

In ottemperanza alle disposizioni Regionali vigenti in tema di rilevazione dei Tempi di Attesa (D.G.R. IX/1775 del 24/05/2011), si precisano di seguito i criteri utilizzati per inserire nel monitoraggio le visite/prestazioni prenotate nei giorni indicati dal calendario regionale:

- prima visita o primo accesso per problemi clinici insorti per la prima volta
- presenza del quesito diagnostico sull'impegnativa.

I dati sono calcolati come mediana dei giorni di attesa.

### INDAGINE DEL 18/09/2019

Descrizione Prestazione		Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZ			219
	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE		19	49
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO		5	1
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		1	216
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		14	138
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		2	167
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		2	19
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		0	19
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		32	19
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE		45	181
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE		1	181
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		1	19
	ECOGRAFIA OSTETRICA		0	2
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0	4	5
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		0	40
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		112	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		0	40
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA BIOPSIA DI UNA O PIU SEDI		48	19
	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS PER OCCHIO		2	8
	MAMMOGRAFIA BILATERALE 2 PROIEZIONI		34	209
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE 2 PROIEZIONI		1	209
	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL INTESTINO CRASSO; Polipectomia di uno o più polipi		1	49
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	0	5	112
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		0	155
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		17	2
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		7	
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		8	20
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		35	15
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		23	12
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		9	62
	PRIMA VISITA OCULISTICA	119	12	5
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		8	16

		Descrizione Prestazione	Polambul. Spec. di Cremona		Presidio Ospedaliero di Cremona		Presidio Ospedaliero Oglio Po	
<b>PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE</b>		PRIMA VISITA ORL			1			
		PRIMA VISITA ORTOPEDICA			21		38	
		PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA			6		8	
		PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA			6		8	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO			13		38	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO			5		38	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONN/			5		42	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO			5		24	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO			1		24	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO			1		24	
		SPIROMETRIA GLOBALE			31		27	
		SPIROMETRIA SEMPLICE			47		27	
		TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO			9		219	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALI			5		27	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO			6		42	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINC			6		27	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPC			3		27	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO			5		42	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE			30		28	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO			5		5	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETC			30		14	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO			3		42	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE			30		28	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO			9		42	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE			30		28	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO			9		42	
		RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE; Endoscopia del retto, colon discendente. Incluso eventuali biopsie di una o più sedi e/o brushing o washing per raccolta di campione. Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.25). Escluso:			1		49	
	<b>PRESTAZIONE DI TIPO RICOVERO</b>		ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA)			5		
		BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATC			6			
		COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			56		25	
		CORONAROGRAFIA			7			
		EMORROIDECTOMIA			168		19	
		ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA			28			
		INTERVENTI CHIRURGICI PER MELANOMA			8			
		INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE MALIGNO DELLA TIROIDE			57			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE			14			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO COLON			16		21	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO DELL'UTERO			8		21	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO MAMMELLA			15		10	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA			55			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO			9		12	
		INTERVENTI PROTESI D'ANCA			168		55	
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE			168		20		