

Taglio cesareo: proporzione su parti primari (media esiti Italia 26,27)

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 (media esiti Italia 26,27%) 2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Friuli Venezia Giulia	Osp. di Palmanova	656	4,6%
Lombardia	Osp.V. Emanuele III (Mb)	1.676	4,7%
Toscana	Osp di Borgo san Lorenzo (Fi)	436	5,2%
Emilia Romagna	Osp. G. Magati Scandiano (Re)	634	7,5%
Lombardia	Cc Monza e Brianza per il bambino	2.330	7,6%
Lombardia	Osp. di Circolo A. Manzoni Lecco	1.282	8,1%
Lombardia	Osp. Civile G. Fornaroli	1.232	8,1%
Lombardia	Po V. Buzzi Milano	2.675	8,2%
Lombardia	Po di Sesto San Giovanni	703	8,2%
Veneto	Osp. Ca' Foncello-Treviso	1.919	8,2%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	CCA Villa Cinzia-Napoli	541	93,6%
Campania	Po S.Rocco Sessa Aurunca	163	88,3%
Lazio	CC Mater Dei-Roma	286	87,8%
Campania	Villa Bianca Spa Napoli	1.147	84,7%
Campania	Clinica Sanatrix Spa Napoli	682	83,3%
Campania	Cc Osp Internazionale Napoli	644	79%
Campania	Cc S. Maria la Bruna Srl Napoli	375	76,7%
Campania	Cc Villa Maione Napoli	326	74,2%
Campania	Cc Villa dei Fiori Srl	691	72,9%
Campania	CC Maria Rosaria Spa Napoli	649	72,4%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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 5,76%)

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, comorbidità del paziente.

Intervento per tumore gastrico maligno: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 5,76%) 2010-2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Fond.irccs "istit.naz.le tumori" Milano	160	0%
Lombardia	Ospedale S.Gerardo - Monza	143	0%
Lombardia	Clinica San Carlo - Paderno Dugnano	50	0%
Lombardia	Osp. Generale di Zona Valduce - Como	54	0%
Lombardia	Osp. Di Circolo Busto Arsizio	50	0%
Veneto	Ospedale Policlinico Verona	54	0%
Veneto	Ospedale Santa Maria Del Prato	51	0%
Marche	Ospedali Riuniti di Jesi (An)	53	0%
Lazio	Ifo - Istituto Regina Elena	85	0%
Calabria	Ao Mater Domini Catanzaro	58	0%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Toscana	Osp.Misericordia e Dolce-Prato	67	20,9%
Puglia	AO Riuniti-Foggia	75	20,1%
Lazio	Osp. di Belcolle - Viterbo	54	17%
Basilicata	AO San Carlo-Potenza	71	16,3%
Abruzzo	Ospedale Mazzini	66	14%
Toscana	Osp Riuniti Val di Chiana	50	13,2%
Toscana	Osp. S. M. Annunziata	69	13,1%
Campania	IrccsPub Tumori-Napoli	113	12,2%
Lazio	Osp S. M. Goretti	51	11,9%
Sicilia	Aou G. Martino	50	11,9%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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")

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (media esiti Italia 61,46%)

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.

Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 3 giorni (media esiti Italia 61.46) 2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Puglia	Po Casarano (Le)	80	100%
Toscana	Cc Villa Fiorita (Po)	51	98,6%
Veneto	Osp Civile di Andria	94	98%
Marche	Osp di Tolentino	127	98%
Friuli Venezia G.	Osp. Città di Udine	69	97,8%
Sicilia	CCA S.Anna-Agrigento	143	97,5%
Toscana	Osp. Piana-Lucca	142	96,7%
Campania	CC Nostra Signora di Lourdes (Na)	113	96,2%
Lombardia	Cc Santa Maria Castellanza	144	96,2%
Puglia	CCA S.Francesco-Galatina	121	96%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Lombardia	Po Gardone Vt (Bs)	81	0%
Lazio	Osp SS Gonfalone	51	0%
Campania	Casa di Cura Villa Maria	50	0%
Calabria	Casa di Cura Villa Caminiti	69	0%
Sicilia	Po Carlo Basilotta	50	0%
Abruzzo	Casa di Cura l'Immacolata	85	0,9%
Lazio	Cc Fabia Mater	56	1%
Abruzzo	Osp San Liberatore di Atri	70	2,3%
Sardegna	AOU S.Giovanni di Dio-Cagliari	60	2,4%
Puglia	Osp.Mons.R.Dimiccoli-Barletta	74	2,4%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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 40.16%)

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 del femore: intervento chirurgico entro 48 ore (media esiti Italia 40.16%) 2012			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lazio	Osp. S. Eugenio Roma	119	94,2%
Lombardia	CCA Poliambulanza-Brescia	130	93,3%
Toscana	Osp. Versilia (Lu)	239	89,7%
E. Romagna	Rizzoli Bologna	368	86,9%
Lombardia	Osp. di Circolo e Fond.Macchi-Varese	214	86,5%
Sicilia	Aou G. Martino (Me)	103	86,4%
Veneto	Osp. di Montecchio Maggiore	102	84,9%
Toscana	Osp.SS Giacomo e Cristoforo-Massa	108	84,8%
Veneto	Osp. S. Maria del Prato (Bl)	97	84,6%
Pa Bolzano	Osp.Aziendale-Bressanone	61	84,5%
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Molise	Osp Ss Rosario Venafro (Is)	120	0%
Puglia	Osp. di Casarano Lecce	105	0%
Puglia	Po Grottaglie (Ta)	96	1,1%
Puglia	Ospedale Teresa Masselli (Fg)	111	1,8%
Campania	Osp. Loreto Mare Est -Napoli	148	2,1%
Campania	Osp. S. Alfonso Maria De Liguori (Bn)	81	2,6%
Campania	Po Maddaloni (Ce)	102	3%
Campania	Osp. Riuniti area Nolana (Na)	162	3,6%
Puglia	Ao Ospedali Riuniti Foggia	188	3,7%
Campania	Clinica Villa dei Fiori (Na)	88	3,7%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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").

Mortalità a trenta giorni dal ricovero per un episodio di infarto miocardico acuto (Ima) (media esiti Italia 9.98)

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 giorni dal ricovero (media esiti nazionale 9.98) 2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Puglia	Po S. Caterina Novella Galatina	65	0%
Puglia	Osp. Sacro cuore di Gesù Gallipoli	103	0,8%
Friuli Venezia G.	Ao S.M.A. sede di Sacile (Pn)	268	1,7%
Liguria	Padre Antero Micore Sestri P.	140	2,3%
Campania	Clinica mediterranea Spa (Na)	109	2,5%
Veneto	Po San Donà di P. (Ve)	157	2,7%
Piemonte	Ospedale di Mondovì Cn 1	103	2,8%
Sicilia	Po V. Emanuele II Castel Vetrano (Tp)	66	2,9%
Liguria	Stab San Bartolomeo Sarzana (Sp)	116	3%
Calabria	San Francesco Paola	60	3,1%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Friuli Venezia G.	Ao S.M. Pordenone	52	41,4%
Puglia	Stab. Osp. Di Venere	173	26,1%
Toscana	Osp. Riuniti val di Chiana	59	24,1%
Veneto	Osp. S. Antonio	75	23,9%
Abruzzo	S. Pio da Pietralcina Vasto	112	21,4%
Sicilia	AOU G. Martino	150	20,6%
Marche	Po Umberto I	53	19%
Calabria	S.M degli Ungheresi	101	18,7%
Abruzzo	Osp. San Salvatore L'Aquila	169	18,6%
Campania	Clinica San Michele	55	18,5%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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'Agendas, 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 3,05%)

Rispetto allo scorso anno l'indicatore è stato modificato e fa riferimento agli esiti del biennio 2011-2012.

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 avvenuti nelle strutture italiane 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.

Intervento di valvuloplastica e/o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 3,05%) 2011-2012			
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti favorevoli
Lombardia	Osp.A.Manzoni-Lecco	232	0%
Sardegna	Ospedale Civile Sassari	73	0%
Lombardia	CCA Poliambulanza-Brescia	332	0,3%
Lombardia	Irccs S.Raffaele-Milano	1308	0,5%
Lombardia	Casa di cura Multimedia (Mi)	95	0,7%
Puglia	CCA Città di Lecce	428	0,8%
Lombardia	CcA S.Rocco-Ome	86	0,9%
Lombardia	Casa di cura C. Poma Mantova	230	0,9%
Emilia R.	Hesperia Hospital Modena	563	0,9%
Lombardia	Ist. Clinico S. Rocco Spa Brescia	220	1%
Regione	Struttura	Interventi valutati	Esiti sfavorevoli
Campania	Clinica San Michele	93	23,2%
Campania	Ao S. Anna e S. Sebastiano Caserta	95	14,2%
Campania	Casa di Cura Pineta Grande Caserta	76	13,4%
Puglia	Osp. Fazzi-Lecce	124	10,9% ^o
Campania	Clinica Mediterranea Spa (Na)	145	9,7%
Lazio	Ao san Filippo Neri Roma	121	8,7%
Campania	AO S.G.Moscato-Avellino	63	7,8%
Campania	Univ.Studi Federico II Fac.Medic Napoli	120	7,7%
Puglia	Santa Maria	237	7,3%
Sicilia	Ao Giaccone-Palermo	60	7,3

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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").

Mortalità a 30 giorni dall'intervento di By-pass Aortocoronarico (media esiti Italia 2.49%)

Rispetto allo scorso anno l'indicatore è stato modificato e fa riferimento agli esiti del biennio 2011-2012. L'intervento by-pass aortocoronarico (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 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.

Intervento Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni (media esiti Italia 2.49%) 2011/2012			
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Lombardia	IrcsPr Fond.Monzino-Milano	353	0%
Piemonte	AO Civile S.Antonio e Biagio-Alessandria	227	0,2%
Emilia Romagna	Salus Hospital Spa	155	0,3%
Lombardia	Ircs San Raffaele	237	0,4%
Trento	Po S. Chiara	310	0,5%
Lazio	Ao San Camillo Forlanini Roma	492	0,5%
Lombardia	Ca Niguarda Milano	240	0,6%
Liguria	Iclas	163	0,6%
Friuli Venezia Giulia	Ao Udine	338	0,8%
Emilia Romagna	Ao Parma	598	0,8%
Regione	Strutture	Interventi valutati	Mortalità a 30 gg
Campania	AO S.Anna e S.Sebastiano-Caserta	202	14,8%
Campania	CCA Pineta Grande-Castel Volturno	202	10,4%
Campania	Clinica mediterranea Spa	158	7,7%
Calabria	Ao Mater Domini Catanzaro	184	7,1%
Campania	Univ. Federico II Fac. Medicina Napoli	177	6,8%
Sicilia	Po V.Emanuele-Catania	226	6,5%
Sicilia	AOU Giaccone-Palermo	100	6,0%
Lombardia	Cliniche Gavezzen Bergamo	237	5,9%
Campania	Ao Colli Monaldi	449	5,3%
Puglia	Stab. Osp V. Fazzi	267	5,2%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su dati PNE

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").