

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 03/12/2020

	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO			4
	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE		27	18
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO		1	39
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		0	41
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		18	7
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		0	41
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		1	1
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		1	11
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		1	11
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE		1	1
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE		1	1
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		1	1
	ECOGRAFIA OSTETRICA		0	1
	ELETTROCARDIOGRAMMA		0	0
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		32	0
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		49	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		6	48
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA BIOPSIA DI UNA O PIU SEDI		2	0
	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS PER OCCHIO		26	41
	MAMMOGRAFIA BILATERALE 2 PROIEZIONI		64	8
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE 2 PROIEZIONI		1	8
	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL INTESTINO CRASSO; Polipectomia di uno o più polipi		1	0
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA		1	0
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		0	41
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		0	0
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		20	13
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		0	14
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		0	41
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		29	0
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		1	12
	PRIMA VISITA OCULISTICA		24	18
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		1	1

	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po	
PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	PRIMA VISITA ORL		3		
	PRIMA VISITA ORTOPEDICA		23	18	
	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		4	48	
	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA		5	0	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO		1	18	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		0	7	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA		0	7	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO		0	7	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		1	14	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO		12	12	
	SPIROMETRIA GLOBALE		12	12	
	SPIROMETRIA SEMPLICE		53	48	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE		46	48	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO		1	18	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO		4	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO		1	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO		1	4	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE		1	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO		11	18	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO		3	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO		11	18	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE		4	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		11	18	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE		1	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		11	18	
	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	1