

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 <i>“Regole di finanziamento per l’acquisto di prestazioni</i>	
	<i>sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegnazione dei tetti</i>	
	<i>di spesa. Presa d’atto dell’Accordo tra la Direzione regionale Sanità e le Associazioni</i>	
	<i>degli Erogatori sanitari privati. Approvazione dello schema di contratto per</i>	
	<i>prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale, attività domiciliare”.</i> Definizione	
	<i>della spesa per gli anni 2025 e 2026”;</i>	
	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:	
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 <i>“Regole di finanziamento per l'acquisto di presta-</i>	
	<i>zioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026 ed assegna-</i>	
	<i>zione dei tetti di spesa. Recepimento dell'Accordo sottoscritto tra la Direzione</i>	
	3	

	<i>regionale Sanità e le Associazioni degli Erogatori sanitari privati. Approva-</i>	
	<i>zione dello schema di contratto per prestazioni di ricovero, specialistica am-</i>	
	<i>bulatoriale, attività domiciliare”;</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> 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 pre-	
	notabilità 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 as-	
	senza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale non sa-	
	ranno 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 mo-	
	dalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria	
	delle prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private accreditate e	
	contrattualizzate;	
	<ul style="list-style-type: none"> l'adesione al progetto Fascicolo Sanitario Elettronico, attraverso la condivi- 	
	sione 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	
	4	

		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. l) 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	
		5	

	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
	6	

	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 <i>"PERSEO - Personalizzazione della Diagnosi e Cura del paziente oncologico"</i> , 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 complicanze" 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.	
	8	

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 quadrimestre	
		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.	
		10	

	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	
	12	

	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	
	13	

	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'ASLT05

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 CANDIOLO (TO) STRADA PROVINCIALE 142	
	RICOVERO	
	STRUTTURA/E IRCCS di Candiolo	
	COD. HSP11 01092200	
	SEDE OPERATIVA CANDIOLO (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 quinquies 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	
	18	

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 CANDIOLO (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)