



Partorire negli ospedali italiani Anno 2015

Le principali informazioni di cui tenere conto

NUMERO DI PARTI

Le maternità con un basso numero di parti possono non garantire la sicurezza della donna e del bambino.

TAGLIO CESAREO PRIMARIO

In donne con gravidanza a basso rischio e senza pregressi tagli cesarei, il parto vaginale è più sicuro del taglio cesareo sia per la donna che per il bambino

Se il medico ritiene più opportuno il ricorso ad un taglio cesareo, deve fornire chiare informazioni sui rischi e i benefici rispetto al parto vaginale.

PARTO VAGINALE DOPO CESAREO

Dopo il primo taglio cesareo non ci sono evidenze scientifiche per eseguirne un secondo se la donna o il bambino stanno bene.

ITALIA

Numero totale di parti nel 2015 **484.822**

Numero di tagli cesarei ogni 100 parti in donne senza pregresso cesareo **25%**

Numero di parti vaginali ogni 100 parti in donne con pregresso cesareo **8%**

Osp. S. Salvatore L'Aquila (AQ) Abruzzo

Numero totale di parti nel 2015 1.011

L'ospedale RISPETTA lo standard di almeno 500 parti annui

Numero di tagli cesarei ogni 100 parti in donne senza pregresso cesareo 29%

Non è rispettato lo standard di 25 tagli cesarei ogni 100 parti previsto per gli ospedali con numero di parti annui maggiore di 1000

Numero di parti vaginali ogni 100 parti in donne con pregresso cesareo 0%

Il numero è più basso della media nazionale

Osp. dell'Annunziata Sulmona (AQ) Abruzzo

Numero totale di parti nel 2015 202

L'ospedale NON RISPETTA lo standard di almeno 500 parti annui

PNE non effettua analisi per ospedali con numero di parti annui molto basso

Non sono riportati i risultati per ospedali con numero di parti annui troppo bassi

Osp. S. Filippo e Nicola Avezzano (AQ) Abruzzo

Numero totale di parti nel 2015 1.184

L'ospedale RISPETTA lo standard di almeno 500 parti annui

Numero di tagli cesarei ogni 100 parti in donne senza pregresso cesareo 31%

Non è rispettato lo standard di 25 tagli cesarei ogni 100 parti previsto per gli ospedali con numero di parti annui maggiore di 1000

Numero di parti vaginali ogni 100 parti in donne con pregresso cesareo 2%

Il numero è più basso della media nazionale

ASL Avezzano-Sulmona-L'Aquila					
Principali Indicatori (ricoveri 2015)	N	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio	2516	0,2	0.21	0,39	0,034
Parto naturale: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	2516	0,24	0.24	0,5	0,089
Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	1522	0,46	0.47	0,56	0,122
Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (ASL di residenza)	1522	0,46	0.46	0,58	0,143
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1728	26,97	30.02	1,2	0
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30	385	3,12	2.95	0,69	0,198
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	429	2,1	2.10	1,12	0,727
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	242	1,65	1.63	1,11	0,841
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento	202	1,49	1.46	0,61	0,384
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	59	8,47	6.96	3,4	0,007
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	460	6,52	6.16	1,06	0,76
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	456	26,54	26.44	0,48	0
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	768	1,56	1.55	1,25	0,44
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	403	22,58	20.73	1,22	0,071
Infarto Miocardico Acuto: mortalità	439	11,16	10.37	1	0,982
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)	446	8,07	7.54	0,91	0,608
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	471	10,19	9.65	1,07	0,659
By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30	182	3,3	2.79	1,18	0,692
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30	972	13,37	12.67	1,14	0,123
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg	676	14,94	14.79	1,01	0,948
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni	224	15,63	15.76	0,93	0,672
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni	139	2,16	2.04	1,86	0,314
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni	33	3,03	4.46	0,86	1
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni	68	4,41	4.62	1,91	0,275
Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	147	1,36	1.43	0,52	0,363
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero	863	14,72	12.67	1,05	0,609

Proporzione di ricoveri per insufficienza renale cronica moderata-grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza renale cronica lieve	131	18,32	17.95	1,14	0,488
Proporzione di ricoveri per evento acuto grave entro 2 anni da un ricovero per insufficienza	124	12,1	12.60	0,65	0,081
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	472	58,9	55.46	0,8	0
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	942	1,59	1.65	0,72	0,207
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery	474	12,66	10.75	0,6	0
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	940	1,17	1.25	1,13	0,688
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	416	12,26	10.66	0,88	0,4
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30	383	7,83	7.54	1,04	0,845
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	404	9,65	9.35	0,94	0,717
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	378	15,34	15.18	1,14	0,298
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	163	6,75	7.32	1,2	0,561
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	238	4,2	4.02	0,97	0,939
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni	102	3,92	4.52	2,42	0,094

Programma Nazionale Esiti – PNE

Edizione 2016 (dati 2015)

Metodi Statistici

Nella maggior parte delle applicazioni gli indicatori di valutazione degli esiti degli interventi sanitari sono espressi come rapporti in cui il numeratore è rappresentato dal numero dei trattamenti/ interventi erogati o dal numero di pazienti che hanno sperimentato l'esito in studio, il denominatore dal gruppo di pazienti che riceve quel trattamento/intervento o dalla popolazione a rischio. In altri casi gli indicatori di esito possono essere espressi come misure di durata/sopravvivenza/attesa (i.e. tempo di attesa frattura intervento femore).

Popolazione in studio

Indicatori population-based

La popolazione allo studio è costituita dai residenti in Italia al gennaio 2013 (Fonte ISTAT).

Indicatori workload-based

La popolazione allo studio è costituita dalle dimissioni ospedaliere per la patologia/intervento in esame dei residenti in Italia per i quali è stata verificata la corrispondenza anagrafica da Anagrafe Tributaria. Questa selezione è stata effettuata allo scopo di attribuire a tutti i pazienti la stessa probabilità di trovare ricoveri precedenti l'episodio di cura in esame.

Esito

Sono state considerate le seguenti misure di esito: mortalità a breve termine, riammissioni a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni, procedure chirurgiche, complicanze a breve termine a seguito di specifici interventi, tempi di attesa. Le informazioni necessarie per la loro definizione sono state desunte dal Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e dalla Banca dati dell'Anagrafe Tributaria.

Misura dell'effetto

La misura di associazione utilizzata è il Rischio Relativo (RR). Il RR è calcolato come rapporto tra due tassi/proporzioni ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore. Per esempio, se per l'ASL di residenza *A* il RR di mortalità rispetto all'ASL *B* (area di riferimento) risulta pari a 2, si può concludere che i residenti nella ASL *A* hanno un rischio di morte due volte superiore a quello dei residenti nella ASL *B*. Viceversa, se per la ASL di residenza *C* il RR di mortalità è pari a 0.25, i residenti di questa ASL hanno un rischio di morte quattro volte più piccolo di quello osservato nella ASL di riferimento.

P

Il valore di *p* rappresenta la probabilità che il rischio relativo osservato differisca da uno (ipotesi nulla) solo per effetto del caso. Un valore di *p* prossimo all'unità indica, ad esempio, che un RR di mortalità non è diverso da 1; in altri termini i tassi di mortalità nei due gruppi posti a confronto non sono, dal punto di vista statistico, significativamente diversi. Un valore di *p* basso, al contrario, indica che la differenza osservata tra i due gruppi non è imputabile esclusivamente all'effetto del caso. In particolare, valori di *p* minori o uguali a 0.05 indicano che i tassi di mortalità nei due gruppi sono, dal punto di vista statistico, significativamente diversi.

Risk adjustment

La procedura di *risk adjustment* prevede innanzitutto la costruzione di una misura di gravità specifica della popolazione in studio, realizzata attraverso l'applicazione di modelli di regressione multivariata (modelli predittivi) che permettono l'analisi della relazione tra i possibili predittori dell'esito (fattori di rischio) e l'esito considerato.

La misura di associazione utilizzata per l'analisi della relazione tra i predittori e l'esito è l'**Odds Ratio** (OR). L'OR è calcolato come rapporto tra due odds ed esprime l'eccesso (o il difetto) di rischio del gruppo posto al numeratore rispetto al gruppo posto al denominatore. L'interpretazione è la stessa di quella descritta per il Rischio Relativo, di cui l'OR è una buona approssimazione nel caso di esiti rari.

Nel presente rapporto, una volta costruita la misura di gravità, il confronto degli esiti nei gruppi presi in esame, siano essi strutture o popolazioni, è stato effettuato utilizzando il metodo della *standardizzazione diretta*.

Questo metodo permette il confronto dell'esito di ciascuna struttura/area di residenza sia con una popolazione di riferimento (per esempio un pool di strutture/aree con i valori più bassi di mortalità aggiustata) che con tutte le altre strutture/aree in esame.