
Allegato al Modello di domanda

FORNITURA DI DISPOSITIVI E SERVIZI DI TELEASSISTENZA E TELESOCORSO NELL'AMBITO DEL PROGETTO DI PNRR M.5 C. 2 INTERV. I.I.2 ANZIANI PARZIALEMNTE NON AUTOSUFFICIENTI CUP: II4H22000510006ENTE

ELENCO di dettaglio della fornitura proposta e singolo prodotto (completo di analitica descrizione) secondo le indicazioni e completo di preventivo di spesa per l'intera fornitura secondo le indicazioni contenute al Capitolato speciale e all'avviso

Consapevole che la procedura ha per oggetto la fornitura "chiavi in mano" di un sistema integrato di telemedicina e teleassistenza per n. 100 utenti anziani residenti nel territorio di competenza del Distretto Socio Sanitario D50 (comuni: Trapani, Misiliscemi, Buseto Palizzolo, Erice, Valderice, Custonaci, Paceco, San Vito Lo Capo e Favignana), di telemonitoraggio per 30 assistiti (inclusi nei 100 di cui sopra) e di domotica leggera per n° 20 assistiti (inclusi nei 100 di cui sopra) per la durata specificata nel successivo art. 2 con funzionalità e assistenza per tutta la durata del contratto, ovvero per mesi 36 dalla data di consegna del servizio.

A SEGUIRE IL DETTAGLIO PER SINGOLO PRODOTTO

Completo delle sezioni così denominate

- **A) Descrizione Impresa**
(descrivere la struttura dell'impresa con riferimento a nr dipendenti, servizi analoghi effettuati, esperienza, livelli di qualificazione etc....) Allegare Curriculum Aziendale;
- **B) Schede tecniche dettagliate dei dispositivi proposti**
(descrizione conforme ai requisiti minimi e con eventuale dettaglio su funzionalità migliorative e aggiuntive utile all'utenza che aumentano il comfort o la sicurezza d'uso; ovvero presenza di dispositivi dotati di tecnologie evolute funzionalità migliorative minimi, con valore aggiunto evidente per l'utente (es. compatibilità con app, ricarica semplificata, batteria lunga durata) o funzionalità migliorative con elevato valore aggiunto e impatto positivo per utenti fragili o cronici (es. telemonitoraggio, integrazione con centrali operative, segnalazioni vocali, aggiornamento firmware remoto, ecc.);
- **C) Caratteristiche e usabilità della Piattaforma Software**
(descrivere le caratteristiche e l'usabilità della Piattaforma Software: monitoraggio e storico allarmi; eventuali personalizzazioni e Funzioni intermedie - report, accesso utenti, esportazione dati; descrivere eventuali Interfaccia user-friendly, accessibile da mobile, con dashboard per utenti, operatori e amministratori; eventuali sistemi avanzati multilingua, notifiche smart, AI per analisi, integrazione con altri servizi (sanitari/sociali);
- **D) Centrale operativa Piano operativo del servizio di centrale H24/7gg. Durata 36 mesi**
(descrizione generale del funzionamento della Centrale e la modalità di gestione della stessa centrale operativa H24 con durata 36 mesi con presenza di personale sanitario e gestione tracciata degli Interventi; protocolli, registrazione chiamate e personale qualificato; descrivere se con sistema integrato, multilingua, supporto sanitario e personalizzazione per l'utenza del Distretto 50);
- **E) Piano di installazione e progetto esecutivo con cronoprogramma;**
(descrizione del Piano di Istallazione secondo quanto previsto dal Capitolato con e ventuali dettagli migliorativi e migliorie che l'operatore vorrà prevedere in ordine all'installazione e formazione rapida,



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI RIPRESA E RESILIENZA



MINISTERO DEL LAVORO
E DELLE POLITICHE SOCIALI



assistenza telefonica inclusa la presenza di personale dedicato sul territorio, manuali personalizzati, formazione utenti/familiare; formazione in presenza + formazione online, assistenza h24, sostituzione dispositivi entro 24h, supporto anche alle famiglie);

- **F) Preventivo di spesa offerto**

(descrivere il preventivo offerto – iva inclusa- per l'intera fornitura così come prodotta e dettagliando eventuali servizi o estensioni aggiuntivi (es. estensione oltre i 36 mesi previsti) per l'utilizzo della piattaforma comprese le sim; ovvero eventuale fornitura di ulteriori kit di monitoraggio e/o altri dispositivi oltre quelli previsti)

Data e _____ Firma

_____ del Legale Rappresentante della Ditta

Firmato digitalmente