

Doc. 1

ALLEGATO \_\_\_\_\_ ALLA

DETERMINAZIONE N. 16/09

16 GEN. 2017

**SCHEMA DI**

**CONVENZIONE PER LA FORNITURA DI CORNEE, TESSUTI OCULARI PER  
TRAPIANTO E MEMBRANE AMNIOTICHE**

**TRA**

**ASUR/AV2- Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche/Area Vasta 2,**  
con sede legale in Ancona, Via G. Oberdan, 2 CAP 60122, Codice Fiscale e  
Partita IVA: 0217586042 e sede amministrativa in Fabriano, Via Filippo Turati  
n. 51, CAP 60044, pec: [areavasta2.asur@marche.it](mailto: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 (di seguito denominata "A.S.U.R./A.V.2");

**E**

**Labor S.p.A. - Casa di Cura "Villa Igea",** con sede legale in Ancona 60127, Via  
Alessandro Maggini 200, CF/P.IVA: 00204460422, pec: [laborspa.dir@pec.it](mailto:laborspa.dir@pec.it), in  
persona del Presidente e Legale rappresentante Prof. Ugo Salvolini,  
domiciliato per la carica presso la sede legale, all'uopo munito di pieni poteri  
ai fini della sottoscrizione della presente convenzione (di seguito denominata  
"Casa di Cura");

**PREMESSO CHE:**

- Con Determina del Direttore Generale ASUR Marche n. /ASURDG del e  
stato approvato lo schema di convenzione, ai fini della stipula, tra l'ASUR  
Marche/AV2 e Villa Igea inerente la fornitura di cornee e tessuti oculari per  
trapianto e membrane amniotiche;

- Con comunicazione del in entrata al prot. Villa Igea ha approvato lo  
schema di convenzione, al fine della sottoscrizione dell'accordo di cui al punto  
precedente,

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

**SI CONVIENE E STIPULA 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 della Casa di Cura "Villa Igea" cornee idonee al  
trapianto, tessuti per la chirurgia oculare, membrane amniotiche, nei limiti  
della disponibilità. Le cornee, i tessuti, le membrane 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 della Casa di Cura 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** –Le tariffe per i tessuti forniti dalla Banca degli Occhi sono i seguenti:

<b>COD</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>PREZZO Euro</b>	
DSA EK	cornea pre-tagliata (lenticolo) per endocheratoplastica	1.500,00	(millecinquecento/00)
PK	cornea per cheratoplastica perforante	1.100,00	(millecento/00)
PKT	cornea per chirurgia vitreo-retinica o per urgenza	800,00	(ottocento/00)
ALKL	lenticolo corneale per cheratoplastica lamellare anteriore	800,00	(ottocento/00)
HAM9	Patch di 3cm x 3cm per chirurgia oculare	400,00	(quattrocento/00)
HAM18	Patch di 3cm x 6cm per chirurgia oculare	700,00	(settecento/00)

Le spese bancarie rimangono a carico dell'ordinante.

Il trasporto delle cornee/tessuti/membrane dalla Banca degli Occhi di Fabriano alla Casa di Cura richiedente verrà eseguito dall'AV2/Fabriano, a propria cura e con mezzi e personale proprio. Le spese di trasporto saranno rimborsate da Villa Igea nell'importo sin da ora stabilito di Euro 110,00 (centodieci/euro) a viaggio.

**Art. 5** – La Casa di Cura s'impegna a evadere tutti i rimborsi dovuti alla Banca degli Occhi entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della fattura emessa dall'U.O. Bilancio dell'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 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. 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 in duplice originale, da conservare uno a cura di ciascuna parte.**

**Allegati: 1- modulo di richiesta tessuto oculare; 2- modulo di richiesta membrana amniotica; 3- scheda relativa al ricevente tessuto trapiantato; 4- scheda relativa al ricevente membrana amniotica.**

**Fabriano/Ancona, li**

**Letto, confermato e sottoscritto.**

**Azienda Sanitaria Unica Regionale/Area Vasta 2**

**P. il Direttore Generale (Dr Alessandro Marini)**

**Il Direttore di Area Vasta 2 Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Labor S.p.A. Casa di Cura "Villa Igea"**

**Il Presidente e Legale Rappresentante/Amministratore Delegato**

**Prof. Ugo Salvolini**



**MODULO DI RICHIESTA DI TESSUTO OCULARE**

M03POS03PR03

Rev. N°

Pag. 1 di 1

All. 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

<b>TESSUTO RICHIESTO</b>			
<input type="checkbox"/> CORNEA		<input type="checkbox"/> LAMELLA CORNEALE	
<input type="checkbox"/> SCLERA			
<b>STRUTTURA</b>			
<b>REGIONE</b>		<b>OSPEDALE / CASA DI CURA</b>	
<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	
<b>UNITÀ OPERATIVA / DIVISIONE</b>		<b>PRIMARIO</b>	
<b>ANAGRAFICA</b>			
<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>		<b>ETÀ</b>	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<b>SESSO</b>	
<b>CODICE FISCALE</b>			
<b>PATOLOGIA</b> <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"/> Cheratopopion <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"/> Endotelopatia 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			
<b>INTERVENTO</b>			
<b>DATA INTERVENTO</b>		<b>FINALITÀ CHIRURGICA</b>	
<input type="checkbox"/> Intervento programmato <input type="checkbox"/> Intervento urgente		<input type="checkbox"/> Intervento programmato <input type="checkbox"/> Intervento urgente	
<b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b>		<b>QUANTITÀ SCLERA</b>	
<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	
<b>NOTE</b>			

IL RESPONSABILE

DATA: | | | | | | | |

(TIMBRO E FIRMA)





ALL-2



# MODULO DI RICHIESTA DELLA MEMBRANA AMNIOTICA

M05POS03PR04  
Rev. n°  
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 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)









# SCHEDA RELATIVA AL RICEVENTE

M08POS03PR04

Rev. n°

Pag. 1 di 1

Au. 4

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

## CODICE PATCH DI MEMBRANA AMNIOTICA

□□ - □□ AM □□ / □□ (□□ / □□)

## DATI RELATIVI ALLA STRUTTURA

REGIONE

Ospedale / Casa di Cura

 Marche  Umbria  Altro: \_\_\_\_\_

 Accreditato  Privato  Convenzionato  Pubblico

UNITÀ OPERATIVA / DIVISIONE

PRIMARIO

## DATI RELATIVI AL RICEVENTE

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

ETÀ

SESSO

CODICE FISCALE

 M  F

## PATOLOGIA

Descrizione

## INTERVENTO E CONTROLLO

DATA INTERVENTO

DESCRIZIONE INTERVENTO

DATA CONTROLLO

DESCRIZIONE CONTROLLO

 Guarigione  Miglioramento  Quadro inalterato  Evento avverso

DATA SMALTIMENTO TESSUTO

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

DATA: □□ / □□ / □□ □□ □□ □□ □□

(TIMBRO E FIRMA)

