

**TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI
GENNAIO - DICEMBRE 2023**

| Ambulatori (non in LP) | Descrizione prestazione | N. | GG.med i di attesa | GG.min di attesa | GG.max di attesa |
|---|--|-------------|--------------------------|---------------------|---------------------|
| AMB. ANTALGICA | INFILTRAZIONE CANALE VERTEBRALE - INIEZIONE PERIDURALE (PRESTAZIONE DI II/III LIVELLO) | 340 | 48,44 | 0 | 178 |
| AMB. ANTALGICA | INFILTRAZIONE PUNTI TRIGGER O NERVO PERIFERICO | 32 | 41,59 | 0 | 148 |
| AMB. ANTALGICA | VISITA ANTALGICA | 3 | 23,67 | 0 | 52 |
| AMB. CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO SUPERIORE | 1° VISITA FISIATRICA | 17 | 31,53 | 0 | 75 |
| AMB. CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO SUPERIORE | 1° VISITA ORTOPEDICA | 17 | 33,76 | 6 | 75 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - PULIZIA DI FERITA NAS (ESCLUSO SBRIGLIAMENTO) | 5 | 14,80 | 0 | 27 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE | 1 | 25,00 | 25 | 25 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | DERMOABRAZIONE LASER/MEZZO MECCANICO. (ESCLUSO: DERMABRAZIONE FERITA PER RIMOZIONE FRAMM | 13 | 16,62 | 0 | 71 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA | 75 | 23,07 | 0 | 70 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE | 0 | | | |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | RIMOZIONE: FERITA, INFEZIONE O USTIONE. RIMOZIONE: TESSUTO DEVITALIZZATO, NECROSI, MASSA DI TESSUT | 1 | 0,00 | 0 | 0 |
| AMB. CHIRURGIA PLASTICA E WOUND CARE | VISITA DI CONTROLLO | 81 | 30,74 | 0 | 112 |
| AMB. FISIATRICO | 1° VISITA FISIATRICA | 251 | 33,23 | 0 | 114 |
| AMB. FISIATRICO | BILANCIO ARTIC.MUSCOLARE GENERALE | 37 | 13,30 | 0 | 36 |
| AMB. FISIATRICO | VALUTAZIONE PROTESICA | 18 | 10,00 | 0 | 38 |
| AMB. FISIATRICO | VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO | 57 | 27,89 | 0 | 119 |
| AMB. GRAVI SECONDARISMI E CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO INFERIORE | 1° VISITA FISIATRICA | 10 | 24,30 | 0 | 55 |
| AMB. GRAVI SECONDARISMI E CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO INFERIORE | 1° VISITA ORTOPEDICA | 11 | 26,09 | 5 | 55 |
| AMB. GRAVI SECONDARISMI E CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO INFERIORE | VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO | 4 | 27,00 | 0 | 46 |
| AMB. GRAVI SECONDARISMI E CHIRURGIA FUNZIONALE ARTO INFERIORE | VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO | 5 | 26,40 | 11 | 46 |
| AMB. MEDICINA INTERNA | PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA | 13 | 19,54 | 2 | 42 |
| AMB. MEDICINA INTERNA | VISITA DI CONTROLLO GASTROENTEROLOGICA | 2 | 11,00 | 0 | 22 |
| AMB. MEDICINA INTERNA | VISITA INTERNISTICA | 45 | 46,20 | 0 | 117 |
| AMB. MEDICINA INTERNA | VISITA INTERNISTICA PER CONTROLLO | 3 | 19,33 | 6 | 36 |
| AMB. NEUROFISIOPATOLOGIA | RIVALUTAZIONE CARICA INFUSORE | 19 | 2,74 | 0 | 10 |
| AMB. NEUROFISIOPATOLOGIA | VISITA NEUROFISIATRICA PER RICARICA POMPA | 176 | 1,64 | 0 | 33 |
| AMB. NEUROLOGIA | VISITA NEUROLOGICA | 22 | 13,45 | 0 | 42 |
| AMB. NEUROLOGIA | VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO | 14 | 15,93 | 0 | 40 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | CISTOSCOPIA (TRANSURETRALE) | 2 | 17,50 | 0 | 35 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | ESAME URODINAMICO INVASIVO | 53 | 36,30 | 0 | 86 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | UROFLUSSOMETRIA | 1 | 28,00 | 28 | 28 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | VISITA UROLOGICA | 2 | 0,00 | 0 | 0 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO (ENTRO 6M) | 19 | 15,11 | 0 | 35 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | VISITA UROLOGICA PER PIANO TERAPEUTICO DI CONTROLLO | 1 | 35,00 | 35 | 35 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | VISITA UROLOGICA PIANO TERAPEUTICO PRIMA VISITA | 6 | 29,33 | 12 | 61 |
| AMB. NEUROUROLOGIA | VISITA UROLOGICA PRIMA VISITA | 8 | 9,00 | 2 | 25 |
| AMB. POLISPECIALISTICO AASS E AAI | 1° VISITA FISIATRICA | 0 | | | |
| AMB. POLISPECIALISTICO AASS E AAI | 1° VISITA ORTOPEDICA | 0 | | | |
| AMB. RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO | RIEDUCAZ. MOTORIA INDIVIDUALE MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE(INCLUSO BIO FEED BACK) | 12 | 10,00 | 0 | 37 |
| AMB. RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO | VISITA FISIATRICA DI APERTURA (PRIMA VISITA) | 16 | 9,50 | 0 | 29 |
| AMB. RIABILITAZIONE PAVIMENTO PELVICO | VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO | 3 | 0,00 | 0 | 0 |
| AMB. SCRAMBLER THERAPY | STIMOLAZIONE RIPETITIVA PER NERVO E FREQUENZA DI STIMOLO | 1 | 0,00 | 0 | 0 |
| TOTALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI NON IN L.P. | | 1396 | | | |