

## Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (Ima) (media esiti Italia 10,28%).

La tempestività è il fattore più importante per la sopravvivenza di una persona colpita da infarto miocardico acuto (Ima). Studi di comunità hanno, infatti, dimostrato che la letalità degli attacchi cardiaci acuti nel primo mese è tra il 30% e il 50%, e di queste morti circa la metà si verifica entro due ore. Se la mortalità al momento dell'infarto è rimasta costante negli ultimi 30 anni, è però diminuita notevolmente la mortalità dei pazienti che riescono ad arrivare in ospedale vivi: negli anni Ottanta moriva entro il mese il 18% dei pazienti, oggi muore il 6-7%, per lo meno nei trial di grandi dimensioni, grazie ad una revisione sistematica di studi sulla mortalità in era pre-trombolitica, nella metà degli anni '80.

La mortalità a 30 giorni dopo Ima è quindi considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero. In questo contesto, al fine di effettuare analisi più approfondite sulla risposta assistenziale al paziente infartuato, è stato definito un set di indicatori con l'obiettivo di valutare la qualità dell'assistenza a livello di strutture ospedaliere o di area di residenza del paziente. Il valore degli indicatori può variare tra aree territoriali e strutture; questo fenomeno, oltre che dalla diversa qualità delle cure, può essere causato dalla eterogenea distribuzione, dovuta al case mix, di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, condizioni di salute del paziente. L'episodio di Ima è costituito da tutti i ricoveri ospedalieri avvenuti entro 4 settimane dalla data del primo ricovero per Ima.

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg dal ricovero			
Strutture con volumi >250 interventi valutati (media esiti nazionale 10,28 %)			
<b>Esiti favorevoli</b>			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Toscana	Osp. S. Giovanni di Dio Torregalli Firenze	358	4,6%
Lombardia	Osp. di Legnano	279	4,7%
Lazio	Osp. Vannini Roma	356	5,2%
Lombardia	Osp. Civile di Vigevano	289	5,2%
Liguria	Osp. Riuniti Leopardi e Riboli Lavagna	273	5,3%
Sicilia	Ao Villa Sofia	278	5,4%
Lombardia	IccsPr Fond. Monzino Milano	404	5,5%
Lombardia	Ao Civile di Vimercate	361	5,7%
Lombardia	Osp. Riuniti di Bergamo	352	5,9%
Lombardia	Osp. di circolo di Desio	339	5,9%
<b>Esiti sfavorevoli</b>			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Lazio	AoUu Umberto I Roma	253	19,6%
Sicilia	Osp. Umberto I Siracusa	412	19,5%
Veneto	Osp. S. Bassiano Bassano del Grappa	274	18,8%
Campania	Osp. S.M. delle Grazie Pozzuoli	319	18,4%
Lazio	Os. F. Speciali Frosinone	347	18,1%
Liguria	Ircspub S. Martino Genova	497	16,6%
Sicilia	Aou Vittorio Emanuele Catania	373	16,1%
Campania	Osp. Umberto I Nocera Inferiore	268	15,7%
Piemonte	AoUu Mag. della Carità Novara	277	15,2%
Lombardia	IrcsSf S. Matteo Pavia	468	14,1%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

## Mortalità a 30 giorni dall'intervento di By-pass Aortocoronarico (media esiti Italia 2.45%)

L'intervento by-pass aorto-coronarico (Bpac) consiste nella sostituzione del tratto dell'arteria coronarica compromesso da una lesione aterosclerotica, attraverso l'innesto di un segmento di vaso che permette di aggirare l'ostruzione. È indicato per alleviare i sintomi anginosi, quando questi resistono alla terapia medica, e dà risultati migliori delle cure mediche nel prolungare la sopravvivenza dei pazienti con malattia coronarica avanzata.

I rischi potenziali sono essenzialmente condizionati da fattori legati allo stato generale di salute del paziente (che riguardano un 5% dei pazienti trattati), ma si stima che in un paziente in buone condizioni generali e senza gravi malattie il rischio di decesso sia intorno al 2%. È peraltro una procedura molto diffusa e poco rischiosa, tanto che è l'intervento cardiocirurgico più eseguito al mondo e la mortalità a breve termine può rappresentare quindi un ottimo indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia.

L'esito a breve termine può rappresentare un buon indicatore di qualità dell'attività della strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero (a 30 giorni dall'intervento) ed è relativa al Bpac isolato, cioè non associato ad altri selezionati interventi cardiocirurgici o ad endoarteriectomia. La scelta di considerare gli interventi isolati è legata al fatto che sia il livello di mortalità sia i fattori di rischio sono diversi nel caso degli interventi associati.

Interventi di By pass Aortocoronarico: mortalità a 30 gg strutture con volume > 200 interventi valutati (media esiti nazionale 2.45)			
Esiti favorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Toscana	AaUu Careggi Firenze	202	0%
Abruzzo	Osp. Mazzini Teramo	210	0,5%
Sicilia	Cca Villa Maria Eleonora Palermo	255	0,5%
Calabria	Cca S. Anna Catanzaro	233	0,6%
Lombardia	Osp, Civili di Brescia	230	0,5%
Veneto	AoUu Civile Maggiore Verona	297	0,5%
Lazio	Ao S. Camillo Forlanini Roma	232	0,7%
E. Romagna	AoUu0 di Parma	309	0,7%
Marche	Ao Lancisi Ancona	414	1%
F. V. Giulia	AoUu di Trieste	240	1,3%
Esiti sfavorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Campania	Ao Colli Monaldi – Napoli	211	9,1%
Campania	Cca Montevergine Mercogliano	227	8,9%
Lazio	AaUu Tor Vergata Roma	308	4,8%
Lombardia	Ircs S. Donato Milanese	320	4%
Piemonte	AaUu Magg.re della Carità Novara	279	3,5%
Lazio	Cca European Hospital	210	3,3%
Lombardia	Osp. San Gerardo Monza	215	2,8%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

## Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica e/o sostituzione di valvola isolata (media esiti Italia 3,15%)

La chirurgia sulla valvola cardiaca permette di riparare o sostituire valvole stenotiche oppure non continenti (insufficienti). L'esito a breve termine dell'intervento di valvuloplastica e o sostituzione di valvola isolata può rappresentare un buon indicatore della qualità dell'attività delle strutture di cardiocirurgia. La valutazione si riferisce all'intero processo assistenziale ospedaliero e post-ospedaliero ( a 30 giorni dall'intervento ed è relativa alla procedura non associata ad interventi di Bypass aortocoronarico).

È stato considerato il numero di ricoveri con esecuzione di valvuloplastica isolata o sostituzione di valvole cardiache isolate, in cui il paziente risulta deceduto entro trenta giorni dalla data dell'intervento. Si definisce isolato l'intervento di valvuloplastica o di sostituzione non associato ad interventi di by-pass, di endoarteriectomia, ad altri interventi cardiaci o sulla aorta. La valutazione dell'intervento isolato permette di evitare di considerare gli interventi associati caratterizzati da mortalità e da fattori di rischio notevolmente diversi.

Mortalità a 30 giorni dall'intervento di valvuloplastica e/o sostituzione di valvola isolata strutture con volume >200 interventi valutati (media esiti Italia 3,15%)			
Esiti favorevoli			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Lombardia	IrcCsPb San Raffaele Milano	666	0,6%
Puglia	Cca Città di Lecce	204	0,7%
Lazio	Pol. Campus Biomedico Roma	218	1,3%
Emilia Romagna	Cca Hesperia Modena	277	1,4%
Veneto	AOUU Civile Maggiore Verona	411	1,5%
Piemonte	Cca Villa Maria Pia Torino	203	1,6%
Veneto	Ao Padova	215	1,7%
Marche	Ao Lancisi Ancona	262	1,9%
Emilia Romagna	Cca Villa Maria Cecilia Cotignola	451	2,2%
Emilia Romagna	AoUu Bologna	299	2,3%
Esiti sfavorevoli			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Piemonte	Ao Maurizio Torino	223	7,7%
Piemonte	CCA Policlinico Monza Novara	232	5,5%
Campania	Ao Colli P. Monaldi Napoli	265	5,5%
Lazio	Ao San Camillo Forlanini	211	5,1%
Lazio	CCA European Hospital Roma	261	4,4%
Toscana	AO Riuniti Siena	202	3,9%
Veneto	Osp. di Vicenza	218	3,6%
Piemonte	Molinetto Torino	281	3,4%
Toscana	E.R.G.Pasquinucci Pisa	390	3,1%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

## Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero (media esiti Italia 11,61%)

*Ictus o Stroke è comunemente definito come una sindrome clinica caratterizzata dal rapido sviluppo di segni focali o generali di disturbo delle funzioni cerebrali che durano più di 24 ore e possono condurre a morte, con apparente origine vascolare. Esistono diversi tipi di ictus cerebrale con diversa patogenesi. Circa l'80-85% è di natura ischemica, circa il 15-20% è di origine emorragica (emorragia cerebrale nella maggior parte, meno frequentemente emorragia subaracnoidea). La mortalità a 30 giorni dopo ricovero per ictus è considerata un indicatore valido e riproducibile dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico che inizia con il ricovero ospedaliero. Viene misurato l'esito a partire dalla data di primo accesso in ospedale del paziente, che corrisponde alla data di ricovero per stroke o dell'accesso in Pronto soccorso immediatamente precedente il ricovero.*

Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero strutture con volume >250 interventi valutati (media esiti Italia 11,61%)			
Esiti favorevoli			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Campania	AoUu San Giovanni di Dio Salerno	307	4,1%
Emilia Romagna	Osp. Guglielmo da saliceto Piacenza	293	4,5%
Lombardia	Ircs San Raffaele Milano	299	5,1%
Emilia Romagna	Ao di Parma	390	5,1%
Umbria	Ao di Perugia	430	5,5%
Lombardia	Osp San Carlo Borromeo Milano	307	5,9%
Lombardia	Osp Civili di Brescia	267	6,4%
Toscana	Area Aretuna Nord Arezzo	251	6,7%
Veneto	Osp. per acuti Legnano	302	7,1%
Toscana	AoUu Riuniti di Siena	261	7,3%
Esiti sfavorevoli			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Calabria	AO Cosenza	317	22,4%
Puglia	Osp. S. Annunziata Taranto	318	18,6%
Sicilia	AO Villa Sofia Palermo	255	16,5%
Puglia	Osp. Fazzi Lecce	317	14,8%
Lazio	Ao San Camillo Forlanini Roma	287	14,4%
Lazio	AoUu Tor Vergata Roma	313	14,3%
Campania	Ao. Rummo Benevento	392	14,3%
Trento	Osp Centrale Bolzano	282	13,8%
Friuli Venezia Giulia	AoUu Udine	359	13,8%
Puglia	AoU Bari	308	13,4%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbilità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

**Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni  
(media esiti Italia 59,31%)**

L'intervento di colecistectomia può essere effettuato in laparoscopia o a cielo aperto (laparotomia), ma nei casi non complicati è la colecistectomia per via laparoscopica ad essere considerata il "gold standard". Non c'è, comunque, una significativa differenza in mortalità o complicanze tra tecnica laparoscopica e laparotomica. La prima è tuttavia associata a una degenza ospedaliera e a una convalescenza significativamente più brevi rispetto al classico intervento a cielo aperto. Secondo la letteratura medica, la degenza post-operatoria dopo colecistectomia laparoscopica è in generale compresa tra 3 e 5 giorni. La "Degenza post-operatoria entro 3 giorni" è dunque un indicatore corretto per verificare la buona performance delle strutture. Essendo calcolati sulla base delle informazioni desunte dalla scheda di dimissione ospedaliera in cui solo raramente viene segnalato il doppio intervento, questi indicatori non possono tener conto dell'eventuale conversione dall'intervento laparoscopico a quello laparotomico. Infine, poiché in letteratura è noto che esiste un'eterogeneità di offerta degli interventi effettuati in laparoscopia tra strutture e popolazioni, dovuta in parte a fattori come l'età, la gravità della colelitiasi o le comorbidità dei pazienti, viene definito l'indicatore "Proporzione di colecistectomie laparoscopiche" che misura la proporzione di interventi effettuati in laparoscopia.

<b>Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni strutture con volume &gt;200 interventi valutati (media esiti Italia 59,31%)</b>			
<b>Esiti favorevoli</b>			
<b>Regione</b>	<b>Strutture</b>	<b>Interventi valutati</b>	<b>Dimessi entro 3gg</b>
Veneto	Osp per Acuti Legnano	221	94,4%
Basilicata	Ao San Carlo Potenza	224	94%
Emilia Romagna	Osp. Ceccarini Riccione	228	93,8%
Campania	AO Colli Monaldi	278	90%
Piemonte	AO sabta Croce e carle Cuneo	204	88%
Piemonte	AO Civile S. Antonio e Biagio-Alessandria	268	87,8%
Lombardia	CCA Poliambulanza Brescia	222	86,5%
Puglia	Irccs casa del Sollievo S. Giovanni Rotondo	231	86,5%
Emilia Romagna	Osp.Civilesassuolo	223	86,3%
Toscana	Ao Careggi Firenze	608	85,7%
<b>Esiti sfavorevoli</b>			
<b>Regione</b>	<b>Strutture</b>	<b>Interventi valutati</b>	<b>Dimessi entro 3gg</b>
Lazio	AOUU Umberto I Roma	413	33,5%
Puglia	AOUU Riuniti Foggia	247	33,8%
Umbria	AO Perugia	245	36,6%
Puglia	Osp. Ss Annunziata Taranto	215	40,3%
Campania	AO Cardarelli Napoli	220	41%
Veneto	Osp Ca Foncello Treviso	217	44,1%
Campania	Federico II Napoli	220	52,9%
Lombardia	Irccs San Matteo Pavia	243	53,5%
Lombardia	AO Ca Granda Niguarda Milano	328	54,1%
Lombardia	AO San Gerardo Monza	250	54,7%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

**Frattura del collo del femore nell'anziano: intervento chirurgico entro 48 ore  
(media esiti Italia 33,11%)**

Le fratture del collo del femore sono eventi traumatici particolarmente frequenti nell'età anziana e tra le donne, in particolare quelle con grave osteoporosi, patologie internistiche e della coordinazione motoria. Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. L'esito osservato è l'intervento chirurgico entro 48 ore (differenza tra la data di intervento e la data del ricovero minore o uguale a 2 giorni) a seguito di frattura del collo del femore ed è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero.

Frattura femore: intervento Chirurgico entro le 48 ore strutture con volume >300 interventi valutati (media esiti nazionale 33.11)			
Esiti favorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
E. Romagna	IrcCsPub Rizzoli Bologna	410	75,8%
E. Romagna	AoUu Di Parma	355	58,6%
Toscana	Osp. San Giuseppe - Empoli	305	55,6%
E. Romagna	AaUu di Bologna	321	44,2%
Toscana	Osp. Misericordia e Dolce Prato	441	43,8%
Liguria	IrcCsPub S. Martino Genova	441	40,5
Toscana	Osp. S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	345	34%
Toscana	AoUu Careggi Firenze	509	33,9%
Esiti sfavorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	Ao Cardarelli Napoli	398	4,1%
Abruzzo	Osp Spirito Santo Pescara	317	12,7%
Sicilia	Ao Villa Sofia Palermo	432	13,9%
Umbria	Ao di Perugia	482	24,3%
Lombardia	Osp. Gaetano Pini Milano	233	27,1%
F. V. Giulia	AoUu di Trieste	472	27,9

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

## Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 5,88%)

Il tumore maligno dello stomaco rappresenta la seconda causa di morte per tumore nel mondo, con una frequenza in netto declino a causa del mutamento delle abitudini alimentari e della conservazione dei cibi. Il tumore interessa nel 40% dei casi la parte inferiore dello stomaco, in un altro 40% la parte media e nel 15% circa la parte superiore. Nella maggior parte dei casi i tumori dello stomaco sono adenocarcinomi, in circa il 5% dei casi sono linfomi, raramente possono essere diagnosticati carcinoidi o tumori stromali. La diagnosi può avvenire in stadi avanzati del tumore a causa dell'aspecificità della sintomatologia clinica.

È stato definito il seguente indicatore: Mortalità a 30 giorni dall'intervento per tumore maligno del polmone in cui l'esito misurato è la morte entro 30 giorni dalla data intervento e l'esposizione è data dalla struttura di ricovero. L'indicatore consente di valutare il rischio operatorio dei pazienti con diagnosi di tumore maligno dello stomaco sottoposti ad intervento chirurgico di resezione gastrica in termini di mortalità a 30 giorni, misurata come mortalità durante l'intervento, durante la degenza post-operatoria o entro 30 giorni dall'intervento.

Il valore dell'indicatore può differire tra aree territoriali e strutture per la diversa qualità delle cure, ma può essere imputabile anche alla eterogenea distribuzione di diversi fattori di rischio come ad esempio età, genere, comorbilità del paziente. Sono stati osservati tutti i ricoveri per acuti, in regime ordinario, avvenuti in strutture italiane, con dimissione tra il 1 gennaio 2007 ed il 30 novembre 2011.

Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni strutture con volume >100 interventi valutati (media esiti Italia 5,88%)			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Emilia Romagna	Osp. Morgagni Pierantoni-Forlì	102	0,9%
Lazio	POL U A. Gemelli-Roma	162	0,9%
Lombardia	IrcsPr S.Raffaele-Milano	115	1%
Puglia	AOU Bari	109	1%
Lombardia	Osp. Civili di Brescia	112	2,3%
Emilia Romagna	AoUu di Bologna	106	2,6%
Piemonte	AoUu le Molinette Torino	170	2,7%
Toscana	Osp Riuniti di Siena	109	3.1%
Umbria	Ao di Perugia	152	3,2%
Lazio	AoUU Policlinico Umberto I	124	4,8%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Lombardia	IrcsPr Oncologia Milano	124	10%
Toscana	AoUu Careggi Firenze	220	7%
Emilia Romagna	Ao di Parma	123	5,3%
Toscana	Ao di Pisa	148	5,2%
Veneto	AO di Padova	140	4,9%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbilità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").

## Taglio cesareo: proporzione su parti primari(media esiti Italia 27,42%)

La proporzione di parti effettuati con taglio cesareo è uno degli indicatori di qualità più frequentemente usato a livello internazionale per verificare la qualità di un sistema sanitario. Questo perché il ricorso inferiore al cesareo risulta sempre associato a una pratica clinica più appropriata, mentre diversi studi suggeriscono che una parte dei tagli cesarei è eseguita per "ragioni non mediche". Eppure il numero dei parti con taglio cesareo è andato progressivamente aumentando in molti Paesi. In Italia, in particolare, si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni Ottanta al 37,5% nel 2004, la percentuale più alta d'Europa, che in media si assesta a una quota inferiore al 25%. L'indicatore viene calcolato come proporzione di parti con taglio cesareo primario (primo parto con taglio cesareo di una donna), essendo altissima la probabilità (superiore al 95%) per le donne con pregresso cesareo di partorire di nuovo con questa procedura.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario strutture con volume >1000 interventi valutati (media esiti nazionale 27.42)			
Esiti favorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Osp. Vittorio Emanuele III Carate Brianza	1.717	4%
Veneto	Osp. Ca Foncello Treviso	2.042	5,3%
Lombardia	Cca di Monza e Brianza per il bambino Monza	2.351	7%
Lombardia	Ao Civile di Vimercate	1.241	7,3%
Veneto	Osp Est Veronese San Bonifacio	1.487	8%
Veneto	Osp. di Montebelluna	1.130	8,1%
Lombardia	Osp, Civile G Fornaroli Magenta	1.099	8,4%
Lombardia	Osp. V. Buzzi Milano	2.891	8,7%
Esiti sfavorevoli			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	Cca Villa Bianca Napoli	1.317	78,2%
Campania	Ao Federico II Fac. Medicina Napoli	1.447	60,2%
Puglia	Cca Santa Maria Bari	1.204	48,2%
Puglia	Osp. di Venere Bari	1.061	44,9%
Sardegna	Osp. Ss Trinità Cagliari	1.123	44,8%
Sicilia	Aou S. Bambino Catania	1.515	44,4%
Puglia	AoUu di Bari	1.505	44,2%
Puglia	Osp. Ss Annunziata Taranto	1.080	44,2%
Liguria	Irccspub S. Martino Genova	1.504	41,2%
Abruzzo	Osp. Ss Annunziata Chieti	1.224	41,1%

**Legenda** Per facilitare la lettura abbiamo selezionato le prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale. Le diverse strutture sono state collocate, così come realizzato dagli epidemiologi dell'Agenas, in tre fasce: **quella blu**, i cui dati aggiustati (ossia quei dati per i quali sono state considerate le possibili disomogeneità tra le popolazioni come l'età, il genere, presenza di comorbidità croniche, etc..) e favorevoli, sono statisticamente certi; **quella rossa** in cui dati aggiustati sfavorevoli non presentano margini di errore statistico; **quella grigia** dove invece c'è un rischio relativo di errore di un risultato (quello che i tecnici chiamano fattore "p").