

**UFFICIO ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI**

**VIA MARIO NICOLETTA CENTRO DIREZIONALE “IL GRANAIO”**

**TEL. 0962-924991/924091 – Telefax 0962-924992/924985**

**ALLEGATO A.**

**Il servizio offerto dovrà essere in grado di poter effettuare i seguenti adempimenti.**

**Il tele monitoraggio domiciliare dovrà applicare tecnologie di comunicazioni tali da portare l’assistenza sanitaria al domicilio del paziente.**

**Il KIT di Servizio deve variare nella sua composizione in rapporto al tipo di patologia, l’HUB deve raccogliere – via bluetooth – le misurazioni provenienti dagli strumenti componenti il KIT e inviarle automaticamente al Portale Clinico.**

**-Hub per la raccolta – via bluetooth – delle misurazioni provenienti dagli strumenti componenti il Kit e invio automatico al Portale Clinico.**

**Software ad hoc**

**Il Portale clinico deve permettere di:**

* **Raccogliere tutte le misurazioni inviate dai dispositivi medici**
* **Eseguire un Triage e generare alert in presenza di misurazioni anomale rispetto ai range definiti**
* **Visualizzare tutte le informazioni necessarie al medico e al paziente**
* **Identificare per ogni paziente il percorso di diagnosi e cura controllando le attività svolte tramite un sistema di alert e promemoria per medico, paziente e HCM.**

**Il Kit di Servizio, appositamente configurato in base alle caratteristiche cliniche, deve essere consegnato al paziente che dovrà essere istruito circa il suo utilizzo.**

**I dispositivi medici trasmettono via bluetooth i valori misurati all’hub che a sua volta li invia al Portale Clinico. Il paziente deve disporre di proprie credenziali per accedere all’area del portale a lui dedicata.**

**Il medico deve poter collegarsi in qualsiasi momento alla sezione a lui dedicata del Portale per monitorare lo status dei propri assistiti e ricevere eventualmente segnalazioni di situazioni anomale.**

**L’Health Care Monitor, deve visualizzare tramite il Portale Clinico tutte le informazioni relative ai pazienti e deve essere preposto alle attività di Triage e follow up sul paziente stesso e sui Medici.**

**Timbro e firma per accettazione**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**