

Le dimensioni rilevanti per la determinazione del fabbisogno di personale non sanitario nelle Società della Salute: un percorso partecipato

Luca Puccetti, Marco Betti, Irene Bargelli, Barbara Trambusti, Luciano Lippi*

Considerato l'impatto significativo delle risorse umane e dei loro costi sulla spesa sanitaria e sulla qualità dei servizi, gli strumenti di pianificazione mirano a garantire un'erogazione ottimale attraverso un personale adeguato, evitando sprechi di risorse pubbliche. La complessità di questo tema aumenta nel contesto socio-sanitario e socio-assistenziale, dove accanto a professionisti sanitari operano figure non sanitarie come assistenti sociali e personale amministrativo. L'articolo esamina un caso di studio regionale, concentrandosi sull'esperienza delle Società della Salute (SdS) in Toscana, ricostruendone lo sviluppo e l'attuale dotazione di personale. Viene quindi presentato il percorso partecipato che ha portato a una prima stima del fabbisogno di personale non sanitario per il funzionamento delle SdS.

Parole chiave: sistema sanitario regionale, governance, politiche sanitarie, politiche socio-sanitarie, servizio sociale professionale, network interorganizzativi.

Determining Non-Healthcare Personnel Needs in Italy's "Società della Salute": A Participatory Approach

Given the significant impact of human resources and their cost on healthcare expenditure and service quality, planning tools aim to ensure optimal service delivery by providing adequate staffing while avoiding public resource waste. This is particularly complex in the socio-health and social care sectors, where medical professionals work alongside non-medical staff such as social workers and administrative personnel. This article examines a regional case study, focusing on the experience of the Società della Salute (SdS) in Tuscany. It reconstructs the development of the SdS, assesses current staffing levels, describes workforce characteristics in relation to service provision, and proposes an initial estimate of non-medical personnel needs.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Obiettivi della ricerca
3. Le Società della Salute in Regione Toscana
4. La determinazione del personale amministrativo e sociale
5. Conclusioni

* Luca Puccetti, Regione Toscana. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1775-7512>.

Marco Betti, Federsanità Anci Toscana – Università degli Studi di Teramo. Orcid: 0000-0001-7634-6890. betti@federsanitatoscana.it

Irene Bargelli, Regione Toscana.

Barbara Trambusti, Regione Toscana.

Luciano Lippi, Regione Toscana.

Keywords: *Regional Health System, Governance, Health Policy, Socio-Health integration, Professional social service, Inter-organisational networks.*

Articolo sottomesso: 31/10/2024,
accettato: 09/05/2025

1. Introduzione

I sistemi sanitari sono da sempre impegnati nella definizione di algoritmi dedicati alla stima del fabbisogno dei professionisti rispetto ai setting assistenziali. Questo ha, infatti, una ricaduta diretta sulla qualità, la quantità e i costi dei servizi offerti.

Tuttavia, a causa della complessità del tema, della variabilità dei sistemi sanitari – soprattutto se fortemente decentrati a livello regionale – e delle trasformazioni in atto in ambito epidemiologico e demografico, la letteratura non è arrivata a conclusioni univoche rispetto all'individuazione di uno standard di riferimento (Pirrotta *et al.*, 2023).

In tale contesto, poiché le risorse umane e la sostenibilità del loro costo incidono in misura significativa sia sulla spesa sanitaria sia sulla qualità dell'offerta erogata (Vardè, 2020), la finalità principale di ogni strumento di pianificazione è quella di assicurare la migliore erogazione delle prestazioni, garantendo il personale adeguato ed evitando lo spreco di risorse pubbliche. Inoltre, l'attenzione crescente alla qualità dei servizi offerti ha comportato l'aumento della pressione sulla programmazione e l'allocazione del numero ottimale di professionisti nei vari servizi per far fronte ai più recenti bisogni della popolazione (Beaglehole *et al.*, 2003; Mazzucco *et al.*, 2019).

Se questo vale per le professioni sanitarie, uno scenario ben più complesso si apre rispetto al tema del personale socio-sanitario, sociale e amministrativo. Inoltre, si tratta di un ambito dove non esiste una letteratura di riferimento, che consenta di individuare variabili chiave per la stima dei fabbisogni.

Alla luce delle suddette considerazioni, l'articolo si concentra su un caso di carattere regionale (Gherardini, 2017; Yin, 2009): l'esperienza delle Società della Salute (d'ora in avanti SdS) in Toscana. La letteratura ha dedicato una rilevante attenzione all'esperienza delle SdS, soprattutto nella fase della nascita e della sperimentazione (Garifo *et al.*, 2004; Ferrucci *et al.*, 2005; Barretta *et al.*, 2009; Longo, 2006; Bonomi, 2009), mentre negli anni successivi i contributi dedicati all'analisi del modello e alla sua evoluzione si sono gradualmente affievoliti (Palazzolo, 2015). In questo contesto, la Regione Toscana ha dato un nuovo impulso al processo, con l'obiettivo di supportare il passaggio alla “gestione diretta” di alcune materie, come la Disabilità e la Non autosufficienza.

Viene quindi ricostruito il processo che ha portato all'identificazione delle dimensioni rilevanti per la determinazione delle necessità di personale non sanitario. Ciò è funzionale anche alla costruzione delle basi per un graduale processo di convergenza tra le singole SdS, le quali, a distanza di quasi vent'anni dalla loro istituzione, hanno dato luogo a una eterogeneità di esperienze.

Coerentemente con le caratteristiche del modello di governance della Regione (Profeti, 2012; Fargion, 2013, Cergas, 2003) è stata seguita una prospettiva “top-down negoziativa”, che ha coinvolto i differenti sog-

getti in gioco nel sistema socio-sanitario: Regione, Aziende USL, SdS e Federsanità Anci. I risultati del percorso hanno un doppio fondamento: analitico ed empirico. Quanto al primo aspetto, in assenza di una letteratura specifica e di modelli di stima precisi, quella presentata rappresenta una prima esperienza di misura. Quanto al secondo punto, le criticità emerse nella rilevazione e nel confronto tra le SdS possono fornire un supporto concreto anche per Regioni che pensano di intraprendere un percorso analogo.

L'articolo è così organizzato, il secondo paragrafo ricostruisce il dibattito sui modelli di stima in ambito sanitario e presenta gli obiettivi della ricerca. Il terzo paragrafo ricostruisce invece il processo di nascita e consolidamento delle SdS, mentre il quarto descrive il percorso che ha condotto a una prima stima del fabbisogno di personale amministrativo e sociale. L'articolo si chiude con le conclusioni, dove vengono sintetizzate le principali evidenze e criticità emerse e le questioni aperte che potranno contribuire allo sviluppo del dibattito sul tema.

2. Obiettivi della ricerca

La letteratura ha evidenziato l'assenza di un unico standard di riferimento nei principali algoritmi usati per la stima del fabbisogno di professionisti sanitari. Per esempio, Pirrotta *et al.* (2023) hanno fornito una sintesi sistematica di 69 articoli – dedicati ai modelli quantitativi di pianificazione e management del personale ospedaliero – concludendo che “a livello internazionale non sono ancora disponibili modelli condivisi di pianificazione e di calcolo di standard numerici di riferimento per la definizione di

personale sanitario, nemmeno in termini di intervalli di riferimento” (p. 137).

Più in generale, come ricostruiscono gli autori, dalla fine degli anni Novanta il processo di managerializzazione ha visto l'introduzione di una serie di strumenti a supporto dei manager stessi nel calcolo del fabbisogno di personale sanitario (Shipp, 1998; Doosty *et al.*, 2019). Questa trasformazione, che è stata inizialmente condotta con un approccio top-down (Hood, 1991), non è stata tuttavia in grado di considerare l'interdipendenza tra standard numerici, modelli organizzativi e competenze professionali (di base e avanzate) che trovano la loro contestualizzazione nella pratica clinica (Fiaso, 2018).

Inoltre, la programmazione dovrebbe essere uno strumento capace di aiutare le amministrazioni pubbliche nel comprendere, in un'ottica di lungo periodo e sulla base di chiari obiettivi, di quanti professionisti dotarsi e con quali competenze, senza ridurre il calcolo del fabbisogno alla mera sostituzione di personale (Tamassia *et al.*, 2018) sulla base del dato storico.

In questo contesto, le esperienze italiane, che hanno avuto prevalentemente una connotazione regionale (Costa 2019, Laquintana *et al.*, 2017; Simonettti *et al.*, 2014; Masi, 2015), hanno promosso approcci innovativi, combinando metodi *ex ante*, ossia basati sull'analisi delle caratteristiche degli specifici modelli e necessità organizzative, con metodi *ex post*, centrati su analisi della produzione e tendenze storiche (Vainieri *et al.*, 2020). La Regione del Veneto, per esempio, nell'ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali prevista dal PSSR 2012-2016, ha adottato il Sistema

ACG (*Adjusted Clinical Groups*) sviluppato dalla Johns Hopkins University che, a partire dalle combinazioni di diagnosi presenti contemporaneamente nello stesso assistito, permette di classificare *ex ante* la popolazione per livello di complessità assistenziale. Lo strumento consente così di fornire una stima della domanda di medici e infermieri, tenendo conto dell'utilizzo dei servizi da parte della popolazione (Costa, 2019).

Nonostante ciò, questi contributi, che si sono concentrati prevalentemente sul personale sanitario, non ci aiutano nel definire standard adeguati per quanto concerne la dimensione socio-sanitaria, socio-assistenziale e le materie ad alta integrazione¹, che occuperanno nei prossimi anni un ruolo centrale nella promozione delle politiche per la salute (Sartinara *et al.*, 2025). La rassegna della letteratura (Pirrotta *et al.*, 2023) permette comunque di evidenziare una serie di dimensioni rilevanti, che possono essere utili nel calcolo del fabbisogno del personale non sanitario nella prospettiva dell'integrazione. Tra queste sono distinti fattori di "contesto", "organizzativi" e "individuali". Quanto al primo gruppo, vengono identificate le caratteristiche socio-demografiche della popolazione, i bisogni espressi e inespressi, la morbilità, le future sfide sanitarie e i trend macroeconomici. I fattori organizzativi chiamano, invece, in causa i setting, il modello organizzativo, i tipi,

i volumi e i costi delle attività erogate, le tecnologie utilizzate. L'ultimo insieme, quello dei fattori individuali, considera il turnover, le caratteristiche socio-demografiche dei professionisti, le competenze e lo skill-mix, le specializzazioni e le attività ausiliarie, la soddisfazione e la motivazione lavorativa. Alla luce di queste considerazioni vengono inoltre formulate alcune raccomandazioni. Anzitutto, viene suggerito di sviluppare e condividere uno strumento che sia in grado di tenere in considerazione il contesto di riferimento, includendo nelle elaborazioni elementi come le caratteristiche socio-demografiche della popolazione o l'esposizione a ipotetiche future situazioni di emergenza. In secondo luogo, viene suggerito di selezionare un numero adeguato di variabili che, attraverso flussi informativi e dati di qualità, consentano di far emergere stime affidabili. Dato l'obiettivo del lavoro, ovvero l'individuazione di una serie di dimensioni e variabili rilevanti per la determinazione del fabbisogno di personale non sanitario nelle SdS, non abbiamo tenuto conto dei "fattori individuali", che dovranno invece occupare una posizione di assoluto rilievo della fase di implementazione e nel funzionamento dei servizi a regime. Al contrario, la selezione del caso, seppur con i limiti che andremo a descrivere, permette di tenere sotto controllo gli aspetti istituzionali (come il rapporto tra Aziende USL, Regione, Comuni e Zone-Distretto) e i "fattori organizzativi", come il setting ("gestione diretta" della non autosufficienza e della disabilità) e il modello (consorzio SdS definito a partire dalle Zone-Distretto). Altre dimensioni rilevanti come i tipi, i volumi e i costi delle attività erogate non sono invece al momento

¹ Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcol e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

considerate. Inoltre, per quanto concerne i “fattori di contesto”, sono state utilizzate informazioni – condivise e legittimate – che permettono di approssimare le caratteristiche socio-demografiche della popolazione, i bisogni espressi – ma non quelli latenti –, le future sfide sanitarie (qui intese come crescita delle forme di integrazione). Non sono, infine, state utilizzate variabili di carattere prevalentemente sanitario, come la comorbilità, o finanziario, come i trend economici o i criteri di finanza pubblica – i c.d. tetti di spesa –, tra l’altro diversi per l’azienda sanitaria e per l’ente locale.

3. Le Società della Salute in Regione Toscana

Con la Legge n. 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali di riforma del sistema di assistenza”, il legislatore nazionale aveva cercato di superare alcune criticità iniziali, sottolineando l’importanza di un coordinamento e di un’integrazione tra la programmazione del sistema dei servizi sociali e gli interventi sanitari. Tuttavia, con la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha modificato profondamente la ripartizione delle competenze legislative fra lo Stato e le Regioni, l’impulso verso l’integrazione ha perso slancio, lasciando le Regioni libere di sviluppare modelli organizzativi autonomi (Arlotti e Sabatinelli, 2020).

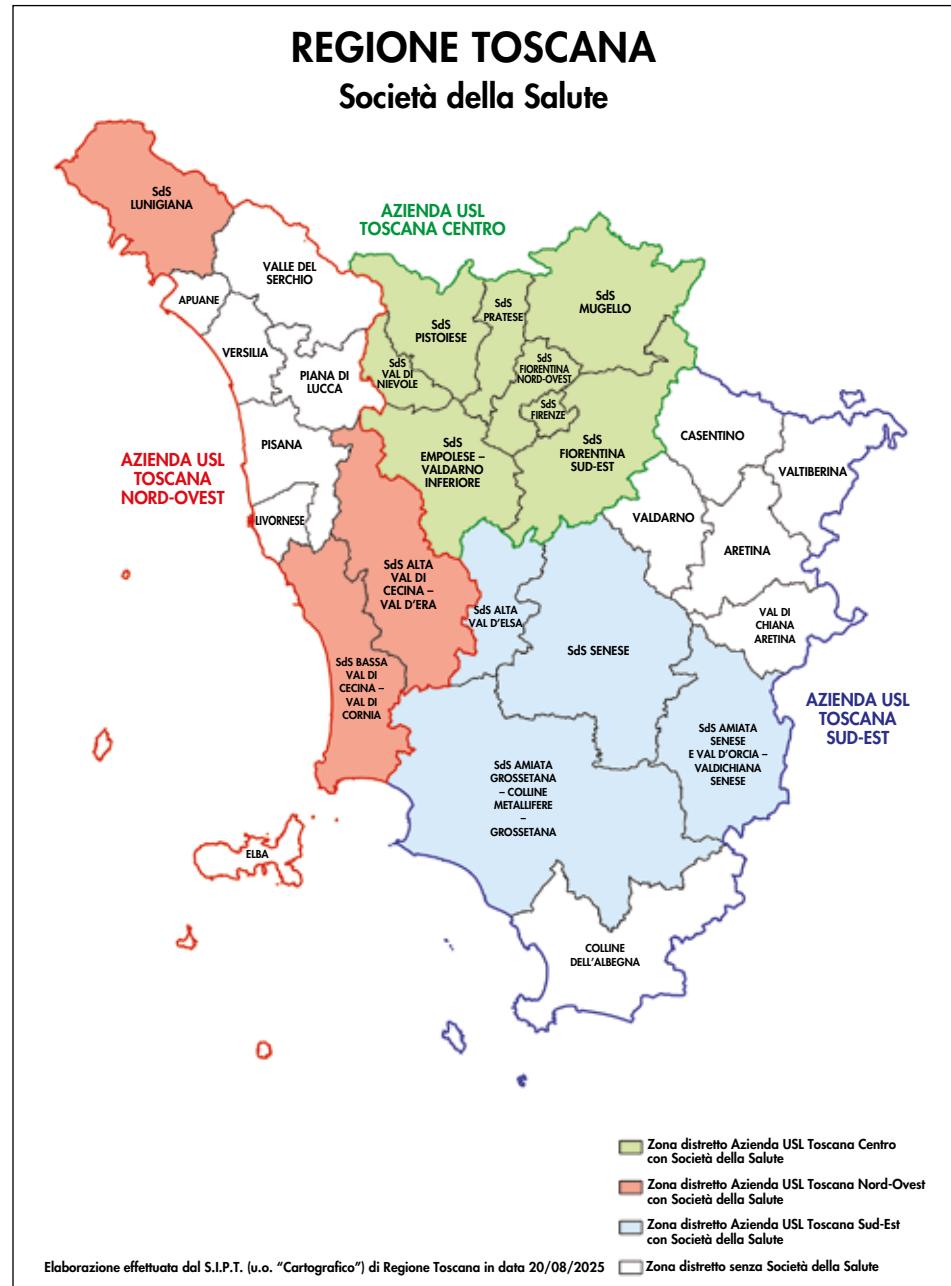
In questo contesto, le SdS, introdotte in via sperimentale dal Piano Sanitario Regionale 2002-2004 e confermate dal successivo PSR 2005-2007, hanno rappresentato una risposta istituzionale e organizzativa originale alle nuove esigenze di integrazione. Concluso il periodo di sperimentazione, le SdS hanno trovato una definizione più

puntuale della natura e delle funzioni all’interno della Legge (L.R. n. 60/2008): la SdS viene definita un ente strumentale di diritto pubblico costituito nella forma associativa di consorzio tra l’Azienda USL e gli Enti locali compresi negli ambiti territoriali della medesima Zona-Distretto (che corrisponde per Legge Regionale sia al Distretto Sanitario sia all’Ambito Territoriale Sociale), dotato di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica. Da sottolineare che la costituzione della SdS avviene per adesione volontaria (art. 71-quater) degli enti locali della ZD. Nonostante ciò, la piena entrata a regime delle SdS è stata rinviata a gennaio 2011, in concomitanza con l’entrata in vigore del nuovo Piano sanitario e sociale integrato (Profeti, 2012, p. 128).

La portata innovativa del modello della SdS è stata, da più parti, oggetto di confronti e ampiamente discussa (Pavolini e Taroni, 2016) ma, dopo la prima fase, l’attenzione si è progressivamente affievolita anche perché, nonostante l’impegno attuativo della nuova istituzione, lo sviluppo delle SdS ha trovato un proprio equilibrio nei vari territori grazie a processi di “aggiustamento e regolazione” eminentemente locali (Profeti, 2012, p. 129). Di conseguenza è stato inevitabile che, nel tempo, emergesse una certa commistione rispetto alle funzioni e ai compiti che le SdS, una volta a regime, avrebbero dovuto svolgere (Longo, 2006) rispetto alle Aziende e ai Comuni. Successivamente, con la L.R. n. 84/2015, è stata approvata la riforma del SSR, con l’accorpamento di dodici Aziende in tre AUSL, mentre la L.R. n. 11/2017 ha ridotto il numero delle Zone-Distretto da 34 a 26, e introdotto il modello della SdS a “gestione diretta”.

Fig. 1

Regione Toscana:
articolazione del sistema
socio-sanitario: ASL, Zone-
Distretto e Società
della Salute



Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (PSSIR) 2018-2020 ha, quindi, definito i contenuti minimi (le funzioni individuate dalla L.R. n. 40/2005 all'art. 71-bis comma 3, lettere C e D), i tempi e le modalità di tale gestione.

Più nel dettaglio, per quanto riguarda i contenuti minimi riferiti alla Funzione C, le materie individuate sono: le attività socio-sanitarie e le attività sanitarie a rilevanza sociale di tipo residenziale, semiresidenziale, domiciliare dei settori Anziani e Disabili; nonché le attività

amministrative e professionali dei relativi percorsi di accesso, valutazione multidimensionale e progettazione personalizzata; mentre, per quanto concerne la Funzione D, le materie individuate riguardano l'intero complesso delle attività di assistenza sociale individuate dal nomenclatore regionale.

Rispetto alle modalità, la SdS assicura, tramite le proprie strutture organizzative e avvalendosi delle opportune figure professionali e delle necessarie risorse finanziarie, nonché tramite specifici accordi di avvalimento², la “gestione diretta” dell’intero ciclo di organizzazione, produzione ed erogazione del complesso dei servizi, delle prestazioni e delle attività prima richiamate.

A partire dal 2021, in modo graduale e con modalità differenti, sono state così coinvolte le SdS presenti sul territorio (su un totale di 28 Zone-Distretto) (Fig. 1 e Tab. 4, in allegato), evidenziando la necessità di un’adeguata dotazione di personale per far fronte alle nuove modalità di gestione.

4. La determinazione del personale amministrativo e sociale

4.1. L'avvio del percorso partecipato

Al fine di sostenere il percorso di consolidamento delle SdS, finalizzato alla “gestione diretta”, tra il 2021 e il 2022, gli uffici regionali, insieme a Federsanità Anci e con la collaborazione dei direttori

delle SdS e di alcuni referenti delle Aziende USL, hanno avviato un percorso di supporto articolato in due fasi.

Si tratta di una modalità di governo coerente con il modello programmatico decentrato (o “top-down negoziato”, per usare la definizione datane dal Rapporto Oasi 2003, p. 147) che contraddistingue la Toscana e che vede un forte ruolo della Regione nella definizione degli obiettivi sanitari generali, una centralità delle aziende sanitarie locali (Profeti, 2012, 121; Fargion, 2013) ma anche l’esigenza di restituire influenza a stakeholder diversi come, per esempio, gli enti locali (Ferré e Ricci, 2011, p. 34), attraverso processi di governance multilivello, articolata in un sistema di conferenze dei sindaci (Caiolfa e Nocentini, 2020).

Più nel dettaglio, la prima fase ha permesso di descrivere lo stato dell’arte del personale, delle funzioni e dell’organizzazione dei 16 consorzi. Il quadro che è emerso dalla cognizione restituisce un’immagine non uniforme. Come evidenziato dalla letteratura, infatti, mentre “le ragioni alla base della creazione delle SdS sono piuttosto chiare, non altrettanto lineari sembrano essere stati gli effettivi sviluppi che il nuovo livello organizzativo ha sperimentato fino a oggi [...]. L’obiettivo originario di fare della SdS il luogo di incontro e di coordinamento della programmazione sanitaria e socio-assistenziale si è progressivamente ridimensionato nel corso degli anni, dando vita a un processo di sedimentazione del nuovo assetto non uniforme sul territorio regionale” (Profeti 2012, p. 128); un aspetto già segnalato anche nella *Relazione sulle politiche sanitarie della Regione Toscana* redatta dalla Corte dei conti (2010, p. 77).

² Attraverso gli accordi di avvalimento le SdS possono ricorrere alle strutture, alle risorse umane e, in generale, all’organizzazione di uno o più enti pubblici consorziati per lo svolgimento di attività di tipo tecnico-amministrativo, contabile e di controllo gestionale. Tale accordo, che non ha una natura negoziale e non costituisce un affidamento esterno, rappresenta una modalità di esercizio integrato della funzione pubblica, riconducibile ai rapporti organizzativi intersoggettivi di diritto amministrativo (art. 15 L. n. 241/1990), nonché alla normativa regionale di settore (L.R. n. 40/2005, art. 71-quindecies; DGRT n. 1314/2022), che fa espresso divieto di duplicazione e sovrapposizione di funzioni tra la SdS e gli enti consorziati.

A partire dai risultati della rilevazione, su input dell'Assessorato della Regione e in condivisione con la Conferenza regionale dei sindaci, è stata avviata una seconda fase, che ha previsto un percorso di consensus conference, guidato da un “team di conduzione”, composto da tecnici di Regione Toscana e di Federsanità Anci, e partecipato dai 16 Direttori delle SdS come gruppo di esperti/panel, volto all'individuazione e allo sviluppo di una serie di materiali a supporto della “gestione diretta”. Tali strumenti sono infatti necessari per armonizzare i modelli di SdS e, in questa maniera, sostenere un graduale processo di convergenza. Più nel dettaglio, sono stati elaborati due documenti, poi confluiti nella DGRT n. 1314/2022: gli “Indirizzi per la predisposizione dei regolamenti di organizzazione delle Società della Salute”, con i relativi diagrammi di flusso, e uno “Schema-tipo di accordo di avvalimento di unità organizzative di uno o più enti aderenti al consorzio” per attività di tipo tecnico-amministrativo, contabile e di controllo gestionale, al fine di evitare duplicazioni e sovrapposizioni di funzioni tra la SdS e gli enti consorziati, come previsto dalla stessa L.R. n. 40/2005 all'art. 71-quindies. Le indicazioni contenute nella DGRT n. 1314/2022 richiamano infatti, in modo univoco e puntuale, quanto già indicato nel PSSIR, ovvero le funzioni trasferite dagli enti soci al consorzio per la “gestione diretta” (Funzioni C e D), e identificano altresì le attività che possono essere realizzate mediante la stipula di accordi di avvalimento tra la SdS e uno o più enti aderenti al consorzio, o attraverso la stipula di convenzioni con l'Ente di Supporto Tecnico Amministrativo Regionale (Capo IV, L.R. n. 40/2005). Inoltre, con l'approvazione della DGRT è stato dato mandato agli uffici compe-

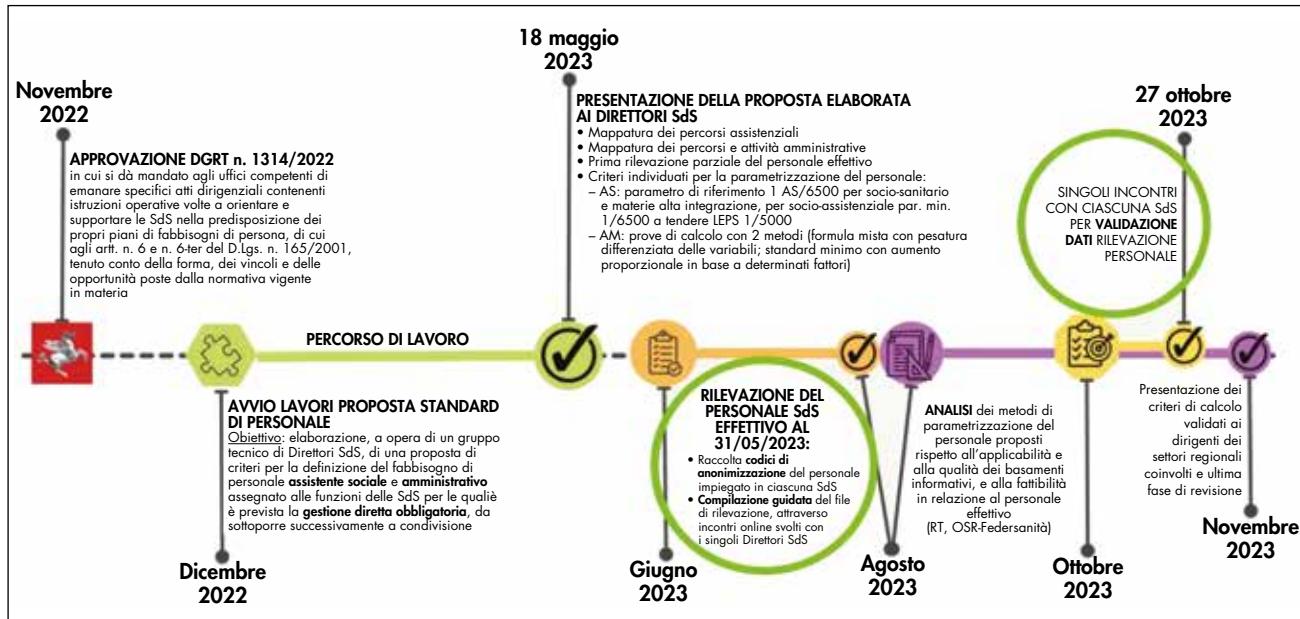
tenti di redigere le istruzioni operative volte a orientare e supportare le SdS nella predisposizione dei propri piani di fabbisogni di personale (DGRT n. 1600/2023). Questi contenuti, insieme agli indirizzi approvati con la DGRT n. 834/2022, per l'armonizzazione e l'uniformità della redazione dei bilanci preventivi e d'esercizio delle SdS, hanno così dato un nuovo impulso al processo di sviluppo e stabilizzazione della “gestione diretta” delle SdS.

4.2. Il personale amministrativo e sociale: una prima rilevazione

Il lavoro di assistenza e coordinamento è quindi proseguito affrontando gli ulteriori temi legati alle risorse umane. Con la DGRT n. 1600/2023 sono stati emanati indirizzi per la programmazione del fabbisogno di personale e, parallelamente, è stato avviato il gruppo di lavoro – composto da 6 direttori delle SdS³ e dal personale degli uffici di Regione Toscana e di Federsanità Anci – finalizzato alla determinazione di criteri e metodi di calcolo omogenei e condivisi per la stima del fabbisogno. Il primo focus ha avuto a oggetto due gruppi di professioni, la cui presenza rappresenta la condizione necessaria, sebbene non sufficiente, di ogni percorso in integrazione socio-sanitaria: il personale amministrativo (AM) e gli assistenti sociali (AS).

I lavori del gruppo, che hanno previsto step intermedi di restituzione del lavoro, si sono conclusi con la presentazione delle dimensioni rilevanti per la determinazione del fabbisogno di personale non sanitario nelle SdS (Fig. 2).

³ La selezione dei direttori consente di coprire territori con caratteristiche demografiche, socio-sanitarie, economiche, orografiche e istituzionali (essendo ricompresi in tutte e tre le ASL della regione) differenti.



Le attività del gruppo di lavoro hanno riguardato anzitutto la mappatura della situazione delle SdS. Sono stati rilevati:

- i servizi e i percorsi socio-sanitari e socio-assistenziali attualmente attivi: Coordinamento e funzioni dipartimentali trasversali alle SdS; Pua/ Punto Insieme; Disabilità; Non autosufficienza; Continuità assistenziale THT; Salute mentale (SMA e SMIA); Dipendenze; Consultori – Codice Rosa; Commissione L. 104 e L. 68;
- le attività amministrative necessarie al funzionamento della SdS e alle attività di supporto alle materie a “gestione diretta”: Uffici di piano; Gare, appalti e convenzioni; Percorsi disabilità e non autosufficienza; Attività socio-assistenziali; Progetti; Salute mentale, Dipendenze e Prevenzione;
- le informazioni sul personale in servizio: nominativi, tipo di contratto (indeterminato, determinato, interinale, in

appalto di servizi), la categoria contrattuale (B, BS, C, D, DS, Dirigente).

Per la rilevazione sono stati predisposti due strumenti, il primo per il personale assistente sociale (Tab. 1) e il secondo per quello amministrativo (Tab. 2), che hanno consentito di censire – con dati anonimi e collettivi – le risorse umane presenti, la tipologia di rapporto di lavoro, le ore di lavoro e la percentuale di attività svolte sui percorsi e sugli ambiti di attività individuati dal gruppo di lavoro.

Successivamente, allo scopo di poter garantire l'affidabilità e l'omogeneità dei dati, sono stati organizzati singoli incontri dedicati alla compilazione guidata dello strumento di rilevazione con ciascun direttore SdS e le proprie strutture organizzative. I risultati sono stati quindi normalizzati attraverso il calcolo in full-time equivalente (FTE) e validati durante incontri individuali con ciascun direttore.

Fig. 2

Il percorso di lavoro per la determinazione degli standard di personale non sanitario delle SdS

• SAGGI

Tab. 1 – Strumento rilevazione personale con ruolo professionale assistente sociale

Personale AS	Rilevazione percentuale attività svolta da ciascuna risorsa
Personale SdS assunto direttamente (escluso Direttore)	
Tempo indeterminato	
Tempo determinato	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di contratto: comparto/dirigenza
Somministrazione di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Ore da contratto di lavoro/appalto
Contratto a progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Scadenza contratto (ove previsto)
Appalto di servizi	
Personale messo a disposizione dagli enti soci (AUSL, EE.LL.)	
Comando	<ul style="list-style-type: none"> • Ente di provenienza • Livello di contratto: comparto/dirigenza • Ore da contratto di lavoro/assegnazione funzionale • Scadenza comando/assegnazione funzionale
Assegnazione funzionale	
Personale non gestito dalla SdS (impiegato in attività e funzioni NON a gestione diretta)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ente di provenienza • Livello di contratto • Ore impiego su percorsi socio-sanitari e sociali

Tab 2 – Strumento rilevazione personale con ruolo professionale amministrativo

Personale AM	Rilevazione percentuale di attività svolta da ciascuna risorsa (attività amministrative afferenti al funzionamento della SdS e alle attività di supporto amministrative alle materie a gestione diretta SdS)
Personale SdS assunto direttamente (escluso Direttore)	
Tempo indeterminato	
Tempo determinato	<ul style="list-style-type: none"> • Livello di contratto: comparto/dirigenza
Somministrazione di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Ore da contratto di lavoro/appalto
Contratto a progetto	<ul style="list-style-type: none"> • Scadenza contratto (ove previsto)
Appalto di servizi	
Personale messo a disposizione dagli enti soci (AUSL, EE.LL.)	
Comando	<ul style="list-style-type: none"> • Ente di provenienza • Livello di contratto: comparto/dirigenza • Ore da contratto di lavoro/assegnazione funzionale • Scadenza comando/assegnazione funzionale
Assegnazione funzionale	
Personale non gestito (anche informalmente) dalla SdS (personale AUSL non gestito dalla SdS, che tuttavia svolge attività amministrative afferenti alle materie a gestione diretta della SdS (es. quantificazione delle quote RSA ecc.))	
	<ul style="list-style-type: none"> • Staff/funzionamento SdS • Gare appalto e convenzioni • Percorsi disabilità e non autosufficienza • Attività socio-assistenziali • Progetti finalizzati gestiti dalla SdS • Salute mentale, Dipendenze e Prevenzione
Personale servizi in avvalimento	

La rilevazione ha messo in evidenza alcune criticità legate alle caratteristiche dei diversi contesti. Il processo di definizione delle Zone-Distretto ha infatti coinvolto territori estremamente eterogenei, dal punto di vista orografico, demografico ed epidemiologico. Allo stesso tempo, il percorso che ha portato alla creazione delle SdS – come descritto nel terzo paragrafo – affonda le radici in contesti con esperienze pregresse differenti e ha avuto spesso una natura incrementale. In altre parole, sia la struttura delle Zone-Distretto sia la diversa storia dei processi di aggregazione hanno prodotto un patchwork di esperienze difficilmente comparabili. Anche per questo motivo, come vedremo più avanti, l’ambito di area vasta – corrispondente all’articolazione territoriale della Azienda USL – è stato individuato come elemento di compensazione e bilanciamento, al fine di sostenere un processo di graduale convergenza.

4.3. La definizione delle dimensioni rilevanti

Conclusa la fase di rilevazione è stato avviato il processo di analisi e validazione della proposta avanzata dal gruppo tecnico, prendendo in considerazione tre aspetti: la definizione delle dimensioni e delle variabili, l’affidabilità dei dati utilizzati e la fonte da cui questi dati provengono.

In particolare, come suggerito da Pirrotta *et al.* (2023), è stato verificato che i basamenti informativi scelti risultassero aggiornati periodicamente e popolati dei dati in modo uniforme nei diversi ambiti territoriali. Inoltre, è stata posta attenzione sull’esistenza di normative che regolano la raccolta di tali dati e sull’individuazione del soggetto responsabile per l’ali-

mentazione dei basamenti, al fine di garantire l’accuratezza e l’affidabilità dei dati ed evitare di incorrere in disomogeneità informative e distorsioni nei risultati tra le varie Zone-Distretto. Sono state quindi effettuate diverse simulazioni di applicazione dei parametri di calcolo alla rilevazione del personale di ciascuna SdS. I dati ottenuti sono stati successivamente confrontati e analizzati tenendo conto della dimensione anagrafica (popolazione, densità e superficie) e istituzionale (n. comuni e presenza di gestioni associate) (Tab. 4, in allegato).

Ciò ha portato all’elaborazione di due proposte: la prima rivolta agli assistenti sociali e la seconda al personale amministrativo.

Assistenti sociali

Per la stima del fabbisogno di personale, assistenti sociali, impiegato in attività inerenti alle materie socio-sanitarie e l’alta integrazione socio-sanitaria, il gruppo di lavoro ha adottato il parametro di 1 AS/6.500 ab.; mentre per il personale assistente sociale impiegato nell’area socio-assistenziale il parametro minimo è di 1 AS/6500 ab., con l’obiettivo di raggiungere 1 AS/5000 ab, secondo gli standard LEPS.

La presenza di un riscontro normativo nel LEPS (art. 1, comma 797 e seguenti della Legge n. 178/2020 – Legge di Bilancio 2021) ha facilitato il confronto e l’adozione di uno standard condiviso. In questo caso, quindi, la simulazione condotta applicando tale parametro al personale AS effettivo dimostra che la sua applicazione porta a risultati sostenibili in termini di numero di assistenti sociali necessari.

Personale amministrativo

La seconda proposta, dedicata alla parametrizzazione del personale ammini-

strativo, ha previsto due metodi distinti: una formula mista, che utilizza una pesatura differenziata delle variabili implicite, e uno standard minimo.

Tuttavia, a differenza di quanto visto per gli AS, data l'assenza di modelli o standard nazionali condivisi è stato necessario seguire un approccio bottom-up nella selezione delle variabili utilizzate, che si basano sia su valutazioni "empiriche", fondate su esperienze precedenti – per esempio, l'adozione di indicatori presi in considerazione nel calcolo dell'indice di ripartizione del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS) – e sul confronto diretto con figure amministrative attualmente impiegate nelle SdS e nelle Aziende USL, sia sulle valutazioni emerse nella letteratura, che richiamano la necessità di tenere in considerazione le caratteristiche socio-demografiche del contesto. Come anticipato, al fine di assicurare la qualità dei dati utilizzati, ciascuna delle variabili individuate dal gruppo di lavoro è stata sottoposta al giudizio dell'Osservatorio Sociale Regionale – OSR –, ovvero la struttura deputata dalla Regione alla realizzazione del sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, nonché al monitoraggio e all'analisi di impatto delle relative politiche.

La Tab. 3 riporta le variabili proposte dal gruppo tecnico per ciascuna area di attività e le considerazioni e/o modifiche da parte dell'OSR.

Per quanto riguarda il funzionamento della SdS, ovvero le attività della segreteria dell'Ufficio di Piano, il gruppo di lavoro ha validato due variabili: il "numero di comuni" e lo "standard minimo" previsto dalla DGRT n. 269/2019, che richiede la presenza di 4 persone. Questo consente di assicura-

re un numero sufficiente di figure da dedicare alle strutture amministrative. Non sono state invece considerate né la "popolazione residente" né il "volume finanziario". La prima dimensione, che verrà invece utilizzata per le altre attività, non risulta funzionale alla stima del personale amministrativo necessario al funzionamento della SdS. La seconda variabile, invece, risente della difficoltà nel reperire informazioni affidabili provenienti da fonti diverse – ordinarie e straordinarie -. Per esempio, le risorse economiche intercettate per i progetti della MS del PNRR, che hanno scadenza nel 2026, forniscono soltanto un contributo temporaneo. Una dimensione è stata invece sostituita e validata dall'OSR. Si tratta del "valore della produzione", ricavabile dal bilancio di esercizio, che consente di approssimare la consistenza delle attività svolte. Spostando l'attenzione sull'area di attività Disabilità e Non autosufficienza, sono state validate due variabili, la "popolazione residente" e le "persone con disabilità prese in carico dal servizio territoriale". Queste consentono di tenere "in considerazione il contesto di riferimento, includendo elementi come le caratteristiche socio-demografiche della popolazione o l'esposizione a ipotetiche future situazioni di emergenza" (Pirrotta *et al.*, 2023, pp. 138-139). Come vedremo, questa logica verrà adottata anche per le attività socio-assistenziali.

Sono state invece modificate alcune variabili: il dato sugli "anziani non autosufficienti presi in carico" è stato sostituito dal "numero di valutazioni effettuate dalla UVM". Il flusso delle informazioni sugli anziani presi in carico presenta, infatti, criticità rispetto alla qualità della rilevazione in alcu-

Tab. 3 – Indicatori proposti dal gruppo tecnico per la stima del fabbisogno di personale amministrativo

Aree di attività/percorsi	Proposta di variabili/indicatori del gruppo tecnico	Validazione (sì/no/nuova dimensione)	Proposta di indicazioni/variabili/indicatori validata da OSR	Fonte ufficiale
	Numero di comuni	Sì	Numero di comuni	ISTAT
Staff/Funzionamento (attività di staff e segreteria direzione e Ufficio di piano)	Volume finanziario (valore produzione + quote sanitarie RSA)	NO/NUOVA DIMENSIONE	Valore della produzione	Bilancio di esercizio SdS
	Standard minimo previsto da DGRT n. 269/2019	Sì	Standard minimo previsto da DGRT n. 269/2019	
	Popolazione residente	Sì	Popolazione residente*	ISTAT
	Anziani non autosufficienti presi in carico	NO/NUOVA DIMENSIONE	N. Valutazioni UVM	RFC 115
	Persone con disabilità prese in carico dai SST	Sì	Persone con disabilità prese in carico dai Servizi sociali territoriali	OSR
Disabilità e Non Autosufficienza (materie a gestione diretta da parte delle SdS)	Popolazione 0-64 con esenzione di invalidità	NO/NUOVA DIMENSIONE	Accertamenti della disabilità nell'anno ex L.104/92*	INPS
	Minimo garantito per ogni SdS (1 unità)	NO/NUOVA DIMENSIONE	Standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale definiti con il DM 77/2022	DM77
	–	NUOVA DIMENSIONE	Popolazione residente ultra 65enne*	ISTAT
	Popolazione residente	Sì	Popolazione residente*	ISTAT
	Minori e famiglie in carico	NO/NUOVA DIMENSIONE	Numero famiglie residenti*	ISTAT
		NO/NUOVA DIMENSIONE	Numero minori residenti (0-17 anni)*	ISTAT
Socio-assistenziale	–	NUOVA DIMENSIONE	Minori presi in carico dai Servizi Sociali Territoriali	Centro regionale Infanzia e Adolescenza
	–	NUOVA DIMENSIONE	Popolazione straniera residente*	ISTAT
	Famiglie in povertà relativa	NO/NUOVA DIMENSIONE	Famiglie con ISEE <6000€*	INPS

(segue)

Area di attività/percorsi	Proposta di variabili/indicatori del gruppo tecnico	Validazione (sì/no/nuova dimensione)	Proposta di indicazioni/variabili/indicatori validata da OSR	Fonte ufficiale
Progetti finalizzati gestiti dalla SdS (Progettazione e rendicontazione su fondi strutturali e di investimento)	Minimo garantito per ogni SdS (2 unità)	Sì	Separazione delle mansioni amministrative relative alla gestione e al controllo/rendicontazione	Regolamenti sui Fondi Strutturali e di Investimento Europei
	Mappa fondo socio-sanitario	NO/NUOVA DIMENSIONE	Valore della produzione	Bilancio di esercizio SdS

* Indicatori utilizzati per indice riparto FNPS

ne Zone-Distretto, rendendo così poco omogenee le informazioni raccolte. Alla stessa maniera, la “popolazione 0-64 con esenzione di invalidità” è stata sostituita dagli “accertamenti della disabilità”. Anche in questo caso, la ragione principale è legata all'affidabilità dei dati. Infine, si è scelto di utilizzare lo standard definito dal D.M. n. 77/2022, che garantisce un riferimento normativo chiaro, sebbene nel testo non si parli espressamente di figure amministrative ma di generiche “unità di personale a supporto”.

È stata inoltre aggiunta una nuova variabile “popolazione residente ultra 65enne”, utile per approssimare i rischi futuri di non autosufficienza.

Per quanto concerne l'area socio-assistenziale, anche in questo caso, è stata mantenuta la “popolazione residente” mentre sono state modificate tre variabili, già utilizzate per il riparto del Fondo Nazionale Politiche Sociali (FNPS). Si tratta del “numero famiglie residenti”, del “numero minori residenti” e, per approssimare la misura della povertà relativa, il “numero di famiglie con ISEE inferiore a 6.000 euro”. A que-

ste sono state inoltre aggiunte due nuove variabili: i “minori presi in carico dai servizi sociali territoriali” e la “popolazione straniera residente”. Entrambe consentono infatti di intercettare meglio i cambiamenti delle caratteristiche socio-demografiche.

L'ultima area di attività riguarda infine i progetti gestiti autonomamente dalle SdS, come, per esempio, i bandi finanziati da fondi strutturali o europei. Qui è stata confermata la proposta del gruppo di lavoro di individuare un “minimo garantito” di due figure amministrative, per gestire e rendicontare i progetti. È stata inoltre aggiunta una nuova variabile, che utilizza il “valore della produzione”, ricavato dal bilancio, per approssimare l'impatto della progettazione e delle risorse straordinarie.

4.4. I limiti incontrati nella stima del fabbisogno di personale amministrativo e le possibili soluzioni

Le variabili individuate nel paragrafo precedente sono state quindi testate con l'utilizzo di pesi differenti, al fine di trovare un punto di equilibrio tra i

diversi territori. Tuttavia, come anticipato a proposito della rilevazione del personale, l'estrema eterogeneità delle SdS ha reso inapplicabili i diversi criteri di pesatura.

Nello specifico, per quanto concerne la popolazione residente, in presenza di Zone-Distretto fortemente differenziate rispetto alla popolazione (Tab. 4, in allegato), l'utilizzo di questa dimensione tende ad annullare le differenze strutturali – demografiche e socio-sanitarie – tra i vari territori. In altre parole, trattare la popolazione residente come un peso omogeneo non riflette accuratamente le specificità locali, le caratteristiche demografiche e le esigenze differenti di ogni area e può portare a una distribuzione iniqua delle risorse, con una sottostima/ sovrastima dei fabbisogni reali.

Strettamente collegato è anche il secondo elemento: la mancanza di cluster omogenei tra Zone-Distretto con popolazione simile. Ciò accade perché i differenti contesti sono frutto della stratificazione di eventi di politica socio-sanitaria, di aggregazioni e/o separazioni di zone già presenti nel territorio. L'assenza di gruppi omogenei rende, infatti, difficile l'applicazione di formule standardizzate e richiede un approccio più personalizzato e adattativo per ogni Zona-Distretto.

Una terza criticità deriva dalla forte eterogeneità nel numero di personale amministrativo attualmente presente nelle diverse SdS, la cui dotazione è frutto dei medesimi processi storici di carattere incrementale. Questa varianzialità rende complessa l'applicazione di un modello uniforme o l'utilizzo di pesi specifici, poiché le disparità esistenti non vengono adeguatamente catturate e compensate dai parametri attuali. Le formule, pertanto, rischiano

di non rispecchiare fedelmente la realtà operativa delle singole strutture, portando a una distribuzione disomogenea del personale amministrativo.

Alla stessa maniera l'utilizzo di standard minimi, come quelli che disciplinano la composizione degli Uffici di Piano (DGRT n. 269/2019), pur risultando utile per garantire una base comune di personale, può tuttavia risultare limitante e non sempre adeguato a rispondere alle specifiche esigenze di ogni SdS.

Così, in seguito alle criticità emerse e alla necessità di elaborare un metodo condiviso di stima, capace di considerare le specificità locali e le variabilità presenti nelle diverse SdS, è stata ritenuta opportuna la sola validazione delle dimensioni e delle variabili prima richiamate. Ciò consente di iniziare a lavorare su una base comune e stabile di informazioni che i diversi direttori dovranno valorizzare nella loro programmazione e che rappresenta il prerequisito per ogni percorso di consolidamento e convergenza.

Al contrario, per quanto riguarda l'individuazione dei pesi da applicare a tali variabili, emerge la necessità di spostare l'attenzione a livello di Area Vasta, coinvolgendo le tre grandi Aziende USL che caratterizzano il Sistema sanitario della Toscana. Questo permette, da un lato, di valorizzare un livello intermedio tra la dimensione regionale e quella di Zona-Distretto (cfr. Fig. 1) e, dall'altro, all'interno di questi confini, sviluppare potenziali economie di scala tra le differenti SdS e le Aziende.

In altre parole, in un contesto di indicatori condivisi, la scelta di valorizzare la dimensione di Area Vasta permette di adottare una strategia in due step: anzitutto, ridurre la varianza interna

(*within*) tra le SdS ricomprese nella stessa ASL e, successivamente, agire sulla varianza tra le Aree Vaste (*between*). Altre strategie, come descritto, finirebbero per ingenerare effetti perversi, che porterebbero a una maggiore differenziazione tra le SdS. Anche per queste ragioni, il metodo di lavoro e i risultati raggiunti alla fine del percorso saranno oggetto di futuri indirizzi regionali.

5. Conclusioni

Il delineato processo di progettazione partecipata, ancora in fase di sviluppo, è finalizzato alla stabilizzazione del consorzio SdS, mettendo al centro la necessità di gestire e ottimizzare le interdipendenze e le interconnessioni dei percorsi di salute dei cittadini e di facilitare il dialogo e le relazioni fra i diversi attori delle SdS, all'interno del quadro del sistema di governance regionale. L'obiettivo regionale da perseguire è, infatti, quello di creare indirizzi condivisi e legittimati, al fine di superare l'incremento frammentato che ha contraddistinto il percorso di crescita e consolidamento delle SdS negli ultimi vent'anni.

La rilevazione delle dotazioni di personale e le caratteristiche dell'organizzazione dei servizi ha infatti messo in evidenza una tipica eterogeneità organizzativa, affiancata da una singolare dotazione di personale differenziata, che risente della sedimentazione delle esperienze del passato. In tale contesto, quindi, un metodo condiviso per la stima del fabbisogno di personale non sanitario (assistente sociale e amministrativo) risponde sia a criteri di efficienza sia di omogeneità. Per questo, le indicazioni emerse con la rilevazione, pur non avendo un carattere vincolante, servono per creare un terreno, un

substrato comune, sul quale consolidare l'esperienza delle SdS, e porre in evidenza in modo strutturato l'adeguatezza o meno delle risorse umane, l'appropriatezza del loro impiego rispetto alle funzioni e alle attività da svolgere, così come le eventuali disomogeneità organizzative, sia in termini di unità sia di professionalità. Questo al fine di favorire la convergenza tra le differenti esperienze.

Le criticità emerse nell'esperienza toscana possono comunque essere utili per quei territori che, anche sotto la spinta dei finanziamenti del PNRR, volessero intraprendere un percorso di consolidamento – istituzionale e organizzativo – dei processi di integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale. A tal proposito, possiamo individuare tre principali aspetti su cui attirare l'attenzione.

Anzitutto, è necessario prevedere una delimitazione delle Zone-Distretto capaci di bilanciare le caratteristiche demografiche (popolazione) e orografiche con l'insieme dei servizi che si vogliono offrire. Territori troppo ampi possono infatti condurre a una sottostima delle differenze socio-sanitarie ed economiche. Alla stessa maniera la differente densità abitativa e il ruolo delle aree interne devono essere presi in esame.

Strettamente collegato è inoltre il secondo punto. Data l'eterogeneità dei territori e dei bisogni, al fine di evitare sotto/sovrapresentazioni, è necessario pianificare fin da subito la presenza di adeguate economie di scala, gestioni associate e avvalimenti di unità organizzative degli enti aderenti ai consorzi. In altre parole, il contenitore deve essere funzionale al contenuto, evitando sovrapposizioni.

Infine, parallelamente al percorso di definizione delle Zone-Distretto e alla

previsione di adeguate reti di servizi, devono essere sviluppati a regime una serie di indicatori condivisi e validati, necessari alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione degli interventi. Altrimenti si corre il rischio di dover individuare a posteriori delle variabili necessarie per approssimare le dimensioni che si vogliono osservare. Queste dimensioni precedono il calcolo del fabbisogno di professionisti sanitari perché la definizione dell'ambito ottimale per i servizi e il calcolo del personale amministrativo, accanto al consolidamento degli assistenti sociali – come previsto dal LEPS –, rappresentano una precondizione per l'integrazione socio-sanitaria e l'omogeneizzazione degli interventi su tutti i territori del SSR.

Più in generale, si tratta di un tema la cui rilevanza è stata riconosciuta dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali

che, con l'Avviso pubblico “Manifestazione di interesse per le azioni di incremento della capacità degli ATS di rispondere alle esigenze dei cittadini, garantendo adeguati servizi sociali alla persona e alla famiglia, in un'ottica di integrazione con i vari livelli di governo e del rispetto del principio di sussidiarietà”, ha richiesto di individuare nei singoli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) la consistenza (al 30 giugno 2024) e il fabbisogno per il triennio di alcune figure professionali non sanitarie (Funzionario amministrativo; Funzionario contabile-Economico finanziario/Funzionario esperto di rendicontazione; Funzionario Psicologo; Funzionario Educatore Professionale Socio Pedagogico/Pedagogista). Riflettere sulle caratteristiche, la genesi e i limiti dell'esperienza toscana può dunque essere utile nell'implementazione delle prossime strategie ministeriali.

BIBLIOGRAFIA

- Arlotti M., Sabatinelli S. (2020). Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00. *Politiche Sociali, Social Policies*, 3: 357-374. DOI: 10.7389/99006.
- Barretta A., Ruggiero P., Monfardini P., Gepponi A. (2009). La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana. *Mecosan*, 18(71): 99-106.
- Beaglehole R., Dal Poz M. R. (2003). Public health workforce: challenges and policy issues. *Human Resources for Health*, 1, 4. DOI: 10.1186/1478-4491-1-4.
- Bonomi (2009). Gli aspetti giuridici e istituzionali delle società della salute. In Campedelli M., Carrozza P., Rossi E. (a cura di). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Bologna: il Mulino.
- Caiolfa M., Nocentini R. (a cura di) (2020). *Elementi di programmazione sanitaria e sociale in Toscana*. Firenze: Regione Toscana.
- Cergas (2003). *Rapporto OASI 2002. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano*. Milano: Egea.
- Costa C., Franco M.G., Mantoan D. (2019). La previsione del fabbisogno formativo di professionisti sanitari: l'approccio integrato basato sull'offerta e sulla domanda determinata attraverso il sistema acg. *Mecosan*, 108: 101-21. DOI: 10.3280/MESA2018-108006.

- Doosty D., Maleki M. R., Yarmohammadian H. M. (2019). An investigation on workload indicator of staffing need: a scoping review. *J Educ Health Promot.*, 8(22). DOI: 10.4103/jehp.jehp_220_18.
- Fargion V., Gualmini E. (a cura di) (2013). *Tra l'incudine e il martello. Regioni e nuovi rischi sociali in tempo di crisi*. Bologna: il Mulino.
- Ferrucci R., Iannucci S., Roccato E. (2005), L'avvio della Società della salute nell'Asl di Empoli. *Mecosan*, 14(55): 111-127.
- Fiaso (2018). *Il Middle Management nella sanità italiana: stato dell'arte e prospettive gestionali*. Roma: KOS Comunicazioni e Servizi.
- Garifo K. (2004), Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana. *Mecosan*, 51: 79-91.
- Gherardini A. (2017). L'analisi comparata e gli studi di caso. In: Barbera F., Pais I. (a cura di). *Fondamenti di sociologia economica*. Milano: Egea.
- Hood C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69: 3-19.
- Laquintana D., Pazzaglia S., Demarch A. (2017). The new methods to define the staffing requirements for doctors, nurses and nurses aides: an example of their implementation in an italian hospital. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 36(3): 123-34. DOI: 10.1702/2786.28221.
- Longo F. (2006). Società della salute: quale modello a regime?. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 13: 1-4.
- Masi F. (2015). Definire la Dotazione Ottimale di Personale Medico: l'esperienza dell'Ospedale di San Marino. *Mecosan*, 93: 33-48. DOI: 10.3280/MESA2015-023003.
- Mazzucco W., Lanza G., Gaglio V., Albanese G., Amata O., Casa C., Ferorelli D., Sessa G., Spina E., Silenzi A., Marotta C. (2019). Medical workforce planning in a changing health context: Comparison between Italy and Europe. *Euromediterranean biomeditica journal*, 14(1): 49-55. DOI: 10.3269/1970-5492.2019.14.11.
- Palazzolo G. (2015). Le Società della Salute oltre la sperimentazione. Innovazioni organizzative nel sistema socio-sanitario toscana. In: Sannella A., Toniolo F. (a cura di). *Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari.
- Pavolini E., Taroni F. (2016). Alla ricerca di un difficile equilibrio: Comuni e Regioni fra politiche sanitarie e socio-sanitarie. In: Bolgherini S., Dallara C. (a cura di). *La retorica della razionalizzazione. Il settore pubblico italiano negli anni dell'austerity*. Bologna: Istituto Cattaneo.
- Pirrotta L., Da Ros A., Cantarelli P., & Bellè N. (2024). Metodologie per la determinazione del fabbisogno di personale nel management della sanità: una revisione della letteratura internazionale. *Mecosan*, 126: 123-150. DOI: 10.3280/mesa2023-126oa17289.
- Profeti S. (2012). La sanità toscana: un caso di riproduzione per adattamento. In: Pavolini E. (a cura di). *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia tra nord e sud*. Roma: Donzelli.
- Sartinara M., Zurlo F.L., La Valle G., Borghese B. (2025). Le dotazioni di personale amministrativo nelle aziende del SSN: evidenze da un confronto internazionale. *Mecosan*, 110: 65-91.
- Shipp P. J. (1998). *Workload Indicators of Staffing Need (WISN): A Manual for Implementation*. Geneva: World Health Organization.
- Simonetti V., Compascini D., Buccolini M., Cicolini G. (2014). L'indice di complessità assistenziale come strumento organizzativo in un contesto chirurgico: uno studio osservazionale. *Prof. Inferm.*, 67(4): 235-42. DOI: 10.7429/pi.2014.674235.
- Vainieri M., Barchielli C., Bellé N. (2020). *Modelli Organizzativi e Performance dell'assistenza Infermieristica*. Bologna: il Mulino.
- Vardè A. M., Mennini F. S. (2020). Il Personale Del Servizio Sanitario Nazionale – Evoluzione e Prospettive Nella Programmazione Sanitaria. *Mecosan*, 110: 9-43.
- Yin R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods*. London: Sage.

Allegati



Tab. 4 – Società della Salute – Caratteristiche strutturali

AUSL/ Area Vasta	Zona-Distretto/SdS	Popolazione 2022	Densità	Superficie (Km2)	N. Comuni	N. Unioni dei comuni
Nord- Ovest	Apuane	136.304	748,9	182	3	–
	Lunigiana	51.279	52,7	973	14	1
	Valle del Serchio	53.100	58,6	906	19	2
	Piana di Lucca	169.374	331,5	511	7	1
	Versilia	159.710	448,6	356	7	1
	Pisana	201.073	349,1	576	9	–
	Alta Val di Cecina	138.716	103,2	1.344	17	2
	Valdera					
	Livornese	170.530	735,0	232	3	–
	Valli Etrusche	134.893	126,7	1.065	16	2
Centro	Elba	31.351	128,0	245	7	–
	Valdinievole	119.007	447,4	266	11	–
	Pistoiese	170.752	244,6	698	9	1
	Pratese	259.244	708,3	366	7	1
	Fiorentina Nord-Ovest	207.899	554,4	375	7	–
	Fiorentina Sud-Est	181.163	154,8	1.170	14	2
	Firenze	362.742	3556,3	102	1	–
	Mugello	63.060	55,8	1.131	8	1
	Empolese Valdarno	240.542	257,8	933	15	1
	Val d'Elsa					
Sud-Est	Valdarno	94.109	165,4	569	8	1
	Alta Val d'Elsa	62.156	106,6	583	5	–
	Aretina	127.513	175,6	726	6	1
	Casentino	33.682	48,0	701	10	1
	Valtiberina	28.737	42,7	673	7	1
	Valdichiana Aretina	50.011	88,7	564	5	–
	Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese	74.689	60,0	1.245	15	2
	Senese	123.712	62,1	1.993	15	1
	Colline dell'Albegna	48.372	34,6	1.398	8	1
	Coeso – SdS Grosseto	168.261	54,2	3.105	20	2