

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 09/10/2019

	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
<b>PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE</b>	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO			19
	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE		56	57
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO		0	0
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		6	3
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		14	5
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		4	0
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		5	4
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		1	7
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		1	0
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE		1	111
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE		1	111
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		1	1
	ECOGRAFIA OSTETRICA		27	1
	ELETTROCARDIOGRAMMA	1	8	3
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		8	7
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		49	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		1	19
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA BIOPSIA DI UNA O PIU SEDI		40	8
	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS PER OCCHIO		9	22
	MAMMOGRAFIA BILATERALE 2 PROIEZIONI		3	27
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE 2 PROIEZIONI		1	27
	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL INTESTINO CRASSO; Polipectomia di uno o più polipi		28	0
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1	6	5
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		0	6
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		18	7
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		23	
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		8	20
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		14	5
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		3	9
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		0	0
	PRIMA VISITA OCULISTICA	27	1	2
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		13	20

	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po	
<b>PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE</b>	PRIMA VISITA ORL		6		
	PRIMA VISITA ORTOPEDICA		14	16	
	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		5	8	
	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA		1	1	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO		28	28	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		0	37	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA		12	0	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO		23	0	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		12	27	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO		20	22	
	SPIROMETRIA GLOBALE		5	22	
	SPIROMETRIA SEMPLICE		51	8	
	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO		49	22	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE		3	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO		3	2	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO		3	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO		17	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO		1	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE		14	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO		1	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO		5	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO		1	2	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE		14	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		3	2	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE		14	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		3	1	
	RETOSIGMOIDOSCOPIA 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:			28	28
	<b>PRESTAZIONE DI TIPO RICOVERO</b>	ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA)		8	
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO			6		
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			56	28	
CORONAROGRAFIA			10		
EMORROIDECTOMIA			168	5	
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA			27		
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	12	
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO DELL' UTERO			8	41	
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO MAMMELLA			15	15	
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA			55		
INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO			9	16	
INTERVENTI PROTESI D`ANCA		168	253		
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE		168	39		