Ambulanze di tipo ‘B":

indicare il numero delle ambulanze di trasporto, cioè attrezzate per il trasporto di infermi o infortunati con eventuale dotazione di semplici attrezzature di assistenza (decreto del Ministero dei trasporti 17 dicembre 1987, n.553).

Ambulanze per il trasporto di emergenza del neonato:

indicare il numero delle ambulanze di trasporto dedicate ed appositamente attrezzate in dotazione per il Servizio di Trasporto ed Emergenza Neonatale - S.T.E.N. (decreto del Ministro della Sanità 24 aprile 2000: "Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 199&2000").

# Quadro G

ASSISTITI: si intende per assistito il soggetto che ha dintto all'assistenza sanitaria nell'ambito del SSN ed ha effettuato la scelta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

La fascia di età pediatrica si riferisce a tutta la popolazione assistibile in età pediatrica, indipendentemente dalla scelta effettuata, secondo quanto indicato nella convenzione di pediatria yigente.

Quadro H

Riportare il numero di cittadini aventi diritto alI'esenzione dal ticket al 1’ gennaio dell'anno, distinguendo le esenzioni per età e reddito e le esenzioni per altn motivi (patologia e invalidità), secondo la normativa vigente.

Se non è possibile indicare gli esenti per età e reddito, Iasciare il campo in bianco.

SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo snnitario e della statistica Direzione generale della programmazione sanitaria

FLS.11 • DATI DI STRUTTURA E DI ORGANIZZAZIONE DELLA UNITA’ SANITARIA LOCALE

FL| 1|S

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A | DENOMINAZIONE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| B | CODICE REGIONE |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| C | CODICE U.S.L. |
| I I I I |

|  |  |
| --- | --- |
| D | | ANNO |
| i i i i |

|  |  |
| --- | --- |
| E | | DISTRETTI |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| F | CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE |
| (barrare la casella se il servizio è funzionante; in presenza di CUP indicare il tipo)TIPO CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE |\_] TIPO DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALEI I DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE LI SERVIZIO TRASPORTO PER CENTRO DIALISI DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE LI SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA[ | DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZESe la gestione dell'emergenza è direttamente curata dalla Usl, indicare il numero di:AMBULANZE DI TIPO “A’ I I I I I AMBULANZE DI TIPO "B"di cui con medico I I I I I AMBULANZE PEDIATRICHEUNITA’ MOBILE DI RIANIMAZIONE I I I I I AMBULANZETRASPORTO EMERGENZA NEONATO [\_| 1 L I |

|  |  |
| --- | --- |
| G | Asvls i I i I |
| FASCE DI ETA' | NUMERO | MASCHI | FEMMINE |
| POPOLAZIONE Dl ETA' 0 - 13 anni |  |  |  |
| POPOLAZIONE Dl ETA’ 14 - 64 anni |  |  |  |
| POPOLAZIONE DI ETA’ 65 - 74 anni |  |  |  |
| POPOLAZIONE DI ETA’ 75 anni ed oltre |  |  |  |
| TOTALE |   |   |   |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ESENZIONI DA TICKET PER ETA’ e REDDITO PER ALTRI MOTIVI |

Data .....................

Il Funzionario responsabile ..... ......