

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 13/02/2019

	Descrizione Prestazione	Prestazioni		
		Polambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
<b>PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE</b>	4513 - 4516 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]		18	34
	4523 - 4525 - 4542 - COLONSCOPIA		24	26
	87371 - 87372 - MAMMOGRAFIA		0	13
	88385 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINC		0	1
	88731 - 88732 - ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA		0	19
	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale		36	
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLC		0	19
	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		0	0
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA		14	14
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposc	0	9	4
	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		0	0
	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		0	2
	ECOGRAFIA CARDIACA	0	0	14
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		1	1
	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE		1	3
	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		1	5
	ECOGRAFIA OSTETRICA		1	2
	ELETTROCARDIOGRAMMA	1	1	1
	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		20	7
	ELETTROENCEFALOGRAMMA		1	15
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		42	
	ESAME AUDIOMETRICO TONALE		0	40
	ESAME DEL FUNDUS OCULI	2	2	48
	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARI		5	134
	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1	1	1
	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		0	13
	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		4	6
	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE		4	
	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA		0	12
	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		3	4
	PRIMA VISITA GINECOLOGICA		3	4
	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]		5	1

Descrizione Prestazione		Poliambul. Spec. di Cremona			
		Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po		
PRESTAZIONE DI TIPO AMBULATORIALE	PRIMA VISITA OCULISTICA	0	0	41	
	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		6	12	
	PRIMA VISITA ORL		2		
	PRIMA VISITA ORTOPEDICA		7	6	
	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		4	8	
	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA		6	12	
	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA		0	1	
	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS		0	0	
	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALI		0	4	
	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA		0	2	
	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA		7		
	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)			1	26
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO		0	23	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		13	26	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA/		0	25	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO		0	27	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		0	27	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO		4	27	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRIC/		9	15	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO		9	27	
	SPIROMETRIA GLOBALE		50	20	
	SPIROMETRIA SEMPLICE		37	17	
	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH		20		
	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D		6		
	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'		15		
	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D		7		
	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D		7		
	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO		16	23	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE		6	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO		9	2	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPC		0	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO		1	14	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE		0	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO		0	7	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO		0	0	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO		0	21	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE		6	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		14	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE		6	1	
	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		14	1	

	Descrizione Prestazione	Poliambul. Spec. di Cremona	Presidio Ospedaliero di Cremona	Presidio Ospedaliero Oglio Po
<b>PRESTAZIONE DI TIPO RICOVERO</b>	282 - 283 - TONSILLECTOMIA		52	
	323 - 324 - 325 - 329 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE		27	
	683X - 684X - 685X - 686X - 687X - 688 - 689 - INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DELL`UTERO		7	22
	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)		27	21
	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO		27	
	CATARATTA in ricovero (COD.INT.affendenti al DRG 39)		20	
	CHEMIOTERAPIA		6	6
	CORONAROGRAFIA (COD.INT. 88.55-6-7)		4	
	EMORROIDECTOMIA		307	44
	ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLIC		12	
	INTERVENTI PER ERNIA (DRG DA 159 A 163)		125	37
	MASTECTOMIA		21	6
	PROSTATECTOMIA RADICALE		44	50
	PROTESI D`ANCA (CODICI INTERVENTO 81.51-2-3)		19	57