

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 05/06/2019

	Descrizione Prestazione	Prestazioni		
		Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	4513 - 4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]		21	1
	4523 - 4525 - 4542 - COLONSCOPIA		23	6
	87371 - 87372 - MAMMOGRAFIA		2	6
	88385 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINC		1	1
	88731 - 88732 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA		6	2
	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale		28	
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLC		5	0
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		6	6
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		29	12
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposc	0	5	0
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		26	7
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		2	1
	ECOGRAFIA CARDIACA	2	0	12
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		5	12
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		0	0
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		5	9
	ECOGRAFIA OSTETRICA		0	0
	ELETTROCARDIOGRAMMA	0	20	0
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		19	12
	ELETTROENCEFALOGRAMMA		3	2
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		92	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		10	19
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	1	1	1
	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARI		35	113
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1	21	0
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		0	6
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		11	0
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		12	
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		5	15
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		8	21
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		4	5
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		8	4

PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
	PRIMA VISITA OCULISTICA	22	17	17
PRIMA VISITA ONCOLOGICA		13	14	
PRIMA VISITA ORL		19		
PRIMA VISITA ORTOPEDICA		14	1	
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		9	9	
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA		6	69	
RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA		0	0	
RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS		2	0	
RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALI		28	0	
RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA		19	0	
RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA		1		
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)		16	23	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO		75	33	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		75	33	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA/		75	1	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO		75	24	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		78	24	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO		78	24	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRIC/		75	24	
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA, SENZA E CON CONTRASTO		75	24	
SPIROMETRIA GLOBALE		57	34	
SPIROMETRIA SEMPLICE		57	34	
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH		22		
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D		9		
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'		9		
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D		20		
TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D		19		
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO		94	4	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALI		1	13	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO		1	2	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPC		2	15	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO		0	1	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE		0	0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO		0	0	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLET		6	17	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO		0	7	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE		0	1	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		1	2	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE		12	1	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		1	1	

PRESTAZIONE DI TIPO RICOVERO	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
	282 - 283 - TONSILLECTOMIA			104
323 - 324 - 325 - 329 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE			15	
683X - 684X - 685X - 686X - 687X - 688 - 689 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DELL`UTERO			9	53
ASPORTAZIONE NPL COLON-RETTO (associazione di uno dei codici di diagnosi: 153, 154, 230.3, 230.4, 230.5 con uno dei codici di intervento chirurgico: 45.7, 45.8, 46.1, 48.4, 48.5, 48.6)			15	28
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATC			15	
CATARATTA in ricovero (COD.INT.affendenti al DRG 39)			34	
CHEMIOTERAPIA			10	6
CORONAROGRAFIA (COD.INT. 88.55-6-7)			6	
EMORROIDECTOMIA			342	82
INTERVENTI PER ERNIA (DRG DA 159 A 163)			138	49
MASTECTOMIA			7	9
PROSTATECTOMIA RADICALE			22	
PROTESI D`ANCA (CODICI INTERVENTO 81.51-2-3)			124	58