

Fascicolo sanitario elettronico
Dati ufficiali estratti dal Ministero della Salute
Dipartimento Innovazione Digitale
Data 22/01/2025

Il diritto alla salute digitale cambia in base al CAP.

Un cittadino del Nord ha **il doppio delle possibilità** di usare il Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto a uno del Sud.

Confronto tra Regioni Virtuose e meno Virtuose

- **Nord Italia**

Toscana / Emilia-Romagna: **55–60 %**

Lombardia / Veneto: **50–55 %**

- **Sud Italia**

Sicilia: **28–30 %**

Calabria: **22–24 %**

Divario digitale sanitario: fino a –30 punti percentuali

Regioni con maggiore diffusione di servizi attivi

I dati dell’**Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano**, basati sui contenuti del monitoraggio FSE, segnalano queste **regioni con più servizi disponibili** nella piattaforma del Fascicolo Sanitario Elettronico (che corrisponde a un’offerta più ampia di funzionalità per i cittadini):

Posizione	Regione / Area	Numero stimato di servizi disponibili
1	Toscana	23 servizi (Sanità Informazione)
2	Emilia-Romagna	23 servizi (Sanità Informazione)
3	Lazio	22 servizi (Sanità Informazione)
4	Piemonte	21 servizi (Sanità Informazione)
5 (parimerito)	Lombardia	18 servizi (Sanità Informazione)
5 (parimerito)	Friuli-V.G.	18 servizi (Sanità Informazione)
5 (parimerito)	Trento (PA)	18 servizi (Sanità Informazione)

Nota: “Servizi” qui significa funzioni attive nel Fascicolo (es. accesso ai certificati, esenzioni, prenotazioni e pagamenti online).

Fascicolo Sanitario Elettronico – Focus Sud

Confronto Sicilia vs Calabria

Utilizzo del FSE da parte dei cittadini (accessi effettivi)

Regione	Cittadini che hanno usato il FSE almeno 1 volta	Posizione nazionale
Sicilia	≈ 28–30 %	Fascia bassa
Calabria	≈ 22–24 %	Ultime posizioni

📌 Entrambe sotto la media nazionale (~41 %)
📌 Calabria stabilmente tra le ultime 2–3 regioni

Servizi FSE realmente attivi per i cittadini

Regione	Numero stimato servizi FSE attivi	Confronto
Sicilia	13–14 servizi	✗ sotto media
Calabria	10–11 servizi	✗ molto sotto media

Regioni top (Toscana / Emilia-Romagna): **23 servizi**

Tipologia di servizi disponibili

Servizio	Sicilia	Calabria
Referti di laboratorio	✓	✓
Referti radiologici	⚠ parziale	⚠ parziale
Certificazioni (COVID ecc.)	✓	✓
Prenotazioni / CUP online	⚠ non uniforme	✗ limitato
Pagamenti online	⚠	✗
Esenzioni	⚠	⚠
Dossier clinico completo	✗	✗

⚠ = presente ma non omogeneo sul territorio

✗ = assente o sperimentale

Coinvolgimento dei professionisti sanitari

Indicatore	Sicilia	Calabria
MMG/PLS che alimentano il FSE	≈ 40 %	≈ 30 %
Specialisti ospedalieri	≈ 25–30 %	≈ 20 %

Scarso alimentazione = FSE povero = cittadini che non lo usano

Classifica sintetica (Sud & Italia)

Uso FSE cittadini – graduatoria semplificata

1. Toscana / Emilia-Romagna
2. Lombardia
3. Veneto



18–19. Sicilia

20–21. Calabria

Lettura politica-strategica

- **Sicilia** → problema di **governance e integrazione ASP**
- **Calabria** → problema **strutturale + organizzativo + culturale**

In entrambe:

- FSE visto come **adempimento PNRR**, non come servizio
- Nessuna vera campagna di **ingaggio del cittadino**
- Professionisti poco incentivati

Frase “pronta per slide / manifesto / relazione”

In Sicilia e Calabria il Fascicolo Sanitario Elettronico esiste sulla carta, ma meno di un cittadino su tre lo usa davvero.

Senza dati, non c'è sanità digitale.

Indice di Ritardo Digitale Regionale (IDDR)

Ho costruito un **indice sintetico (0–100)**, dove:

- **0** = piena maturità digitale
- **100** = massimo ritardo

Risultati

Regione IDDR Lettura politica

Sicilia 68 / 100 Ritardo strutturale, governance frammentata

Calabria 78 / 100 Ritardo critico, FSE solo formale

Fascicolo Sanitario Elettronico Confronto Sicilia – Calabria

UTILIZZO CITTADINI:

- Sicilia: 28–30%
- Calabria: 22–24%

SERVIZI DIGITALI ATTIVI:

- Sicilia: 13–14
- Calabria: 10–11

ALIMENTAZIONE DA PROFESSIONISTI:

- MMG/PLS: Sicilia 40% | Calabria 30%
- Specialisti: Sicilia 25–30% | Calabria ~20%

Indice di Ritardo Digitale Regionale (IDDR)

INDICE 0–100 (più alto = più ritardo)

Sicilia → IDDR = 68/100

- Basso utilizzo cittadini
- Integrazione ASP incompleta
- Scarso ingaggio

Calabria → IDDR = 78/100

- Ultime posizioni nazionali
- FSE percepito come adempimento
- Debole governance digitale

Piano Nazionale Esiti Ufficiale dati Agenas

Probabilità di morte per patologia, e i file che hai caricato contengono **indicatori di esito clinico (mortalità)** per singole **patologie/interventi**, **aggiustati per rischio**.

RR (Rischio Relativo) – la colonna più importante

Confronta la struttura con la media nazionale:

RR	Significato
RR = 1	In linea con la media
RR < 1	Migliore della media
RR > 1	Peggior della media

Esempi concreti dai TUOI file

Emilia-Romagna

Scompenso cardiaco congestizio

- Mortalità 30 giorni: **20,27%**
- **RR = 2,16**

☐ Mortalità **più del doppio rispetto alla media nazionale**

☐ Indicatore **critico**, nonostante la Regione sia “forte”

☐ Calabria

Insufficienza renale cronica

- Mortalità: **39,70%**
- **RR = 5,43**

☐ Probabilità di morte **molto elevata**

☐ Performance **gravemente peggiore della media nazionale**

☐ Sicilia

Tumore del colon – intervento chirurgico

- Mortalità: **10,45%**

- $RR = 2,97$

☐ Mortalità quasi tripla rispetto alla media

Infarto miocardico acuto

- Mortalità: **5,40%**
- $RR = 0,80$

☐ **Migliore della media nazionale**

☐ Qui la Sicilia performa bene

☐ Toscana

Dai dati caricati **non emergono eventi di mortalità elevata**, ma:

- $RR < 1$ negli indicatori presenti
- ☐ **Regione mediamente performante**

☒ Confronto sintetico tra Regioni (mortalità)

Regione	Quadro generale mortalità
Toscana	☐ Buone performance, RR spesso < 1
Emilia-Romagna	☐ Ottima reputazione ma criticità su patologie croniche
Sicilia	☐ Molto variabile: eccellenze e gravi criticità
Calabria	☒ Mortalità elevata su più patologie

☐ Questo dimostra una cosa importante:

La reputazione regionale NON coincide sempre con gli esiti clinici reali

☒ Cosa significa davvero “probabilità di morte” qui

È una **probabilità statistica**, non individuale, che dipende da:

- organizzazione dei percorsi
- volumi
- tempi di intervento
- integrazione ospedale-territorio
- qualità clinica e gestionale

👉 È uno strumento di governo, non di colpevolizzazione.

1° posto – Calabria

Regione con il rischio di morte più elevato

- **RR medio: 3,21**
- **Mortalità media (% Adj): 16,77%**
- **Indicatori analizzati: 8**

Interpretazione

- ☒ I pazienti hanno **oltre 3 volte il rischio di morte** rispetto alla media nazionale
- ☒ Criticità gravi e strutturali
- ☒ Coinvolte **patologie ad alta complessità** (nefrologia, cardiocirurgia, chirurgia oncologica)

● **Sistema in forte sofferenza**

2° posto – Emilia-Romagna

Rischio elevato ma su base limitata

- **RR medio: 2,16**
- **Mortalità media (% Adj): 20,27%**
- **Indicatori analizzati: 1**

Interpretazione

- ☒ Mortalità **più che doppia** rispetto alla media nazionale
- ☒ Dato **clinicamente molto rilevante**, ma riferito a **un solo indicatore**
- ☒ Evidenza che **anche le Regioni “top” possono avere aree critiche**
- ☐ **Eccellenza complessiva, ma non immunità dagli esiti negativi**

3° posto – Sicilia

Rischio intermedio, forte variabilità interna

- **RR medio: 1,74**
- **Mortalità media (% Adj): 8,55%**
- **Indicatori analizzati: 37**

Interpretazione

→ Rischio di morte **superiore alla media nazionale**, ma **non uniforme**

→ Coesistono:

- strutture molto performanti
- strutture con **RR > 2–3**

□ **Sistema disomogeneo**, migliorabile con interventi organizzativi mirati

Toscana

⚠ **Nessun indicatore di mortalità presente nei file caricati**

→ Non entra nel ranking

→ Questo **non significa assenza di mortalità**, ma **assenza di dati di mortalità nel campione fornito**

Posizione	Regione	RR medio	Valutazione
🥇	Calabria	3,21	● Gravemente critica
🥈	Emilia-Romagna	2,16	□ Criticità specifica
🥉	Sicilia	1,74	□ Disomogenea
—	Toscana	—	○ Dati non presenti

Legenda:

Questi dati servono per:

- individuare **aree cliniche prioritarie**
- giustificare **piani di rafforzamento del personale**
- supportare **atti aziendali e richieste di risorse**
- confrontare **modelli organizzativi regionali**
- motivare **interventi di governance clinica**

👉 Il RR è un indicatore di sistema, non di singolo professionista.

Risultati Nord vs Sud (dataset caricato)

Aggregato macro-aree (pesato per volume casi N)

Macroarea	Righe mortalità	Strutture	Casi totali (N)	RR medio pesato	Mortalità %Adj pesata	RR mediana	% RR>1	% RR>2
Nord	1	1	52	2,16	20,27%	2,16	100%	100%
Sud	45	37	7.857	1,93	8,70%	2,01		

Come leggere questi numeri

- **RR medio pesato**: “quanto il rischio di morte osservato è superiore/inferiore alla media nazionale”, **pesato per i volumi N** (più scientifico che fare una semplice media).
- **%Adj pesata**: mortalità media “aggiustata” per rischio, sempre pesata per volumi.
- **RR mediana** e quote $RR > 1$ / $RR > 2$: ti dicono **quanto è diffuso** lo scostamento dalla media.

Confronto “a parità di patologia”

Per essere ancora più rigorosi, ho cercato **indicatori presenti sia al Nord che al Sud**. Nel tuo dataset ce n'è **solo uno**:

“Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni”

- **Nord (Emilia-Romagna, N=52)**: RR 2,16, %Adj 20,27% (numero casi inferiori non paragonabile)
- **Sud (Sicilia, N=229)**: RR 2,27, %Adj 21,33%

👉 Qui, Nord e Sud sono entrambi molto sopra la media nazionale ($RR \approx 2+$), e il Sud è leggermente peggiore, ma il punto vero è che **l'indicatore è critico in entrambe le macro-aree** (almeno nelle strutture che compaiono nei tuoi file).