

ACCORDO EX ART. 8 QUINQUIES D. LGS. N. 502/1992 PER GLI ANNI 2025– 2026

tra

l'**ASL TO5**, con sede legale in Chieri, Piazza Silvio Pellico,1, (C.F. 06827170017),

rappresentata dal Direttore Generale pro tempore Dott. Bruno Osella,

successivamente nominata “Azienda sanitaria” o “ASL”

e

la **Fondazione del Piemonte per l'Oncologia** (C.F. 10202940010), titolare dell'Istituto

a carattere scientifico per la Ricerca e la Cura del Cancro (IRCCS), sito in Candiolo,

Strada Provinciale, 142, con sede operativa indicata nell'allegato 1, accreditata per

l'erogazione delle prestazioni oggetto dell'accordo, successivamente nominata

“Struttura” o “Erogatore”, rappresentata dal Dott. Salvatore Nieddu nella qualità di

Direttore Generale, con titolo di legale rappresentanza.

Premesso che:

1. gli articoli 8-bis, ter, quater e quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. disciplinano

la partecipazione al SSN degli Erogatori Privati;

2. in data 15/09/2022, in adempimento della D.G.R. 1° luglio 2022, n. 10-5283

(pubblicata su BURP N. 28 del 14/07/2022), titolata, “*IRCCS "Fondazione del*

Piemonte per l'Oncologia" di Candiolo - Aggiornamento del fabbisogno sanitario ai

sensi degli artt. 8 ter, 8 quater e 8 quinquies D.Lgs. 502/1992 e smi e determinazione

del finanziamento a funzione di cui all'art. 8 sexies D.lgs. 502/1992 e smi per il

triennio 2022-2024” è stato sottoscritto tra l'ASL e l'Erogatore apposito “ACCORDO

CONTRATTUALE EX ART. 8-QUINQUIES DEL D. LGS. N. 502/1992 PER IL TRIENNIO

2022-2024”;

3. con Deliberazione della Giunta Regionale 22 gennaio 2024, n. 17-8103 (pubblicata

su BURP N. 4 del 25/01/2024 e, pertanto, non allegata la presente documento) sono

stati approvati, per gli anni 2024-2026, le regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati accreditati, il budget nonché lo schema di contratto a valere per le strutture private e per i presidi/IRCCS ex artt. 42 e 43 L. 833/1978;

4. il budget per gli anni 2025-2026 è stato approvato con Determinazione Dirigenziale n. 991/A1400B/2024 DEL 24/12/2024, recante "D.G.R. n. 17-8103 del 22 gennaio 2024, ad oggetto *"Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Presa d'atto dell'Accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare". Definizione della spesa per gli anni 2025 e 2026"*;

si conviene e stipula quanto segue.

Articolo 1 - Oggetto dell'Accordo

1. Le premesse costituiscono parte integrante del presente accordo.

2. L'Erogatore si impegna a somministrare prestazioni sanitarie, per conto e a carico del SSR, conformi a volumi riassunti all'articolo 3, comma 1 e di cui ai seguenti setting:

RESIDENTI IN REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

III. cure domiciliari riabilitative (su specifici progetti concordati con l'Asl)

IV. ambulatoriale ex art. 26 L. 833/1978

V. assistenza farmaceutica in distribuzione/somministrazione diretta.

RESIDENTI FUORI REGIONE

I. ricovero in regime di acuzie e post-acuzie

II. specialistica ambulatoriale

III. assistenza farmaceutica in distribuzione/somministrazione diretta.

3. Le prestazioni devono realizzarsi all'interno di ogni annualità, con distribuzione coerente all'ordinato fisiologico andamento della domanda e nel rispetto del budget totale assegnato.

Art. 2 – Obblighi dell'erogatore e requisiti dei servizi

1. In ogni aspetto relativo all'esercizio della propria attività, l'Erogatore garantisce l'osservanza di tutte le norme di legge e dei provvedimenti amministrativi, di ogni rango e tipo, nessuno escluso. L'Erogatore è tenuto, tra l'altro, a mantenere e ad adeguare i requisiti organizzativi, funzionali e strutturali di accreditamento, in ragione delle discipline contrattate e del tasso effettivo di occupazione, e ad erogare le prestazioni secondo standard e protocolli di accessibilità, appropriatezza clinica, tempi di attesa, continuità assistenziale.

2. Gli obblighi connessi agli adempimenti amministrativi ed al debito informativo rappresentano un elemento essenziale della prestazione.

3. Per una razionale e più efficiente gestione degli accessi ai servizi, nei termini e secondo le modalità stabilite dall'ASL e/o dalla Regione, la struttura erogatrice assicura:

- l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo le modalità organizzative stabilite, con riguardo alle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, dalla Deliberazione della Giunta Regionale 22 gennaio 2024, n. 17-8103, avente ad oggetto *“Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione*

regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”;

- la condivisione con le ASL di tutte le agende di prenotazione relative alle prime visite e altre prestazioni di primo accesso, al fine di consentire la prenotabilità della propria offerta sul Centro Unico di Prenotazione regionale nei termini e nelle modalità di cui alla DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022 e s.m.i.; le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico-finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore e fatto salvo quanto previsto dagli atti regionali in materia in ordine alle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate;
- l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivisione dei dati e documenti digitali di tipo sanitario generati da eventi clinici riguardanti l'assistito, e la corretta gestione del consenso informato.

4. Ai sensi dell'articolo 41, comma 6 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i., la struttura è tenuta ad indicare, in apposita sezione nel proprio sito denominata “Liste di attesa”, i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, nonché, in altra sezione, i bilanci certificati (o conto economico nel caso di Enti, anche religiosi, o di strutture facenti parte di gruppi societari) - redatti secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 - e i dati sugli

aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta.

5. Fermo restando il limite giornaliero di capacità produttiva complessiva, l'utilizzo

flessibile dei posti letto della struttura è consentito entro i limiti quantitativi dei letti

accreditati delle aree funzionali omogenee. I posti letto contrattati sono intesi come

medi annui e il limite di occupazione giornaliero pari a quello degli accreditati.

6. La capacità produttiva non contrattata o non utilizzata dal SSN è fruibile per

l'attività in regime privatistico.

7. La Struttura erogherà le prestazioni contrattate attraverso personale che, in

possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente, non versi in situazione

d'incompatibilità ex articolo 4, comma 7 della legge n. 412/1991. Al personale

dipendente saranno applicati i contratti di lavoro nazionali di categoria del settore

privato in conformità alla normativa vigente.

8. Ai sensi dell'art. 1, comma 42, lett. I) della legge n. 190/2012, la Struttura non

potrà concludere contratti di lavoro subordinato o autonomo o attribuire incarichi

ad ex dipendenti di ASL e Regione che nei tre anni antecedenti abbiano esercitato

nei loro confronti poteri autoritativi o propedeutici alle attività negoziali.

9. Qualora l'ente intenda cessare l'attività sanitaria deve comunicare la suddetta

volontà con un preavviso di almeno 90 giorni, salvo diversa comunicazione dell'ASL

e fermo restando l'obbligo di garantire la continuità delle prestazioni fino al

provvedimento regionale di decadenza dall'accreditamento.

10. La Struttura può sospendere l'erogazione delle prestazioni soltanto per giusta

causa con comunicazione tempestiva all'ASL, la quale informerà la Regione; allo

stesso modo dovrà essere comunicata la ripresa dell'attività. Non costituiscono

giusta causa gli eventuali ritardi nei pagamenti dei corrispettivi dovuti all'Erogatore,

ferme restando per tale ultima evenienza le tutele accordate dagli artt. 3 e 6 del

D.lgs. 9 ottobre 2002, n. 231. Qualora l'Erogatore sospenda l'erogazione senza giusta causa, resta facoltà dell'ASL risolvere l'accordo mediante dichiarazione unilaterale comunicata a mezzo PEC, con conseguente addebito di tutti i danni subiti e subendi.

11. La cessione dell'accordo a terzi non produce effetti nei confronti dell'ASL e della Regione; in caso di mutamento di carattere soggettivo (fusione, incorporazione, scissione, cessione ramo d'azienda, subentro di altro titolare, etc.) l'efficacia della cessione dell'accordo, insieme all'accreditamento e all'autorizzazione, è sospensivamente condizionata all'adozione degli atti di competenza regionale circa la verifica dei requisiti soggettivi ed oggettivi.

Art. 3 – Budget

1. Per gli anni 2025-2026, in relazione alle risorse finanziarie programmate per le prestazioni da rendere dall'Erogatore per conto e a carico del SSR, nei limiti dei posti letto/branche specialistiche ambulatoriali accreditati indicati nell'allegato A), sono assegnati all'Erogatore i seguenti budget suddivisi per tipologia di setting assistenziali, per ciascuna annualità:

RICOVERO

Residenti Regione Piemonte (inclusi, secondo

la circolare del Ministero della Salute

n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP) **€ 17.463.173,61**

Residenti fuori Regione Piemonte **€ 2.854.790,84**

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Residenti Regione Piemonte (inclusi, secondo

la circolare del Ministero della Salute

n. 5 del 24.3.2000, STR, ENI, STP) **€ 20.869.980,80**

Residenti fuori Regione Piemonte	€ 1.939.749,56
---	-----------------------

Totale complessivo	€ 43.127.694,81
---------------------------	------------------------

Finanziamento ex art. 8 sexies D.lgs. n. 502/1992 e
--

smi per ciascuna annualità (2025-2026)	€ 5.000.000,00
--	-----------------------

L'Asl si riserva di richiedere, all'interno del budget, l'esecuzione di prestazioni specifiche di cui rilevi il fabbisogno nella sua funzione di tutela.

2. Il budget ambulatoriale è al lordo del ticket.

3. Nell'ambito della stessa struttura, sono ammesse le seguenti compensazioni:

- all'interno del budget regionale, da ricovero verso attività ambulatoriale in

presenza di economie del setting di ricovero (non viceversa);

- all'interno del budget regionale, fra le prestazioni domiciliari e ambulatoriali ex art.

26 L. 833/1978 con quelle ambulatoriali e viceversa, in presenza di economie per

tali setting;

- all'interno del budget extraregionale da ricovero verso attività ambulatoriale e

viceversa in presenza di economie di uno o dell'altro setting;

- nell'ambito dei budget regionale ed extraregionale, esclusivamente tra medesimi

setting assistenziali (ricovero su ricovero, ambulatorio su ambulatorio) o tra

ricovero verso ambulatorio (non viceversa), in presenza di economie. In ogni caso

l'eccedenza di ricovero regionale è compensabile unicamente in presenza di

economie di ricovero extraregionale.

4. Eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno riconosciute

al termine della procedura di compensazione della mobilità interregionale, nella

misura in cui siano valorizzate all'interno della stessa e, comunque, entro e non oltre

il tetto massimo complessivo di spesa regionale per prestazioni di ricovero ed

ambulatoriali, fissato annualmente dalla DGR di riferimento, al fine del rispetto del

limite di spesa di cui all'art. 15, c. 14 del D.L. n. 95/2012 e s.m.i.

5. Le eccedenze di produzione a favore di residenti fuori regione saranno oggetto di regressione tariffaria fino al raggiungimento del predetto importo mediante riduzione in misura proporzionale alle eccedenze di produzione della singola struttura, partendo dalle prestazioni di bassa e media complessità in ricovero ordinario, seguite da quelle potenzialmente inappropriate erogate in regime ambulatoriale (escludendo quelle di medicina nucleare, dialisi ed oncologiche).

6. Sono ammesse le compensazioni fra strutture del medesimo gruppo societario, mantenendo la distinzione per setting secondo le modalità di cui ai commi precedenti ed il richiamo alle regole generali di abbattimento del valore della produzione in caso di superamento di ciascuno.

7. Trasferimenti parziali di attività e correlato budget tra strutture appartenenti al medesimo gruppo societario sono ammessi previa richiesta formulata entro il 31 maggio di ogni anno, fatte salve le esigenze della programmazione e con il parere favorevole delle aziende sanitarie interessate.

8. Sono riconoscibili al di fuori del budget assegnato unicamente le eventuali prestazioni contrattualizzate, sulla base delle indicazioni regionali, per il recupero delle liste di attesa.

9. Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a progetti di ricerca applicata, in particolare al progetto denominato *"PERSEO - Personalizzazione della Diagnosi e Cura del paziente oncologico"*, comprendente le attività di trattamenti personalizzati dei pazienti con metastasi da tumori solidi, trattamento personalizzato chirurgico ablativo in uro-oncologia, presa in carico personalizzata del paziente oncologico con compitanze" è previsto l'importo di € 5.000.000/anno (durata biennale con scadenza al 31/12/2026), come confermato nell'Allegato B) della citata DD n.

991/A1400B/2024 del 24/12/2024.

Per l'esercizio delle funzioni riconducibili a altri progetti di ricerca applicata, l'esercizio funzioni di emergenza urgenza o di ossigenoterapia iperbarica in regime di emergenza per le annualità 2025-2026 interessate dal presente contratto si farà riferimento alla normativa regionale adottata successivamente.

10. L'erogatore dichiara di conoscere ed accetta:

- l'applicazione del sistema dei controlli di cui alla D.G.R. 30 dicembre 2013, n. 13-6981 e s.m.i.;

- l'applicazione del sistema dei controlli di qualità ed appropriatezza dei ricoveri previsti dall'art. 79 comma 1 septies D.L. 112/2008, convertito con la Legge n. 133/2008, e dal DM 10 dicembre 2009, così come declinati nei provvedimenti attuativi regionali di riferimento.

Art. 4 - Regole di remunerazione

1. La valorizzazione delle prestazioni avviene con la tariffa in vigore al momento dell'erogazione, intendendosi per le prestazioni di ricovero la data di dimissione e per quelle ricorrenti la data di completamento del ciclo terapeutico.

2. Le prestazioni inviate al CSI oltre il termine ordinariamente fissato per la chiusura della gestione in competenza saranno considerate unicamente ai fini dell'obbligo informativo, non a fini remunerativi.

3. L'Erogatore avrà diritto al riconoscimento della produzione annualmente erogata entro il limite massimo delle risorse allo stesso assegnate, salvo quanto previsto all'art. 3. nulla spetterà all'Erogatore,

quale compenso, indennizzo o risarcimento comunque denominato, per le prestazioni rese dalla Struttura in carenza di autorizzazione/accreditamento o dei relativi requisiti, nonché a seguito di sospensione/revoca dei titoli menzionati e di

sospensione degli effetti dell'accordo di cui all'articolo 7.

4. Per la somministrazione dei farmaci (File F) da parte degli aventi diritto è previsto il rimborso sulla base dei costi sostenuti o, se inferiori, ai prezzi di riferimento delle gare regionali ridotti dalle eventuali quote dovute dalle aziende farmaceutiche in applicazione della cd. "rimborsabilità condizionata" di taluni farmaci. Nei farmaci rilevati in File F rientrano, in considerazione delle semplificate modalità di somministrazione delle nuove terapie oncologiche orali, anche quelli dispensati a seguito di visita ambulatoriale e/o day hospital, così come previsto dalla DGR 19 febbraio 2021 n. 14-2889.

Art. 5 - Modalità di pagamento e cessione del credito

1. I soggetti erogatori emettono fatture mensili di acconto, a seguito dell'ordine trasmesso dall'Azienda tramite il sistema NSO pari al 95% di 1/12 del budget. È consentita l'emissione di una fattura a saldo delle prestazioni erogate alla scadenza del primo semestre dell'anno in misura complessivamente non superiore al 57% del budget, con la dicitura "salvo conguaglio" (o la richiesta di nota di credito da parte dell'azienda, qualora la produzione della struttura nel periodo sia stata inferiore al 95% del budget). Il documento contabile a conguaglio dell'annualità, emesso previo ricevimento dell'ordine elettronico dell'ASL, viene liquidato a seguito dei controlli effettuati circa l'osservanza dell'accordo.

2. Per il finanziamento dedicato all'esercizio di specifiche funzioni sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'Erogatore, acconti mensili pari a 1/12 del valore assegnato come limite annuo massimo attribuito. Entro il primo quadri mestre dell'anno successivo, l'ASL effettua una verifica a consuntivo dei costi sostenuti in coerenza al servizio garantito, ai risultati raggiunti ed alle attività effettivamente svolte ed eroga il conguaglio.

3. Per i farmaci (file F) sono corrisposti, sulla base di apposita fattura emessa dall'erogatore, acconti mensili pari al 95% del valore risultante dal suddetto tracciato. Entro il quadrimestre dell'anno successivo l'ASL verifica la congruità dei farmaci addebitati e della loro valorizzazione e procede, in relazione alle verifiche effettuate, alla liquidazione del saldo degli stessi".

4. La produzione ambulatoriale viene liquidata dall'ASL previa detrazione degli importi incassati dalla Struttura a titolo di compartecipazione degli assistiti non esenti.

5. L'ASL emette l'ordine, di norma annuale, tramite il sistema NSO in modo da garantire la regolarità dei pagamenti.

6. I pagamenti devono aver luogo nel termine di 60 giorni dal ricevimento della fattura, ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 231/2002 e s.m.i.

7. I ritardi di pagamento dovuti ad errori o incompletezza dei dati nelle fatture, tempestivamente segnalati dall'ASL, non sono imputabili a quest'ultima, per cui il termine di pagamento decorre interamente dalla trasmissione della fattura con le dovute rettifiche/integrazioni.

8. Gli importi versati dall'ASL e non dovuti sono detratti dagli acconti e/o dal saldo della produzione liquidabile.

9. Le eventuali eccedenze di produzione non remunerate nell'esercizio oggetto di controllo potranno all'occorrenza essere compensate con gli importi da recuperare per prestazioni inappropriate o rese in difformità a requisiti amministrativi o di appropriatezza clinica od organizzativa.

10. È fatta salva la facoltà dell'ASL di sospendere totalmente o parzialmente i pagamenti, comunicandolo previamente e formalmente alla Struttura, nei limiti delle contestazioni elevate a seguito dei controlli effettuati, dell'accertamento di

gravi violazioni di legge o di norme regionali o di disposizioni previste dal contratto.

Le partite contestate devono essere comunque definite entro e non oltre l'esercizio finanziario successivo alla verifica dei risultati.

11. La cessione del credito vantato nei confronti dell'ASL, ferma la forma richiesta dall'art. 69 R.D. 18 novembre 1923, n. 2440, produce effetti nei confronti di quest'ultima solo a seguito di notificazione della cessione alla medesima e di espressa accettazione da parte di essa, applicandosi l'art. 117, comma 4-bis, del D.L. 19 maggio 2020 n. 34 (conv. con L. 17 luglio 2020, n. 77).

12. La misura degli interessi moratori di cui al D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231 non può essere superiore al tasso legale stabilito con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze non aumentato dei punti percentuali. In caso di cessione del credito da parte della Struttura, quest'ultima si impegna ad accollarsi il debito dell'ASL avente ad oggetto il pagamento degli interessi moratori in esame che possano sorgere successivamente alla cessione.

13. In ogni caso la Struttura si impegna ad emettere nota di credito sulle fatture oggetto di cessione qualora l'ASL lo richieda per la parte di produzione non effettuata.

Art. 6 - Verifiche e controlli

1. L'ASL e l'Erogatore verificano periodicamente l'andamento della produzione e la sua coerenza rispetto alle prestazioni contrattate. L'ASL potrà in ogni tempo compiere ispezioni e controlli, nel rispetto della D.G.R. 28 ottobre 2013, n. 24-6579 e delle ulteriori disposizioni in materia. L'Erogatore si obbliga a consentire lo svolgimento dell'attività di vigilanza dell'apposita Commissione ASL, a pena di risoluzione dell'accordo secondo la previsione di cui all'art. 7, comma 5, lett. e).

L'Erogatore si impegna altresì ad agevolare l'attività di vigilanza stessa, nonché

quelle ulteriori esercitate nell'ambito delle funzioni regionali di verifica e controllo, mettendo a disposizione il materiale e la documentazione necessaria all'espletamento delle attività stesse.

2. Eventuali inadempienze al contratto sono formalmente contestate dall'ASL alla Struttura e tempestivamente comunicate alla Regione. Entro 10 giorni, il legale rappresentante della Struttura, o suo delegato, può presentare osservazioni e chiarimenti, ferma restando la tutela in sede giurisdizionale.

3. L'ASL verifica il puntuale e corretto adempimento, da parte dell'Erogatore, dell'obbligo di cui all'art. 2, comma 4, di pubblicare il bilancio ed i dati relativi alle liste di attesa sul suo sito web, così come previsto dall'art. 41, comma 6, del D.Lgs.

14 marzo 2013, n. 33.

Art. 7 – Sospensione e risoluzione dell'accordo

1. In caso di grave inadempimento, anche parziale, di obbligazioni nascenti dal contratto, e previa contestazione formale, la parte può sospendere l'efficacia dell'accordo o di parte di esso da un minimo di 3 mesi ad un massimo di 12 mesi, inviando comunicazione formale che indichi altresì la durata della sospensione.

2. La revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento determina l'automatica e contestuale risoluzione dell'accordo. Parimenti, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento della Struttura determinano l'automatica e contestuale sospensione dell'efficacia dell'accordo. Sono fatte salve ulteriori cause di sospensione e di risoluzione dell'accordo previste dalla legge. La revoca o la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento relativa a determinati p.l.

contrattualizzati o a determinate branche specialistiche contrattualizzate determinano la contestuale riduzione del budget relativo ai p.l. o alle branche specialistiche oggetto di sospensione/revoca da parte della Direzione Sanità, fatto

salvo per queste ultime diverse valutazioni da parte dell'Asl sulla base del suo fabbisogno.

3. Dalla data della comunicazione della sospensione dell'efficacia contrattuale anche solo parziale le prestazioni eventualmente rese non produrranno effetti obbligatori nei confronti dell'ASL e della Regione.

4. La Struttura si impegna ad adempiere con diligenza e costanza al proprio debito informativo (tracciati C, SDO ed ulteriori flussi previsti dalla normativa vigente), nei confronti dell'ASL e del SSR secondo i tempi e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale e regionale. Il mancato adempimento degli obblighi sopra indicati per causa imputabile all'Erogatore è motivo di risoluzione dell'accordo. Le prestazioni domiciliari riabilitative erogate devono essere inserite nel Portale regionale FARSIAD-RP per soddisfare il debito informativo ministeriale e regionale del flusso SIAD "Sistema Informativo Assistenza Domiciliare" istituito con il D.M. 17 dicembre 2008 e con la D.G.R. 2 agosto 2010, n. 69-481.

5. Il presente contratto si intenderà risolto ope iuris qualora intervenga una o più delle ipotesi di seguito indicate:

a) l'emersione di precedenti condanne penali, o sopravvenienza di nuove condanne penali, di carattere definitivo per uno o più reati di cui all'art. 94 del D.Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 nei confronti dei soggetti indicati da tale articolo;

b) l'accertamento o la sopravvenienza, con riferimento ai soggetti indicati dall'art. 85 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159, di cause di decadenza, di sospensione o di divieto previste dall'articolo 67 del D.Lgs. 6 settembre 2011, n. 159 e s.m.i., o in caso di ricevimento della comunicazione antimafia o di sussistenza di un tentativo di infiltrazione mafiosa accertato dall'informativa antimafia interdittiva

ex art. 84 del medesimo decreto;

c) violazione accertata definitivamente delle norme in materia di protezione

infortunistica, sicurezza sui luoghi di lavoro idonea ad incidere gravemente

sull'esecuzione delle prestazioni sanitarie;

d) ripetuta inosservanza dei requisiti e delle modalità di erogazione delle prestazioni;

e) impedimento al controllo esercitato dalle Aziende Sanitarie competenti per

territorio o dalle Commissioni di Vigilanza situate nel territorio aziendale.

La risoluzione di cui alle lettere a) e b) non si produce quando il reato è stato

depenalizzato ovvero quando è intervenuta la riabilitazione, ovvero, nei casi di

condanna ad una pena accessoria perpetua, quando questa è stata dichiarata estinta

ai sensi dell'art. 179, comma 7, del codice penale, ovvero quando il reato è stato

dichiarato estinto dopo la condanna ovvero in caso di revoca della condanna

medesima.

Articolo 8 - Clausola di salvaguardia

1. Con la sottoscrizione dell'accordo, il soggetto erogatore accetta il contenuto e gli

effetti dei provvedimenti di determinazione del sistema di finanziamento, dei

controlli e delle sanzioni.

2. Le parti sono consapevoli che il presente contratto non può essere oggetto di

condizioni o di riserve relative al sistema di finanziamento, dei controlli e delle

sanzioni.

3. Costituiscono integrazione del contenuto contrattuale i provvedimenti di

determinazione dei budget, dei tetti di spesa e del sistema tariffario, per cui la

conclusione dell'accordo comporta accettazione di questi ultimi.

Articolo 9 – Durata, aggiornamento e rinvio normativo

1. L'Accordo decorre dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026.

2. L'Accordo si adegua alle sopravvenute disposizioni imperative di carattere nazionale o regionale, senza che derivino maggiori oneri per l'ASL dalla necessità dell'Erogatore di osservare norme e prescrizioni entrate in vigore successivamente alla stipula. A seguito di tali evenienze, e purché le stesse siano legate all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSR, l'Erogatore potrà recedere dall'accordo entro 60 giorni dalla pubblicazione dei provvedimenti di cui sopra, mediante comunicazione formale all'ASL e alla Regione.

Articolo 10 – Bollo e registrazione

1. Il presente accordo è soggetto ad imposta di bollo ai sensi dell'art. 2, comma 1, del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 642 e successive modificazioni e la relativa spesa è divisa in parti uguali. L'imposta di bollo a carico dell'ASL TO5 è stata assolta in modo virtuale ai sensi dell'Autorizzazione Agenzia delle Entrate Ufficio di Moncalieri N. 183100 del 16/12/2014, rif. D.P.R. 26/10/1972 n. 642 e s.m.i.

2. È inoltre soggetto a registrazione solo in caso d'uso ai sensi dell'art. 5, comma 2, del D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131.

Art. 11 - Foro competente

Le controversie tra le parti derivanti dall'interpretazione di modalità esecutive o di validità dell'accordo saranno devolute all'Autorità Giudiziaria del foro in cui ha sede l'ASL.

Art.12 – Adempimenti normativa in materia di trasparenza e anticorruzione

1. Il presente accordo verrà pubblicato sul sito istituzionale dell'ASL TO5 e ai sensi del D. Lgs 33/2013 art. 41, comma 4, e s.m.i.

2. La Struttura dichiara di aver preso visione dei piani anticorruzione pubblicati dall'ASL TO5 nel sito aziendale nell'area Amministrazione Trasparente.

Art. 13– Riservatezza e Trattamento dei dati personali

1. L'Azienda, la Struttura ed il personale coinvolto, si impegnano a mantenere la riservatezza sui dati e documenti dei quali abbiano conoscenza, possesso e detenzione, direttamente connessi e derivanti dall'attività svolta, in ottemperanza a quanto disposto dalla vigente normativa sulla privacy.

2. I dati personali saranno trattati secondo i principi 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 e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). Le parti del presente accordo, determinando autonomamente le finalità e i mezzi di trattamento, si configurano quali Titolari autonomi sussistendo fra esse un trasferimento di dati in adempimento a specifici obblighi di legge.

Letto, confermato e sottoscritto

per L'ASLTO5

Per L'EROGATORE

Il Direttore Generale

Il Legale Rappresentante

Dott. Bruno Osella

Dott. Salvatore Nieddu

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 7 marzo

2005, n. 82

ALLEGATO A) STATO DI ACCREDITAMENTO

AZIENDA FONDAZIONE DEL PIEMONTE PER L'ONCOLOGIA

CODICE FISCALE 10202940010

COD. AZ. 922

SEDE LEGALE CANDIOLI (TO) STRADA PROVINCIALE 142

RICOVERO

STRUTTURA/E IRCCS di Candiolo

COD. HSP11 01092200

SEDE OPERATIVA CANDIOLI (TO) STRADA PROVINCIALE 143

ATTO DI AUTORIZZAZIONE: DGR 10-5283 del 01/07/2022

ATTO DI ACCREDITAMENTO DEFINITIVO: DGR 10-5283 del 01/07/2022 che demanda

a successivi atti della competente Direzione regionale Sanità e Welfare,

l'adozione, nell'ambito del fabbisogno di posti letto programmato di cui al

prospetto sotto riportato che costituisce parametro di riferimento ex artt. 8

ter e 8 quater D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., del relativo provvedimento di

autorizzazione/accreditamento finalizzato, sulla base di apposita istanza a

cura della struttura, alla variazione dei posti letto attualmente autorizzati ed

accreditati per adeguarli ai posti letto costituenti oggetto di accordo

contrattuale ai sensi dell'art. 8 quinque del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.;

DD 1873/A1414E/2023 DEL 07/12/2023, "Autorizzazione alla variazione

*nosologica di posti letto e relative autorizzazione all'esercizio dell'attività**sanitaria e accreditamento*": pl. Autorizzati 150; p.l. accreditati 150 in FASCIA

A ex DCR 22 febbraio 2000, n. 616-3149 e smi

Codice – Disciplina	P.L. AUTORIZZATI	P.L. ACCREDITATI	PL DA CONTRATTUA- LIZZARE
64 - ONCOLOGIA	40	40	30
02-DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	30	30	30
74 - RADIOTERAPIA ONCOLOGICA	2	2	2
09 - CHIRURGIA GENERALE	30	30	21
38-ORL	10	10	9
43 - UROLOGIA	10	10	9
98-DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO	10	10	2
37 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	10	10	10
49 - TERAPIA INTENSIVA	6	6	3
61- MEDICINA NUCLEARE	1	1	1
69 - RADIOLOGIA	1	1	1
TOTALE	150	150	118

AMBULATORIO

STRUTTURA IRCCS di Candiolo

SEDE OPERATIVA CANDIOLI (TO) STRADA PROVINCIALE 142

COD. STP 010046

ATTI DI ACCREDITAMENTO DGR 1-11696 del 01/07/2009 e DGR 28-2283 del
19/10/2015.

BRANCHE SPECIALISTICHE ACCREDITATE

Medicina Nucleare (cod. 61) Radioterapia (cod. 70), Radiologia Diagnostica
per Immagini di 2° livello (cod. 69), Gastroenterologia (cod.58), Cardiologia
(cod. 08), Pneumologia (cod. 68), Oncologia, (cod 64), Chirurgia Generale (cod
09), Ginecologia (cod.37), ORL (cod.38), Urologia (cod. 43), Anestesia e
Rianimazione (cod.49)