



Data 17/04/2025 Protocollo N° 0199107 Class: G.900.25.1 Fasc.

Allegati N° 1

Oggetto: DDR n. 1 del 2 gennaio 2025 - Indicazioni operative per la predisposizione dei flussi SPS e EMUR-PS.-  
Errata Corrige -annulla e sostituisce la nota prot. n. 170550 del 2 aprile 2025

Ai Direttori Generali  
Aziende Ulss del Veneto  
Azienda Ospedale-Università di Padova  
Azienda Ospedaliera Universitaria integrata di Verona  
IOV – IRCCS  
Azienda Zero

Ai Presidenti di  
AIOP Veneto  
ARIS Veneto  
CONFINDUSTRIA Veneto  
ANISAP Veneto  
ANSOC Veneto  
CONFAPI Veneto  
CUSPE – SBV Veneto

In relazione all'attivazione del nuovo Nomenclatore regionale, di cui al DDR n. 1 del 2 gennaio 2025 '*Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". DGR n. 1251 del 29.10.2024. Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 302 del 27 dicembre 2024.*', si comunica che le indicazioni contenute nella nota prot.11891 del 10/01/2025 di trasmissione del suddetto decreto trovano applicazione anche nella rilevazione delle prestazioni nei flussi informativi SPS e EMUR-PS.

In particolare:

- Alle prestazioni di cui alle prescrizioni emesse fino al 29 dicembre 2024 si applicano i codici (NTR e branca) e le tariffe del vecchio nomenclatore (Nomenclatore regionale di cui al DDR n. 47/2013) a prescindere dalla data di erogazione e comunque nel rispetto delle disposizioni di cui al Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 25 novembre 2024;

*Area Sanità e Sociale*  
**Direzione Programmazione Sanitaria**  
San Polo, 2514 – 30125 Venezia  
Tel. 041 2791501-1502-3513-3756

PEC [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) e-mail [programmazione sanitaria@regione.veneto.it](mailto:programmazione sanitaria@regione.veneto.it)



- Alle prestazioni di cui alle prescrizioni emesse dal 30 dicembre 2024 si applicano i codici (NTR e branca) e le tariffe del Nomenclatore regionale di cui al DDR n. 1/2025 se erogate entro il 31 maggio 2025 (proroga del Nomenclatore tariffario vigente stabilita con DGR 360/2025) e comunque fino ad entrata in vigore del tariffario regionale definitivo.

Inoltre, per quanto riguarda il flusso SPS, nell'attuale campo "*Codice Prestazione CUP*" dovrà essere obbligatoriamente rilevato il codice CVP per le prestazioni con tipologia di erogazione "*1-Prestazione erogata a soggetti aventi diritto di accesso con oneri a carico del SSR*" erogate a partire dal 30 dicembre 2024; per le altre tipologie di erogazione la rilevazione è facoltativa.

Si allega con la presente il tracciato del flusso SPS aggiornato con quest'ultima specifica. Lo stesso sarà reso disponibile nelle pagine dedicate del portale Gefis e del portale DWH.

Distinti saluti.

Il Direttore  
Dr.ssa Romina Cazzaro  
*firmato digitalmente*

*Allegati:*

*-Flusso informativo SPS. Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali. Tracciati record. Aggiornamento a Gennaio 2025.*

Direzione Programmazione Sanitaria  
Responsabile procedimento: Dr.ssa Romina Cazzaro  
Referente istruttoria: Dr. Francesco Avossa  
Telefono: 049/8778250  
E-mail: [programmazione sanitaria@regione.veneto.it](mailto:programmazione sanitaria@regione.veneto.it)

**Flusso informativo SPS  
Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali**

**Tracciati record**

**Aggiornamento a Gennaio 2025**

**TRACCIATO FLUSSO SPS DATI ANAGRAFICI**

Campo	Descrizione campo	Tipo	Lung.	Istruzioni per la codifica
1	<b>Codice Azienda sanitaria inviante</b>	AN	3	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche, secondo la codifica adottata nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).
2	<b>Struttura erogatrice</b>	AN	6	Codice struttura sanitaria secondo la codifica adottata nei Flussi Informativi Ministeriali - Modello STS11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie.
3	<b>Numero ricetta</b>	AN	16	Riportare il numero della impegnativa/ricetta (ricettario SSN). Per le prestazioni ad accesso diretto e per quelle su invito (screening, sperimentazione farmaci, ecc.) utilizzare il numero progressivo risultante dal modulario in uso presso ciascuna struttura.
4	<b>Identificativo ricetta (ID)</b>	AN	20	Codice numerico di 20 caratteri: i primi 4 indicano l'anno di riferimento e i rimanenti 16 un numero univoco nell'ambito dell'Azienda inviante.
5	<b>Tipo identificativo utente</b>	AN	1	Indica il tipo dell'identificativo del beneficiario della prestazione: 1 – codice fiscale, 3 – codice STP, 4 – codice ID utente della Tessera Europea d'Assicurazione Malattia (TEAM) , 5 – altro identificativo, 6 – identificativo non disponibile, D – codice fiscale non acquisito dalla Tessera Sanitaria.
6	<b>Identificativo utente</b>	AN	20	Per tutti i cittadini italiani deve essere utilizzato il codice fiscale che costituisce il codice identificativo unico degli utenti acquisendolo dalla Tessera Sanitaria. Per i cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, indicare il codice STP. Per i cittadini comunitari non italiani, indicare il numero di identificazione personale della Tessera Europea d'Assicurazione Malattia (TEAM). Per cittadini stranieri con i cui paesi vige accordo di cooperazione indicare altro identificativo. Da non valorizzare nelle fattispecie per cui è previsto il mantenimento dell'anonimato.
7	<b>Cognome</b>	AN	30	Campo da valorizzare, in lettere maiuscole, solo in mancanza di codice fiscale, codice sanitario, codice STP o ID utente (TEAM). Nelle fattispecie per cui è previsto il mantenimento dell'anonimato inserire la dicitura ANONIMO.
8	<b>Nome</b>	AN	20	Campo da valorizzare, in lettere maiuscole, solo in mancanza di codice fiscale, codice sanitario, codice STP o ID utente (TEAM). Nelle fattispecie per cui è previsto il mantenimento dell'anonimato inserire la dicitura ANONIMO.
9	<b>Sesso</b>	AN	1	Utilizzare i codici seguenti: 1 – maschio, 2 – femmina, 9 – non disponibile.
10	<b>Data di nascita</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Da non valorizzare nelle fattispecie per cui è previsto il mantenimento dell'anonimato.
11	<b>Comune o stato estero di residenza</b>	AN	6	Codici ISTAT (primi 3 caratteri per la provincia e i rimanenti 3 caratteri per il progressivo comune); si raccomanda di non omettere la rilevazione dello "0" costituente il primo carattere del codice provincia. Per i residenti all'estero codificare 999 i primi 3 caratteri ed il codice stato estero nei successivi 3, utilizzando i codici degli stati esteri definiti dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione. Indicare 999998 per i senza fissa dimora. Indicare 999999 per gli apolidi.
12	<b>Azienda sanitaria di residenza / (Numero identificazione Istituzione pagatrice TEAM)</b>	AN	28	Per i cittadini italiani o stranieri irregolari, ovvero per le schede il cui campo tipo identificativo utente NON è valorizzato a 4, indicare i 6 caratteri identificativi dell'azienda sanitaria di residenza (o emittente il codice STP), di cui i primi 3 indicanti la regione di residenza ed i rimanenti il codice dell'azienda sanitaria. Per i cittadini comunitari possessori della Tessera Europea d'Assicurazione Malattia (TEAM), indicare il codice identificativo dell'ente pagatore.
13	<b>Cittadinanza</b>	AN	3	Utilizzare i codici degli stati esteri definiti dal Ministero dell'Interno per l'anagrafe della popolazione; indicare 100 per gli italiani e 999 per gli apolidi.
14	<b>Tipologia medico prescrivente</b>	AN	2	Utilizzare i codici indicati nell' <b>Allegato B</b> .

TRACCIATO FLUSSO SPS DATI ANAGRAFICI

Campo	Descrizione campo	Tipo	Lung.	Istruzioni per la codifica
15	<b>Codice medico prescrivente</b>	AN	16	Utilizzare il codice fiscale del medico prescrivente. In alternativa, per i medici di medicina generale (MMG) e pediatri di libera scelta (PLS) utilizzare il codice individuale assegnato a livello regionale; con riferimento a tutti gli altri medici abilitati all'attività prescrittiva (compresi i medici specialisti convenzionati interni) afferenti ai presidi ospedalieri, ai presidi territoriali e alle strutture private preaccreditate, deve essere utilizzato, quale codice, il numero di iscrizione all'Ordine dei Medici preceduto dalla sigla automobilistica della provincia dell'ordine di appartenenza e seguito dalle sigle CH per i medici chirurghi e OD per i medici odontoiatri. Vedi <b>Allegato C</b> . Valorizzare solo nel caso il campo "Numero ricetta" non contenga un numero di impegnativa/ricetta (ricettario SSN).
16	<b>Suggerita</b>	AN	1	Valorizzare ad 1 se il relativo campo del nuovo ricettario è biffato
17	<b>Ripetitività</b>	AN	2	Indicare sempre 00 come da disposizioni della circolare n. 507562 del 28/09/2010.
18	<b>Prosecuzione impegnativa</b>	AN	2	Indicare sempre 00 come da disposizioni della circolare n. 507562 del 28/09/2010.
19	<b>Ricetta informatizzata</b>	AN	1	Indicare 0 se la ricetta è compilata manualmente, 1 se presenta biffatura del campo "Stampa PC" e codice fiscale dell'utente in formato barcode, 2 se presenta solo la biffatura del campo "Stampa PC".
20	<b>Numero identificativo della tessera TEAM</b>	AN	20	Indicare il numero di identificazione della tessera TEAM per i cittadini comunitari non italiani. Tale numero è riportato sotto quello di identificazione personale.
21	<b>Data scadenza tessera TEAM</b>	AN	8	Indicare la data di scadenza della tessera TEAM per i cittadini comunitari non italiani. Utilizzare il formato GGMMAAAA.

**TRACCIATO FLUSSO SPS DATI SENSIBILI**

Campo	Descrizione campo	Tipo	Lung.	Istruzioni per la codifica
1	<b>Codice Azienda sanitaria inviante</b>	AN	3	Codice Azienda Sanitaria di cui al DM 17.9.1986 e successive modifiche, secondo la codifica adottata nei "Modelli di rilevazione delle attività gestionali ed economiche delle Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" (Flussi Informativi Ministeriali).
2	<b>Struttura erogatrice</b>	AN	6	Codice struttura sanitaria secondo la codifica adottata nei Flussi Informativi Ministeriali - Modello STS11 - Dati anagrafici delle strutture sanitarie.
3	<b>Codice Disciplina</b>	AN	3	Codice di 3 caratteri che individua la disciplina di erogazione (Allegato A).
4	<b>Numero ricetta</b>	AN	16	Riportare il numero della impegnativa/ricetta (ricettario SSN). Per le prestazioni ad accesso diretto e per quelle su invito (screening, sperimentazione farmaci, ecc.) utilizzare il numero progressivo risultante dal modulario in uso presso ciascuna struttura.
5	<b>Identificativo ricetta (ID)</b>	AN	20	Codice numerico di 20 caratteri: i primi 4 indicano l'anno di riferimento e i rimanenti 16 un numero univoco nell'ambito dell'Azienda inviante.
6	<b>Progressivo riga ricetta</b>	AN	2	Numero progressivo identificativo della singola prestazione nell'ambito di una stessa ricetta. I valori ammessi sono compresi nel range 01-09 (righe di dettaglio) e 99 (riga di totale).
7	<b>Regime di erogazione</b>	AN	2	Utilizzare i codici dell'Allegato H-Regime di erogazione
8	<b>Data di prescrizione</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Rilevare la data apposta nella impegnativa/ricetta (ricettario SSR) dal prescrittore all'atto della sua compilazione.
9	<b>Data di contatto</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Rilevare la data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione richiedendo la fruizione di una prestazione ed effettua la prenotazione desumibile dal sistema CUP.
10	<b>Prima data disponibile</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. E' la prima data che il sistema di prenotazione (CUP) rende disponibile per la fruizione della prestazione.
11	<b>Data prenotata</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Tale data, se non coincidente con la "prima data disponibile" indicata nel campo precedente, consente di rilevare la "scelta dell'utente" che ha optato, per sua specifica esigenza o per esigenza clinica, per una data successiva. Non va considerato il dato recuperabile da sistemi di prenotazione non informatizzati. In tale ipotesi la variabile non viene valorizzata. Nel caso di prestazioni ad accesso diretto (es. laboratorio) i campi: "Data di contatto", "Prima data disponibile" e "Data prenotata" dovranno sempre essere compilate con la stessa data del campo "Data erogazione prestazione". Nel caso di prestazioni a ciclo indicare la data di apertura del ciclo.
12	<b>Data erogazione prestazione</b>	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Per prestazioni che recano nella descrizione della singola voce l'indicazione per ciclo indicare la data di chiusura del ciclo.
13	<b>Tempistica di erogazione</b>	AN	1	Identifica i livelli di attesa diversificati per l'effettuazione della prestazione (Allegato D). Compilazione obbligatoria per gli accessi diretti (codice 1) e per le prestazioni erogate a distanza (codice 6)
14	<b>Classe di priorità</b>	AN	3	Contiene i codici che identificano le classi di priorità, cioè i livelli di attesa diversificati in base alle condizioni cliniche definiti dalla L.R. n. 30/2016 all'articolo 38 comma d). Non compilare ove priorità non presente
15	<b>Posizione Utente</b>	AN	2	Con riferimento alla partecipazione dell'utente alla spesa si devono utilizzare i codici seguenti: 1. esente 2. non esente 3. pagante ( <i>pagante per intero</i> ) Tale campo dovrà essere valorizzato solo nella riga 99.
16	<b>Tipologia di erogazione</b>	AN	2	Codice di 2 caratteri che individua la tipologia di erogazione secondo quanto indicato nell'Allegato E.
17	<b>Codice esenzione ricetta</b>	AN	6	L'informazione va rilevata con riferimento alle condizioni che hanno definito la tipologia di esenzione con riferimento alla prestazione erogata. Tabella regionale esenzioni valida per specialistica/farmaceutica. Tale campo dovrà essere valorizzato solo nella riga 99 - da compilare solo se posizione utente=1
18	<b>Codice prestazione N.T. /Codice diagnosi</b>	AN	7	Valorizzare nelle righe di dettaglio con il codice della prestazione secondo il Nomenclatore Tariffario Regionale vigente. Nella riga 99 valorizzare, ove presente in ricetta, il codice diagnosi ICD9 relativo al quesito diagnostico.

TRACCIATO FLUSSO SPS DATI SENSIBILI

Campo	Descrizione campo	Tipo	Lung.	Istruzioni per la codifica
19	Codice Prestazione CUP	AN	15	Valorizzare nelle righe di dettaglio con il codice CVP della prestazione come da Catalogo Veneto del Prescrivibile vigente. Da compilare obbligatoriamente per le prestazioni con Tipologia di erogazione "1-Prestazione erogata a soggetti aventi diritto di accesso con oneri a carico del SSR"; rilevazione facoltativa per le altre tipologie di erogazione
20	Quantità	N	3	Per le prestazioni per cui nella descrizione riportata nel Nomenclatore Tariffario Regionale viene fornita esplicitamente l'indicazione per ciclo riportare il numero di prestazioni/sedute effettivamente erogate.
21	Importo ticket prestazione/ ricetta	N	9	Importo effettivamente pagato dall'utente. L'importo ticket va valorizzato solo nella riga 99 come totale ticket pagato per la ricetta, mentre è pari a zero nelle righe di dettaglio. Utilizzare il formato 000000.00
22	Importo prestazione/ ricetta	N	9	Nelle righe di dettaglio indicare il valore della prestazione (tariffa come da Nomenclatore Tariffario Regionale) <sup>1</sup> Nella riga 99 indicare la differenza tra il totale dei valori delle singole righe di dettaglio ed il totale ticket pagato per la ricetta. Utilizzare il formato 000000.00
23	Codice Branca Specialistica	N	2	Codice di 2 caratteri che individua la branca specialistica di erogazione come da Nomenclatore Tariffario Regionale vigente
24	Data referto	Data	8	Utilizzare il formato GGMMAAAA. Indicare la data in cui è disponibile il referto dell'esame/prestazione.
25	Garantita	AN	1	0 = Prestazione per la quale l'erogatore non è tenuto al rispetto dei tempi massimi previsti oppure non è presente la classe di priorità nella ricetta; 1 = prestazione per la quale l'erogatore è tenuto al rispetto dei tempi massimi previsti e l'assistito ha accettato la prima disponibilità; 2 = prestazione per la quale l'erogatore è tenuto al rispetto dei tempi massimi previsti e l'assistito, per sua esigenza personale, non ha accettato la prima disponibilità optando per una data diversa. Compilare solo le righe di dettaglio.
26	Non esente	AN	1	Indicare 1 se la casella "N" presente in ricetta è biffata, 0 altrimenti. Tale campo dovrà essere compilato solo nella riga 99.
27	Ripetitività	AN	2	Indicare sempre 00 come da disposizioni della circolare n. 507562 del 28/09/2010.
28	Prosecuzione impegnativa	AN	2	Indicare sempre 00 come da disposizioni della circolare n. 507562 del 28/09/2010.
29	Tipo di accesso	N	1	0 = altra tipologia di accesso (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico, controllo, follow up); 1 = primo accesso (prima visita/prima prestazione di diagnostica strumentale).

<sup>1</sup> Nel caso di prestazione NON erogata per ciclo di terapia, l'importo di riga sarà uguale alla tariffa indicata nel Nomenclatore Tariffario Regionale, moltiplicato per il contenuto del campo quantità, altrimenti l'importo di riga coinciderà con quello del Nomenclatore Tariffario Regionale.

**Allegato A – Codice Disciplina**

001 Allergologia	043 Urologia
003 Anatomia ed istologia patologica	046 Grandi ustioni pediatriche
005 Angiologia	047 Grandi ustionati
006 Cardiochirurgia pediatrica	048 Nefrologia (abilitato al trapianto rene)
007 Cardiochirurgia	049 Terapia intensiva
008 Cardiologia	050 Unità coronarica
009 Chirurgia generale	052 Dermatologia
010 Chirurgia maxillo-facciale	054 Emodialisi
011 Chirurgia pediatrica	055 Farmacologia clinica
012 Chirurgia plastica	056 Recupero e riabilitazione funzionale
013 Chirurgia toracica	057 Fisiopatologia della riproduzione umana
014 Chirurgia vascolare	058 Gastroenterologia
015 Medicina sportiva	061 Medicina nucleare
018 Ematologia, immunoematologia	062 Neonatologia
019 Malattie endocrine/diabetologia	064 Oncologia
020 Immunologia	065 Oncoematologia pediatrica
021 Geriatria	066 Oncoematologia
024 Malattie infettive e tropicali	068 Pneumologia
025 Medicina del lavoro	069 Radiologia
026 Medicina generale	070 Radioterapia
027 Medicina legale	071 Reumatologia
028 Unità spinale	073 Terapia intensiva neonatale
029 Nefrologia	074 Radioterapia oncologica
030 Neurochirurgia	075 Neuroriabilitazione
032 Neurologia	076 Neurochirurgia pediatrica
033 Neuropsichiatria infantile	077 Nefrologia pediatrica
034 Oculistica	078 Urologia pediatrica
035 Odontoiatria e stomatologia	082 Anestesia e rianimazione
036 Ortopedia e traumatologia	099 Cure palliative
037 Ostetricia e ginecologia	100 Laboratorio analisi chimico cliniche
038 Otorinolaringoiatria	101 Microbiologia e virologia
039 Pediatria	102 Centro trasfusionale immunoematologia
040 Psichiatria	103 Radiodiagnostica
041 Medicina termale	104 Neuroradiologia
042 Tossicologia	

**Allegato B - Tipologia medico prescrivente**

1	medico di medicina generale
2	pediatra di libera scelta
3	medico specialista dipendente Azienda ULSS / Ospedaliera
4	medico specialista accreditato od operante in struttura privata accreditata
5	medico specialista convenzionato interno (SUMAI)
6	continuità assistenziale (ex guardia medica)
7	guardia turistica
8	altro (es.: medico INAIL, medico INPS, etc.)
99	Accesso senza prescrittore

## Allegato C

### Struttura del Codice Unico del Prescrivente

CODICE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE		CODICE PROFESSIONE
CODICE PROVINCIA	CODICE ISCRIZIONE ALBO/COLLEGIO	
ALFANUM	ALFANUM	ALFANUM
2 crt	6 crt	2 crt
	con eventuali zeri in testa	CH per medici Chirurghi
		OD per Medici odontoiatri

### Forma del Codice

**XY 123456 MN**

**N.B.:** Nel caso in cui il Professionista della Salute risulti iscritto ad entrambi gli albi sarà considerato preminente, e dovrà quindi essere inserito, il codice di iscrizione all'Albo attinente all'attività principale svolta (es. OD sarà utilizzato per i medici che svolgono l'attività di odontoiatra a livello ospedaliero).

## Allegato D - Tempistica di erogazione

1	Programmata: la prescrizione del medico indica la programmazione temporale per il controllo clinico del paziente;
2	Pianificata: a fronte di una prescrizione medica che non richiede uno specifico tempo di attesa, l'utente opta, per sua specifica esigenza, per una data successiva alla prima data disponibile, quindi pianifica la sua attesa. Tale informazione non sarà più necessaria nel momento in cui verrà valorizzato il campo denominato "Prima data disponibile"
3	Altro: tutto ciò che non rientra nei punti precedenti escludendo però l'urgenza che trova accesso immediato.
4	Classi di priorità: livelli di attesa diversificati in base alle condizioni cliniche come previsto con DGR n. 600 del 13/03/2007
5	Accesso diretto. Indicare con questo codice le prestazioni erogate in forma di accesso diretto, ovvero in assenza di prescrizione su ricetta SSN, per le prime visite previste (ginecologica, pediatrica, odontostomatologica, psichiatrica, esame visus, neuropsichiatrica infantile)
6	Prestazione erogata in telemedicina
7	Screening ad accesso libero (il paziente si presenta con la prescrizione e ottiene subito l'erogazione della prestazione e/o ottiene la prenotazione su agenda dedicata entro 3 gg dalla richiesta)
8	Screening con invito attivo
9	Screening con prescrizione

## Allegato E - Tipologia di erogazione

1	Prestazione erogata a soggetti aventi diritto di accesso con oneri a carico del SSR secondo la DGR n. 2227/2002 e successive modifiche e integrazioni.
2	Prestazioni rientranti nei LEA erogate in libera professione intra moenia (attualmente non oggetto di rilevazione)
3	Prestazioni rientranti nei LEA erogate in libera professione dalle strutture e professionisti privati accreditati (attualmente non oggetto di rilevazione)
4	Erogazione a favore di terzi – prestazione erogata a paziente inviato da società, azienda o altro Ente di cui il richiedente si accolla l'onere (Inps, Inail, ecc.)
5	Erogazione a favore di paziente ricoverato in altra struttura
6	P.S. prestazioni di pronto soccorso (urgenti indifferibili) alle quali non segue ricovero - Non più valido
7	P.S. prestazioni di pronto soccorso (differibile e non urgenti) - Non più valido
8	Erogazione a favore di straniero proveniente da Paesi convenzionati con SSN – prestazione erogata a paziente straniero che presenta apposita modulistica
9	Erogazione a favore di STP (Straniero Temporaneamente Presente) a carico del SSN - prestazione minima essenziale (maternità responsabile, tutela minore, vaccinazioni, prevenzione e bonifica malattie diffuse, interventi del Ser.T) erogata a straniero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno e con dichiarazione di indigenza
10	Erogazione a favore di STP (Straniero Temporaneamente Presente) a carico del Fondo istituito presso il Ministero dell'Interno - prestazione urgente o comunque essenziale, ancorché continuativa, erogata a straniero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno e con dichiarazione di indigenza
11	Erogazione a favore di cittadino regolare non pagante a carico del Fondo istituito presso il Ministero dell'interno - prestazione urgente o comunque essenziale, ancorché continuativa, erogata a straniero non iscritto al SSN regolarmente soggiornante sul territorio nazionale, rimasta insoluta
12	Prestazione erogata nell'ambito di programmi di screening autorizzati dalla regione (D.L.vo n°124/98)
13	Prestazione a favore di assistiti SASN (naviganti)
14	Prestazioni erogate ai fini del rilascio dei certificati di idoneità sportiva
15	Prestazioni erogate nell'ambito di screening PFAS autorizzati dalla Regione
16	Screening HCV
UA	Erogazione a favore di pazienti assistiti per crisi internazionale Ucraina

**ALLEGATO H - Regime di erogazione**

01	AMBULATORIALE - Prestazioni rientranti nei LEA e garantiti da SSR
02	PRONTO SOCCORSO (non più utilizzabile)
03	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (attualmente non oggetto di rilevazione)
04	OBI (non più utilizzabile)
05	DAY SERVICE AMBULATORIALE
06	Prestazione acquistata "extra budget" ai sensi della DGR 452 del 27/02/2007 e DGR 600 del 13/03/2007
07	Prestazione acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 1788/2021, 1293/2021 e 162/2022 e s.m.i.
08	Prestazione acquistate presso struttura privata accreditata ai sensi delle DGR 925/2021 e 101/2022 - quote aggiuntive
09	Recupero liste di attesa Piani operativi aziendali - prestazione erogata in giorno feriale
71	Ambulatoriale - prestazione rientrante nei LEA garantiti dal SSR, erogata in giorno festivo
72	Prestazioni acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 1788/2021, 1293/2021 e 162/2022 e s.m.i. erogata in giorno festivo
73	Prestazioni acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 925/2021 e 101/2022 erogata in giorno festivo
74	Recupero liste di attesa Piani operativi aziendali - prestazione erogata in giorno festivo
75	Day Service Ambulatoriale, prestazione erogata in giorno festivo
76	Prestazione acquistata extra budget da soggetti privati accreditati, erogata in giorno festivo
81	Ambulatoriale - prestazione rientrante nei LEA garantiti dal SSR, erogata in giorno prefestivo
82	Prestazione acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 1788/2021, 1293/2021 e 162/2022 e s.m.i. erogata in giorno prefestivo
83	Prestazioni acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 925/2021 e 101/2022 erogata in giorno prefestivo
84	Recupero liste di attesa Piani operativi aziendali - prestazione erogata in giorno prefestivo
85	Day Service Ambulatoriale, prestazione erogata in giorno prefestivo
86	Prestazione acquistata extra budget da soggetti privati accreditati, erogata in giorno prefestivo
91	Ambulatoriale - prestazione rientrante nei LEA garantiti dal SSR, erogata in orario serale 20-24
92	Prestazione acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 1788/2021, 1293/2021 e 162/2022 e s.m.i. erogata in orario serale
93	Prestazioni acquistata presso struttura privata accreditata ai sensi della DGR 925/2021 e 101/2022 erogata orario serale
94	Recupero liste di attesa Piani operativi aziendali - prestazione erogata in orario serale