

PROTOCOLLO D'INTESA

APPLICAZIONE ART. 1, COMMA 39, LEGGE 23 AGOSTO 2004, n. 243 IN RIFERIMENTO AI PACC (PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI)

PREMESSE

In data 21.12.2016, l'ENPAM e le Associazioni di Categoria A.I.O.P. – Associazione Italiana Ospedalità Privata, CONFINDUSTRIA, FEDER ANISAP – Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private, FEDERLAB ITALIA – Coordinamento Nazionale delle Associazioni di Categoria Rappresentanti i Laboratori di Analisi, hanno sottoscritto un Protocollo con l'obiettivo di agevolare le strutture accreditate inadempienti all'obbligo contributivo ex art. 1, comma 39, della Legge 23 agosto 2004, n. 243, che intendessero regolarizzare la propria posizione, uniformandosi al dettato della norma citata e all'interpretazione fornita dalla Suprema Corte (su tutte, sentenza del 24 marzo 2016 n. 11256/16).

In data 30.03.2017, il Protocollo è stato, altresì, sottoscritto da ANSOC – Associazione Nazionale Studi Odontoiatrici Convenzionati, mentre SNR – Sindacato Nazionale Area Radiologica ha manifestato la propria adesione in data 21.04.2017.

In occasione della stipula del Protocollo, è stato riconosciuto che *“il fatturato annuo costituente la base contributiva ai sensi dell'art. 1, comma 39 cit. è quello attinente a tutte le prestazioni specialistiche rese nei confronti del servizio sanitario nazionale e regionale e delle sue strutture operative effettuate dai medici e dagli odontoiatri non in rapporto di dipendenza con le società accreditate”*.

Inoltre, è stata elaborata una tabella di trascodifica fra le branche previste dai DD.P.R. 23 marzo 1988, nn. 119 e 120, e quelle di cui all'allegato 3 del Decreto Ministeriale del 22 luglio 1996, al fine di individuare gli abbattimenti applicabili ad ogni prestazione specialistica.

Da recenti controlli effettuati dal Nucleo Ispettivo della Fondazione, è, tuttavia, emersa la necessità di chiarire le modalità di assolvimento dell'obbligo contributivo con riguardo a prestazioni specialistiche erogate nell'ambito di percorsi ambulatoriali complessi sia chirurgici che medici, di seguito denominati “PACC”, che, a livello regionale, vengono disciplinati in modi differenti (in Lombardia si distingue tra pacchetti MAC e prestazioni BIC, nel Lazio tra pacchetti PAC e accorpamenti APA, etc.).

Come noto, nel nostro sistema sanitario sono state adottate politiche volte all'appropriatezza clinica e gestionale dei ricoveri ospedalieri. A tal fine, è stato individuato a livello regionale un nuovo modello organizzativo, il *Day Service*, funzionale alla necessità di gestione di alcune situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero in regime ordinario e/o *Day Hospital* ovvero *Day Surgery* risulta inappropriato.

Tale modalità assistenziale si realizza attraverso l'erogazione di PACC, che consistono in un insieme di prestazioni multidisciplinari ed integrate, erogate in un determinato arco temporale, che non hanno carattere di urgenza e non richiedono sorveglianza medico-infermieristica protratta.

Nonostante la varietà di denominazioni presenti a livello regionale, tali percorsi ambulatoriali si distinguono comunemente in:

- PACC MEDICI, che consistono in percorsi ambulatoriali di tipo diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di *follow up*, composti da gruppi di prestazioni incluse nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale.
Generalmente, ogni singola prestazione che compone i PACC MEDICI è identificata nel Nomenclatore Tariffario della specialistica ambulatoriale e nei Nomenclatori Tariffari Regionali da un codice ICD-9-CM ed ha una sua specifica remunerazione.
Tuttavia, per i PACC MEDICI può essere prevista una tariffa omnicomprensiva, con la quale vengono remunerate tutte le prestazioni rese nell'ambito del percorso assistenziale.
- PACC CHIRURGICI, che consistono in percorsi ambulatoriali di tipo chirurgico o afferenti a discipline di tipo chirurgico.
Tali PACC sono identificati nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale e nei Nomenclatori Tariffari Regionali da uno specifico codice ICD-9-CM e sono remunerati con una tariffa omnicomprensiva che comprende le diverse fasi del percorso assistenziale: presa in carico del paziente, diagnostica pre-chirurgica, procedura chirurgica e visita di controllo post-chirurgica.

Ciò posto, la Fondazione intende porre in essere ogni iniziativa funzionale a recuperare un corretto rapporto con quelle strutture che sinora non hanno correttamente adempiuto l'obbligo ex art. 1, comma 39, Legge n. 243/2004.

In quest'ottica, l'ENPAM e le associazioni di categoria hanno elaborato il presente Protocollo con l'obiettivo di specificare le modalità di assolvimento dell'obbligo contributivo relativo a prestazioni specialistiche erogate nell'ambito di PACC ed agevolare quelle strutture accreditate che intendano regolarizzare tempestivamente la propria posizione contributiva.

In particolare, la Fondazione individua quali strumenti di agevolazione per le strutture che presentino l'istanza di regolarizzazione entro termini specifici e con le modalità di cui al presente Protocollo:

- la previsione della facoltà di rateizzare il debito contributivo relativo ai PACC fino ad un massimo, di norma, di 3 annualità, tenendo conto della situazione finanziaria della struttura;

- l'applicazione della rivalutazione monetaria, in luogo delle sanzioni previste dall'art. 116, comma 8, lett. b) della Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

Come sopra esposto, i PACC consistono in prestazioni multidisciplinari effettuate in un determinato arco temporale e sono soggette ad una peculiare modalità di remunerazione. Le prestazioni che compongono i PACC sono erogate con l'apporto di diverse professionalità, ove le figure mediche coinvolte possono avere rapporti professionali di natura diversa con la struttura accreditata (dipendenza ovvero libero professionale).

Anche nell'ambito dei PACC, permane l'esigenza di valorizzare, ai fini previdenziali, la centralità dell'atto medico che, come noto, ricorre sia quando una data attività viene eseguita direttamente dal medico sia quando viene svolta sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione.

Per tali motivi, la Fondazione stabilisce:

- di innalzare, in via forfettaria, l'abbattimento applicabile ai PACC MEDICI remunerati con tariffa omnicomprensiva;
- di innalzare, in via forfettaria, l'abbattimento applicabile ad ogni tipologia di PACC CHIRURGICO;
- di prevedere, nell'ambito dei PACC CHIRURGICI, una quota minima di fatturato da ricondurre alle figure mediche che eseguono l'intervento chirurgico o afferente a discipline di tipo chirurgico.

Tutto ciò premesso e considerato, rilevata la comune intenzione di evitare l'insorgere di contenziosi giudiziari e di non dare seguito a quelli eventualmente in corso,

- FONDAZIONE ENPAM – Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Medici e degli Odontoiatri – nella persona del suo Presidente Dott. ALBERTO OLIVETI,
- A.C.O.P. – Associazione Coordinamento Ospedalità Privata – in persona del suo Presidente On. Prof. MICHELE VIETTI,

di seguito denominate "Parti"

CONVENGONO QUANTO SEGUE:

A. INDIVIDUAZIONE DEL FATTURATO RELATIVO AI PACC DA ASSOGGETTARE AL CONTRIBUTO DEL 2%

Il fatturato annuo costituente la base contributiva dei PACC ai sensi dell'art. 1, comma 39 cit. è quello attinente a tutte le prestazioni specialistiche rese nei confronti del servizio sanitario nazionale e regionale e delle sue strutture operative effettuate dai medici e dagli odontoiatri non in rapporto di dipendenza con le strutture accreditate.

Nell'individuazione del fatturato si tiene conto dell'importo effettivamente liquidato alle strutture accreditate dal S.S.N. a fronte delle prestazioni effettuate, al lordo della eventuale quota a carico dell'assistito da esso anticipata (c.d. ticket).

A1 – PACC MEDICI

Il fatturato imponibile è quello relativo ad ogni prestazione specialistica del PACC MEDICO eseguita dai medici e dagli odontoiatri non dipendenti, al netto degli abbattimenti previsti al successivo punto B1.

Nel caso in cui ogni singola prestazione che compone il PACC MEDICO sia remunerata in base ad una specifica tariffa, le strutture accreditate inseriscono i dati di fatturato della prestazione nella corrispondente branca specialistica prevista nel modello DFS.

Qualora, invece, il PACC MEDICO sia remunerato con tariffa omnicomprensiva, le strutture inseriscono i dati di fatturato nella sezione "PACC MEDICI".

A2 – PACC CHIRURGICI

Ogni PACC CHIRURGICO inserito nel Nomenclatore Tariffario Regionale della specialistica ambulatoriale deve essere soggetto a contribuzione.

Poiché i PACC CHIRURGICI sono composti da prestazioni multidisciplinari remunerate con una tariffa unitaria, ai fini dell'individuazione del fatturato imponibile si stabilisce quanto segue:

- nell'ipotesi in cui tutte le prestazioni effettuate all'interno dei PACC CHIRURGICI siano svolte da medici/odontoiatri non dipendenti, il fatturato relativo al PACC costituirà interamente imponibile contributivo, al netto degli abbattimenti previsti al successivo punto B2.;
- nell'ipotesi di compresenza di medici/odontoiatri dipendenti e non dipendenti all'interno dei PACC CHIRURGICI, la struttura accreditata individua la base contributiva in base all'apporto reso dai non dipendenti, al netto degli abbattimenti previsti al successivo punto B2. A riguardo, si specifica che, in presenza di un solo professionista non dipendente nell'esecuzione dell'intervento chirurgico o afferente a discipline di tipo chirurgico, l'incidenza di esso ai fini della determinazione dell'imponibile contributivo non può essere inferiore al 33%. Nel caso di due professionisti non dipendenti, la relativa incidenza non può essere, invece, inferiore al 50%.

Le strutture accreditate inseriscono i dati di fatturato relativi al PACC CHIRURGICO nella sezione "PACC CHIRURGICI" prevista nel modello DFS.

B. ABBATTIMENTI APPLICABILI AI PACC

Per quanto riguarda gli abbattimenti applicabili alle diverse tipologie di PACC, si tiene conto delle seguenti indicazioni.

B1 – PACC MEDICI

Ove la singola prestazione che compone i PACC MEDICI sia identificata nel Nomenclatore Tariffario della specialistica ambulatoriale e nei Nomenclatori Tariffari Regionali da un codice ICD-9-CM ed abbia una sua specifica remunerazione, gli abbattimenti sono quelli applicabili a ciascuna prestazione specialistica erogata.

In tali casi, il fatturato, come individuato ai sensi del punto A e A1, ai fini del calcolo del contributo del 2% viene decurtato in base agli abbattimenti previsti per la branca specialistica di riferimento dalla tabella di cui all'allegato 1.

Qualora il PACC MEDICO venga remunerato con una tariffa omnicomprensiva, la Fondazione concorda nell'opportunità di innalzare, in via forfettaria, l'abbattimento applicabile.

In tali ipotesi, il fatturato, come individuato ai sensi del punto A e A1, ai fini del calcolo del contributo del 2% viene, pertanto, decurtato dell'abbattimento del 40%, indipendentemente dal tipo di branca principale cui è riferibile il percorso assistenziale, come indicato nella tabella di cui all'allegato 1.

B2 – PACC CHIRURGICI

Nei singoli Tariffari regionali della specialistica ambulatoriale, così come nel nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale allegato al DPCM 12 gennaio 2017, la branca principale di ogni PACC CHIRURGICO è costituita da una branca a visita (oculistica, ortopedia, chirurgia, angiologia, etc.), per la quale è previsto l'abbattimento del 20%.

Tenuto conto del pagamento unitario ed omnicomprensivo delle prestazioni erogate nell'ambito di tali PACC, nonché in considerazione della maggiore incidenza dei costi strumentali in tale tipo di attività, la Fondazione concorda nell'opportunità di innalzare, in via forfettaria, l'abbattimento applicabile ad ogni tipologia di PACC CHIRURGICO.

Il fatturato, come individuato ai sensi del punto A e A2, ai fini del calcolo del contributo del 2% viene, pertanto, decurtato dell'abbattimento del 40%, indipendentemente dal tipo di branca principale cui è riferibile l'intervento, come indicato nella tabella di cui all'allegato 1.

C. REGOLARIZZAZIONE DELLE ANNUALITA' PREGRESSE

Al fine di regolarizzare i mancati adempimenti dichiarativi e contributivi relativi ai PACC sino ad oggi dovuti in applicazione dell'art. 1, comma 39, Legge 23 agosto 2004 n. 243, si stabilisce quanto segue:

1. il Legale Rappresentante *pro tempore* della struttura, entro il termine di cui al punto H, sottoscrive apposita dichiarazione ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di conseguenze civili, amministrative e penali in caso di dichiarazioni mendaci, nella quale:
 - attesta i fatturati relativi ai PACC - calcolati secondo quanto previsto dai punti A e B del presente protocollo – per le annualità non prescritte tenendo conto degli atti interruttivi della Fondazione, utilizzando il modulo allegato (all. 2), che costituisce parte integrante del presente protocollo;
 - determina l'entità del contributo dovuto;
 - indica i nominativi dei medici ed odontoiatri fra i quali lo stesso va ripartito e attribuisce loro la percentuale contributiva di spettanza individuale.

2. ogni struttura accreditata procede al pagamento di quanto dovuto (comprensivo delle maggiorazioni di cui al punto E) in un'unica soluzione ovvero mediante pagamento rateale, in caso di ammissione alla rateazione di cui al successivo punto D.

L'ENPAM, qualora, a seguito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di ispezione, ravvisi delle incongruità nei dati forniti dalla struttura con la dichiarazione di cui al punto 1, procede, in via preliminare, ad una contestazione amministrativa, in cui sono indicate le predette incongruità e viene assegnato il termine di quindici giorni per eventuali controdeduzioni. Nel caso in cui tali controdeduzioni non fossero ritenute idonee, la Fondazione contesterà le irregolarità evidenziate e notificherà la decadenza dalle agevolazioni previste dal presente protocollo; in tal caso, i contributi dovuti devono essere corrisposti in un'unica soluzione, maggiorati delle sanzioni di cui all'art. 116, comma 8, lettera b), della Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

D. RATEIZZAZIONE DEI DEBITI CONTRIBUTIVI SCADUTI

Su richiesta delle strutture interessate, è ammessa la possibilità di rateizzare i contributi non versati unitamente alle maggiorazioni di cui al punto E) in un periodo non superiore, di norma, ai 3 anni, fermo restando il versamento della contribuzione relativa alle annualità in scadenza nel periodo di rateazione.

Ai fini della definizione della durata del piano di ammortamento, la Fondazione tiene conto dell'entità del debito e della situazione economico-finanziaria della struttura richiedente.

L'importo complessivo dovuto viene maggiorato degli interessi di dilazione calcolati al tasso legale.

In caso di mancato pagamento di due rate, anche non consecutive, ovvero qualora sia omessa la dichiarazione relativa al fatturato imponibile per annualità successive o sia accertata l'incompletezza e/o la falsità delle dichiarazioni rese all'ENPAM, la struttura decade dalla rateazione concessa e i contributi dovuti devono essere corrisposti in un'unica soluzione, maggiorati delle sanzioni di cui all'art. 116, comma 8, lettera b), della Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

E. MAGGIORAZIONE DEI DEBITI CONTRIBUTIVI SCADUTI

I debiti contributivi scaduti relativi ai PACC, in caso di autodenuncia spontanea secondo le modalità e i termini di cui ai punti C e H del presente protocollo, sono soggetti alla rivalutazione monetaria, in luogo delle sanzioni previste dall'art. 116, comma 8, lett. b) della Legge 23 dicembre 2000, n. 388.

F. CERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA REGOLARITA' CONTRIBUTIVA

L'ENPAM rilascerà la certificazione attestante la regolarità contributiva dopo il pagamento in un'unica soluzione delle somme dovute ovvero del versamento della prima rata in caso di ammissione alla rateazione secondo le modalità di cui al precedente punto D.

La certificazione di regolarità contributiva sarà immediatamente revocata nel caso di interruzione del pagamento rateizzato.

G. CONTENZIOSI GIUDIZIARI

Le previsioni di cui ai precedenti punti D ed E del presente protocollo trovano applicazione solo nei confronti delle strutture che, per le annualità oggetto di regolarizzazione, non intraprendano azioni giudiziarie nei confronti dell'ENPAM ovvero rinuncino alle azioni in corso.

L'ENPAM si impegna a rinunciare alle azioni proposte nei confronti delle strutture che procedano a regolarizzare la propria posizione contributiva in conformità al presente protocollo, fermo restando il regolare assolvimento degli obblighi contributivi di cui alle altre prestazioni soggette all'obbligo contributivo del 2%. La rinuncia è formalizzata a seguito della dichiarazione di responsabilità di cui al punto C del presente protocollo e del versamento in unica soluzione delle somme dovute. In caso di ammissione alla rateazione, la predetta formalizzazione presuppone il pagamento in unica soluzione delle prime sei rate del piano di ammortamento accordato.

Le spese di lite, nella misura liquidata dalle sentenze intervenute, rimangono a carico delle strutture accreditate. Per i giudizi eventualmente in corso, le spese legali rimangono a carico di ciascuna delle parti.

H. NORME FINALI

Le previsioni di cui ai precedenti punti D ed E trovano applicazione per le sole istanze di regolarizzazione pervenute all'ENPAM ai sensi del presente accordo, entro il 30.10.2022.

Sono fatti salvi i versamenti contributivi sino ad oggi effettuati alla Gestione Previdenziale degli Specialisti Esterni del Fondo della Medicina Convenzionata e Accreditata ai sensi dell'art. 1, comma 39, della Legge 23 agosto 2004, n. 243.

Allegati c.s.

Roma, 28 Luglio 2022

Per **FONDAZIONE ENPAM**
Il Presidente
Dott. Alberto Oliveti

Per **ACOP**
Il Presidente
On. Prof. Michele Vietti

ALLEGATO 1

TABELLA DI TRASCODIFICA FRA LE BRANCHE SPECIALISTICHE EX DD.P.R. 23 MARZO 1988, NN. 119 E 120, QUELLE DI CUI ALL'ALLEGATO 3 DEL D.M 22 LUGLIO 1996 E QUELLE DI CUI ALL'ALLEGATO 4 DEL D.P.C.M 12 GENNAIO 2017			
BRANCHE SPECIALISTICHE ALL. 4 D.P.C.M. 12 GENNAIO 2017	BRANCHE SPECIALISTICHE ALL. 3 D.M. 22 LUGLIO 1996	BRANCHE SPECIALISTICHE DD.P.R. NN. 119/88 E 120/88	ALIQUOTE DI ABBATTIMENTO
ANESTESIA/ANALGESIA	ANESTESIA	<i>Branca a visita</i>	20%
CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA	20%
CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA	20%
CHIRURGIA PLASTICA	CHIRURGIA PLASTICA	CHIRURGIA	20%
CHIRURGIA VASCOLARE	CHIRURGIA VASCOLARE – ANGIOLOGIA	CHIRURGIA	20%
DERMATOLOGIA/ALLERGOLOGIA	<i>Branca a visita</i>	<i>Branca a visita</i>	20%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA	40%
ENDOCRINOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA	ENDOCRINOLOGIA	20%
GASTROENTEROLOGIA	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	GASTROENTEROLOGIA	20%
LABORATORIO	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA - ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA – GENETICA – IMMUNOEMATOLOGICA E S. TRASF.	LABORATORIO – PATOLOGIA CLINICA	30%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	FISIOKINESITERAPIA E TERAPIA FISICA	30%
MEDICINA NUCLEARE	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	MEDICINA NUCLEARE	60%
NEFROLOGIA	NEFROLOGIA	NEFROLOGIA	20%
NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	NEUROCHIRURGIA	20%
NEUROLOGIA	NEUROLOGIA	<i>Branca a visita</i>	20%
OCULISTICA	OCULISTICA	OCULISTICA	20%
ODONTOSTOMATOLOGIA	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ODONTOSTOMATOLOGIA	30%
ONCOLOGIA	ONCOLOGIA	<i>Branca a visita</i>	20%
ORTOPEDIA	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<i>Branca a visita</i>	20%

ALLEGATO 1

OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	20%
OTORINOLARINGOIATRIA	OTORINOLARINGOIATRIA	OTORINOLARINGOIATRIA	20%
PNEUMOLOGIA	PNEUMOLOGIA	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	20%
PSICHIATRIA	PSICHIATRIA	<i>Branca a visita</i>	20%
RADIOTERAPIA	RADIOTERAPIA	<i>Equiparata alla Medicina Nucleare</i>	60%
UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	20%
ALTRE PRESTAZIONI	ALTRE PRESTAZIONI	ALTRE BRANCHE A VISITA	20%

Per le prestazioni di emodialisi e di ossigenoterapia iperbarica (OTI), la Fondazione riconosce l'abbattimento massimo previsto dai DD.P.R. 23 MARZO 1988, nn. 119 e 120, pari al 60%.

Quando nel nomenclatore tariffario il medesimo codice di prestazione è presente in diverse branche (es. in cardiologia ed in radiologia), può essere applicato l'abbattimento proprio della branca nella quale la prestazione deve essere inserita in ragione della sua peculiare natura. Ad esempio, nel caso del codice 88.72.1 (ecografia cardiaca), al fatturato inerente tale prestazione può essere applicato l'abbattimento proprio della radiologia.

Per i PACC MEDICI (percorsi ambulatoriali di tipo diagnostico, terapeutico, riabilitativo e di *follow up*), nell'ambito dei quali ogni singola prestazione erogata è identificata nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale e nei Nomenclatori Tariffari Regionali da un codice ICD-9-CM ed ha una specifica remunerazione, gli abbattimenti sono quelli applicabili a ciascuna prestazione specialistica, come indicato nella precedente tabella.

Per i PACC MEDICI remunerati con tariffa omnicomprensiva, si applica – in via forfettaria – l'abbattimento del 40%, indipendentemente dal tipo di branca principale cui è riferibile il percorso assistenziale.

Ai PACC CHIRURGICI (percorsi ambulatoriali di tipo chirurgico o afferenti a discipline di tipo chirurgico) identificati nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale e nei Nomenclatori Tariffari Regionali da uno specifico codice ICD-9-CM e remunerati con una tariffa omnicomprensiva che comprende le diverse fasi del percorso assistenziale (presa in carico del paziente, diagnostica pre-chirurgica, procedura chirurgica e visita di controllo post-chirurgica), si applica – in via forfettaria – l'abbattimento del 40%, indipendentemente dal tipo di branca principale cui è riferibile l'intervento.

Informativa sul trattamento dei dati personali per le attività istituzionali previdenziali
(come previsto dagli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione
dei dati Ue 2016/679, in breve "Rgpd", in inglese "Gdpr")

Contatti	Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it . Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it ; pec: dpo@pec.enpam.it .
Finalità del trattamento	<ul style="list-style-type: none">■ gestione del rapporto con gli iscritti;■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo
Base giuridica	Adempimento di obblighi legali, esecuzione di compiti di interesse pubblico di cui è investita la Fondazione (articolo 6 paragrafo 1 lettere e) e c) Rgpd), diritti da far valere o difendere in sede giudiziaria (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) e articolo 9 paragrafo 2 lettera f) Rgpd). Il trattamento di categorie particolari di dati è necessario per motivi di interesse pubblico (articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd; Autorizzazione n. 3/2016 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni).
Fonte da cui hanno origine i dati personali	Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri.
Categorie di dati trattati	Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute)
Periodo di conservazione	I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per tutti i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo
Categorie di destinatari	Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici.
I diritti degli interessati	L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd, usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy
Informazioni aggiuntive ed estese	Per maggiori dettagli, consultare www.enpam.it/privacy .