

**Schema di CONVENZIONE PER LA PREPARAZIONE E CONSERVAZIONE
DI OPERCOLI CRANICI**

TRA

L'AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE/AREA VASTA 2, (di seguito denominata "A.S.U.R./A.V.2") con sede Via G. Oberdan, 2 CAP 60122, Codice Fiscale e Partita IVA: 0217586042 e sede amministrativa in Fabriano, Via F. 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 F. 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 (di seguito denominata "ASUR/AV2");

E

L'AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD (di seguito denominata "A.O. MARCHE NORD"), con sede a Pesaro 61121, Piazzale Cinelli 4, pec: aomarchenord@emarche.it, C.F./P.I. 02432930416, in persona del Direttore Generale e legale rappresentante, Dott.ssa Maria Capalbo, che agisce non in proprio bensì in nome, per conto e nell'interesse dell'Azienda, come da atto n. del ;

PREMESSO CHE:

Con Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. /ASURDG del è stato approvato lo schema di convenzione, ai fini della stipula, tra l'ASUR/AV2 e l'A.O. Marche Nord inerente la processazione (lavorazione, conservazione e restituzione) e trasporto di opercoli cranici;

Con atto n. 319/AORMNDGEN del 07/06/2018, l'A.O. Marche Nord ha approvato, per la sua parte, lo schema di convenzione, al fine della sottoscrizione dell'accordo di cui al punto precedente,

Tutto quanto sopra premesso e richiamato a costituire parte integrante e sostanziale della presente convenzione

SI CONVIENE E STIPULA QUANTO SEGUE:

Art. 1 - L'ASUR/AV2 s'impegna, attraverso la Banca degli Occhi della Regione Marche, con sede nello stabilimento ospedaliero di Fabriano, a processare, conservare nonché a restituire gli opercoli cranici alla stessa inviati dalla U.O. di Neurochirurgia dell'A.O. Marche Nord.

Art. 2 - La comunicazione dell'avvenuto prelievo di un opercolo cranico dovrà essere inoltrata con tempestività per via telefonica, se necessario anche per via telefax. Al momento del ritiro dell'opercolo cranico prelevato, il tessuto dovrà essere corredato della seguente modulistica:

"Dichiarazione di assenso alla donazione" (Allegato n.1) o dalla "Dichiarazione di prelievo dell'opercolo cranico in stato di urgenza/emergenza" (Allegato n.2); "Algoritmo per il calcolo dell'emodiluizione" (Allegato n.3 opzionale); "Verbale di prelievo dell'opercolo cranico" (Allegato n.4); "Richiesta di conservazione dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.5).

Art. 3 - Nel caso in cui l'opercolo cranico prelevato debba essere

riposizionato sul paziente, dovrà essere inoltrato per via telefax il modulo "Richiesta di restituzione dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.6), con almeno tre giorni lavorativi di anticipo rispetto alla data dell'intervento, e all'atto della dimissione del paziente dovrà essere inoltrato per via telefax il modulo "Scheda relativa al donatore/ricevente" (Allegato n.7).

Nel caso in cui l'opercolo cranico inviato dalla Banca degli Occhi non possa essere riposizionato sul paziente, la comunicazione dovrà essere inoltrata con tempestività per via telefonica, se necessario anche per via telefax.

Al momento del ritiro dell'opercolo cranico da ri-conservare, il tessuto dovrà essere corredato dal modulo "Richiesta di ri-conservazione dell'opercolo cranico per mancato intervento" (Allegato n.8).

In caso di decesso del donatore dell'opercolo cranico, dovrà essere inoltrato per via telefax il modulo "Richiesta di smaltimento dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.9).

Art. 4 -Le tariffe/rimborsi spese dovuti dall'A.O.U. Marche Nord per la processazione (lavorazione, conservazione e restituzione) degli opercoli cranici da parte della Banca degli Occhi sono le seguenti:

DESCRIZIONE	PREZZO Euro	
Prima processazione	560,00	(cinquecentosessanta/00)
Conservazione a 80° C (fino a 5 anni)- Costo per ogni anno dal II al V	100,00	(cento/00)
Seconda processazione	330,00	(trecentotrenta/00)
Costi di ogni singolo trasporto (opercolo in entrata/opercolo in	120,00	(centoventi/00)

uscita)		
---------	--	--

Le spese bancarie rimangono a carico dell'ordinante.

Il trasporto degli opercoli cranici dall'A.O. Marche Nord alla Banca degli Occhi e viceversa -nel caso di restituzione- verrà eseguito dall'AV2/Fabriano, a propria cura e con mezzi e personale proprio ed i costi saranno rimborsati dall'Azienda secondo quanto sopra tabellato per ogni singolo viaggio.

Art. 5 - L'A.O. Marche Nord s'impegna a evadere tutti i rimborsi dovuti alla Banca degli Occhi entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della fattura emessa dall'AV2/Fabriano al ricevimento del rendiconto predisposto e presentato dalla Banca degli Occhi.

Art. 6 - La presente convenzione decorre, anche a sanatoria, dal 01 gennaio 2018 al 31 dicembre 2019 e potrà essere rinnovata con atto formale, fatta salva la possibilità di revisione annuale delle tariffe di cui all'Art. 4, anche a seguito di disposizioni regionali.

Art. 7 - 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. 8 - Le parti dichiarano di essersi reciprocamente informate e di acconsentire che i dati raccolti per la formalizzazione del presente atto o conosciuti nella fase dell'adempimento contrattuale, saranno trattati ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. - Codice in materia di protezione dei dati personali. Le parti, titolari dei rispettivi dati dichiarano espressamente di essere a conoscenza del contenuto della

Parte I, Titolo II del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.

Art. 9 - 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. Le spese di registrazione sono poste sin d'ora a carico della parte che la richiede. La presente convenzione è redatta in numero di cinque pagine e viene sottoscritta digitalmente da ciascuna parte.

Allegati: "Dichiarazione di assenso alla donazione" (Allegato n.1); "Dichiarazione di prelievo dell'opercolo cranico in stato di urgenza/emergenza" (Allegato n.2); "Algoritmo per il calcolo dell'emodiluizione" (Allegato n.3); "Verbale di prelievo dell'opercolo cranico" (Allegato n.4); "Richiesta di conservazione dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.5); "Richiesta di restituzione dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.6); "Scheda relativa al donatore/ricevente" (Allegato n.7); "Richiesta di ri-conservazione dell'opercolo cranico per mancato intervento" (Allegato n.8); "Richiesta di smaltimento dell'opercolo cranico alla Banca degli Occhi" (Allegato n.9).

Letto, confermato e sottoscritto.

Fabriano/Ancona, li

Azienda Sanitaria Unica Regionale/Area Vasta 2

P. il Direttore Generale (Dr Alessandro Marini)

Il Direttore di Area Vasta 2

Ing. Maurizio Bevilacqua (sottoscritto digitalmente)

L'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

Il Direttore Generale (Dott. Maria Capalbo) (sottoscritto digitalmente)



DICHIARAZIONE DI ASSENSO ALLA DONAZIONE

M01POS01PRO5
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

____|____|____|____|____|____|____|____|

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

VIA

N°

CAP

LOCALITÀ

PROVINCIA

TELEFONO/CELLULARE

____|____|

____|____|____|____|____|

INFORMATO CHE:

- l'opercolo cranico prelevato potrà essere utilizzato solamente per uso autologo in campo neurochirurgico dopo opportuna raccolta, decontaminazione e conservazione;
- il prelievo non comporta nessuna spesa a mio carico;
- al momento del prelievo dell'opercolo cranico mi verrà prelevato un campione di sangue su cui verranno eseguiti esami di laboratorio atti a delineare il mio stato infettivologico;
- qualunque notizia emersa nel corso delle indagini finalizzate a valutare il mio attuale stato di salute sarà comunicata:
 - a me
 - al mio Medico di fiducia Dr./Dr.ssa _____
- nel caso in cui il Neurochirurgo o il Responsabile della Banca degli Occhi della Regione Marche non ritenessero l'opercolo cranico idoneo ad essere riposizionato nella sua sede originaria, esso verrà eliminato;
- tutti i dati sensibili (dati personali, notizie cliniche, accertamenti, ecc.) saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti dalla Banca degli Occhi della Regione Marche,

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

alla donazione dell'opercolo cranico al fine di mantenere aperto temporaneamente un varco nella propria scatola cranica, che successivamente potrà essere chiuso riposizionando la frazione di osso precedentemente prelevata e conservata.

IL MEDICO PRELEVATORE

IL DONATORE

(TIMBRO E FIRMA)

(FIRMA)

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

l'impiego da parte della Banca degli Occhi della Regione Marche dei propri dati personali secondo le norme del D. Lgs. n°196 del 30/06/2003 sulla privacy.

DATA: ____|____|____|____|____|____|

ORA: ____|____|:____|____|



ALGORITMO PER IL CALCOLO DELL'EMODILUIZIONE

M03POS01PR05
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

In caso di donatore che abbia ricevuto sangue, componenti sanguigne
o espansori del volume plasmatico entro le 48 ore precedenti il prelievo

COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA
_____	_____	____ ____ ____ ____ ____ ____
VOLUME PLASMATICO (VP)	VP = peso del donatore _____ / 0,025 = _____ ml	
VOLUME SANGUIGNO (VS)	VS = peso del donatore _____ / 0,015 = _____ ml	
A	Volume totale di sangue trasfuso entro le 48 ore antecedenti al prelievo di sangue:	
	Volume di:	
	<input type="checkbox"/> concentrato di emazie / 48h _____ ml	
	<input type="checkbox"/> sangue totale / 48h _____ ml	
<input type="checkbox"/> sospensione di emazie _____ ml		
Totale A = _____ ml		
B	Volume totale dei colloidi infusi entro le 48 ore antecedenti al prelievo di sangue:	
	Volume di:	
	<input type="checkbox"/> albumina _____ ml	
	<input type="checkbox"/> destrano _____ ml	
	<input type="checkbox"/> piastrine _____ ml	
	<input type="checkbox"/> plasma _____ ml	
<input type="checkbox"/> altro _____ ml		
Totale B = _____ ml		
C	Volume totale dei cristalloidi infusi entro 1 ora antecedente al prelievo di sangue:	
	Volume di:	
	<input type="checkbox"/> destrosio _____ ml	
	<input type="checkbox"/> ringer _____ ml	
	<input type="checkbox"/> soluzione fisiologica _____ ml	
	<input type="checkbox"/> altro _____ ml	
Totale C = _____ ml		
DETERMINAZIONE DELLA POSSIBILE EMODILUIZIONE		
1) B + C è maggiore di VP? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		2) A + B + C è maggiore di VS? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Se la risposta alle domande 1 e 2 è "NO", è possibile analizzare il siero del donatore ottenuto al momento della donazione.		
Se la risposta anche ad una sola delle domande 1 e 2 è "SI", i dati analitici non sono attendibili.		

IL MEDICO PRELEVATORE

DATA: _____

(TIMBRO E FIRMA)



**VERBALE DI PRELIEVO
DELL'OPEROLO CRANICO**

120.4
M01POS02PRO5
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

CODICE OPERCOLO CRANICO

CODICE INTERNO
DELLA
BANCA DEGLI OCCHI

NOTIZIE GENERALI SUL DONATORE/RICEVENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

SESSO

CODICE FISCALE

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

M F

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

VIA

N°

CAP

LOCALITÀ

PROVINCIA

TELEFONO/CELLULARE

COGNOME E NOME DEL MEDICO DI BASE

TELEFONO/CELLULARE

Dr./Dr.ssa _____

DATI PRELIEVO

OSPEDALE

REPARTO

COGNOME MEDICO PRELEVATORE

NOME MEDICO PRELEVATORE

Dr./Dr.ssa _____

TIPO DI INTERVENTO

SEDE ANATOMICA DI PRELIEVO

DATA PRELIEVO

ORA PRELIEVO

N° SEGMENTI

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|:|_|

|_|

DATI CONFEZIONAMENTO A 4 °C

Contenitore

DITA

TIPO

LOTTO

DATA DI SCADENZA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Soluzione fisiologica

DITA

TIPO

LOTTO

DATA DI SCADENZA

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MATERIALE INVIATO

Opercolo cranico

Campioni di sangue

Moduli inviati

Verbale di assenso alla donazione
Verbale di prelievo
Richiesta di conservazione

IL MEDICO PRELEVATORE

(TIMBRO E FIRMA)

DATA: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ORA: |_|_|: |_|_|



SCHEDA RELATIVA AL DONATORE/RICEVENTE

M05POS03PRO5
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 45 GIORNI DALL'INTERVENTO
COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

CODICE OPERCOLO CRANICO

___ - ___ CO ___ / ___

DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA

REGIONE

Ospedale / Casa di Cura

Marche Umbria Altro: _____

Accreditato Privato Convenzionato Pubblico

UNITÀ OPERATIVA / DIVISIONE

PRIMARIO

DATI RELATIVI AL DONATORE/RICEVENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

ETÀ

SESSO

CODICE FISCALE

___ ___ ___ ___ ___ ___ | ___ ___ | M F | ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

INTERVENTO E CONTROLLO

DATA INTERVENTO

DESCRIZIONE INTERVENTO

___ ___ ___ ___ ___ ___ | _____

DATA CONTROLLO

DESCRIZIONE CONTROLLO

___ ___ ___ ___ ___ ___ |

Guarigione Sostituzione (→ tessuto smaltito) Evento avverso

DATA RESTITUZIONE/SMALTIMENTO

MOTIVAZIONE NON UTILIZZO TESSUTO

___ ___ ___ ___ ___ ___ | _____

EVENTO AVVERSO

DESCRIZIONE EVENTO

ANALISI CAUSE

ESITO INDAGINI E CONCLUSIONI FINALI

ESITO CLINICO

Guarigione

Postumi lievi

Postumi gravi

Decesso

IL RESPONSABILE DI REPARTO

DATA: ___ ___ ___ ___ ___ ___

(TIMBRO E FIRMA)

Joe. 8



RICHIESTA DI RI-CONSERVAZIONE DELL'OPERCOLO CRANICO PER MANCATO INTERVENTO

M08POS03PR05
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

OSPEDALE DI: _____

A CURA DEL RESPONSABILE DI REPARTO
COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

RICHIESTA

Oggetto: ri-conservazione dell'opercolo cranico ad uso autologo per mancato intervento.

La presente per richiedere la ri-conservazione in congelatore a -80 °C del/dei frammento/i di opercolo cranico prelevato/i dal/dalla Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. [] []

il [] codice fiscale n° []

ricoverato/a presso il reparto di _____

in quanto non è stato possibile procedere al reimpianto per _____

Mi impegno ad inviare la "Richiesta di restituzione dell'opercolo cranico dalla Banca degli Occhi" almeno con 3 giorni di anticipo rispetto alla data presunta del reimpianto, **consapevole che in caso di mancato intervento il tessuto osseo non potrà essere nuovamente sottoposto a decontaminazione e conservazione dalla Banca degli Occhi della Regione Marche.**

IL RESPONSABILE DI REPARTO

DATA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

(TIMBRO E FIRMA)

DOC 5



**RICHIESTA DI SMALTIMENTO
DELL'OPERCULO CRANICO
ALLA BANCA DEGLI OCCHI**

M09POS03PRO5
Rev. n°00 del 01/06/2012
Pag. 1 di 1

OSPEDIALE DI:

A CURA DEL RESPONSABILE DI REPARTO
COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

RICHIESTA

Oggetto: smaltimento dell'opercolo cranico ad uso autologo.

La presente per richiedere lo smaltimento del/dei frammento/i di opercolo cranico isolato/i
dal/dalla Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ Prov. |__|__|

il |__|__|__|__|__|__| codice fiscale n° |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ricoverato/a presso il reparto di _____

operato/a in data |__|__|__|__|__|__|, conservato in congelatore a -80 °C.

MOTIVAZIONE:

Decesso del donatore/ricevente

Altro: _____

IL RESPONSABILE DI REPARTO

DATA: |__|__|__|__|__|__|

(TIMBRO E FIRMA)