

Collaborative Governance e Long-Term Care. Il caso dei servizi residenziali per non autosufficienti in Regione Toscana

Collaborative Governance and Long-Term Care. The case of residential services for dependent people in the Tuscany Region (Italy)

Davide Vicari*

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa – Laboratorio Management e Sanità

Milena Vainieri

Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa – Istituto di Management

DOI: 10.30448/AP.2025.2.09

Sommario: 1. Introduzione – 2. La collaborative governance nel settore long-term care – 3. Metodi – 4. Risultati – 5. Conclusioni

I problemi di salute pubblica, come la non autosufficienza degli anziani, sono globali, interdipendenti, complessi e a volte imprevedibili. Sono definiti wicked problem poiché i soggetti coinvolti hanno interpretazioni e interessi contrastanti rispetto alla loro risoluzione, e possono essere affrontati attraverso approcci di collaborative governance. Infatti, i servizi sociosanitari sono caratterizzati da una elevata frammentazione istituzionale, dovuta al modello organizzativo, e dalla presenza di altri attori pubblici e da privati for profit e non. Questo articolo studia i servizi sanitari e sociosanitari per non autosufficienti, focalizzandosi sulla fase di quantificazione dei servizi residenziali, attraverso il caso della Regione Toscana nella programmazione di lungo periodo dei posti letto delle strutture residenziali.

Public health problems, such as the non-self-sufficiency of the elderly, are global, interdependent, complex, and sometimes unpredictable. They are defined as wicked problems because the actors involved have conflicting interpretations and interests concerning their resolution, and can be addressed through collaborative governance approaches. Indeed, social and health services are characterized by a high degree of institutional fragmentation, due to the organizational model, and the involvement of various public, private, for-profit and non-profit entities. This article studies social and health services for the dependent elderly, focusing on the commissioning stage of the residential services, through the case of the Tuscany Region in the long-term planning of nursing home beds.

Les problèmes de santé publique, comme la perte d'autonomie des personnes âgées, sont globaux, interdépendants, complexes et parfois imprévisibles. Ces problèmes sont qualifiés de wicked problems en raison des interprétations divergentes et des intérêts conflictuels des acteurs impliqués dans leur résolution. Ils nécessitent des approches de gouvernance collaborative. Les services sociaux et de santé se caractérisent par une forte fragmentation institutionnelle, impliquant diverses entités publiques, privées à but lucratif et non lucratif. Cet article étudie les services sanitaires et sociaux pour les personnes âgées dépendantes, en se concentrant sur les

Parole chiave: anziani, long-term care, collaborative governance

Keywords: elderly, long-term care, collaborative governance

Mots clés: seniors, long-term care, collaborative governance

services résidentiels dans la région de Toscane, pour la planification à long terme des lits dans les maisons de retraite.

*Autore corrispondente; e-mail: Davide.Vicari@santannapisa.it
Articolo ricevuto il 10/05/2024 - accettato il 6/11/2024

1. Introduzione

I problemi di salute pubblica, come la non autosufficienza degli anziani, sono globali, interdipendenti, complessi e a volte imprevedibili. Inoltre, spesso, sono coinvolti molteplici attori, talvolta con interessi contrastanti per cui possono rientrare nella definizione dei cosiddetti *wicked problem* dalla letteratura che si riferisce alla collaborative governance (Rittel e Webber 1973; Kreuter et al 2004; Head e Alford 2015). Inoltre, il settore sociosanitario, oltre a essere caratterizzato da vari stakeholder aventi attività, fini e interessi diversi, è anche caratterizzato da una struttura multi-livello. In particolare, le linee di indirizzo per la pianificazione e la programmazione dei servizi sociosanitari, sono emanate dal sistema sanitario regionale in accordo con il settore sociale della regione. È la regione che concede l'autorizzazione al funzionamento per le strutture del sistema sociale integrato e l'accreditamento delle strutture residenziali, definendo le tariffe per la parte sanitaria erogata per conto della regione e le quote sociali poi riconosciute dal livello locale comunale secondo le regole e i fondi attribuiti per questi servizi da parte dei livelli competenti. Un secondo livello è quello aziendale, rappresentato dalle aziende sanitarie locali (ASL), che erogano i servizi sanitari e sociosanitari in modo diretto, tramite le proprie strutture, o indiretto acquistando i servizi da terzi. Il livello distrettuale, rappresentato dai distretti, è il livello di governo nato con le riforme sanitarie degli anni '90 e riconosciuto dalla recente riforma di riorganizzazione del territorio e degli standard territoriali introdotti dal D.M. 77 del 2022. Tale livello si occupa di valutare i bisogni sanitari e sociali delle comunità, e l'organizzazione e l'erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. In tal modo, diventa il *trait d'union*, ovvero il luogo d'incontro fra gli indirizzi regionali e aziendali e le necessità locali anche attraverso la co-progettazione di servizi sociosanitari. Infine, l'ultimo livello di governo pubblico è rappresentato dai comuni, che svolgono un ruolo centrale, ovvero autorizzano la costruzione o l'ampliamento delle strutture sociosanitarie e residenziali, dopo la richiesta dei soggetti privati (profit e no profit), interessati ad avviare attività sul territorio, e della popolazione che necessita di servizi di assistenza sempre più intensiva per rispondere alle esigenze dei non autosufficienti.

Tale frammentazione istituzionale e di governance deve fare i conti con la gestione di un problema di salute pubblica e di welfare, di livello nazionale, ovvero la gestione della non autosufficienza degli anziani. Analizzando il contesto italiano, l'Italia è uno dei paesi con l'età media più

alta d'Europa e si stima che la popolazione italiana arriverà a contare quasi 5 milioni di anziani non autosufficienti entro il 2030 (PNRR, 2021).

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione può essere considerato un fattore positivo perché connesso al miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie, a una sempre maggiore attenzione agli stili di vita sani e all'alimentazione, e alle nuove terapie e cure sanitarie e socio-sanitarie. Tuttavia, una maggiore longevità degli individui porta, inevitabilmente, a un numero crescente di persone anziane con disabilità grave. Ad esempio, il "GDB-Dementia Forecasting Collaborators" stima che il numero di persone affette da demenza aumenterà da 57.4 milioni di casi nel mondo nel 2019 a 152.8 milioni di casi nel 2050. L'Italia passerebbe da 1.487.368 casi di demenza stimati nel 2019 a 2.316.951 casi stimati nel 2050 (Dementia Forecasting Collaborators, 2022).

Queste stime evidenziano la necessità di avviare una riflessione su come organizzare i servizi di long-term care in modo sostenibile. In un recente rapporto sulla gestione della non autosufficienza (Fosti et al, 2024), la sostenibilità del settore long-term care è a rischio non solo nella declinazione di sostenibilità economica, ovvero nel bilanciare l'entità del finanziamento pubblico in relazione ai crescenti bisogni, ma anche in termini di modelli di servizio e competenze.

Concentrandosi sull'assistenza residenziale, l'Italia presenta 21 Posti Letto in strutture residenziali per 1000 anziani, meno della metà della media OCSE, che si attesta intorno al 45 per 1000 anziani (Health at Gance, 2022). Questo dato mette in evidenza il tema della sostenibilità economica poiché se, da un lato, è ipotizzabile un aumento dei posti letto per l'assistenza residenziale, e, quindi, la costruzione di nuove residenze per arrivare almeno alla media degli altri paesi OCSE, dall'altro lato le risorse economiche non sembrano essere sufficienti, tanto che organizzazioni indipendenti e diversi studiosi parlano di sottofinanziamento della sanità (Spandonaro et al., 2023, Gimbe, 2023).

Per affrontare e gestire questi problemi, la letteratura suggerisce di utilizzare forme di collaborative governance per creare un terreno comune di dialogo in cui poter coinvolgere i vari attori del settore, tramite processi decisionali, nella risoluzione di problemi comuni (Reilly 1998; Ansell, Gash 2008; Weber, Khademian, 2008; Emerson et al., 2012; Cepiku 2016). La collaborative governance può essere definita come «*Un accordo di governo in cui una o più agenzie pubbliche coinvolgono direttamente stakeholder non statali in un processo decisionale collettivo che è formale, orientato al consenso e deliberativo e che ha lo scopo di definire o attuare politiche pubbliche o gestire programmi o beni pubblici*» (Ansell, Gash 2008: 544). Dalla letteratura emerge che è di fondamentale importanza che siano superate, durante questo tipo di collaborazione tra i soggetti, varie distinzioni, quali quella tra pubblico e privato e quella relativa ai vari livelli amministrativi, al fine di perseguire interessi pubblici comuni, che, in caso contrario, sarebbero difficilmente perseguibili (Emerson et al., 2012).

Da questo punto di vista, un ruolo cruciale nei processi di collaborative governance per la risoluzione dei potenziali conflitti tra stakeholder è quello ricoperto dal meta-governor. Difatti, «*la meta-governance non consiste nell'installazione di una modalità monolitica di governo. Piuttosto, implica la gestione della complessità e della pluralità*» (Jessop 1998: 44). Il meta-governor ha un ruolo fondamentale perché ha la capacità e la possibilità di organizzare, supervisionare, dirigere e coordinare i processi di collaborative governance (Belle e Park, 2006). Nonostante la figura del meta-governor sia considerata cruciale da un punto di vista teorico, poche sono le esperienze di successo riportate in letteratura e in particolare sulla long-term care. Spesso, il meta-governor viene identificato come un soggetto pubblico che facilita il dibattito tra gli attori non statali, anche se non formalmente riconosciuto come tale nei processi collaborativi.

Questo articolo studia come un processo di collaborative governance possa apportare importanti contributi per la risoluzione del wicked problem individuato, cioè la programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari per non autosufficienti, attraverso lo studio del caso della Regione Toscana. In particolare, l'articolo evidenzierà il processo utilizzato dal meta-governor per la risoluzione dei conflitti tra i vari stakeholder, relativi al problema della programmazione dei servizi socio-sanitari.

L'articolo è strutturato come segue: dopo un breve accenno alla collaborative governance, come letteratura di riferimento per analizzare il contesto della long-term care e del gap di letteratura al quale si ambisce a contribuire con questo caso empirico, sarà presentato il problema oggetto di trattazione dell'articolo, cioè le contrapposizioni di interesse, nel settore socio-sanitario, tra i vari stakeholder nel processo di collaborative governance nella regione Toscana. Seguiranno poi i paragrafi relativi ai metodi e ai risultati della ricerca sul campo, durata 12 mesi, che ha portato all'identificazione di un processo di dialogo fra le parti basato su dati empirici. Infine, nelle conclusioni, saranno discussi gli elementi innovativi e le implicazioni della collaborative governance nella risoluzione dei wicked problem nel settore della programmazione socio-sanitaria.

2. La collaborative governance nel settore long-term care

Per risolvere problemi complessi, globali e interdipendenti, la letteratura suggerisce un approccio di collaborative governance. Nella definizione di Ansell e Gash (2008), si declinano criteri stringenti per differenziare la governance collaborativa dalle altre forme di governance simili. Secondo i due autori, il processo è avviato da istituzioni o agenzie pubbliche e include attori non statali; i vari attori in gioco non sono semplicemente consultati dal meta-governor, ma sono direttamente impegnati nel processo di presa di decisione che viene definito come "forum"; il forum degli incontri si riunisce collettivamente ed è formalmente organizzato; il forum prende decisioni per consenso e la collaborazione concerne la gestione pubblica e le politiche pubbliche (Ansell e Gash, 2008).

Emerson et al. (2012) evidenziano che diversi fattori interagiscono e influenzano gli sforzi collaborativi (come ad esempio il contesto e la motivazione), e sottolineano che l'aspetto cruciale per l'efficacia dei processi di collaborative governance è la relazione fra gli attori.

Anche Sørensen e Torfing (2021a) parlano della governance collaborativa come un processo che riunisce attori pubblici e stakeholder privati e che è volto alla risoluzione di problemi sociali complessi in modo collettivo. Questo tipo di approccio mira a creare soluzioni comuni e risultati di governance che forniscano valore pubblico. Inoltre, gli autori aggiungono che la collaborative governance idealmente implica la condivisione di conoscenze basata sulla fiducia, l'esplorazione congiunta di problemi e soluzioni, compromessi e accordi su azioni congiunte.

Solitamente, i processi pratici di collaborative governance non sono lineari e ordinati, ma presentano una serie di sovrapposizioni e ripetizioni delle azioni degli attori coinvolti. È tuttavia possibile, distinguere alcune fasi in tale processo che in genere comportano: 1) il reclutamento del partecipante; 2) la definizione di regole di base per l'avvio dell'interazione collaborativa; 3) la definizione congiunta del problema; 4) lo sviluppo, la valutazione e la scelta di soluzioni congiunte; 5) l'implementazione di soluzioni innovative; 6) la valutazione del processo, degli output e dei risultati; 7) la rendicontazione finale (Sørensen, Torfing 2021b).

Ci sono due elementi che possono ostacolare i processi collaborativi: i) il potere di convocare i diversi stakeholder e ii) la possibilità di gestire gli squilibri di potere (Purdy 2012). Proprio da questo punto di vista, è necessario che nei processi collaborativi ci sia un meta-governor che abbia il compito di gestire la complessità e la pluralità del processo tramite la sua capacità di organizzare, supervisionare, dirigere e coordinare i processi collaborativi (Jessop 1998, Belle, Park 2006; Sørensen, Torfing 2009). La letteratura si interroga su chi può assumere il ruolo del meta-governor. In molti concordano che le istituzioni pubbliche e le cariche politiche dovrebbero farsi carico di tale ruolo (Sørensen, Torfing 2007, Jessop 2009) per diversi motivi fra cui: i) sono facilitate nel rispecchiare alcune caratteristiche come la presenza di risorse economiche, ii) possiedono la riconosciuta autorità da parte degli altri attori e iii) godono di legittimità democratica concessa dai cittadini (Sørensen, Torfing 2009). Tuttavia, è da sottolineare che la meta-governance può essere esercitata anche da più attori pubblici e privati contemporaneamente, anche se nella maggior parte dei casi sono sempre le autorità pubbliche ad autorizzare questa rete di soggetti come meta-governor (Sørensen, Torfing 2009).

Cepiku et al. (2022) hanno considerato alcune forme di co-production come processi di collaborative governance, identificando elementi che possono facilitare la riuscita della collaborazione fra istituzioni, privati e utenti dei servizi. Prendendo spunto dalle definizioni della co-production è possibile identificare quattro fasi in cui i diversi attori possono collaborare: *commissioning, design, delivery, and assessment* (Nabatchi et al., 2017).

Nonostante la figura del meta-governor sia considerata cruciale dal punto di vista teorico nei processi di collaborative governance (Jessop, 1998; Belle, Park 2006; Ansell, Gash 2008; Sørensen, Torfing 2009), poche sono le esperienze riportate in letteratura dove è riconosciuta formalmente come tale. Come sottolineano Gjaltema et al. (2020), nella loro revisione sistematica della letteratura sulla meta-governance, il meta-governor spesso non è chiaramente definito nei casi studio. Nella maggior parte dei casi è descritto come un soggetto pubblico che facilita il dibattito tra gli attori non statali, come, ad esempio, nel caso studio del progetto Cycling without Age, promosso in Danimarca per favorire la mobilità degli assistiti di alcune case di riposo (Sørensen, Torfing 2017). Inoltre, spesso, i processi di collaborative governance in cui è presente il meta-governor, mancano del processo di deliberazione collettiva e della definizione di obiettivi condivisi, come sottolinea Frankowski (2019) declinando, nel suo contributo, 4 casi di collaborative governance nel settore sanitario in Olanda. L'altro aspetto da sottolineare è come nei processi di collaborative governance, il meta-governor debba favorire il dialogo e gli interessi di tutte le parti in causa, cercando di trovare dei compromessi per evitare fuoriuscite dal tavolo di lavoro da parte di alcuni stakeholder. Questo è quanto descritto da Lelieveldt (2023) nel suo contributo relativo al processo di collaborative governance nel settore delle politiche alimentari in Olanda. Anche Agbodzakey (2021) nel suo contributo sulla collaborative governance nel sud della Florida sul tema dell'HIV/AIDS, sottolinea come la leadership esercitata nei processi di governance collaborativa, se riconosciuta dagli stakeholder, tende a ridurre i probabili effetti negativi del conflitto tra le parti interessate. Approfondendo il tema in sanità, non sono presenti studi rilevanti sulla collaborative governance applicata alla programmazione dei servizi sociosanitari, un tema che necessiterebbe di ulteriori approfondimenti.

3. Inquadramento del problema

La programmazione sociosanitaria regionale nelle diverse regioni italiane risulta frammentata e basata su vari livelli di governance. Come descritto nei paragrafi precedenti, ciò si va a sommare al problema di salute pubblica relativo all'aumento degli anziani non autosufficienti. Da questo emerge che la difficoltà maggiore è quella di programmare i servizi sociosanitari, tenendo in considerazione vari aspetti, che sono, di seguito, declinati usando le fasi della co-production. Difatti, il settore pubblico identifica i problemi e le priorità da esautorare, tenendo conto di due aspetti, ovvero la sostenibilità economica, poiché è la Regione a finanziare le quote sanitarie necessarie per gli anziani non autosufficienti in Regione Toscana, che devono essere quantificate annualmente, e gli interessi contrastanti tra le istituzioni pubbliche e gli stakeholder privati. Inoltre, il settore pubblico deve identificare i livelli di fabbi-

sogno di assistenza e cura degli anziani o soggetti non autosufficienti che devono essere gestiti in modo collaborativo. Questa attività prende il nome di *commissioning*, che indica quelle attività volte a identificare e a dare priorità ai servizi pubblici, che nella co-production sono effettuate da attori statali e cittadini o gruppi di essi che lavorano congiuntamente (Nabatchi et al 2017; Cepiku et al. 2022). Tutto ciò deve essere fatto tenendo in considerazione due aspetti, ovvero i vincoli relativi alla normativa di accreditamento per il settore sociosanitario – come per esempio il numero massimo di 80 Posti Letto per singola struttura che le strutture RSA vorrebbero aumentare per minimizzare i costi fissi – e le necessità degli anziani non autosufficienti che devono essere assistiti con cure di lungo termine di qualità. Devono, quindi, essere definiti i modelli di servizio in relazione ai diversi fabbisogni e agli altri fattori di contesto.

Da questo punto di vista, nella co-progettazione si parla della fase del *design*, che si riferisce alle attività che inglobano l'esperienza degli utenti e delle loro comunità nella pianificazione, creazione o organizzazione dei servizi pubblici (Nabatchi et al 2017; Cepiku et al. 2022).

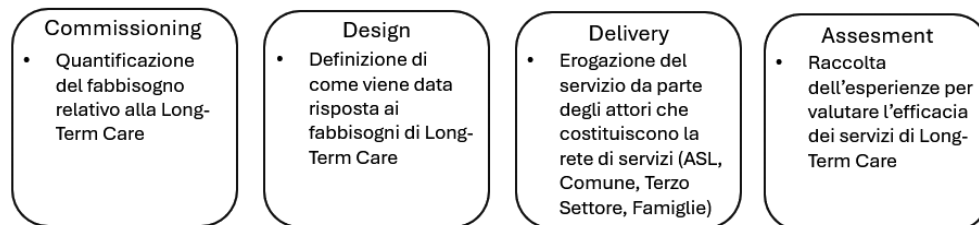
Un'ulteriore fase della co-production è quella definita *delivery* che fa riferimento alle attività svolte congiuntamente tra attori statali e non statali per fornire servizi pubblici o per migliorare la fornitura dei servizi stessi e spesso si concentra sul miglioramento della qualità e dell'efficienza (Nabatchi et al 2017; Cepiku et al., 2022). In relazione a questa fase, possiamo vedere come le famiglie spesso entrano nel processo di cura relativo al settore sociosanitario fungendo da caregiver informale e rientrando così nell'erogazione del servizio insieme alle Zone Distretto, le Società della Salute (Barretta et al. 2009), al Comune, al Terzo Settore e alle RSA che, sebbene con obiettivi diversi, partecipano contemporaneamente questa fase.

Come ultimo elemento, nella co-production si fa riferimento all'*assessment*, cioè al monitoraggio e alla valutazione dei servizi pubblici, processi adottati, in questo caso, da attori statali e non, che lavorano insieme per valutare la qualità dei servizi, i problemi e/o le aree da migliorare (Nabatchi et al 2017; Cepiku et al., 2022). Da questo punto di vista, è importante che i gruppi di ricerca, i sindacati degli anziani e il settore pubblico svolgano questo tipo di attività in prospettiva per ripensare o per migliorare i servizi erogati, raccogliendo le esperienze e altri elementi per valutare a vari livelli (Coletta et al. 2022), dall'utente finale ai soggetti intermedi, l'efficacia dei servizi di long-term care nella risoluzione di situazioni complesse (Noto et al. 2020).

In tutte queste fasi, il ruolo del meta-governor è fondamentale per evitare che si creino delle situazioni di stallo o situazioni di conflitto troppo evidenti tra le varie parti in causa.

Partendo dalle fasi della co-production, nella figura in basso sono stati inseriti esempi relativi alla collaborative governance (Figura 1).

Figura 1 – Esempi di collaborative governance nel settore socio-sanitario, seguendo le fasi della co-production



L'articolo si basa sul caso della Regione Toscana. Rispetto alle altre regioni, la Regione Toscana si caratterizza per una propensione all'integrazione sociosanitaria e sociale che ha portato nel tempo a scelte istituzionali peculiari, come le Società della Salute regolata dalla legge regionale n. 40 del 2005 integrata e modificata nel novembre 2008¹. In questo modo è stato riconosciuto il livello distrettuale come luogo di programmazione, costituito dagli enti locali della zona distretto (comuni) e dall'azienda sanitaria, facendo nascere un esempio di network pubblico (Barretta et al. 2009). Sul territorio della Toscana ci sono attualmente 16 Società della Salute che declinano gli obiettivi zionali e programmano gli interventi sociosanitari territoriali per raggiungerli, tramite i Piani Integrati di Salute, che definiscono azioni attuative, programmano soluzioni operative e attivano strumenti di controllo, monitoraggio e di valutazione. Oltre a ciò, in Regione Toscana il Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR), l'atto di indirizzo che dà una visione del sistema di salute per gli anni successivi, è ritenuto uno strumento per valorizzare la partecipazione dei cittadini e della comunità².

4. Metodi

Lo studio ha utilizzato un approccio di Action Research (Somekh 1995, Bryman 2011) per individuare gli elementi di criticità, gli interessi delle parti e le informazioni utili che potessero servire per trovare un terreno di dialogo comune per la programmazione dei servizi sociosanitari.

L'approccio utilizzato nello studio si è basato sui principi enumerati da Coughlan e Coughlan (2002), che fanno riferimento a uno studio partecipativo che si svolge in concomitanza della ricerca, durante una sequenza di eventi, con un approccio volto alla risoluzione del problema. Riassumendo, il processo Action Research si è basato sull'approccio alla ricerca che ha l'obiettivo di creare conoscenza o teoria tramite l'azione sul campo e che prevede un approccio multidisciplinare tramite l'uso di varie metodologie/strumenti qualitativi e quantitativi (Erro-Garcés, Alfaro-Tanco, 2020).

¹ Inoltre, due leggi regionali del 2014, la 44 e la 45, individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati in ogni zona distretto: il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Azienda Usl di riferimento.

² Piano Sanitario Sociale Integrato 2018-2020.

La ricerca è durata 12 mesi e ha coinvolto i rappresentanti delle strutture residenziali, i rappresentanti regionali e del livello distrettuale e locale, le associazioni che rappresentavano gli anziani, i sindacati dei pensionati e il gruppo di ricerca, che ha partecipato attivamente alle varie fasi come dettagliato nel Box 1. In particolare, il gruppo di ricerca ha svolto il ruolo di facilitatore nell'identificare le evidenze da utilizzare per alimentare la discussione e identificare i criteri per costruire un modello condiviso per la programmazione sociosanitaria a supporto del meta-governor. Il gruppo di ricerca ha raccolto evidenze qualitative, attraverso l'analisi normativa e documentale, ed evidenze quantitative, attraverso la raccolta dei flussi amministrativi e il calcolo di indicatori specifici relativi alla domanda potenziale di servizi residenziali, con proiezioni al 2030, sulla base dei livelli di servizio della regione Toscana al 2019. Per quanto riguarda l'analisi normativa e di altri documenti e rapporti di ricerca, sono stati approfonditi gli aspetti normativi³ relativi all'autorizzazione⁴ e all'accreditamento⁵ delle strutture del sistema sociale integrato toscano.

Nelle fasi successive dello studio, durato 12 mesi, sono stati svolti 8 tavoli di lavoro, che hanno visto coinvolti i partecipanti al forum collaborativo promosso dalla regione come meta-governor (per il dettaglio si veda Box 1).

Box 1 – Dettaglio dei tavoli di lavoro del processo di collaborative governance

I partecipanti al tavolo denominato "La programmazione e la governance del sistema", sono:

- un dirigente responsabile del settore "Integrazione socio-sanitaria" della Direzione Sanità, Welfare e Coesione sociale;
- un referente di Centrali Cooperative;
- un referente di Organizzazioni Sindacali dei pensionati;
- due referenti di Associazioni Imprenditoriali che lavorano nella Long-Term Care;
- tre direttori dei Servizi Sociali delle rispettive USL;
- due direttori delle Società della Salute;
- un direttore di Zona Distretto;
- un referente di ANCI;
- un referente di un Laboratorio di ricerca universitario.

3 Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (<https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2005-02-24;41>).

4 Regolamento 9 gennaio 2018, 2/R, Allegato A (www.regione.toscana.it/documenti/10180/320203/PARTE+I+n.+33+del+26.03.2021+++Allegato+A.pdf/a479534f-82f4-7d61-e073-6e21b0eca205?t=1632319161164).

5 L'accreditamento attribuisce ai soggetti pubblici e privati l'idoneità ad erogare prestazioni sociali e socio-sanitarie per conto degli enti pubblici competenti. Difatti, con le linee guida n.1/1994 del 30/03/1994 del Ministero della Sanità, viene delineata in modo quasi completo la definizione di RSA, dove si indica che la riorganizzazione dei servizi di "residenzialità extra-ospedaliera" è specifica competenza delle regioni, su indicazione delle linee guida garantite dal Ministero. In questa cornice si identifica che l'RSA è finalizzata all'assistenza sanitaria residenziale dell'anziano e non assistibile a domicilio. Le strutture vengono "collocate" nei servizi territoriali relative alle ASL. Il quadro normativo-giuridico si è arricchito, anno dopo anno, soprattutto a livello regionale. Ogni regione, infatti, seguendo le linee guida nazionali ha sviluppato un proprio sistema relativa alla cura dell'anziano. Regolamento 11 agosto 2020, n. 86/R (<https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:regolamento.giunta:2020-08-11;86/R>).

I soggetti che hanno preso parte al tavolo sono stati selezionati dal meta-governor per dare rappresentanza ai vari stakeholder che prendono parte al processo di programmazione dell'offerta residenziale e semiresidenziale.

I primi 6 incontri, che hanno visto coinvolti tutti gli attori sopracitati al fine di validare il metodo di calcolo, hanno riguardato i seguenti temi:

- 1) Individuazione del problema
- 2) Raccolta delle informazioni
- 3) Presentazione del fabbisogno del sistema sociosanitario
- 4) Presentazione dei primi dati elaborati
- 5) Metodo di calcolo
- 6) Validazione del metodo.

Gli ultimi due incontri, in cui hanno preso parte tutti i direttori delle Zone Distretto della Regione, hanno riguardato il tema della validazione del metodo e dei dati. Inoltre, sono state condivise una serie di informazioni derivanti dall'esperienze dei direttori delle Zone Distretto e, infine, c'è stata la presentazione di un'analisi relativa al flusso delle liste d'attesa in RSA zona per zona, con la conferma o meno dei numeri da parte dei direttori, identificando così le priorità regionali e zonali.

Il compito principale del tavolo di lavoro era quello di raggruppare esperienze, background e competenze diverse per l'analisi del fabbisogno sociosanitario e, in particolare, per la programmazione di una rete di servizi in grado di rispondere ai bisogni accertati e valutati delle persone non autosufficienti. Questo è stato effettuato determinando le risorse disponibili, pianificando l'offerta assistenziale appropriata e definendo un sistema di monitoraggio e di valutazione, in un'ottica di armonizzazione dei servizi e di sostenibilità finanziaria complessiva.

5. Risultati

Nel primo incontro, il forum ha dichiarato la necessità di quantificare il valore degli anziani non autosufficienti per zona-distretto e anche come stratificare il bisogno per comprendere, in particolare, la stima relativa alle persone che necessitano di assistenza sanitaria residenziale perché non assistibili a domicilio.

Nel secondo e terzo incontro, i ricercatori hanno proposto una proiezione locale partendo dai dati Istat 2022. Analizzando i dati Istat 2022, gli anziani over 65 in Regione Toscana risultano essere 955.168 a fronte di una popolazione totale di 3.676.285 persone. Basandosi sulle percentuali dello studio "Report Previsioni demografiche" (Istat, 2020) e sui criteri per distribuire i bisogni per isogravità indicati nello studio Francesconi et al. 2013, e applicati dal Friuli-Venezia Giulia nel piano regionale di supporto alla popolazione anziana fragile (allegato alla Delibera N. 1283 del 20 agosto 2021), sono stati calcolati i dati della popolazione anziana in Regione Toscana al 2030 e al 2050 divisi per classi d'età (65-74; 75-84; 85+). Inoltre, è stato stimato il nume-

ro di persone non autosufficienti per l'anno 2022 e 2030, che è risultata pari, rispettivamente, a 83.000 anziani circa e a 88.000 anziani circa. Tale stima rappresenta la domanda potenziale. In seguito, sono stati stimati il livello dei servizi di long-term care erogati e la copertura della domanda nella regione Toscana. I risultati hanno mostrato che al 2022 le persone a cui è stata data una risposta attraverso l'inserimento permanente in struttura sono pari a 9.544. Per quanto riguarda l'inserimento temporaneo in struttura, risultano 5.565 inserimenti. Confrontando la domanda potenziale del 2022 con i servizi erogati nel medesimo anno, è stata stimata la quota di persone che nel 2022 avrebbero avuto bisogno di una presa in carico con modulo residenziale permanente, che è risultata pari a 3.396. Tale quota risulta, al 2022, non coperta. Questa riflessione è stata condivisa con gli altri stakeholder nel quarto incontro. Dal confronto è emerso che questa quota è in parte stata coperta attraverso il ricorso al privato totale e in parte probabilmente è rimasta una quota non coperta per mancanza di finanziamento pubblico. È stato, quindi, richiesto dagli stakeholder come riportare a livello locale queste stime per comprendere se e quanto aumentare l'offerta dei servizi residenziali.

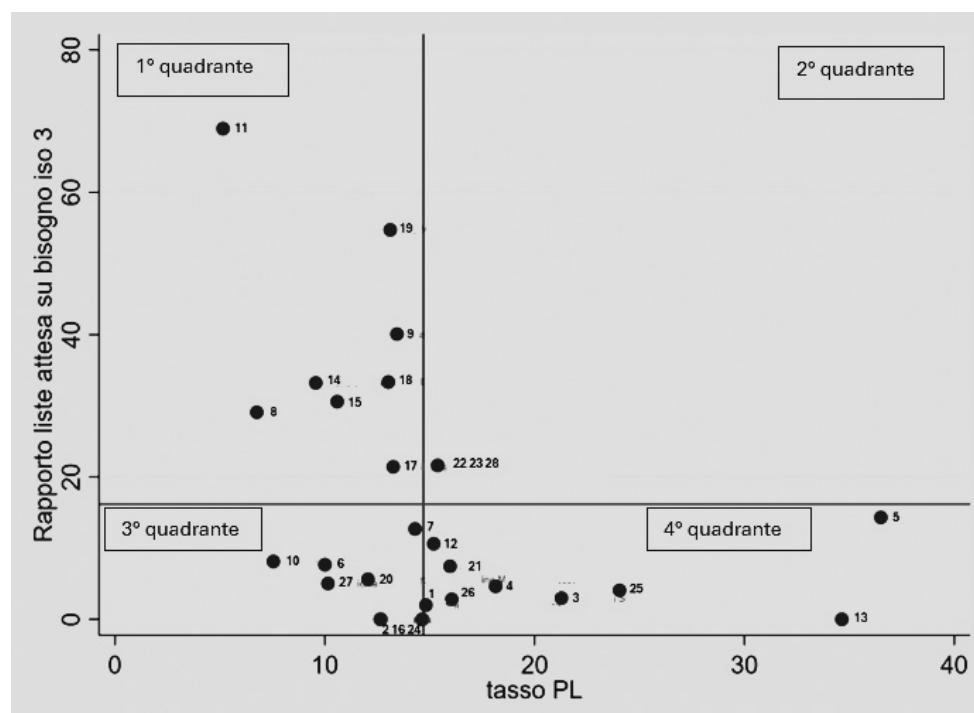
Nel quinto e sesto incontro è stato proposto, in riferimento al valore della media nazionale dei posti letto che è pari a 17,9 per 1.000 anziani, un aumento di posti letto tale da far raggiungere nella regione la soglia dei 17.210 posti letto. Questa cifra sembrerebbe essere sufficiente a raggiungere la media nazionale. Con l'incremento dei posti letto previsti, infatti, il tasso regionale arriverebbe a 18,02 posti letto per 1.000 anziani.

Per garantire una copertura di residenzialità omogenea fra i territori della Toscana, senza modificare l'offerta già presente (ovvero senza ridurre il numero di posti letto nel caso in cui il tasso di posti letto delle varie zone distretto fosse superiore allo standard nazionale), sarebbero necessari circa 2.100 Posti Letto in più.

Per identificare le priorità di intervento, è stato proposto un confronto tra le liste d'attesa degli anziani non autosufficienti e i tassi dei posti letto per 1000 abitanti delle 28 zone distretto, al fine di individuare le zone che necessitano prioritariamente di un intervento dal punto di vista sociosanitario, da soddisfare con nuovi posti letto o con altre forme alternative di servizio di long-term care (Figura 2). Analizzando il grafico presente in Figura 2, dove ogni zona viene rappresentata con un numero, nel primo quadrante, sono rappresentate le zone che necessitano di un prioritario intervento di programmazione sociosanitaria, poiché hanno un elevato numero di persone in lista d'attesa e un basso numero di Posti Letto residenziali. Nel secondo quadrante troviamo le zone con un alto tasso di risposta al bisogno tramite il servizio residenziale, incrociato a delle liste di attesa elevate, da cui si evince una mancanza di servizi alternativi. Nel terzo quadrante troviamo le zone con un potenziale vuoto di offerta residenziale, ma anche un basso bisogno. Nel quarto qua-

drante troviamo le zone distretto che hanno un alto numero di posti letto residenziali e un basso numero di persone in lista d'attesa.

Figura 2 – Grafico contenente le 28 zone distretto della regione Toscana. Sull'asse delle X troviamo il tasso di Posti Letto (x100 anziani) per zona distretto. Sull'asse delle Y troviamo il rapporto tra le liste di attesa e l'isogravità superiore a 3 degli anziani



Sulla base del confronto con i direttori delle zone distretto, nell'analisi è stata aggiunta una tabella che sintetizza i livelli di servizio della singola zona per i servizi relativi alla long-term care, fornendo così una lettura di insieme dei diversi servizi sociosanitari per ogni territorio (Tabella 1). Dalla tabella si evince che non è possibile fare riferimento a un unico servizio quando si parla del settore sociosanitario, poiché la presa in carico dell'anziano può essere effettuata in molteplici modi e, soprattutto, deve tenere di conto di una forma integrata di presa in carico rispetto ai vari servizi, sia sanitari che sociali. Difatti, possiamo distinguere quelle zone che forniscono un'elevata copertura dei bisogni di long-term care tramite l'assistenza residenziale, che si evince dal fatto che presentano un tasso di anziani in RSA molto elevato. Altre zone invece, presentano un tasso di anziani con almeno un accesso domiciliare significativamente elevato e questo evidenzia che forniscono in misura maggiore servizi di tipo domiciliare. Altre zone, invece, pur avendo delle lacune nei servizi di tipo residenziale, forniscono una risposta ai bisogni degli anziani tramite il servizio dei centri diurni. Come ultimo aspetto da evidenziare, alcune zone hanno tassi più alti della media in tutte le tipologie di servizi offerti agli anziani, e, quindi, garantiscono un mix di servizi sanitari e sociali. Al contrario, altre zone presentano dei tassi che si attestano al

di sotto della media per ogni tipologia di servizi. Queste sono le zone in cui l'intervento dovrà essere prioritario.

Tabella 1 – Per ogni zona distretto, numerata da 1 a 28, viene riportato il tasso di anziani in RSA (x1000); gli anziani in RSA con percorso temporaneo; il tasso di anziani in centri diurni; il tasso di anziani con almeno un accesso domiciliare; e il quadrante corrispettivo ad ogni zona distretto che si trova nella Figura 1

Zona distretto	Tasso di anziani presenti in RSA (*1000)	Di cui con percorso temporaneo	Tasso anziani in Centri Diurni	Tasso di anziani con almeno un accesso domiciliare	Quadrante	Nota
1	12,06	4,83	3,02	10,20	4	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
2	13,52	3,28	2,21	10,06	2	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
3	18,85	6,15	2,51	9,17	4	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
4	18,77	7,67	2,05	13,25	4	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
5	32,78	10,16	2,04	13,07	4	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
6	13,34	10,36	4,54	14,78	3	Copertura dei servizi LTC orientata verso Centri Diurni
7	9,38	3,92	1,72	15,62	3	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
8	9,77	8,70	5,12	13,18	1	Copertura dei servizi LTC orientata verso Centri Diurni
9	14,49	2,13	3,86	10,90	1	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
10	7,12	0,92	1,96	12,60	3	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
11	6,63	0,74	3,44	9,04	1	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
12	11,72	4,17	0,63	13,45	4	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
13	19,77	8,52	2,74	17,23	4	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
14	9,40	3,87	1,90	6,12	1	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
15	11,54	2,09	0,29	9,22	1	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
16	19,65	15,74	0,26	9,82	2	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
17	10,14	3,17	2,86	6,51	1	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
18	22,00	12,13	1,93	7,34	1	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
19	14,89	3,61	4,99	15,64	1	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
20	15,28	2,51	1,49	17,88	3	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza domiciliare
21	13,65	1,77	1,05	20,50	4	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza domiciliare
22	16,44	10,48	3,16	10,30	2	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
23	16,60	7,98	1,26	27,45	2	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza domiciliare
24	13,75	3,96		13,60	3	Servizi LTC complessivamente sotto la media regionale
25	28,03	11,70	4,01	16,05	3	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza residenziale
26	15,88	6,92	1,28	18,11	4	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
27	14,58	6,11	2,37	16,66	3	Copertura LTC complessivamente sopra la media regionale
28	15,18	5,53	5,41	27,12	2	Copertura dei servizi LTC orientata all'assistenza domiciliare

Negli ultimi due incontri con le zone distretto volti a validare il metodo di analisi, sono state confrontate le stime a livello locale del 2022 con i dati provenienti dalle varie zone distretto e con la conoscenza del contesto da parte dei direttori di zona distretto.

La governance dei servizi sociosanitari, in Italia, è altamente complessa poiché, come descritto, si configurano una serie di *wicked problem* (Head, Alford 2015) strettamente connessi tra di loro e perché comprende numerosi soggetti, pubblici e non, che sviluppano la propria attività in modo indipendente, ma che devono altresì interagire, relazionarsi e cooperare al fine di risolvere i problemi comuni relativi all'invecchiamento della popolazione anziana non autosufficiente e alla fornitura di servizi accessibili e sostenibili. Per fare ciò, sono stati svolti numerosi tavoli con i principali stakeholder pubblici (Regione Toscana, Zone Distretto, Unità Sanitarie Locali) e privati for profit (RSA) e non (sindacati, associazioni, gruppi di ricerca).

Analizzando in un'ottica di collaborative governance, è possibile tracciare alcune riflessioni. Innanzitutto possiamo affermare che ogni soggetto inizialmente mira al proprio obiettivo, tentando di trovare un modo per collegarlo con gli obiettivi degli altri. Ad esempio, il trade-off maggiormente riscontrato ed emerso durante i tavoli di lavoro è relativo alla costruzione di nuove strutture residenziali, che da un lato permetterebbe di dare risposta ai bisogni degli anziani relativi ad un aumento dei posti letto, ma dall'altro lato rischierebbe di rendere insostenibile l'offerta di servizi da finanziare da parte del pubblico attraverso le rette. Andando avanti con il processo collaborativo, però, grazie al ruolo del meta-governor, i conflitti e le prese di posizione dei vari soggetti sono state smussate, cercando di arrivare ad un risultato comune, giustificato dalle evidenze ottenute dai metodi di calcolo del gruppo di ricerca. Difatti, spesso è stato sottolineato dal meta-governor che i problemi relativi al settore socio-sanitario sono problemi che riguardano tutti gli attori in campo e che è necessario mettere da parte i vari obiettivi personali, al fine di avere uno sguardo più ampio. Per esempio, il meta-governor ha sottolineato che se le Regioni non riuscissero a finanziare le quote relative ai troppi posti letto, le strutture socio-sanitarie, con molta probabilità, non sarebbero in grado di trovare un equilibrio di bilancio poiché il cittadino in modo autonomo riuscirebbe a coprire l'intera quota. Da questo punto di vista, potrebbero essere aggiunti Posti Letto, e potrebbero essere costruite nuove RSA, ma il tutto deve essere fatto seguendo una logica approfondita e partecipata, relativa alla programmazione e allo studio del territorio.

Dirimente nel superare i limiti e i conflitti tra le varie posizioni è stata la possibilità per gli stakeholder di contribuire a sviluppare il metodo di calcolo e di far presente le proprie istanze.

6. Conclusioni

Lo studio presenta i risultati relativi all'analisi della collaborative governance applicata alla programmazione dei servizi socio-sanitari, focalizzandosi sul ruolo del meta-governor. In particolare, il lavoro presentato evidenzia l'importanza di una visione integrata per risolvere i problemi complessi, attraverso il coinvolgimento di soggetti sia pubblici che privati in processi collaborativi. Difatti, nella programmazione dei servizi socio-sanitari è importante la presenza di un meta-governor che orienti i diversi interessi degli stakeholder verso il fine ultimo e che non crei squilibri di potere tra i vari soggetti. Sicuramente è da considerare, nei processi di collaborative governance, la difficoltà nel trovare un terreno fertile di dialogo tra le parti in causa, che spesso hanno interessi contrastanti e background diversi. Inoltre, processi partecipativi di questo tipo sono costosi dal punto di vista delle risorse materiali e di tempo. Difatti, il meta-governor ha sostenuto costi elevati organizzativi per tutta la durata del progetto.

L'esempio delle analisi sul fabbisogno territoriale di posti letto e delle quote sanitarie e socio-sanitarie, svolto dal gruppo di ricerca, ha fornito

un punto di partenza per la programmazione dei servizi per la non autosufficienza. Dai metodi di calcolo è emerso è necessario adottare un mix integrato di servizi nel settore sociosanitario, combinando così le cure residenziali e quelle domiciliari, con una rotazione dei Posti Letto in modo temporaneo, e con i centri diurni.

Lo studio presentato risulta importante per la letteratura sulla collaborative governance perché fornisce un approfondimento sulle modalità con cui il meta-governor può orientare e organizzare il processo collaborativo in modo ottimale per riuscire con successo a evitare e limitare i conflitti tra le parti. Da questo punto di vista risulta di fondamentale importanza, focalizzarsi sulla comprensione delle modalità di partecipazione del meta-governor, piuttosto che sulla semplice presenza di esso nei processi collaborativi (Gjaltema et al., 2020).

In particolare, lo studio ha evidenziato l'importanza di costruire assieme ai vari attori la metodologia relativa alla programmazione dei servizi sociosanitari da seguire, favorendo di volta in volta la discussione attorno ad essa per far sì che i risultati siano accettati da tutte le parti in causa. Il ricorso alle evidenze empiriche da parte del meta-governor è risultato fondamentale per individuare un terreno comune di dialogo, perché ha permesso di identificare i criteri da utilizzare per la quantificazione dei fabbisogni da soddisfare e, quindi, per dettare linee di indirizzo condivise da adottare in presenza di interessi contrastanti (come ad esempio evitare la costruzione di nuove strutture in territori in cui il tasso di posti letto è già elevato).

Lo studio presenta alcuni limiti. Il principale limite è relativo al fatto che è basato su un'unica regione, pertanto per poter generalizzare la modalità con cui il meta-governor ha guidato il processo è necessario ripetere questo esperimento anche in altre realtà. Questo permetterebbe di validare sia le modalità con cui il meta-governor ha condotto il processo (numero di incontri, partecipanti e contenuti dei vari incontri), sia di validare il metodo di calcolo che ha portato alla quantificazione del fabbisogno. Un altro limite dello studio è la mancanza di interviste qualitative. I ricercatori hanno annotato i comportamenti dei partecipanti e registrato i feedback informali ricevuti dai vari attori, ma non hanno condotto interviste per comprendere in profondità le loro reazioni. Gli autori ritengono che questa ulteriore tecnica di ricerca potrebbe essere inserita negli studi su questo tema per indagare se e quanto i vari attori abbiano effettivamente applicato nella pratica gli indirizzi condivisi con il meta-governor, e per capire il loro punto di vista su questo tipo di processo e sui risultati raggiunti.

Infine, dall'analisi di questo caso emergono numerose questioni da risolvere su aspetti specifici relativi alla long-term care e, in generale, sul ruolo del meta-governor nell'intero processo legato ai servizi di long-term care. In particolare, nel dibattito nazionale e internazionale sulla long-term care sono presenti questioni aperte relative alla sostenibilità

finanziaria dell'offerta residenziale per la non autosufficienza (Pesaresi 2016), anche in relazione all'aumento degli anziani non autosufficienti nei prossimi anni (Fosti et al., 2022) e ai potenziali servizi alternativi che il meta-governor dovrà proporre, come il co-housing o metodi di residenzialità alternativa. Questi aspetti sono interessanti da analizzare non solo da un punto di vista macroeconomico, ma anche in termini di gestione della collaborative governance. Livelli diversi di finanziamento portano a modelli diversi di servizio, rendendo il ciclo commissioning-design-delivery-assessment, relativo alla co-production, circolare con interazioni fra le varie fasi. Lo studio si è concentrato principalmente sulla fase del commissioning, ma già negli incontri finali, aggiungendo gli elementi relativi ai livelli di servizio complementari e potenzialmente sostitutivi della long-term care, è emerso che il commissioning è strettamente correlato al design e che il ruolo del meta-governor potrebbe cambiare nelle altre fasi. Più in generale, i risultati dello studio stimolano l'analisi trasversale di quale potrebbe essere il ruolo del meta-governor nelle varie fasi della long-term care, che potrebbe essere approfondito in future ricerche.

Bibliografia

- AGBODZAKEY J.K. (2020), "Leadership in Collaborative Governance: The Case of HIV/AIDS Health Services Planning Council in South Florida", *International Journal of Public Administration*; doi: 10.1080/01900692.2020.1759627.
- ANSELL C., GASH A. (2008), "Collaborative governance in theory and practice", *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543-571; <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>.
- BARRETTA A.D., GEPPONI A., MONFARDINI P., RUGGIERO P. (2009), "La programmazione integrata in ambito sociosanitario: un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana", *Mecosan Management ed Economia Sanitaria*, 71: pp. 99-106.
- BELL S., PARK A. (2006), "The Problematic Metagovernance of Networks: Water Reform in New South Wales", *Journal of Public Policy*, 26(1), 63-83; <http://www.jstor.org/stable/4007811>
- BRYMAN A., BELL E. (2011), *Business Research Methods*, 3rd Edition, Oxford University Press, Oxford.
- CEPIKU D. (2016), "Collaborative governance", in *Handbook of Global Public Policy and Administration*, Klassen T. R., Cepiku D., Lah T. J. (eds.), Routledge.
- CEPIKU D., MARSILIO M., SICILIA M., VAINIERI M. (2022), A comprehensive framework for the activation, management, and evaluation of Co-production in the public sector, *Journal of Cleaner Production*, 380(2); doi: 10.1016/j.jclepro.2022.135056.
- COUGHLAN P., COUGHLAN D. (2002), "Action research for operations man-

- agement", *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), 220-240, doi:10.1108/01443570210417515.
- EMERSON K., NABATCHI T., BALOGH S. (2012), An integrative framework for collaborative governance, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29, <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>.
- ERRO-GARCÉS, A., ALFARO-TANCO J. A. (2020), "Action Research as a Meta-Methodology in the Management Field", *International Journal of Qualitative Methods*, 19. <https://doi.org/10.1177/1609406920917489>.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E., PEROBELLI E. (a cura di) (2022), "Il presente e il futuro del settore Long-Term Care: cantieri aperti", 4° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care, Egea.
- FOSTI G., NOTARNICOLA E., PEROBELLI E. (a cura di) (2024), La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. 6° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea.
- FRANCESCONI P., PROFILI F., RAZZANELLI M., CIPRIANI F. (2013). "Bisogno socio-sanitario degli anziani in Toscana': un esempio di epidemiologia integrata in un ciclo di programmazione regionale", *Epidemiologia & Prevenzione*, <https://epiprev.it/1770>.
- FRANKOWSKI A. (2019). "Collaborative governance as a policy strategy in healthcare", *Journal of Health Organization and Management*.
- GBD 2019 (2022) "Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *Lancet Public Health*, Feb.; 7(2): e105-e125, doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.
- GIMBE, 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, 10 ottobre 2023. Disponibile presso: www.salviamo-ssn.it/6-rapporto.
- GJALTEMA J., BIESBROEK R, TERMEER K. (2020), "From government to governance... to meta-governance: a systematic literature review", *Public Management Review*, 22:12, 1760-1780, doi: 10.1080/14719037.2019.1648697.
- HEAD B. W., ALFORD J. (2015), "Wicked problems: Implications for public policy and management", *Administration & Society*, 47(6), 711-739. <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>.
- JESSOP B. (1998), "The Rise of Governance and the Risks of Failure: The Case of Economic Development", *International Social Science Journal*, issue 155.
- KREUTER M.W., DE ROSA C., HOWZE E.H., BALDWIN G.T. (2004), "Understanding wicked problems: a key to advancing environmental health promotion", *Health Education & Behavior*; doi: 10.1177/1090198104265597; PMID: 15296628.
- LELIEVELDT H. (2023), "Food industry influence in collaborative governance: The case of the Dutch prevention agreement on overweight", *Food Policy*, Elsevier, vol. 114(C).

- NABATCHI T., SICILIA M., SANCINO A. (2017), "Varieties of Participation in Public Services: The Who, When, and What of Coproduction", *Public Administration Review*, 77(5), 766-776; <http://www.jstor.org/stable/26648487>.
- NOTO G., COLETTA L., VAINIERI M. (2020), "Measuring the performance of collaborative governance in food safety management: an Italian case study", *Public Money & Management*, DOI: 10.1080/09540962.2020.1840043.
- OECD/EUROPEAN UNION (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
- PESARESI F. (2016). *Quanto costa l'RSA*, Santarcangelo (RN), Maggioli Editore.
- PNRR (2021), *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Roma.
- PURDY J. M. (2012), "Power in Collaborative Governance", *Public Administration Review*, 72(3), 409-417; <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02525.x>.
- REILLY T. (1998), "Communities in Conflict: Resolving Differences Through Collaborative Efforts in Environmental Planning and Human Service Delivery", *The Journal of Sociology & Social Welfare*, vol. 25:3, article 8; doi: <https://doi.org/10.15453/0191-5096.2510>.
- RITTEL H.W.J., WEBBER M.M. (1973), "Dilemmas in a general theory of planning", *Policy Sci* 4, 155-169, <https://doi.org/10.1007/BF01405730>.
- SOMEKH B. (1995), "The Contribution of Action Research to Development in Social Endeavours: a position paper on action research methodology", *British Educational Research Journal*, 21:3, 339-355, DOI: 10.1080/0141192950210307.
- SØRENSEN E. (2006), "Metagovernance: The Changing Role of Politicians in Processes of Democratic Governance", *The American Review of Public Administration*, 36(1), 98-114; <https://doi.org/10.1177/0275074005282584>.
- SØRENSEN E., TORFING J. (2009), "Making Governance Networks Effective and Democratic through Metagovernance." *Public Administration* 87 (2): 234-258. doi: 10.1111/j.1467-9299.2009.01753.x.
- SØRENSEN E., TORFING J. (2017), *Metagoverning Collaborative Innovation in Governance Networks*. *American Review of Public Administration*, 47(7), 826-839. <https://doi.org/10.1177/0275074016643181>.
- SØRENSEN E., TORFING J. (2021a), "Accountable Government through Collaborative Governance?", *Administrative Sciences* 11: 127. <https://doi.org/10.3390/admsci11040127>.
- SØRENSEN E., TORFING J. (2021b), "Radical and disruptive answers to downstream problems in collaborative governance?", *Public Management Review*, DOI: 10.1080/14719037.2021.1879914.
- SPANDONARO F., D'ANGELA D., POLISTENA B. (2023), *Il futuro (incerto) del SSN*,

fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione, 19° rapporto sanità, CREA Sanità.

WEBER E.P., KHADEMIAN A.M. (2008), Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in *Network Settings*. *Public Administration Review*, 68: 334-349. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00866>.