

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 28/08/2019

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		21	50
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO		2	187
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		38	198
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		14	138
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		9	174
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		3	2
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		1	8
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		1	0
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE		1	160
	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE		1	160
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		1	9
	ECOGRAFIA OSTETRICA		3	18
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0	5	0
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		12	4
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		50	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		62	33
	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA BIOPSIA DI UNA O PIU SEDI		24	49
	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS PER OCCHIO		9	8
	MAMMOGRAFIA BILATERALE 2 PROIEZIONI		5	216
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE 2 PROIEZIONI		0	160
	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL INTESTINO CRASSO; Polipectomia di uno o più polipi		47	50
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	0	5	0
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		8	184
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		10	77
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		6	
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		5	6
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		7	27
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		34	7
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		28	41
	PRIMA VISITA OCULISTICA	7	30	80
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		15	13

		Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona		Presidio Ospedaliero di Cremona		Presidio Ospedaliero Oglio Po	
<b>PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE</b>		PRIMA VISITA ORL			25			
		PRIMA VISITA ORTOPEDICA			20		34	
		PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA			8		5	
		PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA			19		62	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO			3		103	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO			0		26	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONN/			8		36	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO			3		10	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO			8		10	
		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO			8		10	
		SPIROMETRIA GLOBALE			58		1	
		SPIROMETRIA SEMPLICE			51		15	
		TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO			2		219	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALI			2		1	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO			2		48	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINC			2		15	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPC			1		2	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO			0		49	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE			13		1	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO			0		49	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETC			7		1	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO			2		49	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE			13		1	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO			2		48	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE			13		1	
		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO			2		48	
		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:			8		50	
<b>PRESTAZIONE DI TIPO RICOVERO</b>		ANGIOPLASTICA CORONARICA (PTCA)			9			
		BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATC			6			
		COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			56		20	
		CORONAROGRAFIA			11			
		EMORROIDECTOMIA			168		20	
		ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA			29			
		INTERVENTI CHIRURGICI PER MELANOMA			9			
		INTERVENTI CHIRURGICI PER TUMORE MALIGNO DELLA TIROIDE			56			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE			13			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO COLON			28		16	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO DELL'UTERO			10		31	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO MAMMELLA			15		15	
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO PROSTATA			56			
		INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE MALIGNO RETTO			12		14	
		INTERVENTI PROTESI D'ANCA			168		29	
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE			167		26		