

ALLEGATO _____ ALLA
DETERMINA N. 160/159
DEL 07 MAR. 2016

SCHEMA DI CONVENZIONE

PER LA FORNITURA DI CORNEE, TESSUTI OCULARI PER TRAPIANTO, MEMBRANE AMNIOTICHE E PER LA PREPARAZIONE E CONSERVAZIONE DI OPERCOLI CRANICI

TRA

ASUR/AV2- Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, Area Vasta 2, con sede legale in Ancona, Via Caduti del Lavoro n. 40 CAP 60131, Codice Fiscale e Partita IVA: 0217586042 e sede amministrativa in Fabriano, Via Filippo Turati n. 51, CAP 60044, pec: **areavasta2.asur@marche.it**, in persona del Direttore Generale, Dott. Alessandro Marini, all'uopo munito dei pieni poteri di legge e sostituito per la sottoscrizione della presente dal Direttore di Area Vasta 2, Ing. Maurizio Bevilacqua, domiciliato per la carica presso l'AV2 di Fabriano - Via Filippo Turati n. 51, 60044 FABRIANO - dove ha sede la "BANCA DEGLI OCCHI DELLA REGIONE MARCHE" - in virtù delle competenze di cui alla Legge Regionale n°17 del 01/08/2011 e alla Determina DG/ASUR n°853 dell'8/11/2012 , all'uopo delegato alla sottoscrizione e stipula del presente accordo giusta Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. /ASURDG del 2016 (di seguito denominata "**A.S.U.R./A.V.2**");

E

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, con sede legale a Terni, Via Tristano di Joannuccio, 1 – 05100 TERNI (TR), Codice Fiscale/Partita IVA:00679270553, pec: **aospterni@postacert.umbria.it**, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante Dr. Andrea Casciari, domiciliato per la carica presso la sede legale, all'uopo munito di pieni poteri ai fini della sottoscrizione della presente giusta Determina n..... del..... 2016 – di seguito denominata "**Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni**";

PREMESSO CHE:

- Con Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. /ASURDG del 2016 è stato approvato lo schema di convenzione, ai fini della stipula, tra l'ASUR Marche/AV2 e l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni inerente la fornitura di cornee e tessuti oculari, membrane amniotiche nonché il trattamento e la conservazione di opercoli cranici;
- Con Determina n..... del..... 2016 la Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni ha approvato lo schema di convenzione, al fine della sottoscrizione dell'accordo di cui al punto precedente,

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Art. 1 – L'AV2/Fabriano s'impegna a fornire, attraverso la Banca degli Occhi della Regione Marche – con sede nello stabilimento ospedaliero di Fabriano - alla struttura di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni -autorizzata dalla Regione dell'Umbria a effettuare prelievi e trapianti di cornee e tessuti oculari - cornee idonee al trapianto, tessuti per la chirurgia oculare, membrane amniotiche, nei limiti della disponibilità, e alla struttura di Neurochirurgia (se presente) dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni - autorizzata dalla Regione dell'Umbria a effettuare prelievi e riposizionamenti di opercoli cranici - conservazione opercoli cranici. Le cornee, i tessuti, le membrane e gli opercoli inviati saranno accompagnati dalla certificazione attestante l'idoneità all'utilizzo e comprovante l'avvenuta selezione del donatore, volta a escludere la presenza di patologie trasmissibili mediante il trapianto.

Art. 2 – La richiesta della cornea, dei tessuti oculari per trapianto e/o delle membrane amniotiche dovrà essere inoltrata con la maggiore tempestività possibile, anche per via telefax, utilizzando i moduli di richiesta forniti dall'AV2/Fabriano (Allegati nn°1 e 2), contenenti le specifiche della richiesta.

Il tempo di attesa varierà in funzione dell'urgenza o della programmazione dell'intervento, che sarà eluso in funzione delle caratteristiche cliniche del ricevente con tempi di attesa medi di almeno 10-20 giorni, che possono aumentare in relazione alla lista di attesa interna della Banca degli Occhi ed alla disponibilità del tessuto più idoneo per l'intervento programmato.

Art. 3 – Una volta eseguito l'intervento, il chirurgo utilizzatore dovrà compilare e inviare via fax la "Scheda relativa al ricevente" (Allegati nn°3 e 4) che conferma l'uso della cornea/tessuto/membrana e i dati del paziente (vedi "Linee guida per il prelievo, la conservazione e l'utilizzo di tessuti di origine oculare a scopo di trapianto" – Documento tecnico della Consulta Tecnica Permanente per i trapianti e del Centro Nazionale dei Trapianti – sezione F, punto 1).

Art. 4 – La struttura di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni considerato l'alto valore sociale e scientifico dell'atto di donazione delle cornee/tessuti oculari a scopo di trapianto, s'impegna a collaborare allo sviluppo delle attività di prelievo. Le cornee/tessuti oculari prelevati e destinati alla Banca degli Occhi saranno ritirati con spese a totale carico dell'AV2/Fabriano. Le Unità Operative di Oculistica dell'Umbria concordano l'adozione di modulistica comune ed aggiornata all'ultima revisione per rendere possibile la raccolta di dati in maniera uniforme, la loro elaborazione e il mantenimento dei contatti con i familiari dei donatori.

Art. 5 – Il rimborso spese per i tessuti forniti dalla Banca è il seguente:

COD	DESCRIZIONE	PREZZO Euro	
DSAEK	cornea pre-tagliata (lenticolo) per endocheratoplastica	1.400,00	(millequattrocento/00)
EK	cornea per endocheratoplastica	900,00	(novecento/00)
PK	cornea per cheratoplastica perforante	900,00	(novecento/00)
ALKL	lenticolo corneale per cheratoplastica lamellare anteriore	800,00	(ottocento/00)
PKT	cornea per chirurgia vitreoretinica o per urgenza	700,00	(settecento/00)
ALK	cornea per cheratoplastica lamellare anteriore	700,00	(settecento/00)
SC	sclera	250,00	(duecentocinquanta/00)
HAM9	patch di 3cm × 3cm per chirurgia oculare	400,00	(quattrocento/00)
HAM18	patch di 3cm × 6cm per	700,00	(settecento/00)

	chirurgia oculare		
OC	Preparazione e conservazione opercolo cranico	1.000,00	(mille/00)

Le spese bancarie rimangono a carico dell'ordinante. Sono a carico dell'AV2/Fabriano le spese di trasporto delle cornee/tessuti/membrane dal Presidio di Fabriano all'Ospedale richiedente.

Per ciascun tessuto prelevato dalla struttura di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni saranno corrisposti dall'AV2/Fabriano € 150,00 (centocinquanta/00).

Le cornee prelevate dovranno essere accompagnate dal siero del donatore e, se possibile, dal referto degli esami per la ricerca sierologica di HIV-Ab, HCV-Ab, HbsAg, sifilide. L'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni sarà tempestivamente informata riguardo ulteriori nuovi tessuti per trapianto e/o servizi che dovessero essere forniti dalla Banca medesima durante il periodo di validità della presente convenzione.

Art. 6 – Compete al personale della struttura di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni prendere i necessari contatti con i familiari del donatore delle cornee per ottenere l'assenso e osservare le disposizioni in tema di prelievi di cui alla legge 12/08/1993 n°301. L'AV2/Fabriano fornisce alla struttura di Oculistica dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni gli stampati idonei ove raccogliere l'assenso dei familiari; una copia di detta dichiarazione dovrà accompagnare le cornee o i bulbi prelevati. Le modalità di conservazione dei tessuti prelevati, per l'invio alla Banca, saranno concordate con la Direzione della stessa.

Art. 7 – L'Azienda USL Umbria 2 s'impegna a evadere i rimborsi dovuti alla Banca entro novanta giorni dal ricevimento della fattura emessa dall'AV2/Fabriano al ricevimento del rendiconto predisposto e presentato dalla Banca degli Occhi.

Art. 8 – La presente convenzione decorre, anche a sanatoria, dal 01 gennaio 2016 al 31 dicembre 2018 e potrà essere rinnovata con atto formale, fatta salva la possibilità di revisione annuale delle tariffe di cui all'Art.5, a seguito di disposizioni regionali.

Art. 9 – S'individua il Foro di Ancona quale autorità competente a giudicare le eventuali controversie che dovessero insorgere tra le parti in merito all'interpretazione, all'esecuzione o alla risoluzione della presente convenzione.

Art. 10 – Le parti convengono che la presente convenzione sarà sottoposta a registrazione solo in caso d'uso, ai sensi dell'Art. 5, comma 2, del DPR 26.4.86 n°131.

Letto, confermato e sottoscritto.

Fabriano/Perugia, lì

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale/Area Vasta 2

P. il Direttore Generale (Dr Alessandro Marini)

Il Direttore di Area Vasta 2

Ing. Maurizio Bevilacqua (firmata digitalmente)

Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni

Il Direttore Generale Dott. Andrea Casciari (firmata digitalmente)



MODULO DI RICHIESTA DI TESSUTO OCULARE

M03POS03PR03
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

DA TRASMETTERE VIA FAX AL NUMERO 0732/707382
L'ENTE RICHIEDENTE SI IMPEGNA AD INVIARE ALLA BANCA DEGLI OCCHI DELLA REGIONE MARCHE
LA SCHEDA RELATIVA AL RICEVENTE, OPPORTUNAMENTE COMPILATA, ENTRO 30 GIORNI DALL'INTERVENTO
COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

TESSUTO RICHIESTO			
<input type="checkbox"/> CORNEA		<input type="checkbox"/> LAMELLA CORNEALE	
<input type="checkbox"/> SCLERA			
STRUTTURA			
REGIONE		OSPEDALE / CASA DI CURA	
<input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Umbria <input type="checkbox"/> Altro: _____		<input type="checkbox"/> Accreditato/a <input type="checkbox"/> Convenzionato/a <input type="checkbox"/> Privato/a <input type="checkbox"/> Pubblico/a	
UNITÀ OPERATIVA / DIVISIONE		PRIMARIO	
ANAGRAFICA			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA	ETÀ	SESSO	CODICE FISCALE
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
PATOLOGIA <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS			
<input type="checkbox"/> Ascesso corneale <input type="checkbox"/> Causticazione <input type="checkbox"/> Cheratite erpetica <input type="checkbox"/> Cheratocono <input type="checkbox"/> Cheratoipopion <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa <input type="checkbox"/> Degenerazione <input type="checkbox"/> Distrofia <input type="checkbox"/> Edema corneale <input type="checkbox"/> Endoteliopatia di Fuchs	<input type="checkbox"/> Leucoma corneale <input type="checkbox"/> Perforazione <input type="checkbox"/> Rigetto <input type="checkbox"/> Scompenso del lembo <input type="checkbox"/> Ulcera corneale	
INTERVENTO			
DATA INTERVENTO		FINALITÀ CHIRURGICA	
		<input type="checkbox"/> Intervento programmato <input type="checkbox"/> Intervento urgente	
DESCRIZIONE INTERVENTO		QUANTITÀ SCLERA	
<input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> PK <input type="checkbox"/> LK <input type="checkbox"/> Innesto sclera		<input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 2/4 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 4/4	
NOTE			

IL RESPONSABILE

DATA: _____

(TIMBRO E FIRMA)



**MODULO DI RICHIESTA
DELLA MEMBRANA AMNIOTICA**

M05POS03PR04
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

2)

DA TRASMETTERE VIA **FAX** AL NUMERO **0732/707382**
L'ENTE RICHIEDENTE SI IMPEGNA AD INVIARE ALLA BANCA DEGLI OCCHI DELLA REGIONE MARCHE
LA SCHEDA RELATIVA AL RICEVENTE, OPPORTUNAMENTE COMPILATA, ENTRO 15 GIORNI DALL'INTERVENTO
COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

CARATTERISTICHE DEI PATCH			
N° <input type="text"/> patch da <input type="text"/> cm x <input type="text"/> cm			
DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA			
REGIONE		OSPEDALE / CASA DI CURA	
<input type="checkbox"/> Marche <input type="checkbox"/> Umbria <input type="checkbox"/> Altro: _____		<input type="checkbox"/> Accreditato <input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzionato <input type="checkbox"/> Pubblico	
UNITÀ OPERATIVA / DIVISIONE		PRIMARIO	
_____		_____	
DATI RELATIVI AL RICEVENTE			
COGNOME		NOME	
_____		_____	
DATA DI NASCITA	ETÀ	SESSO	CODICE FISCALE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
PATOLOGIA			
DESCRIZIONE			

INTERVENTO			
DATA	DESCRIZIONE		
<input type="text"/>	_____		
<input type="checkbox"/> Intervento programmato		<input type="checkbox"/> Intervento urgente	
NOTE			

IL RESPONSABILE

DATA:

(TIMBRO E FIRMA)

QUESTO DOCUMENTO CONTIENE INFORMAZIONI CONFIDENZIALI, LA CUI DIFFUSIONE È REGOLATA A NORMA DI LEGGE,
E DEVE ESSERE UTILIZZATO SOLO DALL'INDIVIDUO O ENTITÀ A CUI È INDIRIZZATO.



SCHEDA RELATIVA AL RICEVENTE


M06POS03PRO3

Rev. n°00 del 01/06/2012

Pag. 1 di 1

AK.3)

DA TRASMETTERE VIA FAX AL NUMERO 0732/707382
 L'ENTE RICHIEDENTE SI IMPEGNA AD INVIARE ALLA BANCA DEGLI OCCHI DELLA REGIONE MARCHE
 LA SCHEDA RELATIVA AL RICEVENTE, OPPORTUNAMENTE COMPILATA, ENTRO 30 GIORNI DALL'INTERVENTO
 COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

TESSUTO TRAPIANTATO/INNESTATO		STRUTTURA
TESSUTO OCULARE		OSPEDALE / CASA DI CURA
ANAGRAFICA		
COGNOME		NOME
DATA DI NASCITA	ETÀ	SESSO
_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
PATOLOGIA <input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS		
<input type="checkbox"/> Ascesso corneale	<input type="checkbox"/> Cheratopatia bollosa	<input type="checkbox"/> Leucoma corneale
<input type="checkbox"/> Causticazione	<input type="checkbox"/> Degenerazione	<input type="checkbox"/> Perforazione
<input type="checkbox"/> Cheratite erpetica	<input type="checkbox"/> Distrofia	<input type="checkbox"/> Rigetto
<input type="checkbox"/> Cheratocono	<input type="checkbox"/> Edema corneale	<input type="checkbox"/> Scompenso del lembo
<input type="checkbox"/> Cheratoipopion	<input type="checkbox"/> Endoteliopatia di Fuchs	<input type="checkbox"/> Ulcera corneale
<input type="checkbox"/> Altro: _____		
VASCOLARIZZAZIONE	POSIZIONE VASCOLARIZZAZIONE	NUMERO QUADRANTI
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Stromale <input type="checkbox"/> Entrambe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
INTERVENTO		
DATA INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	NUMERO TRAPIANTI PRECEDENTI
_____	<input type="checkbox"/> EK <input type="checkbox"/> PK <input type="checkbox"/> LK <input type="checkbox"/> Innesto sclera	<input type="checkbox"/> OD _____ <input type="checkbox"/> OS _____
SEGMENTO ANTERIORE		
<input type="checkbox"/> Fachia <input type="checkbox"/> Afachia <input type="checkbox"/> Pseudofachia - IOL CA <input type="checkbox"/> Pseudofachia - IOL CP		GLAUCOMA
		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
SEGMENTO POSTERIORE		
<input type="checkbox"/> Maculopatia <input type="checkbox"/> Precedente intervento VR <input type="checkbox"/> Tamponamento con PDMS		
EVENTO AVVERSO	COLTURA MICROBIOLOGICA	
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (compilare l'apposita scheda)	<input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/> Positiva _____	
<input type="checkbox"/> TESSUTO OCULARE NON UTILIZZATO		
MOTIVAZIONE		

IL RESPONSABILE

DATA: _____

(TIMBRO E FIRMA)

