti verso Paesi non adeguati

Non sono previsti trasferimenti al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

5.17 Politica di tutela della privacy

Le politiche privacy del Titolare del trattamento e dei responsabili del trattamento, relative alla propria organizzazione, sono conformi al GDPR.
Il DPO di Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo ha un ruolo di verifica dei trattamenti nei confronti del Titolare del trattamento dati.
È stato emesso un Organigramma Privacy che definisce i ruoli all'interno dell'azienda e sono state definite le procedure per la gestione dei diritti degli interessati e la gestione delle violazioni di dati personali.

5.18 Gestione dei rischi

È stata effettuata la valutazione dei rischi i cui risultati sono nello specifico paragrafo.

5.19 Integrare la protezione della privacy nei progetti

La fase di progettazione ha tenuto conto dei requisiti di privacy by design.

5.20 Gestire gli incidenti di sicurezza e le violazioni dei dati personali

Il Titolare ha adottato una procedura per la gestione degli incidenti di sicurezza.
Gli accordi in essere prevedono la collaborazione di tutti gli Enti coinvolti in caso di incidente.

5.21 Gestione del personale

Il Titolare ha provveduto ad autorizzare il personale a vario titolo coinvolto nel trattamento dei dati (dipendenti, tirocinanti e somministrati). Inoltre, ha provveduto a comunicare la disponibilità di procedure privacy al personale a vario titolo coinvolto nel trattamento dei dati (dipendenti, tirocinanti e somministrati). Le Procedure sono reperibili sulla intranet aziendale.
Sono state svolte attività di formazione (formazione residenziale e corsi FAD) per tutto il personale che a vario titolo è coinvolto nel trattamento dei dati (dipendenti, tirocinanti e somministrati). Inoltre pianifica annualmente gli interventi formativi.

5.22 Gestione dei terzi che accedono ai dati

Il CET potrà eventualmente accedere ai dati nello svolgimento dei suoi compiti istituzionali. I dati potranno essere richiesti in via teorica sulla base del L.241/90 da specifici portatori di interesse e con le relative cautele normativamente previste.

5.23 Vigilanza sulla protezione dei dati

Il Titolare ha nominato un DPO con il compito di vigilare sui trattamenti dei dati personali.

6 Opinione del DPO

CFR (parere DPO)

7 Monitoraggio e riesame nel tempo della DPIA

Ai sensi del paragrafo 11 dell'art. 35 del GDPR, il Titolare deve:

- verificare che il trattamento dei dati personali sia effettuato conformemente alla DPIA. A tal fine il DPO effettuerà degli audit con cadenza annuale;
- procedere a un riesame del trattamento oggetto di DPIA quando vengono apportate modifiche al trattamento con conseguente variazione del livello di rischio connesso al trattamento stesso, al fine di valutare la necessità di apportare revisioni al DPIA Report ovvero di effettuare una nuova DPIA.

Per valutare se il livello di rischio è variato, si dovrà verificare se sono stati modificati uno o più dei seguenti aspetti:

- Cambiamento sulle attività di trattamento, in termini di:
- contesto (variazione della localizzazione fisica o di elementi ambientali dell'azienda, nuovi vincoli, funzioni e struttura organizzativa, innesto di politiche e processi aziendali, leggi, norme e contratti);
- modalità di raccolta dei dati personali (mediante modulo cartaceo o form elettronico, direttamente dall'interessato o indirettamente da terzi)
- finalità del trattamento;
- tipologia di dati personali trattati (ad esempio dati genetici);
- categorie di interessati;
- soggetti coinvolti nel trattamento (personale interno all'organizzazione o fornitori esterni);
- combinazioni di dati (integrazione con dati provenienti da altre sorgenti, correlazione di informazioni censite su diverse basi dati);
- trasferimento di dati all'estero (all'interno della UE o verso paesi od organizzazioni internazionali al di fuori della UE).
- Modifica ai rischi con impatti sui diritti e le libertà delle persone fisiche, derivanti da:
- Modifica dei sistemi informativi a supporto (subentro di un nuovo Service Provider, migrazione di servizi in Cloud, ecc.);
- nuovi scenari di rischio (furti di identità e frodi informatiche, introduzioni di attacchi avanzati e azioni non autorizzate)
- insorgenza di potenziali impatti sulle qualità di riservatezza, integrità e disponibilità dei dati personali;
- nuove minacce (naturali, ambientali, tecniche, di terrorismo o sabotaggio, provenienti da comportamenti volontari o accidentali);
- attuazioni di nuove misure di sicurezza tecniche, organizzative o procedurali;
- dismissione di elementi di presidio esistenti.
- Mutamenti nel contesto organizzativo o sociale per l'attività di trattamento, ad esempio perché gli effetti di determinate decisioni automatizzate sono diventati più significativi oppure perché nuove categorie di interessati sono diventati vulnerabili alla discriminazione.

A seguito delle predette verifiche dovrà essere calcolato il livello di rischio (utilizzando la procedura di cui al punto 7) e acquisito il parere del DPO in merito alla necessità di aggiornare la DPIA ovvero procedere ad una nuova valutazione d'impatto.

In ogni caso, anche a prescindere da modifiche apportate al trattamento, quest'ultimo sarà oggetto di riesame annuale, al fine di verificate se, a seguito di cambiamenti nelle conoscenze tecnico-scientifiche, si sia modificato il livello di rischio e sia quindi necessario adottare misure tecnico organizzative nonché rivedere/integrare la DPIA al fine di mantenere la validità e l'aggiornamento nel tempo della valutazione condotta e dei suoi risultati.