

# Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

## Delibera n. 810 del 30/7/2025

Proposta n. 995 del 2025

Oggetto: ATTUAZIONE PNRR – PRESA D'ATTO ACQUISTO N. "N. 1 CONGELATORE -80°" - PROGETTO DI RICERCA PNRR-MAD-2022-12375733 "EXTREME PHENOTYPES TO IDENTIFY THE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES WHO ARE SUSCEPTIBLE OR RESISTANT TO COMPLICATIONS AND TO REVEAL THE MECHANISMS (EXTREME T2D)"- CODICE CUP D55E22000720006" FINANZIATO DALL'UNIONE EUROPEA – NEXT GENERATION EU – PNRR M6C2 - INVESTIMENTO 2.1".

Responsabile del Procedimento: Lucarelli Alessandra

Dirigente: Lucarelli Alessandra

Struttura competente: UO SUPPORTO AMMINISTRATIVO ACQUISTI BENI SANITARI E ICT

# AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

(L.R.T. 24/02/2005, n. 40)

## Deliberazione della Direttrice Generale

**Struttura organizzativa proponente:** U.O. Supporto Amministrativo Acquisti Beni Sanitari e ICT

**Responsabile del procedimento:** Dott.ssa Alessandra Lucarelli  
(Documento Firmato Digitalmente)

La Dirigente Dott.ssa Alessandra Lucarelli  
(Documento Firmato Digitalmente)

OGGETTO: Attuazione PNRR – Presa d’atto acquisto n. “N. 1 Congelatore -80°” - Progetto di ricerca PNRR-MAD-2022-12375733 “Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanisms (EXTREME T2D)”- Codice CUP D55E22000720006” finanziato dall’Unione europea – Next Generation EU – PNRR M6C2 - Investimento 2.1”.

## LA DIRETTRICE U.O. SUPPORTO AMMINISTRATIVO ACQUISTI BENI SANITARI E ICT

Visti:

- il Decreto-legge del 31 maggio 2021, n. 77, convertito nella legge 29 luglio 2021, n. 108, recante: «Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»;
- il Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito nella legge 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia» che, al secondo periodo del comma 1 dell'articolo 7 prevede che «Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, si provvede alla individuazione delle amministrazioni di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77».

Visto il D.Lgs. 36 del 31 marzo 2023, “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, entrato in vigore il 1° aprile 2023, che dispone, all’art. 229, che le disposizioni in esso contenute, con i relativi allegati, acquistino efficacia il 1° luglio 2023;

Atteso che, con Delibera del Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n.384 del 03/05/2023 si è proceduto:

- a prendere atto dell'avvenuta ammissione a finanziamento del progetto Malattie Croniche non Trasmissibili (MCn T) ad alto impatto sui sistemi sanitari e socio assistenziali con codice progetto (PNRR-MAD-2022-12375733) dal titolo "*Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanism (EXTREME T2D)*", Codice Unico di Progetto (CUP) D55E22000720006 - Missione 6 C2 Investimento 2.1 "Valorizzazione e Potenziamento della Ricerca Biomedica del SSN;
- a demandare a varie UO/struttura/funzione aziendale responsabile di spesa, in base alle rispettive competenze individuate dalla Documento Organizzativo Aziendale - DOA 01, tra cui alla U.O. Servizi Tecnico Amministrativi DMP, ridenominata, con decorrenza 16/10/2023, con Delibera della Direttrice Generale n. 936 del 14/10/2023, U.O. Supporto Amministrativo Acquisti Beni Sanitari e ICT, l'attuazione delle attività di approvvigionamento previste dalle tabelle riportate nella delibera stessa, a seguito della ricezione previa interlocuzione con il Dott. Andrea Natali, delle esigenze effettive correlate alle attività progettuali di ricerca, nel rispetto delle disposizioni e procedure per l'esecuzione dei contratti di cui agli artt 5 e 6 della convenzione attuativa;
- a demandare altresì alla U.O. Gestioni Economiche e Finanziarie ogni adempimento di competenza in materia di fatture/note (attive e Passive) e di pagamenti e incassi;
- a riconoscere che tutti i costi attinenti al progetto devono essere sostenuti utilizzando i codici Aziendali: CAP PNRR1905 – CDC 19050100 – UDP 1905PNRR e che tutti gli atti amministrativi adottati in attuazione del progetto in argomento, nonché i documenti attestanti i relativi pagamenti, dovranno riportare il Codice Unico di Progetto (CUP) MASTER D55E22000720006, anche ai fini di monitoraggio e rendicontazione delle spese sostenute con il finanziamento su piattaforma dedicata ReGis.

Dato atto che con nota della U.O. Programmazione e Organizzazione Sanitaria delle Tecnologie Biomediche del 27/08/2024 prot. n.0039575, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato A) sono state acquisite:

- l'autorizzazione all'acquisto di "N. 1 Congelatore -80°", da destinare alla S.O.D. Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana contenente la dichiarazione che il costo dell'apparecchiatura riguardante il progetto "*Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanism (EXTREME T2D)*", Codice Unico di Progetto (CUP) D55E22000720006, come da Delibera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n. 384/2023 e Linee Guida PNRR relative alla Missione 6 C2 Investimenti 2.1 "Valorizzazione e Potenziamento della Ricerca Biomedica del SSN", è garantito da finanziamento ministeriale per la quota massima di due quinti del costo totale Codice identificativo Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana PNRR1905 – UdP 1905PNRR, mentre per la restante quota si fa riferimento alla comunicazione Dipartimento Area Tecnica prot. n. 32254/2023 Codice Unico di Progetto (CUP) D54E23000080007- Causale di Progetto FA2023\_2024;
- la richiesta di fabbisogno di "N. 1 Congelatore -80°", da destinare alla S.O.D. Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana con allegato le caratteristiche tecniche del prodotto per l'importo complessivo pari ad € 7.912,85=Iva esclusa ed € 9.653,67=Iva inclusa;
- la valutazione tecnica della U.O. Tecnologie Sanitarie Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana\_ESTAR del 31/07/2024, allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale (Allegato B);
- il protocollo dell'Ente Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (ESTAR) n. 0048150 del 01/10/2024, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale (Allegato C), relativo alla Richiesta di Acquisto (RDA) n. 3562015 dell' 01/10/2024, che autorizza l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana all'adesione alla Convenzione (Rep. 234 del 22/04/2021) per la fornitura in acquisto di frigoriferi, congelatori e apparecchiature per la produzione del freddo. Lotto 1.1: congelatori – 40°C – 30°C – 20°C e - 80°C (Rep. 234 del 22/04/2021) – Rif. Determinazione n. 290 del 23/02/2021 – Determinazione n. 1098 del 09/08/2023 revisione prezzi, individuandone altresì il fornitore aggiudicatario, KW Apparecchi Scientifici Srl, e l'importo relativo alla configurazione proposta dalla U.O. Tecnologie Sanitarie Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana\_ESTAR, pari ad € 7.912,85=Iva esclusa;

Atteso che con Ordine dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n. 2024/180596 del 14/11/2024 è stato formalizzato l'acquisto in argomento;

Verificato che il responsabile del procedimento amministrativo relativo alla redazione del presente atto è la dott.ssa Alessandra Lucarelli, Direttore dell'U.O. Supporto Amministrativo Acquisti Beni Sanitari e ICT, in qualità di supporto amministrativo per gli acquisti di Attrezzature Sanitarie;

Di prevedere sulla Sezione "Amministrazione trasparente AOUP" il rispetto di quanto previsto dalle misure in materia di anticorruzione e trasparenza;

### **PROPONE**

Per tutto quanto sopra premesso:

- 1) Di prendere atto dell'acquisto di "N. 1 Congelatore -80°", da destinare alla S.O.D. Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, finanziato dal PNRR-MAD-2022-12375733 "Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanism (EXTREME T2D)", Codice Unico di Progetto (CUP) D55E22000720006" finanziato dall'Unione europea – NextGeneration EU – PNRR M6C2 -Investimento 2.1.
- 2) Di dare atto che il costo complessivo finanziato è pari a € 7.912,85=Iva esclusa ed € 9.653,68=Iva inclusa è garantito da finanziamento ministeriale per la quota massima di due quinti del costo totale Codice identificativo Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana PNRR1905 – UdP 1905PNRR, mentre per la restante quota si fa riferimento alla comunicazione Dipartimento Area Tecnica prot. n. 32254/2023 Codice Unico di Progetto (CUP) D54E23000080007- Causale di Progetto FA2023\_2024, così come indicato nella Delibera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n.384 del 03/05/2023 e riportato nell'Ordine dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n. 2024/180596 del 14/11/2024.
- 3) Di conferire al presente atto immediata eseguibilità considerando l'imminente scadenza della rendicontazione su ReGiS delle spese relative al progetto in argomento.
- 4) Di inviare copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi dell'art.42 della LRT 40/2005.

### **LA DIRETTRICE GENERALE**

Letta e valutata la sopraesposta proposta, presentata dalla Direttrice della U.O. in frontespizio indicata.

Preso atto che la Dirigente Proponente la presente deliberazione sottoscrivendola attesta che la stessa, a seguito dell'istruttoria effettuata, è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche;

Viste le firme del Direttore Amministrativo e della Direttrice Sanitaria attestanti il parere positivo.

### **DELIBERA**

Per tutto quanto sopra premesso:

- 1) Di prendere atto dell'acquisto di "N. 1 Congelatore -80°", da destinare alla S.O.D. Dietologia e Nutrizione Clinica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, finanziato dal PNRR-MAD-2022-12375733 "Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanism (EXTREME T2D)", Codice Unico di Progetto (CUP) D55E22000720006" finanziato dall'Unione europea – NextGeneration EU – PNRR M6C2 -Investimento 2.1.

- 2) Di dare atto che il costo complessivo finanziato è pari a € 7.912,85=Iva esclusa ed € 9.653,68=Iva inclusa è garantito da finanziamento ministeriale per la quota massima di due quinti del costo totale Codice identificativo Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana PNRR1905 – UdP 1905PNRR, mentre per la restante quota si fa riferimento alla comunicazione Dipartimento Area Tecnica prot. n. 32254/2023 Codice Unico di Progetto (CUP) D54E23000080007- Causale di Progetto FA2023\_2024, così come indicato nella Delibera dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n.384 del 03/05/2023 e riportato nell'Ordine dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana n. 2024/180596 del 14/11/2024.
- 3) Di conferire al presente atto immediata eseguibilità considerando l'imminente scadenza della rendicontazione su ReGiS delle spese relative al progetto in argomento.
- 4) Di inviare copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale ai sensi dell'art.42 della LRT 40/2005.

\*\*\*\*\*

Allegati n. 3

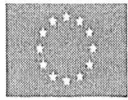
La Direttrice Sanitaria  
Dott.ssa Giuliana Fabbri  
(Documento Firmato Digitalmente)

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Enrico Volpe  
(Documento Firmato Digitalmente)

La Direttrice Generale  
Avv. Katia Belvedere  
(Documento Firmato Digitalmente)

Allegato A)

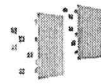
3



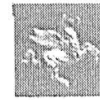
Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero della Sanità



Italiadomani  
PIANO NAZIONALE  
DI PREVENZIONE E RESILIENZA



Regione Toscana



**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA**  
Spedali Riuniti di S. Chiara - Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione



(L.R.T. 24 febbraio 2005, n. 40)

Sede legale: Via Roma, 67 - 56126 PISA - Tel. 050996111

Regione 090 - Azienda 901

U.O. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Direttore Dr. Andrea Ferrari

Prot. n. \_\_\_\_\_

Pisa, \_\_\_\_\_

UO Supporto Amm.vo ABS eICT  
Dir. Dr.ssa Alessandra Lucarelli

Oggetto: Richiesta di acquisto di N. 1 CONGELATORE -80 °C

Con la presente comunicazione, in adesione alla Det. ESTAR 290/2021 Lotto 1.1 - Ditta KW Apparecchi Scientifici, si autorizza l'acquisto di quanto in oggetto, così come descritto nella documentazione allegata, da destinare alla Dietologia e Nutrizione Clinica dell'AOUP secondo il prospetto di seguito riportato:

| QUADRO ECONOMICO                         |            |
|------------------------------------------|------------|
| Costo Apparecchiatura IVA esclusa        | € 7.912,85 |
| Costo Apparecchiatura IVA al 22% inclusa | € 9.653,67 |

Il costo dell'apparecchiatura richiesta riguardante il progetto *Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanisms (EXTREME T2D)* CUP D55E22000720006, come da Delibera AOUP 384/2023 e Linee Guida PNRR relative alla Missione 6 C2 Investimento 2.1 valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN, è garantito da finanziamento ministeriale per la quota massima di due quinti del costo totale Cod. identificativo AOUP **PNRR1905 - UdP 1905PNRR** mentre per la restante quota si fa riferimento alla comunicazione DAT prot.32254/2023 CUP AOUP D54E23000080007 - Causale di Progetto FA2023\_2024.

Cordiali saluti

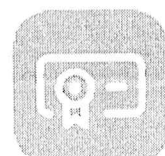
IL DIRETTORE SANITARIO AOUP  
DR.SSA GRAZIA LUCHINI

*Dr. Michele Cristofano*



U.O. PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE  
SANITARIA DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE  
Il Direttore  
**DR. ANDREA FERRARI**

ANDREA FERRARI  
Regione  
Toscana/0136600466  
22.08.2024 11:11:30  
GMT+01:00



|                                                          |                                                                        |                           |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| AZ. OSP. – UNIV.<br>PISANA                               | MODULO DI REGISTRAZIONE                                                | T03/PA78                  |
| PROGRAM. e ORGAN.<br>SANITARIA DELLE<br>TECN. BIOMEDICHE | RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI<br>APPARECCHIATURA/ACCESSORIO BIOMEDICALE | Rev. 00<br>del 06/03/2024 |
|                                                          |                                                                        | Pag. 1 di 5               |

Compilare ed inviare a:

Per ACQUISTI: [aoup.acquisti@ao-pisa.toscana.it](mailto:aoup.acquisti@ao-pisa.toscana.it)

Per NOLEGGI/SERVICE/LEASING: [aoup.servicets@ao-pisa.toscana.it](mailto:aoup.servicets@ao-pisa.toscana.it)

|                                                                  |                                      |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| DIPARTIMENTO: <u>Chirurgia e medicina endocrino</u>              | DIR. <u>Gabriele Materazzi</u>       |
| U.O./S.D. UTILIZZATRICE*: <u>Dietologia e nutrizione clinica</u> |                                      |
| DIR U.O./S.D.: <u>Andrea Natali</u>                              |                                      |
| REFERENTE PER LA PRATICA: _____                                  |                                      |
| TEL: _____                                                       | FAX: _____ CELL: _____ E-MAIL: _____ |
| UNITÀ DI PRELIEVO (UDP): <u>1905PNRR</u>                         |                                      |

SI CHIEDE L'ACQUISIZIONE DI:

|                                                                                                                                                                                                                 |                                                  |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| N. <u>1</u>                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="radio"/> APPARECCHIATURA | <input type="radio"/> ACCESSORIO |
| DESCRIZIONE**: <u>Congelatore -80 da 300-350 litri</u>                                                                                                                                                          |                                                  |                                  |
| ATTIVITÀ CLINICA CORRELATA:<br>Il congelatore è necessario per conservare i campioni biologici che ci arriveranno dagli altri centri partecipanti al nostro progetto PNRR-MAD-2022-12375733 CUP D55E22000720006 |                                                  |                                  |

\* In caso di richiesta per Libera Professione scrivere: LIBERA PROFESSIONE – UO/SD SANITARIA DI RIFERIMENTO, il Dir. UO da indicare è quello della Libera Professione.

\*\* Specificare costruttore, fornitore e modello solo in caso di adesione a gara esistente o proroga di contratto in essere

|                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <p>AZ. OSP. - UNIV.<br/>PISANA</p> <p>PROGRAM. e ORGAN.<br/>SANITARIA DELLE<br/>TECN. BIOMEDICHE</p> | <p>MODULO DI REGISTRAZIONE</p> <p>RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI<br/>APPARECCHIATURA/ACCESSORIO BIOMEDICALE</p> | <p>T03/PA78</p> <p>Rev. 00<br/>del 06/03/2024</p> <p>Pag. 2 di 5</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

CARATTERISTICHE TECNICHE DEL PRODOTTO:

Congelatore -80 da 300-350 litri

Se richiesta una APPARECCHIATURA descrivere gli ACCESSORI necessari  
*solo in caso di adesione a gara specificare il codice*

| Codice | Descrizione accessorio | q.tà |
|--------|------------------------|------|
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |
|        |                        |      |

MODALITÀ DI ACQUISIZIONE *compilare solo se già a conoscenza di aggiudicazione* ESTAR/CONSIP:

|                                           |                                |                               |                                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| <input checked="" type="radio"/> ACQUISTO | <input type="radio"/> NOLEGGIO | <input type="radio"/> SERVICE | <input type="radio"/> LEASING CON RISCATTO |
|-------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|

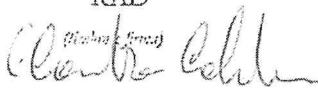
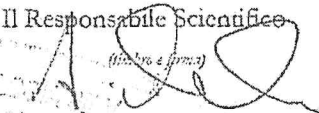
|                                                                                                                                                  |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> INDIZIONE NUOVA GARA                                                                                                       | <input checked="" type="radio"/> ADESIONE A GARA ESISTENTE |
| <p>se a conoscenza indicare:<br/>DET ESTAR, convenzione CONSIP o riferimento MEPA, quindi LOTTO e DITTA FORNITRICE</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |                                                            |

*compilare quando necessario mantenimento di attività in essere*

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PROROGA DI NOLEGGIO, SERVICE, LEASING |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                          |                                                                        |                           |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| AZ. OSP. - UNIV.<br>PISANA                               | MODULO DI REGISTRAZIONE                                                | T03/PA78                  |
| PROGRAM. e ORGAN.<br>SANITARIA DELLE<br>TECN. BIOMEDICHE | RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI<br>APPARECCHIATURA/ACCESSORIO BIOMEDICALE | Rev. 00<br>del 06/03/2024 |
|                                                          |                                                                        | Pag. 3 di 5               |

☒ **PROGETTO FINANZIATO** compilare obbligatoriamente il seguente prospetto

|                                                                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ente finanziatore: REGIONE <input type="radio"/>                                                                                                                                                                    | MINISTERO <input checked="" type="radio"/> | ALTRO <input type="radio"/>                                                                                                                     |
| Tipologia di bando: <b>PNRR</b>                                                                                                                                                                                     |                                            |                                                                                                                                                 |
| Denominazione Progetto: <b>PNRR-MAD-2022-12375733 Extreme phenotypes to identify the patients with type 2 diabetes who are susceptible or resistant to complications and to reveal the mechanisms (EXTREME T2D)</b> |                                            |                                                                                                                                                 |
| (se conosciuto indicare) Documento di approvazione n°: _____ del _____                                                                                                                                              |                                            |                                                                                                                                                 |
| Delibera di recepimento AOUP n°: _____ del _____ CUP <b>D55E22000720006</b>                                                                                                                                         |                                            |                                                                                                                                                 |
| Inizio progetto: <b>20/05/2023</b> Scadenza Progetto <b>19/05/2025</b> UdP <b>1905PNRR</b> Cod. Progetto <b>PNRR1905</b>                                                                                            |                                            |                                                                                                                                                 |
| Responsabile scientifico: <b>Andrea Natali</b>                                                                                                                                                                      |                                            | tel/cell: <b>050 992814</b>                                                                                                                     |
| e-mail: <b>andrea.natali@unipi.it</b>                                                                                                                                                                               |                                            | Fax: _____                                                                                                                                      |
| RAD: <b>Claudia Calabrese</b>                                                                                                                                                                                       |                                            | tel/cell: <b>3457766964</b>                                                                                                                     |
| e-mail: <b>claudia.calabrese@ao-pisa.toscana.it</b>                                                                                                                                                                 |                                            | Fax: _____                                                                                                                                      |
| Si dichiara disponibilità di copertura economica pari a € <b>3400,00</b> <b>IVA INCLUSA</b> per l'acquisizione richiesta                                                                                            |                                            |                                                                                                                                                 |
| RAD<br><i>(firma e timbro)</i><br>                                                                                               |                                            | Il Responsabile Scientifico<br><i>(firma e timbro)</i><br> |

☐ **FONDI DI REPARTO** compilare il prospetto che segue:

|                                                                                                                  |                 |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------|
| Si dichiara disponibilità di copertura economica pari a € _____ <b>IVA INCLUSA</b> per l'acquisizione richiesta. |                 |                                                        |
| Responsabile scientifico: _____                                                                                  |                 |                                                        |
| e-mail: _____                                                                                                    |                 | tel/cell: _____                                        |
| RAD: _____                                                                                                       | tel/cell: _____ | e-mail: _____                                          |
| UdP _____ Cod. Aziendale Fondo _____                                                                             |                 |                                                        |
| RAD<br><i>(firma e timbro)</i>                                                                                   |                 | Il Responsabile Scientifico<br><i>(firma e timbro)</i> |

☐ **NESSUN FONDO SPECIFICO DISPONIBILE**

La compilazione di questa pagina è indispensabile per l'eventuale attivazione dell'iter di acquisizione, nel caso non siano disponibili fondi specifici e sia necessario ricorrere a fondi aziendali (AOUP) spuntare obbligatoriamente la voce "NESSUN FONDO..."

|                                                                                                      |                                                                                                               |                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <p>AZ. OSP. - UNIV.<br/>PISANA</p> <p>PROGRAM. e ORGAN.<br/>SANITARIA DELLE<br/>TECN. BIOMEDICHE</p> | <p>MODULO DI REGISTRAZIONE</p> <p>RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI<br/>APPARECCHIATURA/ACCESSORIO BIOMEDICALE</p> | <p>T03/PA78</p> <p>Rev. 00<br/>del 06/03/2024</p> <p>Pag. 4 di 5</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

Si chiede di procedere all'acquisizione dell'apparecchiatura sopra descritta per le seguenti ragioni:

- ☐ Mantenimento di un servizio necessario o continuazione di studio clinico  
☒ Potenziamento parco macchine esistente mediante nuova acquisizione  
☐ Sostituzione di apparecchiatura obsoleta      ☐ Sostituzione di apparecchiatura dichiarata FUORI USO

In caso di sostituzione indicare sempre i dati dell'apparecchiatura da dismettere e allegare, quando presente, richiesta/dichiarazione di FUORI USO

Tipologia: \_\_\_\_\_ Ditta: \_\_\_\_\_ Modello: \_\_\_\_\_  
 Presidio: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_ Inv. N°: \_\_\_\_\_

Fornitura complementare/aggiornamento tecnologico di apparecchiatura già in uso

In caso di fornitura complementare indicare i dati dell'apparecchiatura destinataria della fornitura

Tipologia: \_\_\_\_\_ Ditta: \_\_\_\_\_ Modello: \_\_\_\_\_  
 Presidio: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_ Inv. N°: \_\_\_\_\_

Le apparecchiature saranno ubicate nelle seguenti strutture

N° app.: 1 Presidio ☐ CISANELLO ☒ S. CHIARA Stabile: 43 Piano: 1 Stanza: \_\_\_\_\_  
 N° app.: \_\_\_\_\_ Presidio ☐ CISANELLO ☐ S. CHIARA Stabile: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_  
 N° app.: \_\_\_\_\_ Presidio ☐ CISANELLO ☐ S. CHIARA Stabile: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_  
 N° app.: \_\_\_\_\_ Presidio ☐ CISANELLO ☐ S. CHIARA Stabile: \_\_\_\_\_ Piano: \_\_\_\_\_ Stanza: \_\_\_\_\_

E' necessario il cambio di destinazione d'uso del locale? SI ☐ NO ☒

Se SI indicare vecchia e nuova destinazione d'uso

Vecchia destinazione d'uso: \_\_\_\_\_

Nuova destinazione d'uso: \_\_\_\_\_

**COSTI STIMATI** da compilare solo se conosciuti

|                            |                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Per acquisto               | Costo stimato bene _____ IVA esclusa                                 |
| Per Noleggio/Service       | Canone mensile bene _____ IVA esclusa                                |
|                            | N° mesi del Contratto _____ Costo totale contratto _____ IVA esclusa |
| Per attività a prestazione | Costo prestazione _____ IVA esclusa                                  |
|                            | N° Prestazioni/mese _____ Costo totale contratto _____ IVA esclusa   |

|                                                          |                                                                        |                           |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| AZ. OSP. -- UNIV.<br>PISANA                              | MODULO DI REGISTRAZIONE                                                | T03/PA78                  |
| PROGRAM. e ORGAN.<br>SANITARIA DELLE<br>TECN. BIOMEDICHE | RICHIESTA DI ACQUISIZIONE DI<br>APPARECCHIATURA/ACCESSORIO BIOMEDICALE | Rev. 00<br>del 06/03/2024 |
|                                                          |                                                                        | Pag. 5 di 5               |

**MATERIALI DI CONSUMO**

*da compilare obbligatoriamente quando è necessario per l'attività dell'apparecchiatura richiesta*

|                                                                                                                             |                                |                                     |                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Monouso <input type="radio"/>                                                                                               | Pluriuso <input type="radio"/> | Dedicato <input type="radio"/>      | Compatibile <input type="radio"/> |
| DESCRIZIONE: _____                                                                                                          |                                |                                     |                                   |
| QUANTITÀ prevista in un anno: _____                                                                                         |                                | Costo unitario stimato: _____       |                                   |
| Monouso <input type="radio"/>                                                                                               | Pluriuso <input type="radio"/> | Dedicato <input type="radio"/>      | Compatibile <input type="radio"/> |
| DESCRIZIONE: _____                                                                                                          |                                |                                     |                                   |
| QUANTITÀ prevista in un anno: _____                                                                                         |                                | Costo unitario stimato: _____       |                                   |
| Monouso <input type="radio"/>                                                                                               | Pluriuso <input type="radio"/> | Dedicato <input type="radio"/>      | Compatibile <input type="radio"/> |
| DESCRIZIONE: _____                                                                                                          |                                |                                     |                                   |
| QUANTITÀ prevista in un anno: _____                                                                                         |                                | Costo unitario stimato: _____       |                                   |
| Monouso <input type="radio"/>                                                                                               | Pluriuso <input type="radio"/> | Dedicato <input type="radio"/>      | Compatibile <input type="radio"/> |
| DESCRIZIONE: _____                                                                                                          |                                |                                     |                                   |
| QUANTITÀ prevista in un anno: _____                                                                                         |                                | Costo unitario stimato: _____       |                                   |
| Costo totale annuo: _____                                                                                                   |                                | IVA esclusa _____ IVA inclusa _____ |                                   |
| Il materiale sopra descritto è <u>DELIBERATO</u> ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO DET ESTAR: _____ |                                |                                     |                                   |

Vista ed approvata da:

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA  
D.A.I. CHIRURGIA E MEDICINA ENDOCRINO  
METABOLICA E DEI TRAPIANTI  
Direttore/Prof. Gabriele Materazzi

Dir. Dipartimento

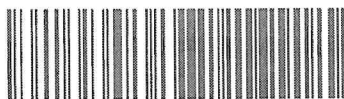
data: \_\_\_\_\_

Dir. U.O. Utilizzatrice/Libera Professione:

data: 13.06.24

Dir. U.O. Farmaceutica:

data: \_\_\_\_\_



**Aleph\_29126**

Prot. n: 0039575 del 27-08-2024

Allegato B)

|                                                          |                                                                                                             |                                              |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| AZ. OSP. – UNIV. PISANA                                  | MODULO DI REGISTRAZIONE                                                                                     | T05/PA78                                     |
| PROGRAM. e ORGAN.<br>SANITARIA DELLE TECN.<br>BIOMEDICHE | VALUTAZIONE TECNICA AI FINI DELLA RICHIESTA DI<br>ACQUISIZIONE DI APPARECCHIATURA/ACCESSORIO<br>BIOMEDICALE | Rev. 00<br>del 06/03/2024<br><br>Pag. 1 di 2 |

Per ACQUISTI: [aoup.acquistits@ao-pisa.toscana.it](mailto:aoup.acquistits@ao-pisa.toscana.it)  
Compilare ed inviare a:  
Per NOLEGGI/SERVICE/LEASING: [aoup.servicets@ao-pisa.toscana.it](mailto:aoup.servicets@ao-pisa.toscana.it)

RIF. RICHIESTA Congelatore -80°C - S.O.D. Dietologia e Nutrizione Clinica

E' NECESSARIO IL DEC ? ☒ SI ☐ NO

RESPONSABILE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (RES) Dott. Andrea Ferrari

VIENE PROPOSTO QUALE DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DEL CONTRATTO (DEC):

\_\_\_\_\_

Per accettazione

Il DEC

\_\_\_\_\_TIMBRO E FIRMA\_\_\_\_\_

SOPRALLUOGO: ☒ SI ☐ NO

ESITO DI SOPRALLUOGO:  
Sopralluogo con esito positivo

DOCUMENTI ALLEGATI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CONFIGURAZIONE: VERIFICATA ☒ MODIFICATA ☐ INTEGRATA ☒

|                                                                                         |                                                                                                                                            |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| AZ. OSP. – UNIV. PISANA<br><br>PROGRAM. e ORGAN.<br>SANITARIA DELLE TECN.<br>BIOMEDICHE | MODULO DI REGISTRAZIONE<br><br>VALUTAZIONE TECNICA AI FINI DELLA RICHIESTA DI<br>ACQUISIZIONE DI APPARECCHIATURA/ACCESSORIO<br>BIOMEDICALE | T05/PA78<br><br>Rev. 00<br>del 06/03/2024<br><br>Pag. 2 di 2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

|                                                              |                                                      |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Caratteristiche fisico/tecniche del prodotto</b>          |                                                      | Indicare se necessario:                                                         |
| Peso indicativo: <u>260kg</u>                                | Ingombro indicativo (l x h x p): <u>85x199x78 cm</u> |                                                                                 |
| Installato permanentemente <input checked="" type="radio"/>  | Mobile <input type="radio"/>                         | Portatile (con maniglia) <input type="radio"/>                                  |
| Supporto: <input type="checkbox"/> staffe                    | <input type="radio"/> pensile                        | <input type="radio"/> colonna                                                   |
| Utilizza sostanze chimiche (se si specificare) _____         |                                                      |                                                                                 |
| Emette: <input type="radio"/> radiazioni ionizzanti          | <input type="radio"/> radiazioni non ionizzanti      | <input type="checkbox"/> campi elettromagnetici                                 |
| <b>Il prodotto richiede le seguenti utenze/collegamenti:</b> |                                                      |                                                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Alimentazione elettrica  | <input type="checkbox"/> Rete dati                   | <input type="checkbox"/> Collegamento ad allarmi                                |
| <input type="checkbox"/> Gas Medicali                        | <input type="checkbox"/> Gas tecnici                 | <input type="checkbox"/> Sistema di aspirazione vapori ed emissione all'esterno |
| <input type="checkbox"/> Adduzione acqua                     | <input type="checkbox"/> Scarico in fogna            | <input type="checkbox"/> Scarico rifiuto Speciale                               |

|                                              |                                |                               |                                            |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| MODALITÀ DI ACQUISIZIONE:                    |                                |                               |                                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> ACQUISTO | <input type="radio"/> NOLEGGIO | <input type="radio"/> SERVICE | <input type="radio"/> LEASING CON RISCATTO |

|                                                                                                                                                        |                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> INDIZIONE NUOVA GARA                                                                                                             | <input checked="" type="radio"/> ADESIONE A GARA ESISTENTE |
| DET ESTAR, convenzione CONSIP o riferimento MEPA, quindi LOTTO e DITTA FORNITRICE<br><u>Det. ESTAR N. 290/ 2021, LOTTO 1.1, e Det. ESTAR 1098/2023</u> |                                                            |

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PROROGA DI NOLEGGIO, SERVICE, LEASING IN ESSERE |
|--------------------------------------------------------------------------|

|                            |                                                                                                                                       |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COSTI STIMATI              |                                                                                                                                       |
| Per acquisto               | Costo stimato bene <u>€ 7.912,85</u> IVA esclusa                                                                                      |
| Per Noleggio/Service       | Canone mensile bene _____ IVA esclusa<br>N° mesi del Contratto _____ Costo totale contratto _____ IVA esclusa                         |
| Per attività a prestazione | Costo prestazione _____ IVA esclusa N° mesi del Contratto _____<br>N° Prestazioni/mese _____ Costo totale contratto _____ IVA esclusa |

Vista ed approvata da:

Ref. Tec. Sanitarie ESTAR:



data: 31/07/2024

Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale - ESTAR

Prot. 0048150 del 01/10/2024 - Uscita

Firmatari: CINZIA MANETTI (3903366175124666562)

Impronta informatica: 5751e3e3abf8de734e69b9248ff0a468dc983943f031e86160e1f5b3fb1e3db7

Sistema Protocollo - Riproduzione cartacea di originale firmato digitalmente

*Allegato C)*



Alla c.a.

AOUP

RES Andrea Ferrari

RUP Francesca Martini

SAFFTT Paola Melani

Oggetto: Adesione alla Convenzione (Rep. 234 del 22/04/2021) per la fornitura in acquisto di frigoriferi, congelatori e apparecchiature per la produzione del freddo.

**Lotto 1.1: congelatori - 40°C - 30°C - 20°C e - 80°C** (Rep. 234 del 22/04/2021) - Rif. Det. n. 290 del 23/02/2021 - Det. n. 1098 del 09/08/2023 revisione prezzi

Vs. rif. RDA 6824

Prot. 46864 del 24/09/2024

Dipartimento Acquisizione  
Beni e Servizi

Dr. Paolo G. Torricco  
Direttore

Fornitore aggiudicatario: KW Apparecchi Scientifici Srl

**Lotto 1.1: CIG 84586499F7**  
CPV 39711100-0

UOC Gare Strategiche  
Dr. Francesco Buvetta  
Dirigente

Con riferimento alla richiesta di adesione in oggetto presentata dall'Ente in indirizzo, relativa alla fornitura in acquisto di n. 1 congelatore -80°C per un importo pari ad € 7.912,85 (IVA esclusa)

- considerato che la Convenzione indicata in oggetto risulta attiva (termine: 21.04.2025);
- visto l'importo residuo della Convenzione sopra menzionato;
- preso atto dell'esito dell'istruttoria condotta dai tecnici del Dipartimento TS di riferimento attestante che le prestazioni oggetto della richiesta di adesione sono relative alla Convenzione stessa, nonché in riferimento al Fornitore individuato;

per quanto di competenza della scrivente UOC si attesta, esclusivamente, la sussistenza della capienza nel quadro economico della Convenzione richiamata che consente l'adesione per l'importo come sopra riportato.

L'Ente, tramite il RES incaricato, provvederà secondo quanto previsto nella Convenzione in oggetto (durata, modalità di affidamento etc.), all'affidamento del Contratto attuativo ed alla emissione dell'ordine, acquisendo il relativo CIG derivato, nel limite massimo della presente.

Il Responsabile dell'esecuzione del contratto (RES) individuato, è tenuto ad inoltrare al RUP di gara indicato nel provvedimento di aggiudicazione, ogni comunicazione ai sensi e nel rispetto del Regolamento 7/R DPGRT del 2018.

Il Dipartimento scrivente provvederà a formalizzare con apposito provvedimento di rendicontazione, l'adesione di cui trattasi. Il provvedimento di rendicontazione sarà adottato bimestralmente.

Cordiali saluti

*P.O. Acquisizioni urgenti  
apparecchiature elettromedicali e gestione  
autorizzazioni adesioni a contratti quadro TS/ICT  
Cinzia Manetti*

Ref. Amm.vo  
Maria Teresa Mileto  
Tel. 055 3799206  
maria\_teresa.mileto@estar.toscana.it

ESTAR  
Sede legale  
Via di San Salvi, 12 - Palazzina 14  
50135 Firenze

Partita Iva 06485540485

