

POLITECNICO DI TORINO

**Corso di Laurea Magistrale
Ingegneria Gestionale**

Tesi di Laurea Magistrale

**Public–Private Partnership applicate alla logistica sanitaria:
un'analisi empirica di vantaggi, svantaggi e fattori critici di successo**



Relatore

Prof. Anna Corinna Cagliano

Candidato

Alberto Marchini

Correlatore

Ing. Simone Preziosa

Sommario

Introduzione	1
PARTE 1: Analisi della letteratura dei PPP con focus sul settore sanitario.....	3
CAPITOLO 1: Public-Private Partnership: definizione e inquadramento teorico	3
1.1 Origini e sviluppo del concetto di PPP.....	4
1.2 Definizioni e caratteristiche strutturali	4
1.3 Tipologie di PPP.....	7
CAPITOLO 2: PPP nel settore sanitario	10
2.1 Specificità del settore sanitario	10
2.2 Ambiti di applicazione del PPP	12
Infrastrutture sanitarie	12
Servizi sanitari.....	13
Ricerca e sviluppo (R&S)	14
Sanità digitale e tecnologie informatiche	14
2.3 Il PPP nella logistica sanitaria	15
2.4 Tipologie di PPP più utilizzate in sanità.....	18
2.5 Diffusione nazionale ed internazionale	20
CAPITOLO 3: Analisi vantaggi e svantaggi del PPP	22
3.1 Metodologia di analisi della letteratura	22
Strategia di ricerca bibliografica	22
Processo di screening e criteri di selezione	24
Espansione della ricerca e criterio di saturazione	24
Analisi dei contributi e schema di codifica	24
3.2 Vantaggi dei PPP nel settore sanitario	26
Risparmio di costi operativi	27
Miglioramento della qualità dei servizi sanitari	28
Aumento della copertura sanitaria e dell'accesso ai servizi	28
Condivisione del rischio.....	29
Miglior coordinamento nell'offerta dei servizi clinici e logistici.....	29
Attrazione di investimenti privati.....	30
Condivisione di risorse e competenze.....	30
Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture	30
3.3 Criticità e svantaggi dei Public-Private Partnership nel settore sanitario.....	31
Criticità legate al contratto	31
Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattamento	32
Mancanza di trasparenza	33

Ritardi nei progetti	34
Rischio di comportamenti opportunistici	34
Divergenze tra le parti in termini di obiettivi	35
Difficoltà di misurare impatti di lungo termine.....	36
3.4 Sintesi critica dei risultati della review e implicazioni per la ricerca empirica	36
PARTE 2: Analisi empirica basata su interviste semi-strutturate	40
CAPITOLO 4: Definizione del protocollo per condurre interviste	41
4.1 Ricerca bibliografica	41
4.2 Selezione dei soggetti da intervistare	43
4.3 Preparazione dell'intervista.....	44
4.4 Conduzione dell'intervista	45
4.5 Trascrizione delle risposte.....	45
4.6 Analisi e codifica delle risposte.....	46
4.7 Aspetti etici.....	49
4.8 Reporting.....	49
CAPITOLO 5: Progettazione della traccia dell'intervista.....	51
5.1 Descrizione della traccia	51
5.2 Pre-test della traccia d'intervista.....	53
CAPITOLO 6: Metodologia di analisi dei dati qualitativi	56
6.1 Modalità di conduzione e raccolta dei dati.....	56
6.2 Procedura di trascrizione.....	59
6.3 Codifica dei dati	60
6.4 Identificazione delle categorie analitiche	62
6.5 Validità, affidabilità e triangolazione	64
CAPITOLO 7: Risultati delle interviste.....	66
7.1 Analisi delle interviste lato privato.....	66
Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica come nucleo centrale di valore	68
Efficienza operativa, razionalizzazione dei costi e flessibilità del modello	69
Informazioni preliminari e competenze come condizioni abilitanti della progettazione	70
Condivisione del rischio e costruzione di un rapporto paritetico tra i partner	70
Complessità contrattuale e rischio di lock-in	71
Barriere culturali e ostacoli alla diffusione del PPP	72
7.2 Analisi interpretativa delle interviste lato pubblico.....	72
Investimenti e innovazione nei sistemi logistici sanitari.....	73
Integrazione dei processi logistici: il collegamento tra macro-logistica e micro-logistica	74
Velocità di implementazione come fattore critico di successo.....	74

Progettazione ex ante e gestione contrattuale delle partnership	75
Informazioni preliminari e competenze come condizioni abilitanti del modello	76
Barriere culturali e conoscitive allo sviluppo del PPP	76
7.3 Confronto tra prospettiva pubblica e privata	77
Confronto della struttura di codifica	77
Elementi di convergenza tra prospettiva pubblica e privata.....	78
Elementi di divergenza tra prospettiva pubblica e privata	81
CAPITOLO 8: Discussione e considerazioni finali	84
8.1 Confronto tra risultati empirici e letteratura.....	85
Efficienza operativa e capacità di investimento delle PPP	85
Condivisione delle competenze e complementarità tra partner.....	86
Complessità contrattuale	87
Diffusione limitata dei PPP nella logistica sanitaria	88
Trasparenza e relazione tra partner.....	88
Governance delle partnership e stabilità istituzionale	89
Integrazione tra macrologistica e micrologistica nei sistemi sanitari.....	91
Revamping tecnologico e adattamento delle partnership nel lungo periodo.....	92
Disponibilità dei dati e competenze	94
8.2 Interpretazione dei risultati.....	95
8.3 Implicazioni accademiche e manageriali	97
Implicazioni accademiche	97
Implicazioni manageriali.....	98
8.4 Limiti dello studio e spunti per future ricerche	99
Bibliografia	102
Appendice	108
Appendice A – Database della Analisi della Letteratura	108
Appendice B – Tabella Analisi Vantaggi.....	114
Appendice C – Tabella Analisi Svantaggi	120
Appendice D – Versione Pretest della Traccia d’Intervista	125
Appendice E – Versione Finale della Traccia d’Intervista	129
Appendice F – Codici di primo livello con relativa spiegazione	131
Appendice G – Risultati Analisi delle Interviste dei Privati.....	134
Appendice H – Risultati Analisi delle Interviste dei Pubblici.....	137

Introduzione

Il Public–Private Partnership (PPP) rappresenta oggi uno dei principali strumenti attraverso cui il settore pubblico e quello privato collaborano per realizzare progetti di interesse collettivo. L'utilizzo dei PPP si è esteso nel tempo a numerosi ambiti: dalle infrastrutture di trasporto ai servizi pubblici locali, fino ai settori più recenti legati alla digitalizzazione e all'innovazione tecnologica. Questa diffusione riflette la crescente necessità, da parte delle amministrazioni pubbliche, di adottare modelli collaborativi capaci di sostenere investimenti complessi che permettano di introdurre soluzioni innovative.

Negli ultimi due decenni, i PPP hanno assunto un ruolo centrale anche nella trasformazione dei sistemi sanitari. La crescente complessità dei bisogni assistenziali, l'evoluzione tecnologica e la pressione demografica hanno reso sempre più evidente la necessità di modelli collaborativi capaci di superare i limiti delle tradizionali modalità di erogazione e gestione dei servizi pubblici. La letteratura sottolinea come i PPP siano stati adottati inizialmente in ambito infrastrutturale come ospedali, centri diagnostici, impianti energetici e servizi di manutenzione, per poi estendersi progressivamente ad altri settori quali la sanità digitale, la gestione dei dati clinici, la telemedicina, i dispositivi biomedicali e la logistica sanitaria. In particolare, in tale contesto le partnership pubblico–private vengono progressivamente utilizzate per la progettazione, realizzazione e gestione di piattaforme logistiche centralizzate, sistemi di distribuzione dei materiali sanitari e infrastrutture tecnologiche per la gestione dei flussi informativi. L'obiettivo principale di tali modelli è quello di migliorare l'efficienza dei processi di approvvigionamento, stoccaggio e distribuzione dei beni sanitari, garantendo al tempo stesso elevati livelli di tracciabilità, sicurezza e continuità operativa. In questo scenario, il PPP è emerso come una forma di cooperazione strutturata che consente di combinare competenze, risorse e capacità operative del settore pubblico con efficienza, flessibilità e know-how del settore privato. Il ricorso al PPP riflette un cambiamento più profondo: la transizione verso modelli sanitari orientati all'integrazione, alla sostenibilità economica e alla collaborazione multi-attore.

Il PPP in ambito sanitario rappresenta un fenomeno complesso e multidimensionale che, pur configurandosi in Italia come uno strumento di crescente interesse per le politiche sanitarie regionali e nazionali, presenta ancora rilevanti lacune conoscitive riguardo alla reale percezione degli attori coinvolti, alla qualità delle collaborazioni tra settore pubblico e privato e alle condizioni necessarie per garantire risultati sostenibili nel lungo periodo. L'obiettivo della presente tesi è analizzare il ruolo delle partnership pubblico–private (PPP)

nel contesto della logistica sanitaria. In particolare, si intende esaminare come questo modello di collaborazione sia trattato nella letteratura scientifica, individuandone i principali vantaggi, limiti, fattori critici di successo e barriere alla diffusione. A tal fine, la ricerca combina una revisione sistematica della letteratura con uno studio empirico basato su interviste semi-strutturate rivolte a professionisti del settore pubblico e privato coinvolti in iniziative di PPP. Il lavoro mette quindi a confronto le evidenze teoriche con le esperienze operative, offrendo una lettura integrata e critica del fenomeno, mettendone in luce le principali implicazioni pratiche e le possibili direzioni di ricerca futura.

La tesi è organizzata in due parti principali.

La prima parte offre una panoramica teorica e una revisione sistematica della letteratura.

- Il *Capitolo 1* introduce il concetto di PPP, ne ripercorre l'evoluzione storica e presenta le principali definizioni, tipologie e caratteristiche strutturali.
- Il *Capitolo 2* approfondisce il ruolo dei PPP nel settore sanitario, descrivendo le specificità del contesto, gli ambiti di applicazione e la loro diffusione a livello nazionale e internazionale.
- Il *Capitolo 3* analizza in modo dettagliato i vantaggi e gli svantaggi identificati nella letteratura, illustrando la metodologia adottata, discutendo criticamente i risultati e individuando eventuali gap conoscitivi.

La Seconda Parte è dedicata allo studio empirico.

- Il *Capitolo 4* definisce il protocollo metodologico per la conduzione delle interviste: selezione dei partecipanti, preparazione della traccia, aspetti etici e procedure di trascrizione e analisi.
- Il *Capitolo 5* descrive la costruzione e il pre-test della traccia di intervista.
- Il *Capitolo 6* illustra la metodologia di analisi qualitativa utilizzata: raccolta dei dati, processo di codifica e categorizzazione, validità e triangolazione.
- Il *Capitolo 7* presenta i risultati delle interviste, evidenziando le diverse prospettive degli attori pubblici e privati.
- Il *Capitolo 8* integra i risultati empirici e teorici, offrendo una discussione complessiva, implicazioni accademiche e manageriali, limiti dello studio e direzioni future di ricerca.

PARTE 1: Analisi della letteratura dei PPP con focus sul settore sanitario

La prima parte della tesi è dedicata a un'analisi sistematica della letteratura relativa ai partenariati pubblico-privati (PPP), con un focus sull'ambito sanitario. L'obiettivo è delineare il quadro concettuale e operativo entro cui si inserisce il PPP, approfondendo sia le sue origini teoriche e normative, sia le sue caratteristiche strutturali e le principali tipologie contrattuali. Dopo una prima discussione generale del modello, l'attenzione si concentra sulle sue applicazioni nel settore sanitario, evidenziandone le specificità, i vantaggi e le criticità.

Questa sezione permette di comprendere perché il PPP sia stato progressivamente adottato in sanità come strumento alternativo e complementare alle modalità tradizionali di finanziamento e gestione pubblica. In questo percorso, l'evoluzione del PPP viene letta alla luce delle sfide che caratterizzano i sistemi sanitari contemporanei, mettendo in risalto le potenzialità di questo strumento come leva per l'innovazione, la sostenibilità e la modernizzazione dell'offerta di servizi pubblici. L'analisi offre così la base teorica su cui si fonda il successivo approfondimento sperimentale.

CAPITOLO 1: Public-Private Partnership: definizione e inquadramento teorico

Questa fase di inquadramento ha avuto un ruolo preliminare e non centrale nel disegno della review. La scelta di attribuire un peso contenuto a questa fase è stata giustificata dal fatto che i principali concetti teorici erano già stati affrontati nel percorso universitario, costituendo quindi conoscenze di base già acquisite. Questa fase di inquadramento ha avuto un ruolo preliminare e non centrale nel disegno della review. La scelta di attribuire un peso contenuto a questa fase è stata giustificata dal fatto che i principali concetti teorici erano già stati affrontati nel percorso universitario, costituendo quindi conoscenze di base già acquisite.

1.1 Origini e sviluppo del concetto di PPP

Il concetto di Public-Private Partnership (PPP), nella sua accezione contemporanea, si sviluppa a partire dagli anni Novanta come risposta a trasformazioni strutturali nei sistemi di governance pubblica e nei modelli di finanziamento delle infrastrutture e dei servizi di interesse collettivo. Sebbene forme di collaborazione tra autorità pubbliche e soggetti privati siano rintracciabili storicamente in istituti quali le concessioni di opere pubbliche, è solo a partire dalla fine del XX secolo che il PPP viene formalizzato come strumento autonomo di policy, dotato di una propria identità concettuale e di quadri normativi dedicati (Hodge & Greve, 2005). Un momento chiave nello sviluppo del PPP moderno è rappresentato dall'esperienza del Regno Unito, con l'introduzione nel 1992 della Private Finance Initiative (PFI). Attraverso la PFI, il governo britannico ha promosso su larga scala il coinvolgimento del settore privato nella progettazione, realizzazione, finanziamento e gestione di infrastrutture pubbliche, in cambio di pagamenti pubblici distribuiti lungo l'intero ciclo di vita del progetto.

La diffusione del PPP è fortemente collegata al contesto politico-economico degli anni Ottanta e Novanta, distinto da crescenti vincoli di bilancio pubblico e dall'aumento di domanda di infrastrutture e servizi. In tale contesto, il PPP emerge come soluzione in grado di mobilitare risorse finanziarie private e competenze manageriali, mantenendo al contempo una responsabilità pubblica sugli obiettivi di interesse generale (OECD, 2008). In particolare, in quei Paesi caratterizzati da forti fabbisogni di investimento e limitata capacità fiscale la diffusione del PPP, come mezzo di sviluppo infrastrutturale e di modernizzazione della pubblica amministrazione, è stata promossa da istituti come la World Bank, l'OECD e la Banca Europea per gli Investimenti. A partire dagli anni Duemila, il PPP consolida la propria posizione, evolvendo da soluzione sperimentale a modello istituzionalizzato di intervento pubblico, all'interno di numerosi ordinamenti (World Bank, 2012; OECD, 2008).

1.2 Definizioni e caratteristiche strutturali

Il partenariato pubblico-privato (PPP) consiste in una forma di cooperazione di lungo termine tra enti pubblici e privati, finalizzata alla progettazione, finanziamento, realizzazione e gestione di infrastrutture o servizi di interesse pubblico. Non esiste una definizione unanime di PPP, ma in generale esso può essere inteso come un accordo collaborativo in cui pubblico e privato condividono obiettivi, rischi e risultati nell'erogazione di beni o servizi pubblici (Torchia et al., 2018). All'interno del PPP, il partner privato apporta risorse finanziarie, competenze manageriali e capacità innovativa, mentre il pubblico garantisce la

tutela dell'interesse collettivo, l'equità nell'accesso e il monitoraggio della qualità delle prestazioni (Hood, C., 1995). Questo permette la combinazione dei punti di forza di entrambi i settori: da una parte l'efficienza, la flessibilità e il know-how tecnico proprio del privato, dall'altro la responsabilità sociale e il controllo pubblico (Trotsenko et al., 2020). Il PPP è quindi un accordo nel vengono condivisi rischi e responsabilità al fine di realizzare opere o servizi pubblici.

Dal punto di vista strutturale, i PPP presentano alcune caratteristiche distintive:

- *Orizzonte temporale di lungo periodo*: i contratti PPP hanno una durata, solitamente, relativamente lunga, durante la quale si estende la collaborazione tra partner pubblico e privato. Il rapporto, dunque, non si esaurisce con la costruzione dell'opera, ma copre anche la gestione e manutenzione nel tempo. Il lungo periodo contrattuale è funzionale a consentire al privato di recuperare l'investimento effettuato e ottenere un adeguato rendimento, e al pubblico di beneficiare di un ciclo di vita completo dell'opera gestito in modo efficiente (Hodge & Greve, 2005).
- *Finanziamento a prevalenza privata*: il finanziamento iniziale dei progetti risulta prevalentemente a carico del soggetto privato, che anticipa le risorse necessarie alla realizzazione dell'infrastruttura o del servizio, mentre l'intervento dell'amministrazione pubblica si configura in misura limitata o attraverso meccanismi di pagamento differiti nel tempo. In particolare, nel contesto europeo, il PPP viene frequentemente adottato come strumento idoneo a fronteggiare i vincoli di finanza pubblica e le restrizioni alla spesa in conto capitale, consentendo l'attivazione di investimenti che difficilmente potrebbero essere sostenuti mediante il ricorso esclusivo a risorse pubbliche (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; McKee, Edwards & Atun, 2006). Infine, nella maggior parte dei modelli di PPP, la titolarità finale degli asset rimane o ritorna al settore pubblico, a garanzia della tutela dell'interesse collettivo e della continuità del servizio nel lungo periodo (European Commission, 2004).
- *Allocazione dei rischi*: ulteriore elemento qualificante del modello di partenariato, ampiamente discusso nei contributi analizzati, concerne la modalità di allocazione dei rischi tra settore pubblico e partner privato. I rischi vengono allocati contrattualmente tra pubblico e privato in funzione della capacità di ciascun soggetto di gestirli in modo efficiente, con l'obiettivo di migliorare le performance complessive del progetto (OECD, 2008). Nei PPP, i rischi connessi alle fasi di progettazione, costruzione, gestione operativa e manutenzione dell'opera tendono a

essere trasferiti in larga misura al soggetto privato, il quale assume la responsabilità dell'efficienza complessiva del progetto lungo l'intero ciclo di vita contrattuale (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013). La letteratura sottolinea tuttavia come l'allocazione del rischio non costituisca di per sé una garanzia di efficienza: una distribuzione inadeguata o eccessivamente sbilanciata dei rischi può compromettere la sostenibilità economico-finanziaria del progetto e condurre a rinegoziazioni contrattuali nel corso della concessione (Ferreira & Marques, 2021).

- *Ruoli e responsabilità condivisi*: il PPP si caratterizza per una più ampia integrazione dei ruoli e delle responsabilità lungo l'intero ciclo di vita del progetto. Nei partenariati, il soggetto privato non si limita alla mera realizzazione dell'opera, ma assume un ruolo centrale anche nelle fasi di progettazione, gestione operativa e manutenzione dell'infrastruttura o del servizio, partecipando attivamente all'organizzazione e al funzionamento del sistema nel suo complesso. Tale integrazione è interpretata dalla letteratura come uno dei principali fattori in grado di migliorare l'efficienza complessiva e la qualità delle prestazioni erogate (Barlow et al., 2013). L'amministrazione pubblica, dal canto suo, mantiene un ruolo di indirizzo strategico e di controllo, definendo gli obiettivi di interesse pubblico, gli standard di qualità e i criteri di accessibilità del servizio, nonché verificando in modo sistematico il rispetto delle condizioni contrattuali. Per garantire l'adattabilità del progetto a contesti in continua evoluzione, quale è il settore sanitario, risulta fondamentale la presenza di meccanismi strutturati di coordinamento e monitoraggio (Ferreira & Marques, 2021).
- *Obiettivi di performance e Value for Money*: infine, i PPP considerati si distinguono per un marcato orientamento alla performance, in cui i meccanismi di remunerazione del partner privato risultano strettamente connessi al raggiungimento di specifici livelli di servizio e di qualità (World Bank, 2012). La decisione di ricorrere a un PPP è generalmente fondata, nei contributi esaminati, sulla valutazione del Value for Money, inteso come la capacità del partenariato di garantire, nel lungo periodo, un equilibrio più favorevole tra costi complessivi, qualità del servizio e sostenibilità rispetto alle alternative di gestione pubblica tradizionale (Ferreira & Marques, 2021). In tale prospettiva, il PPP viene interpretato non soltanto come uno strumento di finanziamento, ma come un modello di governance orientato alla creazione di valore pubblico, particolarmente adatto alla gestione di servizi complessi e ad elevata

intensità organizzativa quali quelli sanitari (McKee, Edwards & Atun, 2006; Barlow et al., 2013).

1.3 Tipologie di PPP

Nel dibattito accademico sul Public–Private Partnership, quest’ultimo non viene concepito come un modello contrattuale unitario, bensì come un insieme eterogeneo di soluzioni organizzative e giuridiche attraverso cui si realizza la cooperazione tra settore pubblico e soggetti privati. Come evidenziato da Widdus (2017), tale eterogeneità riflette la capacità del PPP di adattarsi a contesti istituzionali, settoriali e geografici differenti. Anche la letteratura europea sottolinea come il PPP debba essere inteso come una categoria “aperta”, all’interno della quale convivono modelli contrattuali e istituzionali differenti, accomunati dalla condivisione di rischi, responsabilità e obiettivi tra pubblico e privato (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; Ferreira & Marques, 2021). La letteratura individua un ampio ventaglio di tipologie di PPP, che si differenziano in base al grado di coinvolgimento del partner privato, alla distribuzione delle responsabilità e alla struttura dei flussi finanziari. Tali modelli si differenziano per il grado di coinvolgimento del partner privato all’interno del progetto (Hodge & Greve, 2005).

Alla luce dei contributi analizzati, è tuttavia possibile individuare alcune forme ricorrenti di PPP, che emergono con maggiore frequenza nella prassi e nella letteratura, in particolare nei settori infrastrutturali e sanitari:

- *PPP contrattuali*: in questi modelli, il partenariato è regolato esclusivamente da uno o più contratti tra l’amministrazione pubblica e il partner privato, senza la creazione di un soggetto giuridico distinto. Il privato assume la responsabilità della realizzazione e, frequentemente, della gestione dell’opera o del servizio, mentre il settore pubblico conserva le funzioni di indirizzo strategico e controllo. Questa forma è particolarmente diffusa, in quanto permette il mantenimento della titolarità pubblica del servizio trasferendo al privato il rischio operativo e gestionale (McKee, Edwards & Atun, 2006; Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013).
- *PPP istituzionalizzati*: nei PPP istituzionalizzati il partenariato si realizza attraverso la creazione di un’entità giuridica mista, partecipata congiuntamente da pubblico e privato, incaricata della realizzazione e gestione del progetto. Questa configurazione implica una governance condivisa e una cooperazione più profonda tra le parti (European Commission, 2004; OECD, 2008).

- *Concessioni di lavori e di servizi*, comunemente indicate con lo schema Build–Operate–Transfer (BOT). In tali configurazioni, il partner privato finanzia, realizza e gestisce l’infrastruttura per un periodo determinato, recuperando l’investimento attraverso tariffe applicate agli utenti o pagamenti pubblici, al termine del quale l’opera viene trasferita al settore pubblico. Varianti di questo schema includono il Build–Own–Operate–Transfer (BOOT), in cui il privato detiene la proprietà dell’asset durante la concessione (World Bank, 2012).
- *Finanza di progetto (Project Financing)*. La finanza di progetto costituisce una tecnica finanziaria largamente utilizzata nei PPP. Essa si fonda sul finanziamento dell’investimento tramite i flussi di cassa futuri generati dal progetto, piuttosto che su risorse pubbliche anticipate. L’operazione viene solitamente strutturata attraverso una società di progetto dedicata, che assume il ruolo di veicolo operativo e finanziario del partenariato. Tale schema rafforza il concetto di trasferimento del rischio finanziario al settore privato, incentivando una gestione efficiente dell’opera nel lungo periodo (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; Ferreira & Marques, 2021).
- *Schemi DBFO / DBFM (Design–Build–Finance–Operate / Maintain)*. Nei modelli DBFO o DBFM, il partner privato assume integralmente le funzioni di progettazione, costruzione, finanziamento e gestione dell’infrastruttura, ricevendo una remunerazione legata alla disponibilità e alla performance dell’opera. Questa integrazione del ciclo di vita è considerata uno dei principali fattori di efficienza dei PPP, in particolare nei progetti sanitari complessi, dove la qualità della progettazione iniziale influisce in modo significativo sui costi e sulle prestazioni di lungo periodo (Barlow et al., 2013).
- *PPP orientati alla gestione e ai servizi*. nei quali il partner privato è incaricato della gestione operativa di un’infrastruttura o di un servizio pubblico esistente, senza assumere responsabilità significative in termini di investimento. In questi casi, l’obiettivo principale è il miglioramento dell’efficienza gestionale, mentre il finanziamento e la proprietà degli asset restano in capo al settore pubblico (OECD, 2008).

Nel complesso, la letteratura evidenzia come la scelta della forma di PPP più appropriata debba essere calibrata in funzione delle caratteristiche del progetto, del settore di intervento e del contesto istituzionale, confermando la natura flessibile e adattiva del partenariato

pubblico-privato come strumento di policy (Widdus, 2017; Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; Ferreira & Marques, 2021).

CAPITOLO 2: PPP nel settore sanitario

Un passaggio metodologico rilevante è stato rappresentato dalla contestualizzazione settoriale delle applicazioni del PPP nel sistema sanitario. Questa fase non ha costituito un obiettivo autonomo dell'elaborato, ma è stata finalizzata a comprendere in quali ambiti sanitari il modello di PPP venga maggiormente utilizzato e in che modo tali contesti possano influenzare la successiva emersione di specifici vantaggi e svantaggi. Attraverso l'analisi dei contributi selezionati, sono stati individuati diversi ambiti di applicazione del PPP, tra cui infrastrutture ospedaliere, servizi clinici, sanità digitale, ricerca e sviluppo e logistica sanitaria. In particolare, la logistica sanitaria è stata oggetto di un'attenzione specifica, in quanto ambito trasversale al funzionamento dei sistemi sanitari e, al contempo, relativamente poco esplorato dalla letteratura rispetto ad altre applicazioni del PPP.

2.1 Specificità del settore sanitario

Il settore sanitario presenta caratteristiche del tutto peculiari, che lo distinguono dagli altri ambiti produttivi sotto il profilo strutturale, funzionale ed economico (Arrow, 1963; McKee, Healy & Edwards, 2002). Si tratta di un settore altamente complesso e critico, in cui vengono erogati servizi essenziali per la vita e il benessere della popolazione attraverso reti di strutture, professionisti e tecnologie avanzate (World Health Organization, 2010). La letteratura economica ha a lungo evidenziato alcune specificità intrinseche: ad esempio, la forte incertezza sia nell'insorgenza delle malattie sia nell'efficacia dei trattamenti costituisce un tratto distintivo dell'economia sanitaria (Arrow, 1963). Inoltre, il mercato della salute è caratterizzato da marcate asimmetrie informative tra erogatori e pazienti (i medici dispongono di conoscenze molto superiori rispetto ai pazienti riguardo alle cure) generando condizioni lontane dal modello di concorrenza perfetta (Arrow, 1963; Zweifel, Breyer & Kifmann, 2009). I servizi sanitari, perciò, non possono essere paragonati a beni tradizionali di mercato e richiedono una forte presenza regolatoria che mantenga come priorità l'interesse pubblico (Saltman, Busse & Figueras, 2004). A questi tratti distintivi, si aggiunge la natura etica e sociale della sanità: il concetto di valore nel contesto sanitario assume connotati speciali e profondi, dal momento che “non è in gioco un lotto di merce, bensì la vita e la salute” delle persone (Porter & Teisberg, 2006). La gestione dei diversi servizi comporta dunque responsabilità straordinarie, non ammettendo compromessi sulla qualità.

Dal punto di vista organizzativo e funzionale, il sistema sanitario deve far fronte a esigenze gestionali molto complesse, infatti i percorsi di cura tipici attraversano trasversalmente più livelli e unità operative (medicina di base, diagnostica, ospedali, assistenza territoriale), richiedendo elevata integrazione e coordinamento tra strutture diverse (Kodner & Spreuwenberg, 2002; Shortell et al., 2000). Un altro aspetto cruciale è l'alto grado di variabilità della domanda di prestazioni sanitarie, sia in termini di volume di attività sia quanto a tipologia di cure necessarie (Green, 2004). Tale domanda può subire variazioni significative in base a fattori stagionali, epidemiologici e demografici (si pensi ad esempio ai picchi di accesso al pronto soccorso in determinati periodi dell'anno, o all'improvvisa comparsa di emergenze sanitarie) (Litvak & Long, 2000). Questa forte imprevedibilità rende complicato pianificare adeguatamente il fabbisogno di risorse e capacità, e conduce inevitabilmente, se mal gestita, a inefficienze e sprechi operativi (Green, 2004).

Allo stesso tempo, il rapido progresso tecnologico (nuovi farmaci, dispositivi medicali, sistemi informatici clinici, robotica, ecc.) migliora la qualità delle cure, ma comporta costi elevati e la necessità di continui investimenti per aggiornare infrastrutture e competenze, contribuendo così all'aumento della spesa sanitaria (Cutler & McClellan, 2001; OECD, 2017). Tali aspetti rappresentano dunque una sfida gestionale centrale per le aziende sanitarie che si trovano continuamente a dover adattarsi a fronte di volumi variabili di pazienti e prestazioni senza perdere efficacia e contemporaneamente senza aumentare i costi.

In questo contesto di elevata complessità e vincoli stringenti, risulta evidente la necessità di modelli gestionali capaci di rispondere in modo flessibile ed efficace alle sfide del settore sanitario. È proprio in risposta a queste criticità che negli ultimi anni si è diffuso l'interesse per forme di collaborazione pubblico-privato, tra cui il modello del PPP (Hodge & Greve, 2007; Roehrich, Lewis & George, 2014). In particolare, la combinazione di vincoli di bilancio e bisogni sempre più complessi ha spinto molte amministrazioni sanitarie a sperimentare contratti di PPP nell'erogazione di infrastrutture e servizi (Yescombe, 2018; Grimsey & Lewis, 2004). Questo modello presenta caratteristiche che ben si adattano alle esigenze del settore sanitario: consente di mobilitare capitali privati per finanziare interventi infrastrutturali di grande portata (ad esempio la costruzione o riqualificazione di ospedali) e l'aggiornamento tecnologico, alleviando l'onere finanziario immediato a carico del bilancio pubblico (Hellowell & Pollock, 2009). Attraverso schemi come le concessioni di costruzione e gestione o altri tipi di PPP, è possibile rinnovare e ampliare la rete degli impianti sanitari trasferendo al partner privato il peso dell'investimento iniziale e parte dei rischi associati (Yescombe, 2018; Engel, Fischer & Galetovic, 2014). In aggiunta, grazie alle competenze

manageriali e alla maggior flessibilità organizzativa dell'operatore privato, i PPP possono favorire l'innovazione nei modelli di erogazione e l'introduzione di migliori pratiche gestionali nel sistema sanitario (Roehrich, Lewis & George, 2014). In sintesi, il partenariato pubblico-privato emerge come una risposta potenzialmente efficace alle specificità e alle sfide proprie del settore sanitario, combinando sostenibilità economica e miglioramento dei servizi. Nelle sezioni successive si analizzerà in dettaglio come il modello PPP possa essere applicato in sanità e con quali risultati, ma già sin d'ora è evidente che le sue caratteristiche intrinseche, flessibilità contrattuale, condivisione dei rischi, apporto di capitali e know-how privati, orientamento ai risultati, lo rendono uno strumento in grado di indirizzare con approccio innovativo le complessità gestionali di questo settore.

2.2 Ambiti di applicazione del PPP

Il PPP trova applicazione in diversi settori chiave del sistema sanitario, offrendo approcci innovativi al finanziamento e alla gestione dei servizi sanitari. In particolare, i PPP sono impiegati per lo sviluppo di infrastrutture sanitarie, per l'erogazione di servizi sanitari, sia di supporto logistico sia clinici, nella ricerca e sviluppo medico-farmaceutico e nell'innovazione digitale in sanità. Di seguito si descrivono questi principali ambiti applicativi, con evidenze dalla letteratura.

Infrastrutture sanitarie

Un ambito tradizionale di applicazione dei partenariati pubblico-privati in sanità è la realizzazione e gestione di infrastrutture sanitarie, in particolare gli ospedali. Numerosi governi hanno fatto ricorso ai PPP per finanziare la costruzione di nuove strutture ospedaliere o la ristrutturazione di quelle esistenti, prevedendo il coinvolgimento di operatori privati nella progettazione, costruzione e gestione delle infrastrutture e trasferendo su questi ultimi una parte dei rischi legati ai progetti. In Europa, l'utilizzo dei PPP in ambito ospedaliero è aumentato negli ultimi decenni, anche in risposta ai vincoli di bilancio pubblico che hanno limitato la capacità di investimento diretto dello Stato (Barlow et al., 2013). In tali schemi, l'ente pubblico stipula contratti di lungo periodo con il partner privato, che includono generalmente anche la manutenzione dell'infrastruttura per l'intera durata contrattuale.

La letteratura esaminata segnala come le esperienze di PPP infrastrutturali in sanità abbiano prodotto risultati differenti a seconda dei contesti e dei modelli adottati. Studi comparativi europei descrivono in particolare i primi modelli di PPP focalizzati esclusivamente sull'infrastruttura (modelli *accommodation-only*), nei quali il ruolo del privato è limitato alla

costruzione e alla manutenzione edilizia. Tali modelli sono stati ampiamente utilizzati in diversi Paesi e hanno consentito la realizzazione di nuove strutture ospedaliere entro tempi e costi contrattualmente definiti. Allo stesso tempo, la letteratura evidenzia che questi schemi presentano caratteristiche specifiche in termini di flessibilità e adattabilità delle strutture nel tempo, aspetti che assumono particolare rilevanza in un settore come quello sanitario, soggetto a rapidi cambiamenti organizzativi e tecnologici (McKee, Edwards & Atun, 2006). Nel complesso, le infrastrutture sanitarie rappresentano l'ambito più consolidato di applicazione dei PPP in sanità, soprattutto attraverso formule di concessione e project financing finalizzate alla realizzazione e manutenzione di ospedali.

Servizi sanitari

Oltre all'ambito infrastrutturale, i PPP sono impiegati anche per l'erogazione di servizi sanitari, sia di natura non-clinica sia, in alcuni casi, clinica. Nei progetti ospedalieri in PPP è frequente che il partner privato sia responsabile della gestione di servizi di supporto, quali manutenzione, pulizie, ristorazione, gestione delle forniture e servizi tecnici. In questi schemi, il settore pubblico mantiene la responsabilità delle prestazioni sanitarie, mentre il partner privato fornisce i servizi non-clinici secondo standard definiti contrattualmente, con meccanismi di remunerazione spesso legati alle prestazioni.

Studi comparativi su casi portoghesi e spagnoli analizzano strutture ospedaliere gestite attraverso forme di partenariato, evidenziando differenze organizzative e gestionali rispetto agli ospedali interamente pubblici (Caballer-Tarazona & Vivas-Consuelo, 2016; Ferreira & Marques, 2021). Tali contributi sottolineano l'importanza del disegno contrattuale e dei meccanismi di monitoraggio nella gestione dei servizi affidati al partner privato. Nel complesso, i PPP orientati ai servizi non-clinici rappresentano una componente ampiamente diffusa dei modelli ospedalieri contemporanei, pur presentando caratteristiche e risultati variabili a seconda del contesto istituzionale.

In misura più limitata, i PPP sanitari possono estendersi anche all'erogazione di servizi clinici, configurando modelli integrati nei quali il partner privato assume un ruolo più ampio nella gestione assistenziale. La letteratura riporta alcune esperienze in cui tali modelli sono stati adottati con l'obiettivo di ampliare l'accesso ai servizi sanitari o introdurre modalità gestionali differenti. Tuttavia, questi schemi sono descritti come meno frequenti e caratterizzati da una maggiore complessità in termini di coordinamento, regolazione e tutela degli obiettivi di salute pubblica (Khan & Puthussery, 2019; Salangwa et al., 2025).

Ricerca e sviluppo (R&S)

Un ulteriore ambito di applicazione dei PPP in sanità riguarda la ricerca e sviluppo medico e farmaceutico. In questo contesto, i partenariati assumono spesso la forma di collaborazioni tra enti pubblici, imprese farmaceutiche, istituti di ricerca finalizzate allo sviluppo di nuovi farmaci, vaccini o tecnologie sanitarie. La letteratura identifica queste collaborazioni come public-private partnerships per la R&S o product development partnerships (PDP), che hanno conosciuto una significativa diffusione a partire dagli anni 2000, in particolare per affrontare bisogni sanitari poco attrattivi per il mercato (Buse & Walt, 2000; Widdus, 2017). Diversi studi documentano il ruolo di tali PPP nello sviluppo di trattamenti per malattie infettive e trascurate, evidenziando come la condivisione di risorse e competenze tra pubblico e privato abbia consentito l'avanzamento di numerosi progetti di ricerca (Moran et al., 2005; Gustavsen & Hanson, 2009). La letteratura più recente estende l'analisi anche ad ambiti di innovazione biotecnologica e vaccinale, descrivendo come i PPP siano stati utilizzati per accelerare processi di ricerca e sviluppo in contesti diversi (Walwyn & Nkolele, 2018; Singer et al., 2022). Accanto a questi sviluppi, gli studi segnalano anche questioni rilevanti in termini di governance, accessibilità dei prodotti sviluppati e trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche (Kostyak et al., 2017; Bak et al., 2025).

Sanità digitale e tecnologie informatiche

Negli anni più recenti, i PPP hanno trovato applicazione anche nell'ambito della sanità digitale e delle tecnologie informatiche per la salute. La digitalizzazione dei sistemi sanitari, inclusi i fascicoli sanitari elettronici, la telemedicina e le infrastrutture di smart hospital, richiede investimenti significativi e competenze specialistiche, che hanno favorito il coinvolgimento di partner privati attraverso forme di collaborazione strutturata. La letteratura descrive una varietà di modelli di PPP digitali, che spaziano dallo sviluppo di grandi sistemi informativi sanitari alla realizzazione di piattaforme di telemedicina e soluzioni ICT integrate (Fernandez-Marcelo et al., 2016; Luz et al., 2021).

Alcuni contributi analizzano il ruolo dei PPP nei progetti di sanità digitale, evidenziando come tali partnership abbiano consentito l'implementazione di sistemi informativi complessi e il rafforzamento delle capacità tecniche e organizzative delle amministrazioni pubbliche. Nell'ambito degli ospedali "smart", la letteratura descrive l'integrazione di tecnologie digitali avanzate nei progetti ospedalieri realizzati in PPP, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi e contrattuali (Moro Visconti & Morea, 2020). Nel complesso, la sanità digitale emerge come un ambito in espansione per i PPP sanitari, caratterizzato da

opportunità di innovazione ma anche da esigenze specifiche di governance, in particolare per quanto riguarda la gestione e la protezione dei dati sanitari (Bak et al., 2025).

2.3 Il PPP nella logistica sanitaria

La logistica sanitaria, intesa come l'insieme delle attività di approvvigionamento, stoccaggio, distribuzione di farmaci e dispositivi medici, nonché la gestione dei flussi di materiali all'interno delle strutture sanitarie, rappresenta un ambito cruciale per l'efficienza del sistema sanitario (De Vries, J., & Huijsman, R. 2011). Tradizionalmente, molte funzioni logistiche sono state gestite internamente o tramite appalti frammentati, in cui non viene affidato tutto ad unico soggetto, ma si spezza il servizio in tante gare diverse. Negli ultimi anni si è iniziato a esplorare l'applicabilità del modello PPP anche alla logistica sanitaria, con l'obiettivo di sfruttare le competenze del settore privato per rendere la supply chain della sanità più efficiente, tracciabile e innovativa. Di seguito si esaminano i principali casi d'uso dei PPP nella logistica sanitaria, dal trasporto dei farmaci e dei dispositivi medici, alla gestione dei magazzini e degli approvvigionamenti, fino alla cosiddetta micrologistica ospedaliera, evidenziando esempi documentati in letteratura. Va premesso che l'utilizzo dei PPP in questo settore è ancora agli inizi e non così diffuso come nel settore delle infrastrutture. Tuttavia, le esperienze esistenti indicano un potenziale notevole, soprattutto laddove vi sia necessità di ottimizzare i flussi logistici e di investire in tecnologie e strutture logistiche moderne.

- *Trasporto e distribuzione di farmaci, dispositivi e materiali clinici*: Una corretta distribuzione dei prodotti sanitari (es: farmaci, dispositivi medici, vaccini, campioni biologici) è essenziale per garantire cure tempestive e sicure. Un esempio significativo a livello internazionale riguarda le partnership pubblico-private sviluppate negli Stati Uniti per contrastare il fenomeno dei farmaci contraffatti, che coinvolgono agenzie governative, imprese farmaceutiche e organizzazioni sanitarie con l'obiettivo di monitorare la filiera del farmaco e ridurre le vulnerabilità della supply chain (LaGanga, 2011). Altro esempio significativo proviene dall'Africa, dove in Uganda un PPP tra il Ministero della Salute, un'azienda privata e un programma di aiuti internazionali ha permesso di rafforzare il sistema di trasporto dei campioni diagnostici per la tubercolosi su scala nazionale. Il progetto ha ridisegnato la rete di raccolta e consegna dei campioni di laboratorio, integrando la rete postale nazionale come corriere e formando oltre 700 operatori sanitari e postali sulle procedure di

spedizione sicura. Questo esempio evidenzia il potenziale dei PPP nel trasporto di materiali clinici: grazie alla collaborazione con un operatore logistico privato e al supporto finanziario esterno, il sistema pubblico ugandese ha potuto colmare una grave carenza infrastrutturale e assicurare ai pazienti un accesso più rapido ai test diagnostici. (Joloba et al., 2016). In sintesi, nell'ambito del trasporto e della distribuzione, i PPP possono fornire investimenti in mezzi logistici, tecnologia di tracciamento e know-how gestionale che rendono la distribuzione di farmaci e altri prodotti sanitari più affidabile ed efficiente, sia a livello internazionale (come nel caso della lotta ai farmaci falsificati) sia a livello nazionale/regionale (come nella consegna di forniture ospedaliere).

- *Gestione di magazzini centralizzati*: Un secondo ambito in cui si osservano applicazioni dei partenariati pubblico-privati è la gestione integrata dei magazzini farmaceutici e dei centri di distribuzione materiali del sistema sanitario. In questi modelli, le scorte di farmaci e dispositivi medici vengono centralizzate a livello territoriale (es: regionale), mentre le attività di stoccaggio, gestione e distribuzione vengono affidate a partner privati specializzati, in grado di apportare competenze logistiche e capacità organizzative avanzate. L'obiettivo principale di tali PPP è rafforzare l'efficienza e l'affidabilità della supply chain sanitaria, riducendo le carenze di approvvigionamento e migliorando la disponibilità dei prodotti essenziali presso le strutture sanitarie. La letteratura documenta diverse esperienze di questo tipo, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito, dove le fragilità infrastrutturali e organizzative dei sistemi di distribuzione pubblici hanno reso necessario il coinvolgimento di operatori privati e di programmi di cooperazione internazionale. In questi contesti, i PPP sono stati utilizzati per riorganizzare le centrali di acquisto e i depositi farmaceutici, introducendo modelli di gestione più strutturati e migliorando il coordinamento tra i diversi livelli della rete sanitaria. Studi empirici mostrano come tali interventi abbiano contribuito a ridurre i tempi di approvvigionamento e a diminuire la frequenza di stock-out nelle strutture periferiche, con effetti positivi sull'accesso alle cure e sulla continuità dei trattamenti (Joloba et al., 2016; Tirivangani et al., 2021).
- *Micrologistica ospedaliera*: Un ambito più circoscritto ma comunque rilevante di applicazione delle logiche di partnership e di esternalizzazione avanzata riguarda la logistica interna alle strutture sanitarie, spesso definita micrologistica ospedaliera. Essa comprende l'insieme delle attività necessarie a garantire il rifornimento

tempestivo dei reparti, il trasporto interno di farmaci, dispositivi medici, campioni biologici, biancheria e pasti, nonché il coordinamento dei flussi materiali che supportano quotidianamente l'attività clinica e che giungono fino alla somministrazione del farmaco al paziente (De Vries & Huijsman, 2011, Landry & Philippe, 2004). Tradizionalmente, la micrologistica è gestita direttamente dal personale ospedaliero o tramite appalti separati per singoli servizi. Tuttavia, alcuni studi mostrano che questa organizzazione frammentata genera inefficienze, duplicazioni di attività e un significativo assorbimento di tempo da parte del personale sanitario, che viene sottratto alle funzioni assistenziali (Böhme et al., 2021; McKone-Sweet et al., 2005; Aronsson, Abrahamsson & Spens, 2011; Landry & Philippe, 2004). La letteratura collega, inoltre, il miglioramento della micrologistica alla possibilità di 'liberare' risorse cliniche: separare in modo più netto le attività di supporto da quelle assistenziali consente a medici e infermieri di concentrarsi sulle cure, riducendo il carico di compiti logistici impropri (De Vries & Huijsman, 2011, Landry & Philippe, 2004). In questa prospettiva, la micrologistica deve essere sempre più interpretata come parte integrante della supply chain sanitaria, e non come una funzione meramente accessoria, soprattutto negli ospedali di grandi dimensioni e ad alta complessità (Böhme et al., 2021). Infine, gli studi sottolineano che l'eventuale affidamento a soggetti esterni di queste attività richiede una forte attenzione alla governance.

L'applicazione dei PPP alla logistica sanitaria è un fenomeno in via di sviluppo, sostenuto dalla necessità di modernizzare e rendere più efficiente la gestione dei beni sanitari. I contributi disponibili sottolineano come l'applicazione di partenariati pubblico-privati a funzioni logistiche richieda un'attenta progettazione contrattuale e organizzativa, ma segnalano al contempo che i casi documentati restano pochi e spesso circoscritti a progetti pilota o a singole componenti della supply chain.

2.4 Tipologie di PPP più utilizzate in sanità

I progetti di partenariato pubblico-privato in sanità possono essere strutturati attraverso diverse forme contrattuali, ossia modelli giuridico-finanziari che definiscono il ruolo dei partner, la distribuzione dei rischi e la durata della collaborazione. Le tipologie contrattuali adottate nel settore sanitario derivano in larga misura dalle formule generali dei PPP e del project finance, ma vengono adattate alle specificità dei servizi di salute e dei contesti istituzionali in cui sono applicate. Di seguito si presentano le principali forme contrattuali emerse dalla letteratura analizzata, affiancate da un sintetico inquadramento teorico-istituzionale utile a collocarle nel contesto più ampio dei PPP sanitari e, ove rilevante, della logistica sanitaria.

- *Concessione – Modello DBFO (Design-Build-Finance-Operate)*: Dalla letteratura analizzata emerge che i PPP sanitari si configurano prevalentemente come accordi di lungo periodo, nei quali il partner privato assume responsabilità operative e gestionali definite contrattualmente, mentre il settore pubblico mantiene funzioni di indirizzo, regolazione e controllo. Anche se i paper esaminati non utilizzano sempre la terminologia DBFO, essi descrivono modelli riconducibili a concessioni di servizio o di gestione, caratterizzati da una ripartizione dei rischi e da meccanismi di remunerazione collegati allo svolgimento delle attività previste (Moran et al., 2005; Walwyn & Nkolele, 2018). In questi modelli, il partner privato può essere coinvolto nella gestione di specifiche funzioni del sistema sanitario, ad esempio nella produzione di beni sanitari, nella diagnostica o nella gestione della supply chain, assumendo responsabilità operative, mentre il finanziamento pubblico continua a svolgere un ruolo centrale nel garantire l'accesso ai servizi. Come sottolineato dalla letteratura l'importanza della definizione di ruoli, obblighi e strumenti di monitoraggio, è fondamentale. (Moran et al., 2005; Joloba et al., 2016). Il DBFO, considerato il modello di riferimento per i PPP in sanità, prevede che sia il partner privato ad incaricarsi della progettazione, costruzione, finanziamento e gestione dell'opera per un periodo pluriennale, ricevendo in cambio flussi di pagamento legati alla disponibilità dell'infrastruttura o all'erogazione del servizio.
- *Build-Lease-Transfer (BLT)*: Il modello Build-Lease-Transfer prevede che il partner privato realizzi un'opera pubblica e la conceda in uso all'ente pubblico attraverso un contratto di leasing di lungo periodo, al termine del quale la proprietà dell'opera viene trasferita al settore pubblico (Grimsey & Lewis, 2004; Yescombe, 2018). In questo caso il privato sostiene i costi di costruzione e finanziamento, mentre l'ente

pubblico corrisponde canoni periodici per l'utilizzo dell'infrastruttura (Engel, Fischer & Galetovic, 2014). Questa forma contrattuale viene quindi presentata come un'opzione alla concessione, utilizzata in specifici contesti istituzionali e normativi, senza implicare necessariamente un trasferimento esteso di funzioni gestionali al settore privato.

- *Altre forme contrattuali e modelli specifici per la logistica:* Oltre alle concessioni infrastrutturali e ai modelli di leasing, la letteratura analizzata documenta l'esistenza di PPP sanitari focalizzati su specifiche funzioni di servizio, piuttosto che sulla realizzazione di grandi opere. In particolare, alcuni contributi analizzati descrivono partenariati orientati al rafforzamento della supply chain sanitaria, alla distribuzione di farmaci e alla gestione di attività logistiche essenziali, soprattutto in contesti caratterizzati da capacità pubbliche limitate (Joloba et al., 2016; Tirivangani et al., 2021). I meccanismi contrattuali di questi modelli prevedono generalmente sistemi di remunerazione collegati a indicatori di performance definiti ex ante. Tali modelli sono stati sperimentati in ambiti specifici e su scala limitata, senza che ciò si traduca, almeno per ora, in una diffusione generalizzata dei PPP logistici nel settore sanitario. Nel complesso, gli studi suggeriscono che per la logistica sanitaria risultano rilevanti forme contrattuali flessibili e orientate al servizio, in grado di adattarsi a contesti operativi caratterizzati da esigenze gestionali continue e da un'evoluzione tecnologica relativamente rapida.

In sintesi, le forme contrattuali prevalenti nei PPP sanitari restano quelle riconducibili alla concessione e alle sue varianti, che consentono di mobilitare risorse private per infrastrutture e servizi sanitari mantenendo un ruolo centrale del settore pubblico. La letteratura analizzata mostra tuttavia come, accanto ai grandi progetti infrastrutturali, stiano assumendo crescente rilevanza partenariati più mirati, in particolare nel campo della logistica sanitaria, dove modelli concessori orientati al servizio risultano più coerenti con le esigenze operative e con la rapidità di evoluzione tecnologica. La scelta della forma contrattuale deve essere calibrata caso per caso, tenendo conto sia del quadro normativo nazionale sia degli obiettivi specifici del progetto, bilanciando l'apporto di capitali privati con l'esigenza di innovazione gestionale e di controllo pubblico.

2.5 Diffusione nazionale ed internazionale

L'utilizzo dei partenariati pubblico-privati in sanità ha conosciuto una progressiva diffusione a livello internazionale a partire dagli anni Novanta e Duemila, con modalità e intensità differenti nei vari Paesi. In termini generali, è possibile distinguere due principali direttrici di diffusione: da un lato i Paesi ad alto reddito, in particolare in Europa occidentale, Nord America e Oceania; dall'altro i Paesi a medio e basso reddito, dove i PPP sono stati introdotti in fasi successive e in forme diverse. Nel complesso, i PPP rappresentano oggi uno strumento presente, seppur in misura variabile, nei sistemi sanitari di numerosi contesti nazionali.

A livello internazionale, una prima fase di diffusione dei PPP sanitari si è registrata in Europa occidentale. Il Regno Unito è spesso indicato come uno dei Paesi pionieri, avendo avviato a metà degli anni Novanta il programma *Private Finance Initiative* (PFI), attraverso il quale sono stati realizzati o rinnovati numerosi ospedali mediante il coinvolgimento di capitali privati (McKee, Edwards & Atun, 2006). Successivamente, modelli analoghi sono stati adottati in altri Paesi europei. In Spagna, a partire dalla fine degli anni Novanta, alcune regioni hanno sperimentato forme di partenariato per la costruzione e gestione di strutture ospedaliere, mentre in Francia e Germania i PPP sono stati applicati in modo più selettivo, in particolare per cliniche specialistiche e strutture sanitarie di dimensioni più contenute. Studi comparativi segnalano come, entro il primo decennio degli anni Duemila, i PPP fossero divenuti una modalità ricorrente di finanziamento e gestione delle infrastrutture sanitarie in diversi Paesi europei (Barlow et al., 2013).

Negli Stati Uniti, la diffusione dei PPP in ambito sanitario ha seguito un percorso differente, infatti considerata la forte presenza del settore privato nel sistema sanitario, i partenariati pubblico-privati hanno trovato applicazione soprattutto in ambiti quali la ricerca sanitaria, lo sviluppo di infrastrutture di supporto e la gestione di servizi complementari (Brinkerhoff & Brinkerhoff, 2011).

Per quanto riguarda i Paesi emergenti e in via di sviluppo, la letteratura analizzata indica che l'introduzione dei PPP in sanità è avvenuta in una fase successiva rispetto ai Paesi ad alto reddito ed è stata frequentemente associata al coinvolgimento di istituzioni internazionali e programmi di cooperazione. Nei contributi esaminati, i PPP non sono descritti prevalentemente come strumenti per la costruzione di grandi infrastrutture ospedaliere, ma come modalità di intervento mirate a specifiche componenti dei sistemi sanitari, quali la produzione di beni sanitari, la diagnostica, la distribuzione di farmaci essenziali e l'erogazione di servizi in contesti caratterizzati da limitate capacità pubbliche (Moran et al.,

2005; Walwyn & Nkolele, 2018). In tali contesti, i PPP assumono forme differenziate e sono spesso circoscritti a singole funzioni o programmi.

Con riferimento alla logistica sanitaria, le evidenze disponibili mostrano che l'applicazione dei PPP è stata finora limitata a casi specifici, come il rafforzamento delle reti di approvvigionamento e distribuzione di farmaci e materiali diagnostici. Gli studi analizzati riportano esempi di partenariati focalizzati su singole componenti della supply chain sanitaria, senza che ciò si traduca in una diffusione sistematica di PPP esclusivamente dedicati alla logistica su larga scala (Joloba et al., 2016; Tirivangani et al., 2021).

Nel contesto italiano, la letteratura analizzata non fornisce un insieme esteso di evidenze empiriche dirette, ma il ricorso ai PPP in sanità si inserisce in un processo graduale di sperimentazione di modelli di collaborazione pubblico-privata, avviato a partire dagli anni Duemila e sviluppatosi in modo differenziato a seconda degli ambiti di applicazione e dei contesti regionali (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; (Torchia et al., 2018; Ricciardi et al., 2017; Longo & Tasselli, 2012).

Nel complesso, la diffusione dei PPP in sanità delineata dalla letteratura presenta un quadro eterogeneo, caratterizzato da differenze significative tra Paesi, settori e fasi temporali. Questo quadro di diffusione disomogenea costituisce lo sfondo entro cui si colloca l'analisi dei modelli di PPP sanitari e delle loro caratteristiche, che verrà approfondita nei capitoli successivi.

CAPITOLO 3: Analisi vantaggi e svantaggi del PPP

3.1 Metodologia di analisi della letteratura

La revisione della letteratura condotta per questa tesi è stata sviluppata attraverso un approccio strutturato e iterativo, con l'obiettivo primario di identificare e analizzare in modo sistematico i vantaggi e gli svantaggi nell'applicazione di PPP nel settore sanitario, con particolare attenzione all'ambito logistico sanitario. In questo quadro, le fasi di inquadramento teorico e di contestualizzazione settoriale, riportate rispettivamente nei Capitoli 1 e 2, hanno svolto un ruolo strumentale rispetto all'analisi centrale.

Strategia di ricerca bibliografica

Al fine di garantire maggiore rigore e trasparenza nel processo di selezione e analisi delle fonti, la strategia di ricerca bibliografica adottata in questo lavoro si è ispirata ai principi metodologici della Systematic Literature Review (SLR). Tuttavia, è opportuno precisare che l'analisi della letteratura condotta non costituisce una vera e propria revisione sistematica in senso stretto, poiché non sono state applicate tutte le procedure formali tipiche di tale approccio metodologico. Piuttosto, alcuni dei criteri e delle fasi operative tipicamente utilizzati nelle SLR, come la definizione di una strategia di ricerca strutturata e la selezione trasparente delle fonti, sono stati utilizzati come riferimento per orientare il processo di revisione della letteratura (Kitchenham, 2004).

L'analisi della letteratura è stata guidata da una specifica domanda di ricerca volta a comprendere quali siano i principali vantaggi e svantaggi associati all'utilizzo delle Public-Private Partnership (PPP) nel settore sanitario, con particolare attenzione alle applicazioni nel campo della logistica sanitaria. In particolare, la revisione si è posta l'obiettivo di individuare e analizzare i contributi scientifici che discutono le opportunità, le criticità e le condizioni di efficacia dei modelli di partenariato pubblico-privato applicati ai servizi e alle infrastrutture sanitarie. A partire da tale obiettivo generale, l'analisi si è concentrata sulle seguenti domande di ricerca: (1) quali vantaggi e criticità dei PPP nel settore sanitario emergono dalla letteratura scientifica; (2) in quali ambiti del sistema sanitario, e in particolare nella logistica sanitaria, tali modelli sono stati maggiormente applicati e discussi. L'analisi della letteratura, finalizzata a rispondere alle domande di ricerca relative ai vantaggi e ai fattori critici di successo, nonché alle criticità, alle barriere e alle principali sfide associate ai PPP, è stata condotta utilizzando esclusivamente il database Scopus. Tale scelta è stata motivata dall'ampiezza della copertura disciplinare della piattaforma e dalla qualità

delle fonti scientifiche indicizzate (Falagas et al., 2008). La ricerca bibliografica è stata condotta attraverso l'utilizzo di diverse query, costruite combinando parole chiave relative alle Public-Private Partnership (*public-private partnership, PPP*) e al settore sanitario (*healthcare, healthcare building, hospital, health, logistic, distribution*), con l'obiettivo di individuare contributi scientifici rilevanti per l'analisi dei vantaggi e degli svantaggi associati all'applicazione di questo modello (*advantage, pro, challenge, disadvantage*).

Nel corso del processo di ricerca, le query sono state progressivamente adattate e affinate al fine di intercettare studi caratterizzati da differenti approcci di analisi, ambiti applicativi e contesti geografici. Per ciascuna query, i risultati restituiti dal database Scopus sono stati considerati come output iniziale della ricerca e successivamente sottoposti al processo di selezione descritto nei paragrafi seguenti.

La tabella seguente riporta le tre query finali da cui sono stati estratti i contributi analizzati nella review, indicando per ciascuna di esse il numero di risultati ottenuti

Query	Numero risultati
PPP OR "private public partnership*" OR "private-public partnership*" OR " project financ*" OR "project finance initiative*" OR " build operate transfer" OR " build operate-transfer" AND "healthcare" OR "health-care" OR "drug" AND "supply-chain" OR "supply chain" OR "logistic*" OR "distribution" OR "delivery" OR "centralization"	625
PPP OR "private public partnership*" OR "private-public partnership*" OR " project financ*" OR "project finance initiative*" OR " build operate transfer" OR " build operate-transfer" AND "healthcare" OR "health-care" OR "drug" "R and D" or " research and development" or "innovation" AND "advantage*" OR "pro*" OR "benefit*" OR " successful factor*" AND "disadvantage*" OR " con*" OR "challenge*" OR "critical factor*"	98
PPP OR "Private Public Partnership*" OR "Private-Public Partnership*" OR "Project Financ*" OR " Project Finance Initiative*" OR "Build Operate Transfer" OR " Build-Operate-Transfer" AND " Healthcare" OR "Health-care" AND "logistic*" AND "supply chain" OR "supply-chain" OR "distribution" OR " delivery" OR " centralization" AND "advantage*" OR "pro*" OR " benefit*" OR " successful factor*" AND "disadvantage*" OR "con*" OR "challenge*" OR "critical factor*"	8

Tabella 1 | Query di ricerca utilizzate nel database Scopus e numero di risultati ottenuti

Processo di screening e criteri di selezione

Il processo di selezione dei contributi è avvenuto attraverso una scrematura progressiva, orientata sin dalle prime fasi all'individuazione di paper rilevanti per l'analisi dei vantaggi e degli svantaggi dei PPP nel settore sanitario. Una prima selezione è stata effettuata mediante l'analisi dei titoli e degli abstract, mantenendo esclusivamente i contributi che trattavano i PPP con riferimento esplicito alla sanità. In una fase successiva, l'attenzione si è concentrata sul contenuto degli studi, analizzando e leggendo integralmente ciascun articolo. Sono stati privilegiati i paper che, oltre a un inquadramento teorico, presentavano:

- esempi concreti o casi studio di PPP in ambito sanitario;
- analisi empiriche;
- discussioni su fattori critici di successo, barriere, vantaggi o svantaggi del modello.

Espansione della ricerca e criterio di saturazione

Una volta analizzati i risultati ottenuti tramite Scopus, la ricerca è stata ampliata attraverso l'analisi delle bibliografie dei paper selezionati. Questo processo ha consentito di individuare ulteriori contributi pertinenti e di rafforzare il corpus della review. La ricerca è stata considerata conclusa al raggiungimento di una condizione di saturazione informativa, ossia nel momento in cui l'analisi di nuovi contributi non introduceva vantaggi, svantaggi o criticità non già emersi, né elementi di incongruenza rispetto ai risultati ottenuti.

Il corpus finale dell'analisi della letteratura, riportato in *Appendice A*, risulta composto da 68 paper.

Analisi dei contributi e schema di codifica

Il fulcro metodologico della revisione è rappresentato dall'analisi dei contributi selezionati in termini di vantaggi e svantaggi dei Public–Private Partnership nel settore sanitario, con particolare attenzione alle applicazioni in ambito logistico. Per ciascun paper è stata valutata la presenza di informazioni relative ai vantaggi del PPP, agli svantaggi, alle criticità o alle barriere associate al modello, nonché all'ambito sanitario di applicazione, utilizzato come variabile di contestualizzazione. La codifica è stata effettuata in modo binario (presenza/assenza), includendo sia i casi in cui tali elementi fossero esplicitamente discussi nei contributi analizzati, sia quelli in cui risultassero da essi deducibili, ad esempio dall'analisi di esempi o casi studio. Questo approccio ha consentito di integrare un'analisi qualitativa approfondita dei contenuti con una lettura quantitativa delle ricorrenze, successivamente utilizzata per valutare la rilevanza relativa dei diversi vantaggi e svantaggi nella letteratura. Al fine di garantire un'analisi sistematica, tracciabile e coerente, i contributi

selezionati sono stati organizzati in due distinte tabelle in formato Excel, dedicate rispettivamente ai vantaggi e agli svantaggi associati ai modelli di PPP e riportate rispettivamente come *Appendice B* e *Appendice C*. In particolare, le due tabelle riportano, oltre al numero identificativo del paper, corrispondente a quello utilizzato nella tabella presente in *Appendice A*, le colonne dedicate ai vantaggi e agli svantaggi dei PPP, codificate in modo binario, in cui il valore “1” indica la presenza del vantaggio/svantaggio nel contributo e il valore “vuoto” la sua assenza. Ogni riga della tabella corrisponde a un singolo contributo della letteratura, mentre le colonne rappresentano quindi le diverse dimensioni analizzate. Inoltre, sono state inserite ulteriori colonne relative agli ambiti applicativi del PPP sopra citati, anch’esse codificate in modo binario, ovvero inserendo il valore “1” nel caso in cui il documento in discussione faccia riferimento a quel determinato settore applicativo oppure il valore “vuoto” in caso contrario. Tale struttura ha consentito di calcolare, rispetto al totale dei paper analizzati, oltre alle frequenze e le percentuali relative alle singole categorie considerate (settori di applicazione, vantaggi e svantaggi) i cui risultati sono riportati rispettivamente in *Tabella 2*, *Tabella 3* e *Tabella 4*, di effettuare un controllo incrociato tra vantaggi, svantaggi e ambiti applicativi. In tal modo è stato possibile analizzare come specifiche criticità e benefici tendano a emergere con maggiore frequenza in determinati contesti di applicazione del PPP, offrendo una lettura più articolata e contestualizzata delle evidenze emerse dalla letteratura. Nel complesso, l’utilizzo di questa tabella in formato Excel ha permesso di trasformare la revisione della letteratura in un dataset analitico, affiancando all’analisi qualitativa dei contenuti una lettura quantitativa delle ricorrenze. Questo approccio ha garantito maggiore coerenza e trasparenza nel processo di analisi, rendendo esplicito il percorso attraverso cui le evidenze discusse nei paragrafi dedicati ai vantaggi e agli svantaggi sono state derivate dal corpus di studi considerato.

Settore di applicazione	Frequenza	% di frequenza
Costruzione Ospedali	12	17,6%
Ristrutturazione edifici e manutenzione	2	2,9%
Logistica sanitaria	3	4,4%
Erogazione servizi clinici	19	27,9%
R&D	19	27,9%
Sanità Digitale e Tecnologie	15	22,1%

Tabella 2 | Frequenza degli ambiti

Vantaggio	Frequenza	% di frequenza
Risparmio di costi operativi	15	22,1%
Offrire servizi migliori in termini di qualità	33	48,5%
Aumento della copertura sanitaria tramite accordi pubblico-privati	19	27,9%
Capacità del modello PPP di attrarre investimenti privati	10	14,7%
Condivisione risorse e competenze	7	10,3%
Miglior coordinamento nell'offerta dei servizi clinici e logistici	14	20,6%
Condivisione del rischio	20	29,4%
Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture	12	17,6%

Tabella 3 | Frequenza dei vantaggi

Vantaggio	Frequenza	% di frequenza
Criticità legate al contratto	12	17,6%
Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattarsi ad evoluzioni tecnologiche, scientifiche, ambientali	14	20,6%
Mancanza di trasparenza	13	19,1%
Ritardi nei progetti	7	10,3%
Rischio di comportamenti opportunistici	16	23,5%
Divergenze tra le parti in termini di obiettivi	7	10,3%
Difficoltà di misurare impatti di lungo termine: a livello economico-finanziario, di outcomes in termini di qualità e prestazioni dei servizi	12	17,6%

Tabella 4 | Frequenza degli svantaggi

3.2 Vantaggi dei PPP nel settore sanitario

La letteratura sui Public-Private Partnership (PPP) in ambito sanitario attribuisce al modello un insieme articolato di potenziali vantaggi, associati alla capacità del partenariato di migliorare le performance del sistema sanitario in diverse dimensioni di valore pubblico. Tali benefici non vengono generalmente presentati come esiti automatici del PPP, ma come risultati condizionati dal contesto applicativo, dal disegno contrattuale e dalla capacità di governance del settore pubblico (McKee, Edwards & Atun, 2006; Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013). Coerentemente con l'impostazione metodologica adottata, il paragrafo seguente discute i principali vantaggi individuati nella letteratura, dedicando maggiore attenzione a quelli che emergono con frequenza più elevata e che, di conseguenza, rappresentano i nodi interpretativi centrali nel dibattito scientifico sui PPP nel settore sanitario.

Risparmio di costi operativi

Il risparmio di costi operativi rappresenta un vantaggio ricorrente, ma non dominante, nella letteratura sui Public–Private Partnership applicati al settore sanitario. Circa un quinto dei contributi analizzati attribuisce al modello PPP un potenziale ruolo nella razionalizzazione dei costi operativi, suggerendo che la dimensione economica costituisce una componente rilevante del dibattito. Dal punto di vista interpretativo, la letteratura tende a ricondurre il risparmio di costi non a una semplice riduzione delle risorse impiegate, bensì a un vantaggio raggiungibile attraverso una riorganizzazione più efficiente dei processi operativi e delle modalità di gestione dei servizi. In particolare, diversi studi sottolineano come i benefici economici dei PPP derivino soprattutto da una migliore integrazione delle attività, da una maggiore razionalizzazione dei flussi operativi e dall'adozione di modelli gestionali più efficienti, piuttosto che da una mera contrazione delle spese (Barlow et al., 2013; Caballer-Tarazona et al., 2016; Birla et al., 2012). Nel contesto sanitario, tuttavia, la letteratura sottolinea che i benefici economici risultano fortemente condizionati dal disegno del partenariato (Zaidi et al., 2025). Il risparmio di costi emerge prevalentemente nei casi in cui il perimetro delle attività affidate al partner privato è chiaramente definito e accompagnato da meccanismi di monitoraggio adeguati, mentre tende a ridursi quando il contratto è caratterizzato da ambiguità (Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; Marjanović et al., 2020). In questo senso, il costo operativo diventa una variabile di esito, più che un obiettivo perseguibile in modo diretto. Alcuni contributi mettono inoltre in evidenza come i risparmi di costo possano essere parzialmente compensati dai costi di transazione associati al PPP, quali i costi di negoziazione contrattuale, di coordinamento e di controllo. Tali costi possono risultare particolarmente rilevanti soprattutto nelle fasi iniziali del progetto, poiché la definizione di contratti complessi e di lungo periodo richiede attività approfondite di progettazione, negoziazione e monitoraggio tra le parti coinvolte. Di conseguenza, la letteratura sottolinea come i benefici economici dei PPP debbano essere valutati considerando anche questi costi aggiuntivi, che in alcuni casi possono ridurre o ritardare i risparmi attesi (Williamson, 1985; Hodge & Greve, 2005; Roehrich, Lewis & George, 2014). Questa dinamica è particolarmente rilevante nei contesti caratterizzati da elevata complessità organizzativa, dove l'efficienza operativa dipende non solo dalla specializzazione del partner privato, ma anche dalla capacità del settore pubblico di governare il partenariato nel tempo (McKee et al., 2006; Lethbridge, 2017; Longo et al., 2008). Con riferimento alla logistica sanitaria, la letteratura disponibile suggerisce che il risparmio di costi possa emergere principalmente attraverso una gestione più integrata dei flussi e una riduzione delle

inefficienze lungo la catena di approvvigionamento (Tirivangani et al., 2021, Joloba et al., 2016). Tuttavia, il numero limitato di contributi che affrontano esplicitamente questo ambito indica che tali benefici, pur presenti, non costituiscono ancora un filone consolidato della ricerca sui PPP in sanità.

Miglioramento della qualità dei servizi sanitari

Il miglioramento della qualità dei servizi sanitari emerge come il vantaggio più frequentemente richiamato nella letteratura sui PPP in sanità, rappresentando il principale asse di legittimazione del modello. Circa la metà dei contributi (33 su 68 analizzati) associa il partenariato pubblico-privato a un potenziale miglioramento delle performance qualitative del sistema sanitario, sebbene con declinazioni e intensità differenti a seconda del contesto applicativo. Nella letteratura analizzata, la qualità non viene intesa come una dimensione univoca, ma come un costrutto multidimensionale che include aspetti quali affidabilità dei servizi, continuità assistenziale, adeguatezza delle infrastrutture, efficienza dei processi e, in alcuni casi, esperienza del paziente (Barlow et al., 2013; Marjanović et al., 2020).

Hellowell et al., 2018, Caballer-Tarazona et al., 2016, Rodrigues et al., 2024; Khan & Puthussery, 2019; Ferreira et al., 2021 suggeriscono, come incentivo al partner privato nel mantenere nel tempo costantemente alto il livello qualitativo, sistemi di remunerazione legati alla performance. Tuttavia, la letteratura sottolinea anche che la qualità è una dimensione difficile da monitorare, rendendo i risultati fortemente dipendenti dalla capacità di definire indicatori appropriati (Barlow et al., 2013; Moran et al., 2005).

Aumento della copertura sanitaria e dell'accesso ai servizi

L'aumento della copertura sanitaria rappresenta un vantaggio frequentemente richiamato nella letteratura, in particolare nei contributi che analizzano i PPP come strumento per ampliare l'offerta di servizi e infrastrutture in contesti caratterizzati da vincoli di capacità o da carenze strutturali. Circa un terzo degli studi considerati associa il partenariato pubblico-privato a un miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari. Tuttavia, numerosi contributi sottolineano che l'ampliamento dell'accesso non è un risultato automatico (Birla et al., 2012; McKee, Edwards & Atun, 2006). La letteratura evidenzia il rischio che i PPP possano concentrarsi su segmenti di servizio più redditizi o facilmente gestibili, generando effetti di selezione che limitano l'impatto sulla copertura complessiva del sistema (Lethbridge, 2017; Hellowell et al., 2018). Di conseguenza, l'aumento dell'accesso dipende in larga misura dalla capacità del settore pubblico di orientare il partenariato verso obiettivi di policy coerenti con i bisogni sanitari (Birla et al., 2012; McKee, Edwards & Atun, 2006). In ambito logistico,

alcuni studi (Tirivangani, T et al. 2021; LaGanga 2011) suggeriscono che un miglioramento delle funzioni di approvvigionamento e distribuzione possa contribuire indirettamente all'accesso alle cure, garantendo la disponibilità continua di farmaci e dispositivi. Anche in questo caso, tuttavia, la letteratura rimane limitata e frammentata, indicando un'area di potenziale approfondimento.

Condivisione del rischio

La condivisione del rischio costituisce uno dei pilastri teorici del modello PPP ed è richiamata in circa un terzo della letteratura analizzata. In sanità, questo vantaggio è spesso presentato come una giustificazione centrale dell'attuazione del partenariato, in quanto consentirebbe di allocare i rischi progettuali, operativi e finanziari al soggetto maggiormente in grado di gestirli. La letteratura evidenzia che, nei PPP infrastrutturali, la condivisione del rischio riguarda principalmente fasi quali progettazione, costruzione, disponibilità e manutenzione (Marcellino et al., 2023; Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. 2013; Borshch et al., 2019), mentre nei PPP orientati ai servizi e alla logistica il rischio è più frequentemente legato alla performance operativa e alla continuità del servizio (Barlow et al., 2013; Hellowell et al., 2018). In entrambi i casi, il trasferimento del rischio è interpretato come un meccanismo incentivante, capace di stimolare comportamenti orientati all'efficienza e alla qualità. Tuttavia, numerosi contributi sottolineano che il rischio non viene semplicemente "trasferito", ma ridefinito e negoziato all'interno del contratto (Visconti et al., 2020; Buse et al., 2020, Hellowell et al., 2018). Se il disegno contrattuale è debole o sbilanciato, il rischio può rimanere in capo al settore pubblico o generare rinegoziazioni costose, riducendo il valore atteso del partenariato (Marjanović et al., 2020; McKee, Edwards & Atun, 2006). Questo aspetto è particolarmente rilevante in sanità, dove l'incertezza legata alla domanda e agli outcome rende complessa una allocazione efficiente dei rischi.

Miglior coordinamento nell'offerta dei servizi clinici e logistici

Il miglioramento del coordinamento tra servizi clinici e logistici emerge come un vantaggio meno frequente ma concettualmente rilevante nella letteratura sui PPP in sanità. Poco più di un quinto dei contributi analizzati evidenzia come il partenariato possa favorire una maggiore integrazione tra attività diverse, riducendo frammentazioni organizzative e inefficienze di coordinamento. La letteratura interpreta questo vantaggio come il risultato della capacità del PPP di superare criticità organizzative, introducendo modelli di gestione più integrati e una maggiore attenzione ai processi end-to-end. In particolare, alcuni studi suggeriscono che l'integrazione tra funzioni cliniche e di supporto possa migliorare la

continuità del servizio e ridurre inefficienze operative, con effetti positivi sulle performance complessive del sistema sanitario (Hofman et al., 2014; Tirivangani et al., 2021; Trotsenko et al., 2020). In ambito logistico, il coordinamento assume un ruolo particolarmente critico, poiché la qualità e la continuità delle cure dipendono in modo significativo dall'allineamento tra flussi informativi, approvvigionamento e attività cliniche (Tirivangani et al., 2021, Joloba et al., 2016). Tuttavia, la letteratura specifica su questo tema rimane limitata, suggerendo che il potenziale del PPP in termini di integrazione clinico-logistica sia ancora poco esplorato.

Attrazione di investimenti privati

La capacità del PPP di attrarre investimenti privati è uno dei vantaggi storicamente associati al modello. Questo dato suggerisce un progressivo spostamento dell'attenzione da una visione del PPP come strumento prevalentemente finanziario a un'interpretazione più orientata alle performance del sistema sanitario. La letteratura riconosce che i PPP possono facilitare l'accesso a capitali privati, soprattutto in contesti caratterizzati da vincoli di bilancio pubblico (Ferreira et al., 2021; Barretta et al., 2008). Tuttavia, diversi studi sottolineano che la disponibilità di finanziamenti privati non costituisce di per sé una garanzia di valore pubblico, e che l'enfasi sugli aspetti finanziari può distogliere l'attenzione da obiettivi di qualità e accesso (Lethbridge, 2017; Hellowell et al., 2018)

Condivisione di risorse e competenze

La condivisione di risorse e competenze emerge come il vantaggio meno citato nella letteratura analizzata. Questo risultato suggerisce che, sebbene il PPP venga spesso presentato come un meccanismo di collaborazione, la dimensione del trasferimento di competenze non rappresenta un asse centrale del dibattito sui PPP in sanità. La letteratura che affronta questo tema evidenzia che il trasferimento di competenze è possibile, ma richiede condizioni specifiche, quali una governance collaborativa e meccanismi espliciti di apprendimento organizzativo (Birla et al., 2012). In assenza di tali condizioni, il rischio è che il PPP si limiti a una esternalizzazione di funzioni, senza generare benefici duraturi in termini di capacità del settore pubblico. (Jdidi et al., 2017; Borshch et al., 2019, Hellowell et al., 2018)

Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture

Infine, la rapidità di realizzazione e manutenzione delle infrastrutture è un vantaggio citato in una quota minoritaria della letteratura. Questo beneficio è principalmente associato ai PPP infrastrutturali e viene interpretato come un effetto della capacità del partner privato di gestire progetti complessi in modo più efficiente rispetto ai processi tradizionali di

investimento pubblico (Torchia et al., 2018; Hellowell et al., 2018; Barlow et al., 2013). Tuttavia, la letteratura evidenzia che la rapidità non costituisce un obiettivo in sé, ma deve essere valutata in relazione alla qualità e alla sostenibilità delle soluzioni adottate (Jdidi et al., 2017; Hunter et al., 2011; Torchia et al., 2018).

Nel complesso, l'analisi della letteratura evidenzia che i vantaggi dei PPP nel settore sanitario sono eterogenei. Sebbene alcuni benefici emergano con maggiore frequenza, la loro realizzazione non appare automatica né garantita, ma dipende da specifiche condizioni di progettazione e governance del partenariato. Questa natura condizionata dei vantaggi suggerisce la necessità di affiancare alla loro analisi una valutazione sistematica delle criticità e dei limiti associati al modello. Il 3.3 si inserisce in questa prospettiva, esaminando gli svantaggi dei PPP nel settore sanitario e permettendo di comprendere in che misura i benefici individuati dalla letteratura siano accompagnati da rischi e potenziali fallimenti nella pratica applicativa.

3.3 Criticità e svantaggi dei Public–Private Partnership nel settore sanitario

Accanto ai vantaggi analizzati nel capitolo precedente, la letteratura sui PPP in ambito sanitario evidenzia un insieme ricorrente di criticità che possono limitare la capacità del partenariato di generare valore pubblico nel lungo periodo. Tali svantaggi non sono presentati come eventi sporadici, ma come rischi strutturali del modello, in quanto derivano dalla combinazione di: (i) contratti complessi e di lungo periodo, (ii) pluralità di attori con incentivi differenti, (iii) asimmetrie informative tra partner e (iv) difficoltà di misurazione e attribuzione degli outcome sanitari. (McKee, Edwards & Atun, 2006; Hellowell et al., 2018) Coerentemente con l'impostazione adottata nel capitolo 3.2, la trattazione seguente discute i sette svantaggi maggiormente individuati nella letteratura, dedicando maggiore profondità a quelli che emergono con frequenza più elevata e che, di conseguenza, rappresentano nodi interpretativi centrali nel dibattito scientifico.

Criticità legate al contratto

Una prima criticità riguarda la dimensione contrattuale del PPP: la letteratura sottolinea come la definizione ex ante di responsabilità, standard di performance, meccanismi di remunerazione e modalità di controllo risulti particolarmente complessa in sanità, perché il servizio sanitario combina componenti infrastrutturali, operative e cliniche, ciascuna con proprie metriche e proprie fonti di rischio. In tale contesto, il contratto diventa un “dispositivo” di governance che deve tradurre obiettivi pubblici (qualità, accesso, continuità)

in clausole verificabili, con il rischio di generare ambiguità interpretative e margini di contenzioso. (Barlow et al., 2013; Marjanović et al., 2020; Zaidi et al., 2025). Un punto ricorrente è che i contratti tendono a codificare con maggiore precisione gli aspetti più facilmente misurabili (tempi, costi, requisiti strutturali, output tecnici), mentre le dimensioni cliniche e di outcome possono risultare più difficili da incorporare in modo completo e non opportunistico (Visconti et al., 2019, Fernandez-Marcelo et al., 2016). Questo squilibrio contrattuale è particolarmente rilevante quando il PPP non è solo infrastrutturale ma coinvolge anche l'erogazione o il supporto ai servizi sanitari, perché aumenta il rischio che il contratto “premi” la conformità formale più che la creazione di valore sanitario sostanziale. (Fernandez-Marcelo et al., 2016; Kostyak et al., 2017; Adamou M. et al., 2021). Un ulteriore tema è il costo organizzativo e istituzionale del contracting: la letteratura evidenzia che la costruzione di contratti robusti richiede capacità tecniche e legali elevate, oltre che strumenti di monitoraggio coerenti. In assenza di tali competenze, il PPP può diventare vulnerabile a clausole incomplete, indicatori mal definiti o regimi di enforcement deboli, con un impatto negativo sulla capacità della parte pubblica di governare il partenariato nel tempo. (Abbott, 2018; Gustavsen et al., 2009). In sintesi, la criticità contrattuale è letta come un limite “a monte” del PPP: se il contratto non è costruito in modo coerente con la complessità sanitaria, può compromettere anche la realizzazione dei vantaggi analizzati nel capitolo 3.2. (Barlow et al., 2013; Marjanović et al., 2020).

Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattamento

Un secondo svantaggio, tra i più discussi, riguarda la durata pluriennale dei PPP e la conseguente rigidità che può limitare la capacità di adattamento a evoluzioni tecnologiche, scientifiche, ambientali e organizzative. La letteratura mette in evidenza che l'orizzonte temporale lungo, necessario per rendere sostenibile la logica di investimento del partner privato, può generare un effetto di lock-in: decisioni prese ex ante vincolano il sistema sanitario per anni, riducendo la flessibilità manageriale e l'agilità strategica. (McKee, Edwards & Atun, 2006; Hellowell et al., 2018; Birla et al., 2012). Questo rischio appare particolarmente rilevante in sanità perché l'ambiente esterno cambia rapidamente: nuovi modelli di cura, nuove tecnologie digitali, nuove esigenze possono rendere inadeguate soluzioni definite molti anni prima. Di conseguenza, la durata contrattuale tende ad aumentare la probabilità di rinegoziazioni, che possono essere costose, lente e difficili da gestire. (Lethbridge, 2017; Luz et al., 2021; Jacques Demotes-Mainard et al., 2006). Nei PPP legati a tecnologie e trasformazione digitale, la letteratura enfatizza un ulteriore elemento: il

ciclo di vita delle tecnologie è spesso molto più breve della durata contrattuale, e ciò espone il partenariato al rischio di obsolescenza, dipendenza dal fornitore e difficoltà nell'aggiornare architetture e standard in modo efficiente. (Arnaout et al., 2023; Casprini et al., 2022; Castelblanco et al., 2023; Moro Visconti et al., 2019; Zaidi et al., 2025). Nei PPP infrastrutturali e ospedalieri, la rigidità si riflette anche nella difficoltà di riprogettare spazi e processi in funzione di cambiamenti nella domanda sanitaria, con potenziali inefficienze allocative e gestionali. (Longo et al., 2008; Marcellino et al., 2023) In questo quadro, la letteratura suggerisce che la lunghezza del contratto non è di per sé negativa, ma diventa una criticità quando il PPP non incorpora strumenti di governance adattiva e clausole capaci di gestire l'innovazione e il cambiamento senza trasformarli in shock negoziali. (Abbott, 2018; Ferreira et al., 2021; Hellowell et al., 2018)

Mancanza di trasparenza

La mancanza di trasparenza emerge come un ulteriore svantaggio rilevante, legato sia alla complessità contrattuale e finanziaria dei PPP, sia alla difficoltà di rendere pienamente accessibili informazioni su performance, costi complessivi, responsabilità e risultati. La letteratura evidenzia che, in alcuni contesti, la natura ibrida del partenariato può produrre opacità: parte delle informazioni può essere trattata come “commercialmente sensibile” e la pluralità di soggetti coinvolti può rendere più difficile stabilire “chi risponde di cosa”. (Buse et al., 2020; Jdidi et al., 2017; Bak et al., 2025). La trasparenza assume un ruolo centrale soprattutto quando l'oggetto del PPP non è soltanto infrastrutturale, ma coinvolge aspetti di servizio, innovazione e scelte strategiche. In tali casi, non è sufficiente parlare di costi e tempi, ma occorre garantire ampia visibilità sugli indicatori di qualità utilizzati. (Marjanović et al., 2020; Zaidi et al., 2025; Lethbridge, 2017). Nel campo di R&D e innovazione, la letteratura discute la trasparenza anche come tema di governance: quando sono coinvolti attori con interessi differenziati (industria, enti pubblici, fondazioni), la chiarezza su ruoli, criteri decisionali e allocazione dei benefici diventa una condizione necessaria per preservare legittimità e fiducia. (Hunter, 2011; Timo Minssen et al., 2022; Walwyn & Nkolele, 2018; Barretta et al., 2008)

Ritardi nei progetti

Un ulteriore svantaggio riguarda i ritardi nelle fasi di progettazione, implementazione o messa a regime del PPP. La letteratura evidenzia che i PPP possono sperimentare ritardi per molteplici ragioni: complessità procedurale, negoziazioni prolungate, cambiamenti di scope, difficoltà di coordinamento tra stakeholder e problemi di integrazione operativa. (Barlow et al., 2013; Fernandez-Marcelo et al., 2016; Tirivangani et al., 2021). Nei PPP infrastrutturali, i ritardi sono spesso collegati a fasi autorizzative, progettuali e di costruzione, ma anche alla gestione di varianti e adattamenti richiesti in corso d'opera (Barlow et al., 2013). In tali situazioni, la durata dei processi può ridurre il valore atteso del partenariato e generare effetti indiretti sul sistema sanitario, ad esempio mantenendo più a lungo strutture obsolete o creando pressione su capacità già limitate. (Barlow et al., 2013; Luz et al., 2021; Salangwa et al., 2025). Nei PPP con componenti logistiche o di servizio, i ritardi emergono spesso come difficoltà di coordinamento tra nuovi processi e processi clinici esistenti: l'allineamento tra supply chain, sistemi informativi, pratiche operative e vincoli regolatori richiede tempi e competenze che possono essere sottostimati in fase iniziale. (Tirivangani et al., 2021; Hofman et al., 2014). Alcuni contributi discutono inoltre come contesti di elevata incertezza (ad esempio shock esterni, crisi sanitarie o mercati instabili) possano amplificare i ritardi (Salangwa et al., 2025; Walwyn & Nkolele, 2018).

Rischio di comportamenti opportunistici

Il rischio di comportamenti opportunistici è lo svantaggio più ricorrente nel corpus analizzato. La letteratura attribuisce tale rischio alla combinazione di: (i) contratti incompleti, (ii) asimmetrie informative, (iii) incentivi divergenti e (iv) difficoltà di misurazione della performance. (Borkowski et al., 2003; Rodrigues et al., 2024). L'opportunismo è spesso definito come la possibilità che un partner privato raggiunga gli obiettivi economici utilizzando metodi che non sono in linea con gli obiettivi pubblici: ad esempio, sottolineando gli output contrattuali "misurabili" piuttosto che i fattori qualitativi, sfruttando l'ambiguità delle clausole contrattuali o invocando rinegoziazioni favorevoli quando cambiano le condizioni operative (Jdidi et al. 2017; Barretta et al. 2008). La letteratura sottolinea il potenziale pericolo di comportamenti opportunistici da parte di partner privati nel settore della logistica sanitaria e delle catene di fornitura, specialmente quando si tratta di gestire gli standard operativi e i livelli di servizio (Joloba et al., 2016; Tirivangani et al., 2021).

Tali comportamenti risultano spesso difficili da individuare e monitorare in modo continuativo, soprattutto quando le scelte operative, ad esempio relative all'approvvigionamento, alla gestione delle scorte o alla priorità assegnata alle forniture, non sono immediatamente osservabili o verificabili ex post. In assenza di strumenti di controllo e di monitoraggio adeguati da parte della pubblica amministrazione, queste asimmetrie informative possono tradursi in un disallineamento tra obiettivi contrattuali e risultati effettivi del servizio erogato (Joloba et al., 2016; Tirivangani et al., 2021). Nel complesso, la letteratura converge sul fatto che l'opportunismo non sia un rischio marginale, ma una criticità strutturale che richiede: contratti ben disegnati, indicatori bilanciati, sistemi di monitoraggio solidi e capacità pubbliche di monitoraggio, senza le quali il PPP rischia di ridurre, anziché aumentare, il valore pubblico generato (Jdidi et al., 2017; Barretta et al., 2008; Salangwa et al., 2025).

Divergenze tra le parti in termini di obiettivi

La letteratura evidenzia anche la presenza di divergenze tra obiettivi pubblici e privati, che possono generare tensioni nella definizione delle priorità del partenariato e nella gestione quotidiana del progetto. In sanità, l'attore pubblico tende a perseguire obiettivi di accesso, equità, qualità e sostenibilità, mentre l'attore privato è strutturalmente orientato a redditività, controllo dei rischi e stabilità dei flussi economici. (Waldrop et al., 2018; Hunter, 2011; Bak et al., 2025). Questa divergenza diventa particolarmente rilevante quando gli outcome di valore pubblico non sono facilmente traducibili in indicatori contrattuali. In tali casi, la letteratura mostra che il PPP può generare conflitti interpretativi su cosa significhi "performance" e su quali trade-off siano accettabili tra qualità, costi e accesso. (Timo Minssen et al., 2022; Hofman et al., 2014). La divergenza di obiettivi sul piano della distribuzione dei benefici può verificarsi anche nei PPP orientati a ricerca e innovazione: mentre la parte pubblica può concentrarsi su impatti generali, come l'accesso alla terapia e le capacità del sistema, la parte privata può concentrarsi sui ritorni, sulle proprietà intellettuali e sui vantaggi competitivi. È proprio in virtù di quanto appena detto che assumono importanza le decisioni governative e i meccanismi di riallineamento degli incentivi (Hunter 2011; Timo Minssen et al. 2022).

Difficoltà di misurare impatti di lungo termine

Un ultimo svantaggio rilevante riguarda la difficoltà di misurare gli impatti di lungo termine dei PPP, sia sul piano economico-finanziario sia in termini di outcome sanitari (qualità, prestazioni, accesso). La letteratura sottolinea che, in sanità, gli outcome sono spesso multidimensionali e influenzati da fattori esterni (politiche pubbliche, dinamiche demografiche, shock sanitari, innovazioni), rendendo complessa l'attribuzione causale tra PPP e risultati osservati. (Birla et al., 2012; Buse et al., 2020). Sul versante economico-finanziario, diversi contributi evidenziano che la valutazione del PPP può essere distorta se si considerano solo costi immediati o indicatori parziali, mentre gli impatti reali emergono lungo il ciclo di vita del progetto e dipendono da qualità della manutenzione, rinegoziazioni, cambiamenti di domanda e performance effettiva. (Caballer-Tarazona et al., 2016; Birla et al., 2012; Buse et al., 2020). Nei PPP di servizio clinico e accesso, la difficoltà di misurazione può generare anche problemi di governance: se gli indicatori non catturano le dimensioni di valore pubblico più rilevanti, aumenta il rischio di incentivi distorti e di conflitti tra i partner su ciò che debba essere considerato “successo” del partenariato. (Kostyak et al., 2017; Barretta et al., 2008; Borkowski et al., 2003). In sintesi, la letteratura interpreta la difficoltà di misurare impatti di lungo termine come una criticità trasversale che non solo limita la valutazione ex post, ma può influenzare negativamente la progettazione ex ante (indicatori troppo semplificati) e la gestione in itinere (monitoraggio poco informativo).

Nel loro insieme, i risultati della letteratura mostrano che gli svantaggi dei PPP nel settore sanitario si distribuiscono in modo fortemente eterogeneo, sia per contenuto sia per frequenza. Nel complesso, la distribuzione delle frequenze mostra che la letteratura concentra l'attenzione sulle criticità che incidono direttamente sulla capacità del PPP di mantenere nel tempo un equilibrio tra obiettivi pubblici e sostenibilità privata, in particolare opportunismo, rigidità contrattuale, trasparenza e qualità nella fase di contrattazione.

3.4 Sintesi critica dei risultati della review e implicazioni per la ricerca empirica

L'analisi della letteratura sui Public–Private Partnership nel settore sanitario evidenzia un quadro complesso e articolato, caratterizzato dalla coesistenza di benefici potenziali ampiamente riconosciuti e criticità strutturali ricorrenti. I vantaggi convergono chiaramente su alcune dimensioni chiave. Il principale asse di legittimazione dei PPP è il miglioramento della qualità dei servizi sanitari, seguito dalla condivisione del rischio e dall'aumento della copertura sanitaria. Queste aree costituiscono il nucleo "forte" dell'argomentazione a favore del partenariato, suggerendo che la letteratura tende a interpretare i PPP non tanto come strumento meramente finanziario quanto come meccanismo che migliora le prestazioni complessive del sistema sanitario. Tuttavia, nonostante questa convergenza sugli obiettivi dichiarati, la letteratura presenta significative differenze sulla capacità effettiva dei PPP di raggiungere obiettivi concreti.

In particolare, mentre alcuni contributi (Marjanović et al., 2020; McKee et al., 2006, Hunter et al., 2011; Torchia et al., 2018). enfatizzano il potenziale del PPP come leva di innovazione, efficienza e integrazione dei servizi, altri (Gustavsen et al., 2009; Ramiah et al., 2005) mettono in evidenza come tali benefici siano spesso condizionati da fattori istituzionali e organizzativi, quali disponibilità di competenze organizzative e difficile gestione contrattuale che ne limitano la replicabilità e la generalizzabilità. In questo senso, il PPP appare nella letteratura più come uno strumento contingente che come una soluzione universalmente efficace. Le criticità analizzate nel capitolo 3.3 rafforzano questa lettura problematica. La complessità contrattuale, la rigidità di lungo periodo temporale, il rischio di comportamenti opportunistici, le difficoltà di trasparenza e accountability e i problemi di misurazione degli impatti emergono come elementi strutturali, non marginali. In particolare, l'elevata frequenza con cui la letteratura richiama il rischio di opportunismo e le difficoltà di adattamento nel tempo segnala una tensione intrinseca tra la logica di stabilità richiesta dagli investimenti privati e la necessità di flessibilità tipica dei sistemi sanitari. Un aspetto particolarmente rilevante è che molti dei principali svantaggi colpiscono direttamente le stesse dimensioni che la letteratura identifica come fonti di valore. Ad esempio, la qualità dei servizi forniti è al tempo stesso il beneficio più citato e una delle cose più difficili da monitorare e valutare nel lungo periodo. Analogamente, se non supportata da capacità di governance pubblica adeguate, la condivisione del rischio, che viene spesso presentata come base teorica dei PPP, può portare a pratiche di trasferimento inefficaci o squilibrate. Uno dei principali nodi interpretativi che sono emersi dalla revisione è questo contrasto tra gli ambiti

di rischio e di valore. Di conseguenza, un primo aspetto cruciale emerge dal confronto delle posizioni convergenti e divergenti: la letteratura è solitamente colma di affermazioni sui benefici potenziali dei PPP, ma è più frammentata e meno definitiva quando si tratta di come possono essere utilizzati nella pratica. Le evidenze empiriche sono spesso diverse, dipendenti dal caso specifico e difficilmente comparabili, ma molti contributi parlano dei vantaggi in termini teorici o normativi. Il dibattito scientifico sui PPP in sanità è ancora confuso a causa di questa disparità tra i risultati osservati e le aspettative teoriche. La natura prevalentemente teorica di gran parte della letteratura costituisce un secondo elemento fondamentale. Molti studi utilizzano documenti contrattuali, report istituzionali o dati aggregati per analizzare PPP, ma prestano meno attenzione alle percezioni, alle pratiche operative e ai meccanismi decisionali degli attori. Di conseguenza, le dinamiche micro-organizzative e relazionali che influenzano in modo significativo il funzionamento del partenariato nel tempo sono spesso ignorate

Inoltre, l'analisi svolta in questo capitolo mostra che è presente una grande variabilità tra gli ambiti applicativi e i contesti istituzionali; tuttavia, la letteratura tende a trattare i PPP come unità analitiche relativamente omogenee. Ciò indica che c'è bisogno di ulteriore ricerca per comprendere come e perché determinati meccanismi funzionano in determinati contesti e falliscono in altri, piuttosto che semplicemente trovare vantaggi e svantaggi in astratto.

Dall'analisi della letteratura effettuata, emergono con chiarezza alcuni gap di ricerca che giustificano la seconda parte di questo elaborato. In primo luogo, vi è una carenza di studi che analizzino i PPP dal punto di vista degli attori direttamente coinvolti nella progettazione, gestione e governance del partenariato, soprattutto in relazione alla gestione delle criticità più ricorrenti individuate dalla letteratura. Questo limite è particolarmente rilevante in sanità, dove l'impatto delle scelte organizzative e contrattuali si riflette direttamente sulla qualità dei servizi per i pazienti. Inoltre, dalla revisione dei contributi scientifici emerge come la letteratura si concentri prevalentemente sulle infrastrutture ospedaliere o su specifici servizi sanitari, mentre risultano molto più limitati gli studi che analizzano in modo approfondito l'applicazione dei PPP nella logistica sanitaria, nonostante questa rappresenti una componente fondamentale per il funzionamento dei sistemi sanitari e per l'efficienza dei processi di erogazione delle cure. Quando la logistica sanitaria viene considerata, essa è spesso trattata come funzione di supporto o come componente accessoria di progetti più ampi, piuttosto che come ambito autonomo di analisi. Tale lacuna appare particolarmente rilevante se si considera il ruolo strategico che la logistica riveste nel funzionamento dei sistemi sanitari complessi e nella loro capacità di rispondere a shock, variazioni della

domanda e vincoli di risorse (Aronsson, Abrahamsson & Spens 2011; De Vries & Huijsman 2011). La limitata presenza di contributi dedicati ai PPP nella logistica sanitaria evidenzia la necessità di approfondimenti empirici che analizzino questo ambito in modo specifico, contribuendo a colmare un vuoto conoscitivo sia sul piano teorico sia su quello applicativo. In questo contesto si colloca la seconda parte della tesi, che, attraverso interviste qualitative e analisi empirica, si propone di approfondire le dinamiche di applicazione dei PPP nella logistica sanitaria. L'obiettivo è quello di offrire una comprensione più articolata dei principali vantaggi e fattori critici di successo, nonché degli svantaggi e delle barriere che possono emergere nell'attuazione di tali modelli di collaborazione in questo specifico ambito operativo.

PARTE 2: Analisi empirica basata su interviste semi-strutturate

L'analisi della letteratura condotta nella prima parte della tesi ha restituito un quadro articolato e non univoco del ruolo delle Public-Private Partnership nel settore sanitario. I contributi esaminati convergono nell'individuare una serie di potenziali benefici associati al modello, miglioramento della qualità dei servizi, condivisione del rischio, integrazione di competenze e orientamento alla performance, ma, al contempo, evidenziano criticità strutturali ricorrenti, quali rigidità contrattuale, opportunismo, difficoltà di misurazione degli impatti di lungo periodo e problemi di trasparenza. Tale coesistenza di elementi favorevoli e problematici suggerisce che il PPP non possa essere interpretato né come soluzione universalmente efficace né come modello intrinsecamente inefficiente, bensì come uno strumento il cui esito dipende da condizioni istituzionali, organizzative e relazionali specifiche. La letteratura, pur ampia e consolidata, tende tuttavia a concentrarsi prevalentemente su analisi di carattere teorico, comparativo o quantitativo, lasciando in secondo piano la dimensione esperienziale degli attori direttamente coinvolti nei partenariati. In particolare, nel contesto italiano e con riferimento all'ambito logistico sanitario, emergono lacune conoscitive relative alla percezione concreta dei professionisti, alle modalità operative con cui le partnership vengono implementate e ai fattori che, nella pratica, determinano il successo o il fallimento dei progetti. Se l'analisi della letteratura ha permesso di sistematizzare vantaggi e svantaggi ricorrenti, resta aperta la questione di come tali categorie teoriche si traducano nell'esperienza quotidiana di chi opera all'interno dei PPP applicati alla logistica sanitaria. Alla luce di tali considerazioni, si è ritenuto necessario affiancare all'analisi teorica una fase di indagine empirica, finalizzata a esplorare il fenomeno dal punto di vista degli attori coinvolti. L'obiettivo non è sostituire la letteratura esistente, ma metterla alla prova, verificarne la rispondenza alla realtà operativa e individuare eventuali elementi emergenti non ancora adeguatamente tematizzati negli studi accademici. In questo senso, la Parte 2 della presente tesi si configura come uno spazio di confronto tra teoria e pratica, volto a integrare le evidenze bibliografiche con dati qualitativi raccolti sul campo.

La scelta di adottare un approccio qualitativo basato su interviste semi-strutturate è coerente con la natura delle domande di ricerca formulate nella presente tesi, già riportate nell'introduzione e nel Capitolo 3.

L'utilizzo di interviste semi strutturate consente l'emersione di elementi inattesi, che permettono di arricchire o problematizzare le evidenze precedentemente acquisite (DiCiccio-Bloom & Crabtree, 2006; Bryman, 2016; Kvale & Brinkmann, 2009). I capitoli che seguono descrivono in modo dettagliato la costruzione e l'implementazione del protocollo empirico. Questa seconda parte di elaborato si prepone come obiettivo, oltre a quelli precedentemente citati, di garantire continuità metodologica rispetto alla base teorica precedentemente costruita, assicurando che il passaggio dalla letteratura all'osservazione empirica avvenga in modo coerente, trasparente e scientificamente fondato. L'integrazione finale tra risultati teorici ed evidenze empiriche, sviluppata nei capitoli conclusivi, permetterà di offrire una lettura complessiva e critica del fenomeno, contribuendo a chiarire in che misura il PPP in ambito sanitario rappresenti uno strumento efficace di governance e innovazione organizzativa.

CAPITOLO 4: Definizione del protocollo per condurre interviste

4.1 Ricerca bibliografica

La definizione del protocollo metodologico adottato nella presente ricerca è stata preceduta da un'analisi della letteratura finalizzata a individuare i principali orientamenti teorici e operativi relativi alla progettazione e conduzione di interviste qualitative. Tale fase non si configura come una revisione sistematica in senso stretto, bensì come una ricerca metodologica mirata, funzionale alla costruzione di una base teorica solida a supporto delle scelte effettuate nei capitoli successivi.

L'obiettivo della tesi non è creare un nuovo modello di protocollo di intervista, ma piuttosto applicare metodi metodologici solidi a un'indagine empirica specifica. Secondo questo punto di vista, la ricerca bibliografica ha avuto una natura strumentale in cui l'obiettivo era trovare contributi accademici e linee guida metodologiche per guidare la selezione dei partecipanti, la conduzione dell'interazione, la trascrizione e l'analisi dei dati.

La ricerca è stata condotta principalmente attraverso la banca dati Scopus, utilizzando keywords semplici e generali, quali "interview protocol design", "semi-structured interview methodology", "qualitative interview analysis", "expert interview methodology" e combinazioni analoghe. L'intento non era limitare l'indagine a uno specifico settore disciplinare, bensì intercettare contributi metodologici trasversali applicabili a contesti diversi. In parallelo, è stato utilizzato Google Scholar per ampliare lo spettro dei risultati e

intercettare articoli, capitoli di libro e linee guida metodologiche eventualmente non indicizzati o non immediatamente visibili tramite Scopus. In una prima fase si è tentato di individuare studi che applicassero interviste qualitative in ambito Public–Private Partnership nel settore sanitario, al fine di individuare esempi metodologicamente prossimi all’oggetto della ricerca. Tuttavia, tale ricerca non ha prodotto risultati sufficientemente specifici in relazione alla progettazione dettagliata del protocollo di intervista. Per questa ragione, l’attenzione si è progressivamente spostata dalla dimensione tematica (PPP in ambito sanitario) alla dimensione metodologica, privilegiando contributi che descrivessero in modo esplicito la struttura del protocollo, le modalità di selezione dei partecipanti, la gestione della conduzione e le tecniche di analisi dei dati. I paper ritenuti maggiormente rilevanti sono stati progressivamente raccolti e organizzati in un file Excel, nel quale per ciascun contributo sono stati annotati: titolo, autore, anno di pubblicazione e indicazioni metodologiche fornite rispetto alle principali fasi del processo di intervista. In particolare, per ogni articolo è stata verificata la presenza di indicazioni relative ai seguenti aspetti: (1) selezione dei soggetti da intervistare; (2) preparazione della guida; (3) conduzione dell’intervista; (4) modalità di registrazione e trascrizione; (5) strategie di analisi e codifica; (6) considerazioni etiche; (7) modalità di reporting dei risultati.

Pur non configurandosi come una revisione sistematica formalizzata secondo protocolli predefiniti, la procedura adottata ha garantito trasparenza nella selezione delle fonti e coerenza tra letteratura esaminata e struttura del protocollo elaborato. La base metodologica così costruita ha costituito il riferimento teorico per la definizione del protocollo di intervista descritto nei paragrafi successivi, assicurando che le scelte operative adottate nella ricerca empirica non fossero arbitrarie, ma fondate su orientamenti consolidati nella letteratura qualitativa.

Su queste basi metodologiche è stato quindi sviluppato il protocollo di ricerca empirica, articolato nelle seguenti fasi principali, che verranno illustrate nei paragrafi successivi:

1. Selezione dei soggetti da intervistare;
2. Preparazione dell’intervista;
3. Conduzione dell’intervista;
4. Trascrizione delle risposte;
5. Analisi e codifica delle risposte;
6. Aspetti etici;
7. Reporting.

4.2 Selezione dei soggetti da intervistare

La definizione di un protocollo di intervista qualitativa prende avvio dalla riflessione sulla selezione dei soggetti da coinvolgere (Moser & Korstjens). Tale fase non costituisce un passaggio meramente operativo, bensì una decisione che incide in modo determinante sulla natura e sulla qualità della conoscenza prodotta (Taherdoost, 2022). Nella ricerca qualitativa, infatti, il criterio di selezione non è la rappresentatività statistica, ma la rilevanza informativa rispetto al fenomeno oggetto di indagine (Moser & Korstjens, 2018). A differenza della ricerca quantitativa in cui l'obiettivo è stimare la distribuzione di una variabile all'interno di una popolazione, nella qualitativa è di comprendere in profondità processi, dinamiche e significati attraverso l'analisi di casi informativamente ricchi (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Jacob & Furgerson, 2012). La letteratura metodologica distingue diverse strategie di campionamento qualitativo (Moser & Korstjens, 2018; Taherdoost, 2022). Il campionamento per convenienza, che si basa sulla facilità di accesso ai partecipanti, ma presenta limiti significativi in termini di rigore teorico (Moser & Korstjens, 2018). Il campionamento per criteri prevede la selezione di soggetti che soddisfano determinate caratteristiche predefinite (Taherdoost, 2022). Il campionamento teorico evolve progressivamente durante la ricerca, guidato dalle categorie emergenti (Glaser & Strauss, 1967). Il campionamento intenzionale, infine, consiste nella selezione consapevole di soggetti ritenuti particolarmente competenti o informati rispetto al fenomeno studiato (Döringer, 2021; Moser & Korstjens, 2018). Un protocollo metodologico solido deve esplicitare quale strategia venga adottata e su quali presupposti teorici si fonda (Jacob & Furgerson, 2012). Quando l'oggetto di studio riguarda fenomeni complessi, processi decisionali, dinamiche organizzative o configurazioni istituzionali articolate, assume particolare rilievo l'intervista a esperti (Döringer, 2021; Abelein & Paech, 2014). L'esperto è un soggetto che, per ruolo professionale o posizione istituzionale, dispone di conoscenze specialistiche e di una visione privilegiata del sistema analizzato (Döringer, 2021;). L'intervista a esperti non è orientata alla narrazione biografica, ma all'accesso a informazioni tecniche, interpretazioni strategiche e valutazioni operative (Döringer, 2021; Abelein & Paech, 2014).

Un ulteriore elemento centrale nella selezione dei partecipanti è il principio di saturazione informativa (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Saunders et al. 2018). La ricerca qualitativa non stabilisce a priori un numero fisso di interviste, ma considera sufficiente il campione quando l'analisi delle nuove interviste non produce categorie concettuali sostanzialmente innovative (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Saunders et al. 2018). La saturazione costituisce

dunque un criterio qualitativo di completezza, coerente con l'obiettivo di approfondimento tipico dell'approccio interpretativo (Moser & Korstjens, 2018).

La selezione dei soggetti da intervistare deve pertanto essere guidata da criteri di competenza, pertinenza e capacità di contribuire in modo significativo alla comprensione del fenomeno, nel rispetto di una logica teoricamente fondata (Döringer, 2021; Moser & Korstjens, 2018).

4.3 Preparazione dell'intervista

La preparazione dell'intervista rappresenta la fase in cui il quadro teorico e gli obiettivi della ricerca vengono tradotti in uno strumento empirico strutturato (Jacob & Furgerson, 2012; Taherdoost, 2022). La definizione della guida di intervista richiede un processo di trasformazione dei concetti teorici in quesiti aperti, capaci di generare risposte articolate e analizzabili (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

Un principio guida nella progettazione dell'intervista è la coerenza tra domande di ricerca e formulazione dei quesiti (Jacob & Furgerson, 2012; Taherdoost, 2022). Ogni domanda deve essere direttamente riconducibile a una dimensione concettuale rilevante e contribuire alla raccolta di informazioni utili per rispondere agli obiettivi iniziali dello studio (Taherdoost, 2022). La letteratura raccomanda di evitare domande chiuse, privilegiando formulazioni aperte che stimolino descrizioni, esempi concreti e riflessioni interpretative (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Doody & Noonan, 2013). La scelta tra intervista strutturata, semi-strutturata e non strutturata costituisce un passaggio centrale nella definizione del protocollo (Taherdoost, 2022). L'intervista strutturata garantisce comparabilità elevata, ma limita la flessibilità esplorativa; quella non strutturata favorisce la spontaneità ma può compromettere la coerenza tematica, mentre quella semi-strutturata rappresenta una soluzione intermedia, combinando una guida tematica predefinita con la possibilità di approfondire aspetti emergenti (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Doody & Noonan, 2013; Taherdoost, 2022). La costruzione della guida prevede generalmente quattro momenti distinti: introduzione, domande di contesto, nucleo centrale tematico e conclusione (Taherdoost, 2022). L'introduzione serve per chiarire le finalità e le modalità della ricerca, contribuendo alla trasparenza del processo. Le domande di contesto consentono di inquadrare il profilo del partecipante e favoriscono un ingresso graduale nei temi più complessi (Taherdoost, 2022); il nucleo centrale, che è la parte di maggior rilievo, esplora in modo sistematico le dimensioni teoriche da analizzare. Infine, la conclusione offre spazio a considerazioni integrative e riflessioni prospettive (Taherdoost, 2022).

Un protocollo metodologicamente rigoroso include inoltre una fase di revisione e, ove possibile, di pre-test della guida (Taherdoost, 2022). Tale fase consente di verificare la chiarezza delle domande, la coerenza della sequenza e la sostenibilità temporale dell'intervista (Taherdoost, 2022).

4.4 Conduzione dell'intervista

La conduzione dell'intervista costituisce un momento in cui dimensione tecnica e dimensione relazionale si intrecciano (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Doody & Noonan, 2013). L'intervista qualitativa è un processo dialogico, nel quale il ricercatore non si limita a raccogliere informazioni, ma co-costruisce il significato attraverso l'interazione con l'intervistato (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Per la buona riuscita dell'intervista, risulta cruciale essere in grado di creare un clima di fiducia e positivo. (Taherdoost, 2022). Un principio metodologico inderogabile è la neutralità dell'intervistatore poiché le domande non devono minimamente orientare implicitamente le risposte, né suggerire valutazioni (Doody & Noonan, 2013). La semi-struttura, inoltre, consente l'utilizzo di tecniche di approfondimento, quali richieste di chiarimento o esemplificazione (Doody & Noonan, 2013). Tali tecniche devono essere impiegate con equilibrio, per approfondire senza deviare dal focus tematico (Doody & Noonan, 2013; Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022).

Un ulteriore aspetto riguarda la gestione del tempo e del ritmo dell'intervista (Taherdoost, 2022). La capacità di mantenere coerenza tematica, evitando dispersioni eccessive, rappresenta una competenza metodologica essenziale (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022). La registrazione dell'intervista, previo consenso informato, garantisce accuratezza nella fase successiva di trascrizione e analisi (Bolderston, 2012; Draeger et al., 2025; Weidener & Fischer, 2024).

4.5 Trascrizione delle risposte

La trascrizione rappresenta il passaggio che trasforma la conversazione orale in un corpus testuale analizzabile (Bolderston, 2012; Renjith et al., 2021). Essa non costituisce un'attività meramente meccanica, ma un momento di immersione nei dati che consente al ricercatore di familiarizzare con il materiale empirico (Braun & Clarke, 2006; Renjith et al., 2021).

Un protocollo deve definire il livello di dettaglio della trascrizione (Bolderston, 2012; Taherdoost, 2022). La trascrizione verbatim completa include pause, esitazioni e interiezioni, mentre una versione normalizzata può rendere il testo più fluido ma meno aderente alla

performance discorsiva originaria (Bolderston, 2012; Renjith et al., 2021). La scelta dipende dall'approccio analitico adottato (Mayring, 2014; Braun & Clarke, 2006).

La disponibilità di trascrizioni integrali consente di garantire tracciabilità, verificabilità e coerenza del processo analitico, oltre a facilitare il confronto sistematico tra le interviste (Tong et al., 2007; Weidener & Fischer, 2024; Abelein & Paech, 2014).

4.6 Analisi e codifica delle risposte

L'analisi delle interviste rappresenta il momento più rilevante dell'intero protocollo qualitativo, poiché è in questa fase che il materiale empirico viene trasformato in conoscenza scientificamente strutturata (Braun & Clarke, 2006; Mayring, 2014; Renjith et al., 2021). La raccolta dei dati, infatti, non produce automaticamente risultati interpretativi: è attraverso il processo di analisi che le narrazioni individuali vengono ricondotte a categorie concettuali e che il discorso empirico viene progressivamente elevato a livello teorico (Braun & Clarke, 2006; Mayring, 2014).

L'analisi qualitativa (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006; Renjith et al., 2021) non mira alla misurazione di variabili, bensì alla comprensione dei significati attribuiti dagli attori sociali alle proprie esperienze e pratiche (Renjith et al., 2021). La letteratura metodologica distingue diverse prospettive analitiche, ciascuna fondata su presupposti teorici differenti (Mayring, 2014; Braun & Clarke, 2006; Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022).

La grounded theory è stata sviluppata per la prima volta da Glaser e Strauss e si basa sull'idea che la teoria possa emergere gradualmente dai dati attraverso un processo costante di comparazione. La codifica aperta, assiale e selettiva costituiscono i tre livelli di analisi. Il testo viene diviso in piccole parti concettuali attraverso la codifica aperta; la codifica assiale studia le connessioni tra categorie; mentre la selettiva mette le categorie insieme in una struttura teorica solida (Glaser & Strauss, 1967). Quando l'obiettivo della ricerca è creare nuova teoria a partire dal materiale empirico, il metodo risulta particolarmente utile.

L'analisi qualitativa del contenuto, sistematizzata da Mayring (2014), si caratterizza per un processo di categorizzazione controllato e teoricamente orientato. La sistematicità procedurale, che mira a garantire la trasparenza e la replicabilità interpretativa, è l'elemento distintivo di questo approccio (Mayring, 2014).

Uno degli approcci più utilizzati negli studi organizzativi e sociali contemporanei è l'analisi tematica, formalizzata da Braun e Clarke (2006). Sebbene non sia limitato a una teoria in particolare, fornisce una tecnica flessibile per trovare pattern ripetuti nel corpus di dati (Braun & Clarke, 2006). Braun e Clarke propongono un processo articolato in sei fasi: (1)

familiarizzazione con i dati; (2) generazione dei codici iniziali; (3) ricerca dei temi; (4) revisione dei temi; (5) definizione e denominazione dei temi; (6) produzione del report (Braun & Clarke, 2006). Questo modello enfatizza la natura iterativa e riflessiva dell'analisi, riconoscendo il ruolo attivo del ricercatore nel processo interpretativo (Braun & Clarke, 2006).

Un nodo centrale nella definizione del protocollo analitico riguarda la distinzione tra approccio induttivo, deduttivo e abduttivo (o ibrido) (Mayring, 2014; Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022). Nel primo, le categorie emergono direttamente dai dati senza essere predeterminate dal quadro teorico (Braun & Clarke, 2006). Il ricercatore si avvicina al materiale empirico con un atteggiamento esplorativo, lasciando che siano le ricorrenze testuali a suggerire le strutture concettuali rilevanti (Braun & Clarke, 2006; Renjith et al., 2021). Questo approccio è coerente con prospettive costruttiviste, nelle quali la conoscenza è vista come emergente dall'interazione tra ricercatore e contesto (Renjith et al., 2021). Nell'approccio deduttivo, invece, l'analisi è guidata da categorie teoriche definite a priori (Mayring, 2014). Il corpus testuale viene esaminato alla luce di un modello concettuale preesistente, e l'obiettivo è verificare la presenza, l'intensità o la configurazione di determinate dimensioni teoriche (Mayring, 2014). Questo orientamento è particolarmente appropriato quando la ricerca si colloca all'interno di un quadro teorico consolidato e mira a testarne l'applicabilità empirica (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022). Tra questi due poli si colloca l'approccio abduttivo o ibrido, che combina categorie iniziali derivate dalla letteratura con apertura all'emersione di elementi inattesi (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022). L'abduzione, intesa come processo di inferenza che integra teoria e dato empirico, consente di mantenere un ancoraggio concettuale senza sacrificare la capacità esplorativa (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022). Nella ricerca organizzativa contemporanea, questo approccio è frequentemente adottato in quanto permette di evitare sia il rischio di forzare i dati entro categorie predefinite, sia quello di produrre interpretazioni prive di connessione teorica (Turner III & Hagstrom-Schmidt, 2022).

Dal punto di vista operativo, il processo di analisi qualitativa si sviluppa attraverso una sequenza di fasi interconnesse (Braun & Clarke, 2006; Mayring, 2014). La prima fase è la familiarizzazione, che implica letture ripetute delle trascrizioni al fine di acquisire una visione complessiva del corpus (Braun & Clarke, 2006). In questa fase il ricercatore inizia a individuare ricorrenze, tensioni e nodi concettuali (Braun & Clarke, 2006). Segue la codifica iniziale, che consiste nell'attribuzione di etichette a segmenti di testo rilevanti (Mayring, 2014). Il codice rappresenta un'unità di significato sintetica che cattura un contenuto

concettualmente rilevante (Mayring, 2014). I codici possono essere descrittivi (quando riassumono il contenuto esplicito del testo) oppure interpretativi (quando introducono un livello di astrazione superiore) (Braun & Clarke, 2006; Mayring, 2014). La fase successiva prevede l'aggregazione dei codici in categorie (Mayring, 2014). Le categorie rappresentano insiemi coerenti di codici che condividono una logica comune (Mayring, 2014). Attraverso questo processo si passa da una frammentazione iniziale del testo a una progressiva ricomposizione concettuale (Braun & Clarke, 2006). Infine, le categorie vengono integrate in temi o dimensioni centrali, che costituiscono la struttura interpretativa complessiva (Braun & Clarke, 2006). In questa fase il ricercatore costruisce una narrazione teorica che collega le evidenze empiriche al quadro concettuale di riferimento.

Un aspetto cruciale dell'analisi qualitativa riguarda la riflessività del ricercatore (Braun & Clarke, 2006). Poiché l'interpretazione non è neutra, ma influenzata dalle categorie cognitive e dalle aspettative teoriche del ricercatore, è necessario mantenere consapevolezza critica delle proprie assunzioni (Braun & Clarke, 2006; Renjith et al., 2021). La documentazione delle decisioni analitiche attraverso note metodologiche contribuisce alla trasparenza del processo (O'Brien et al., 2014; Tong et al., 2007).

La codifica può essere realizzata manualmente oppure con il supporto di software di analisi qualitativa (ad esempio MaxQDA o strumenti analoghi) (Mayring, 2014; Abelein & Paech, 2014; Weidener & Fischer, 2024). Tuttavia, la letteratura concorda nel ritenere che il rigore dell'analisi non dipenda dallo strumento utilizzato, bensì dalla sistematicità del procedimento, dalla coerenza interna delle categorie e dalla trasparenza del passaggio dai dati grezzi alle interpretazioni teoriche (Mayring, 2014; Braun & Clarke, 2006; O'Brien et al., 2014).

In conclusione, la definizione del protocollo analitico deve esplicitare in modo chiaro:

- (1) l'approccio adottato;
- (2) la logica inferenziale (induttiva, deduttiva o abduttiva);
- (3) le fasi operative della codifica;
- (4) le modalità di documentazione del processo interpretativo.

Solo attraverso tale esplicitazione è possibile garantire rigore metodologico, credibilità scientifica e coerenza tra evidenze empiriche e costruzione teorica (Tong et al., 2007).

4.7 Aspetti etici

La definizione di un protocollo di intervista deve includere una riflessione esplicita sugli aspetti etici (Tong et al., 2007; Renjith et al., 2021). L'intervista qualitativa implica l'accesso a informazioni personali o professionali che possono essere sensibili. È pertanto necessario garantire il consenso informato, chiarendo finalità, modalità di utilizzo dei dati e diritto di recesso (Tong et al., 2007). La tutela dell'anonimato e della riservatezza costituisce un principio fondamentale (Tong et al., 2007). I dati devono essere conservati in modo sicuro e utilizzati esclusivamente per gli scopi dichiarati (Tong et al., 2007). La trasparenza nei confronti dei partecipanti rafforza la credibilità e l'integrità della ricerca (Resnik, D.B. 2018). È inoltre necessario considerare la posizione del ricercatore e il possibile squilibrio di potere nell'interazione (Renjith et al., 2021). Un atteggiamento rispettoso e non invasivo contribuisce alla correttezza etica e alla qualità dei dati raccolti (Renjith et al., 2021).

4.8 Reporting

Il reporting rappresenta la fase conclusiva del protocollo metodologico e svolge una funzione essenziale di trasparenza e rendicontazione (Tong et al., 2007). La credibilità della ricerca qualitativa dipende dalla chiarezza con cui il ricercatore descrive il percorso seguito e le decisioni metodologiche adottate; quindi, è fondamentale esplicitare i criteri di selezione dei partecipanti, la struttura dell'intervista, le modalità di trascrizione e l'approccio analitico utilizzato (Tong et al., 2007). Il reporting non è un passaggio formale, ma una componente strutturale del protocollo (Resnik, D.B. 2018).

In sintesi, la ricognizione della letteratura metodologica ha permesso di delineare i principi fondativi che regolano la progettazione e l'implementazione di un protocollo di intervista qualitativa rigoroso. Il protocollo non può essere inteso come una sequenza meramente tecnica di passaggi procedurali, bensì come un'architettura metodologica integrata, nella quale ogni scelta deve essere esplicitata, argomentata e resa trasparente rispetto ai presupposti epistemologici adottati. Alla luce di tali considerazioni, il passaggio dalla dimensione teorica a quella empirica richiede una chiara esplicitazione delle modalità attraverso cui i principi individuati in letteratura vengono tradotti in scelte operative concrete. Nel capitolo successivo verrà pertanto illustrata la traccia di intervista elaborata, mettendo in evidenza la struttura logica delle domande, la loro articolazione interna e il collegamento con le dimensioni concettuali precedentemente discusse. Il capitolo seguente sarà invece dedicato alla descrizione dell'implementazione empirica del protocollo, con

riferimento ai criteri di selezione degli intervistati, alle modalità di conduzione delle interviste, al processo di trascrizione e ponendo particolare attenzione alle strategie di codifica e analisi adottate. Attraverso tale articolazione, si intende garantire continuità e coerenza tra fondamento teorico e applicazione empirica, assicurando che l'intero percorso di ricerca risulti metodologicamente giustificato, trasparente e scientificamente solido.

CAPITOLO 5: Progettazione della traccia dell'intervista

5.1 Descrizione della traccia

Questo capitolo descrive la traccia d'intervista elaborata al fine di individuare i principali gap presenti nella letteratura in merito alle Public–Private Partnership (PPP) in ambito logistico sanitario. La costruzione della traccia è stata guidata dal principio di allineamento tra obiettivi e domande di ricerca, quadro concettuale discusso nei capitoli teorici e dimensioni empiriche effettivamente “osservabili” attraverso l'esperienza degli stakeholder coinvolti nei PPP. In tale prospettiva, lo strumento è stato sviluppato secondo un'impostazione coerente con gli approcci strutturati di progettazione delle interviste descritti nel capitolo precedente, i quali raccomandano di verificare la congruenza tra quesiti di ricerca e quesiti d'intervista, organizzare la conversazione secondo una sequenza logica, sottoporre il protocollo a feedback esterno ed effettuare un pilot/pretest prima della somministrazione definitiva (Creswell & Poth, 2018; Yin, 2018; Van Teijlingen & Hundley, 2001).

La scelta di adottare interviste semi-strutturate risponde a una logica di coerenza tra oggetto di studio e metodo d'indagine. Quando il fenomeno osservato include componenti organizzative, relazionali e operative, quali governance, coordinamento tra attori e implementazione di processi logistici in contesto sanitario, la raccolta di dati qualitativi consente di accedere a significati, percezioni ed esperienze professionali difficilmente rilevabili attraverso strumenti completamente standardizzati (Bryman, 2016; Creswell & Poth, 2018). Le interviste semi-strutturate si fondano su un set di domande aperte predefinite, mantenendo tuttavia la flessibilità necessaria per seguire traiettorie emergenti nel dialogo con l'intervistato. Tale impostazione consente, simultaneamente, di garantire comparabilità tra le interviste e profondità interpretativa (Kvale & Brinkmann, 2009; Rubin & Rubin, 2012). In letteratura metodologica, un ulteriore punto di forza della semi-strutturazione è rappresentato dalla presenza di una guida concepita non come un copione rigido, bensì come una mappa di temi e quesiti chiave volta ad assicurare una copertura omogenea degli argomenti, lasciando al contempo spazio a chiarimenti e approfondimenti mirati (Kvale & Brinkmann, 2009). La traccia doveva quindi essere in grado di cogliere non soltanto gli esiti operativi (risultati e performance), ma anche gli elementi di contesto che li rendono possibili o, al contrario, li ostacolano (criticità, vincoli, leve di governo, fattori critici di successo). In coerenza con tale impostazione, la traccia è stata orientata per far emergere in che modo le scelte organizzative e di partnership si traducano in impatti logistici concreti.

La struttura dell'intervista è stata articolata in dieci domande suddivise in tre sezioni principali, secondo una progressione logica "dal contesto all'interpretazione". Le domande iniziali sono finalizzate all'inquadramento dell'intervistato e del suo osservatorio professionale, con l'obiettivo di chiarire la posizione dello stesso rispetto al fenomeno oggetto di studio, così da consentire una corretta interpretazione delle risposte. Nella ricerca qualitativa, infatti, l'ambito di esperienza, la profondità di conoscenza del tema e i ruoli organizzativi attuali e precedenti dell'intervistato influenzano inevitabilmente la prospettiva dalla quale vengono descritti vantaggi, limiti e criticità. Inoltre, le domande iniziali favoriscono la contestualizzazione e facilitano l'avvio graduale dell'interazione, contribuendo alla costruzione di un clima conversazionale (Rubin & Rubin, 2012). Tra le aree esplorate figurano il ruolo ricoperto, l'anzianità e le responsabilità, nonché il grado di coinvolgimento nell'ambito dei PPP.

La seconda sezione rappresenta il cuore dell'intervista. Inizialmente, ci si concentra su una valutazione complessiva del rapporto tra pubblico e privato; successivamente, approfondisce nel dettaglio gli impatti dei PPP sui processi logistici, facendo emergere aspetti positivi e negativi, nonché le condizioni che facilitano o impediscono il raggiungimento dei risultati. Sul piano contenutistico, questa sezione è stata progettata per indurre l'intervistato a descrivere i principali vantaggi e svantaggi riscontrati nell'utilizzo dello strumento, insieme ai fattori critici di successo e alle barriere incontrate nell'attuazione dei PPP. Sul piano formale, le domande sono state formulate in modo prevalentemente aperto e orientate ad aspetti concreti dell'esperienza, al fine di ridurre il rischio di risposte astratte o eccessivamente normative e di aumentare la densità informativa delle evidenze raccolte. Pur mantenendo spazio per narrazioni e dettagli inattesi, in linea con l'impostazione semi-strutturata, la guida ha previsto, come spunto iniziale di riflessione, un breve elenco puntato, non esaustivo, dei principali vantaggi e svantaggi individuati in letteratura. Tale sezione, come verrà discusso nei capitoli successivi, ha costituito la principale base di riferimento per la successiva fase di codifica delle interviste.

L'obiettivo della sezione finale era quello di indirizzare l'intervistato da una descrizione principalmente valutativa della propria esperienza a una riflessione sull'apprendimento e la trasferibilità: quali componenti del modello possono essere replicati, in quali condizioni e quali modifiche sono necessarie. Considerando che i contratti di PPP durano per un lungo periodo, emerge in modo strutturale il problema dell'evoluzione delle tecnologie, delle esigenze e degli assetti organizzativi, nonché della capacità del sistema di mantenere l'efficacia nel tempo. Di conseguenza, la valutazione prospettica consente di raccogliere informazioni sulla sostenibilità, sui vincoli e sui miglioramenti potenziali per il futuro.

In conclusione, la traccia è stata progettata per equilibrare due richieste: da un lato, garantire una copertura sistematica dei campi che richiedono risposte alle domande di ricerca, dall'altro, mantenere la flessibilità tipica dell'intervista semi-strutturata per consentire l'emergere di dimensioni che non sono completamente prevedibili ex ante. L'organizzazione in tre parti (profilo/esperienza; corpus centrale sugli impatti logistici; prospettive e replicabilità) risponde alla logica di contestualizzare la fonte informativa, raccogliere evidenze analitiche sul fenomeno e produrre insight trasferibili sotto forma di suggerimenti e condizioni di successo o insuccesso.

Tale impostazione risulta coerente con gli approcci di progettazione del protocollo che suggeriscono di costruire una “conversazione di ricerca” intenzionale e allineata (Kvale & Brinkmann, 2009; Creswell & Poth, 2018), rafforzandone l'affidabilità attraverso feedback esterni e sperimentazione preliminare dello strumento (Van Teijlingen & Hundley, 2001; Yin, 2018). Inoltre, l'attenzione dedicata alla progettazione e alla validazione della traccia contribuisce alla qualità complessiva della ricerca qualitativa in termini di trasparenza e solidità del processo. In letteratura, tale qualità viene spesso discussa attraverso i criteri di trustworthiness, credibilità, trasferibilità, dipendibilità e confermabilità, e attraverso pratiche volte ad accrescere la fiducia del lettore nella coerenza tra dati raccolti e interpretazioni proposte (Lincoln & Guba, 1985).

5.2 Pre-test della traccia d'intervista

La fase di pretest ha rappresentato un momento cruciale nel processo di costruzione dello strumento di indagine, configurandosi non come un mero controllo formale, bensì come una vera e propria fase di validazione metodologica. In una ricerca qualitativa, infatti, la qualità dello strumento di raccolta dati incide direttamente sulla profondità e sull'affidabilità delle evidenze empiriche successivamente analizzate (Lincoln & Guba, 1985). Coerentemente a quanto sopra riportato, la fase di pretest è stata concepita nell'ottica di verificare, oltre alla chiarezza delle domande, anche la coerenza tra la struttura dell'intervista, il framework teorico di riferimento e gli obiettivi di ricerca (Creswell & Poth, 2018). L'obiettivo era duplice: da un lato, garantire che ogni richiesta fosse utile per comprendere le dinamiche delle partnership pubblico-privato nel settore sanitario, con particolare attenzione alla componente logistica; dall'altro, garantire che lo strumento potesse produrre risposte ricche, metodologicamente coerenti e non ridondanti. La prima versione della traccia conteneva dodici domande principali, ciascuna accompagnata da una domanda di prova e da un follow-up che sono stati esplicitamente riportati nel protocollo. L'obiettivo di questa strategia era quello di guidare l'approfondimento del tema in modo

tempestivo, ridurre il rischio di dispersione e garantire una copertura sistematica di tutte le dimensioni rilevanti (vantaggi, criticità, fattori di successo, barriere, implicazioni logistiche). Ma questa struttura potrebbe essere eccessivamente rigida sul piano operativo.

La formalizzazione di probe e follow-up per ogni domanda rischiava infatti di irrigidire l'interazione, trasformando l'intervista in una sequenza eccessivamente guidata e potenzialmente limitante rispetto alla spontaneità narrativa dell'intervistato.

La traccia è stata valutata da Gabriel Castelblanco, professore alla University of Florida e da Giulio Mangano professore del Politecnico di Torino, al fine di verificarne l'idoneità sotto diversi profili: adeguatezza strutturale, profondità contenutistica, coerenza con gli obiettivi di ricerca e un equilibrio tra ampiezza tematica e focalizzazione analitica. La valutazione complessiva è stata favorevole: L'intervista è stata considerata affidabile e accurata. Le modifiche proposte hanno riguardato principalmente aspetti formali e di ottimizzazione metodologica, senza cambiare significativamente il contenuto.

In seguito al pretest, è stata ulteriormente rafforzata la fase introduttiva, nella quale è stato esplicitamente richiesto il consenso alla registrazione e chiarito l'utilizzo esclusivo dei dati a fini di ricerca, con garanzia dell'anonimato. Tale formalizzazione ha contribuito a consolidare la trasparenza etica e a strutturare l'avvio dell'intervista come momento metodologicamente definito, non lasciato all'improvvisazione. Un secondo intervento rilevante ha riguardato l'eliminazione delle domande di probe e follow-up dalla traccia formalizzata. Pur mantenendo la natura semi-strutturata dell'intervista, la scelta di non riportare esplicitamente tali approfondimenti nel protocollo ha incrementato la flessibilità operativa dello strumento. L'eliminazione delle probe scritte ha pertanto ampliato lo spazio di libertà narrativa dell'intervistato, favorendo l'emersione di elementi inattesi e riducendo la percezione di rigidità strutturale.

Ulteriori interventi hanno riguardato l'ottimizzazione della struttura centrale. Nella versione pretest, le domande 3 e 4 erano dedicate rispettivamente ai vantaggi generali dei PPP in ambito sanitario e a quelli specifici riscontrati in ambito logistico. Sebbene concettualmente distinte, tali dimensioni tendevano a sovrapporsi nella pratica, poiché la logistica rappresenta una componente intrinseca del sistema sanitario. Nella versione definitiva, present le due domande sono state quindi accorpate in un unico quesito (attuale domanda 3), integrando esplicitamente il riferimento alla logistica all'interno della riflessione sui vantaggi complessivi. La coerenza concettuale è stata rafforzata e il rischio di frammentazione delle risposte è stato ridotto grazie a questo accorpamento. Procedura simile è stata utilizzata per le domande 5 e 6 della traccia precedente, che riguardavano gli svantaggi generali dei PPP e i problemi logistici specifici. Anche in questo caso, le due dimensioni sono state integrate in una sola domanda (attuale

domanda 4). Ciò ha permesso di trattare le criticità in modo più organico, di evitare ripetizioni e di aumentare la densità informativa delle risposte attese.

Nel complesso, l'architettura teorica della traccia non è stata modificata dalle modifiche apportate, ma è stata migliorata sotto vari aspetti metodologici: maggiore linearità, meno ridondanza, più flessibilità dialogica e maggiori garanzie etiche. Quindi, il pretest ha svolto una funzione di consolidamento scientifico, confermando la solidità della progettazione iniziale e contribuendo a rendere l'intervista uno strumento più equilibrato, aperto e in grado di generare evidenze empiriche profonde e coerenti con gli obiettivi della ricerca.

Le due diverse tracce di intervista, versione pretest e definitiva, sono riportate rispettivamente in *Appendice D* e *Appendice E*.

CAPITOLO 6: Metodologia di analisi dei dati qualitativi

Il presente capitolo descrive l'approccio metodologico adottato per l'analisi dei dati qualitativi raccolti attraverso le interviste semi-strutturate. Dopo aver definito il protocollo metodologico della ricerca (Capitolo 4) e progettato la traccia di intervista (Capitolo 5), risulta necessario esplicitare in modo sistematico il processo attraverso il quale il materiale empirico raccolto è stato progressivamente trasformato in evidenze.

Il capitolo è suddiviso in cinque sezioni che affrontano le principali fasi del processo di analisi. I metodi di raccolta e conduzione dei dati sono descritti nella prima sezione, spiegando i criteri per la selezione degli intervistati, l'organizzazione operativa delle interviste e le principali decisioni metodologiche prese durante il processo di raccolta del materiale empirico. La trascrizione e la strutturazione del corpus testuale sono spiegate nella seconda sezione, con particolare enfasi sulle operazioni di revisione, normalizzazione e organizzazione tematica che hanno consentito la costruzione di una base dati coerente e analizzabile. Il processo di codifica dei dati, fase in cui vengono esaminate le trascrizioni, poi suddivise in unità di significato ed organizzate in codici analitici, è trattato nella terza sezione. Il processo di aggregazione e interpretazione dei codici che ha portato all'identificazione delle principali categorie analitiche utilizzate per interpretare i risultati della ricerca è descritto nella quarta sezione. Infine, la quinta sezione affronta le questioni relative alla validità, all'affidabilità e alla triangolazione del processo di analisi, con l'obiettivo di esplicitare i metodi utilizzati per garantire la robustezza metodologica e la credibilità delle evidenze che sono emerse.

6.1 Modalità di conduzione e raccolta dei dati

Coerentemente con l'impostazione metodologica delineata nel Capitolo 4, nel quale è stata discussa in modo approfondito la selezione dei partecipanti nell'ambito della ricerca qualitativa, la fase empirica è stata costruita adottando una strategia di campionamento intenzionale (*purposive sampling*). Come evidenziato da Palinkas et al. (2015), tale approccio risulta particolarmente idoneo quando l'obiettivo della ricerca non è la rappresentatività statistica, bensì l'accesso a soggetti informativamente ricchi, dotati di competenze specifiche e di una posizione privilegiata rispetto al fenomeno indagato.

Nel caso delle Public–Private Partnership in ambito logistico sanitario, caratterizzate da elevata complessità organizzativa, interdipendenza tra attori istituzionali, vincoli normativi e contrattuali di lungo periodo e presenza di interessi potenzialmente divergenti tra le parti, la comprensione del fenomeno richiede l'accesso a prospettive qualificate e situate. La scelta di intervistare esperti

direttamente coinvolti nella progettazione, implementazione o gestione dei partenariati si configura pertanto come metodologicamente coerente con il quadro teorico discusso al paragrafo 4.2.

Il campione è stato costruito selezionando professionisti con esperienza pluriennale nel settore, tutti attualmente inseriti in ruoli di responsabilità gestionale o dirigenziale. La selezione non è stata casuale né meramente opportunistica, ma guidata da un criterio di equilibrio strutturale tra le due componenti costitutive del modello di PPP. Sono stati infatti inclusi tre rappresentanti del settore pubblico (PUB_1, PUB_2, PUB_3) e quattro rappresentanti del settore privato (PRIV_1, PRIV_2A, PRIV_2B, PRIV_3).

È opportuno precisare che una delle interviste private è stata condotta con la partecipazione di due professionisti appartenenti alla stessa organizzazione. Durante l'intervista i due interlocutori si sono alternati nella discussione dei diversi temi, senza sovrapporsi nelle risposte alle singole domande. Per questa ragione, nella fase descrittiva dell'indagine essi sono stati considerati come due partecipanti distinti. Tuttavia, ai fini dell'analisi e della codifica qualitativa, i contributi sono stati trattati come un'unica unità di intervista, in quanto raccolti all'interno del medesimo contesto discorsivo.

Nel contesto dei PPP, pubblico e privato sono non solo due attori separati, sono anche due razionalità organizzative, sistemi di incentivi e logiche decisionali che potrebbero divergere. Il settore pubblico opera entro limiti normativi, obblighi istituzionali e obiettivi di servizio; invece, le priorità del settore privato sono l'efficienza, la sostenibilità economica e la gestione del rischio imprenditoriale. Un campione sbilanciato potrebbe fornire un'interpretazione parziale del fenomeno, evidenziando vantaggi o criticità in base alle posizioni istituzionali dominanti. La costruzione sostanzialmente simmetrica del campione ha avuto, quindi, come obiettivo ultimo quello di aumentare la solidità interpretativa dell'analisi, promuovendo un confronto strutturato tra i due diversi punti di vista.

La raccolta dei dati è stata organizzata in due blocchi distinti: in una prima fase sono state condotte le tre interviste con i rappresentanti del settore pubblico, seguite, in una seconda fase, dalle tre interviste con i rappresentanti del settore privato. Nel corso delle prime tre interviste sono emerse alcune ricorrenze tematiche lato pubblico, relative in particolare a specifici aspetti organizzativi e contrattuali del modello di PPP. Pur mantenendo invariata la struttura della traccia e senza introdurre modifiche suggestive o orientate, tali ricorrenze hanno contribuito ad accrescere la sensibilità analitica dell'autore di questa tesi nella fase successiva. Nella conduzione del secondo blocco di interviste, relativo al settore privato, vi è stata pertanto una maggiore attenzione interpretativa verso quei medesimi nodi tematici, accompagnata al contempo dalla volontà di comprendere quale fosse il focus e la prospettiva "dall'altra parte della medaglia". Questa dinamica riflette la natura intrinsecamente iterativa della ricerca qualitativa, nella

quale raccolta dei dati e riflessione interpretativa si sviluppano in modo progressivo e dialogico (Miles, Huberman & Saldaña, 2014).

Le interviste si sono svolte nell'arco di sette settimane, includendo una interruzione coincidente con il periodo delle festività natalizie. Ciascun colloquio ha avuto una durata media di circa un'ora, tempo ritenuto adeguato a consentire un'esplorazione approfondita delle dimensioni tematiche individuate nella traccia descritta nel Capitolo 5.

Dal punto di vista operativo, cinque interviste sono state condotte interamente in modalità online tramite la piattaforma Microsoft Teams, mentre una si è svolta in modalità ibrida, con l'intervistato principale in presenza e parte del gruppo di ricerca collegata da remoto. La scelta di ricorrere prevalentemente alla modalità online è stata motivata principalmente da ragioni logistiche, legate alla distribuzione geografica dei partecipanti, operanti in contesti territoriali differenti. Inoltre, considerando i ruoli professionali degli intervistati, caratterizzati da elevati livelli di responsabilità e da agende lavorative particolarmente dense, la modalità online ha consentito una maggiore flessibilità organizzativa e una riduzione dei tempi di coordinamento, facilitando la partecipazione all'indagine senza compromettere la qualità dell'interazione. Tutte le sessioni sono state registrate previo consenso informato dei partecipanti, in conformità con i principi etici richiamati nel Capitolo 4. La registrazione ha consentito di preservare integralmente il contenuto delle conversazioni, riducendo il rischio di perdita informativa e garantendo accuratezza nella successiva fase di trascrizione e analisi.

Al fine di tutelare la riservatezza, a ciascun partecipante è stato attribuito un codice identificativo alfanumerico (PRIV_1, PRIV_2A, PRIV_2B, PRIV_3; PUB_1, PUB_2, PUB_3), utilizzato nelle successive fasi di analisi e citazione.

Nella seguente tabella, ordinata in ordine cronologico, rispetto alla data in cui è stata effettuata l'intervista, vengono riportate informazioni circa l'attuale posizione ricoperta dagli intervistati ed il codice identificativo assegnato.

Attuale ruolo	Data intervista	Identificativo
Direttore centrale regionale acquisti	09/12/2025	PUB_1
Direttore generale	12/01/2026	PUB_2
Direttore logistica	13/01/2026	PUB_3
Responsabile commerciale logistica	20/01/2026	PRIV_1
Responsabile ufficio progettazione	22/01/2026	PRIV_2A
Direttore strategico	22/01/2026	PRIV_2B
Direttrice area acquisti	26/01/2026	PRIV_3

Tabella 5 | Informazioni delle interviste

Infine, la traccia di intervista non è stata trasmessa preventivamente ai partecipanti, ma condivisa esclusivamente al momento dell'incontro. Tale scelta, coerente con la natura semi-strutturata dello strumento, è stata motivata dall'intento di favorire risposte spontanee e ridurre il rischio di preparazione strategica delle argomentazioni, preservando così l'autenticità del materiale empirico raccolto (Kvale & Brinkmann, 2009).

6.2 Procedura di trascrizione

La fase di trascrizione ha rappresentato un passaggio metodologicamente centrale nel processo di costruzione del dataset, configurandosi non come una mera attività tecnica di sbobinatura, bensì come una prima fase di strutturazione analitica del materiale raccolto. In linea con quanto discusso nel Capitolo 4, la trascrizione è stata intesa come momento di immersione nei dati, funzionale non solo alla trasformazione del discorso orale in testo scritto, ma anche alla progressiva familiarizzazione con i contenuti emersi nel corso delle interviste.

Le interviste sono state inizialmente sottoposte a trascrizione automatica mediante il sistema integrato della piattaforma Microsoft Teams. L'output generato dal software presentava tuttavia due limiti principali: possibili imprecisioni di riconoscimento lessicale e assenza di una strutturazione coerente con la traccia dell'intervista, in quanto il testo risultava organizzato come flusso lineare di conversazione non suddiviso per domanda. Per questo motivo, è stata condotta una revisione approfondita di ogni trascrizione ascoltando completamente la registrazione audio. Attraverso questa fase, è stato possibile correggere eventuali errori automatici, recuperare passaggi non correttamente riconosciuti e mantenere il contesto generale del discorso. Il testo è stato poi rielaborato in una forma standard: sono state eliminate intercalari, esitazioni e ripetizioni difficili da capire, mantenendo comunque i contenuti concettuali e le espressioni tecniche utilizzate dagli intervistati. Tale scelta è stata orientata a migliorare la leggibilità del testo senza alterarne il significato sostanziale né la logica argomentativa originaria. Un ulteriore passaggio ha riguardato la strutturazione tematica del materiale. Poiché la trascrizione automatica non distingueva le risposte in funzione delle domande della traccia, il testo è stato riorganizzato collocando ciascun contributo sotto la domanda maggiormente pertinente. In alcuni casi, ciò ha comportato lo spostamento di particolari fasi rispetto alla sequenza della conversazione originale. Questa modifica è stata eseguita solo quando strettamente necessario a garantire la coerenza tematica e la comparabilità tra le interviste. Dopo la rielaborazione e la ristrutturazione tematica, ogni trascrizione è stata rilevata a

fondo e confrontata con l'audio per garantire che il corpus fosse completo e che nessun concetto importante fosse stato omissso o modificato.

Il processo è stato inoltre sottoposto a revisione esterna da parte della docente relatrice e del dottorando coinvolto nella supervisione scientifica. Tale confronto ha portato, in alcuni casi, a suggerimenti di approfondimento di specifici passaggi o alla ricollocazione di determinate affermazioni sotto domande ritenute più coerenti dal punto di vista tematico. Attraverso questo processo multilivello, trascrizione automatica, revisione manuale, normalizzazione linguistica, riorganizzazione tematica controllata e confronto esterno, il corpus finale si configura come un insieme di trascrizioni strutturate, concettualmente fedeli al materiale originario e coerenti con l'architettura della guida di intervista, costituendo la base per la successiva fase di analisi e codifica.

6.3 Codifica dei dati

Una volta completata la trascrizione e la strutturazione tematica dell'intero corpus di interviste, è stata avviata la fase di codifica dei dati. Nella ricerca qualitativa, la codifica rappresenta il passaggio attraverso il quale il materiale testuale viene progressivamente scomposto, organizzato e ricondotto a unità di significato analiticamente rilevanti, costituendo il primo livello di interpretazione sistematica del corpus empirico (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Il processo di analisi è stato inoltre ispirato ai principi del Gioia Method, approccio metodologico ampiamente utilizzato negli studi qualitativi basati su interviste, che consente di strutturare in modo rigoroso il passaggio dai dati empirici alla costruzione concettuale teorica (Gioia, Corley & Hamilton, 2013). In particolare, il processo di codifica descritto è il seguente: in una prima fase vengono individuati concetti di primo ordine, mantenendo una forte aderenza al linguaggio e alle espressioni utilizzate dagli intervistati; successivamente, tali concetti vengono progressivamente aggregati e, infine, i temi precedentemente individuati vengono ulteriormente ricondotti a dimensioni aggregate. Tale approccio permette di sintetizzare e organizzare i risultati emersi in categorie analitiche coerenti con gli obiettivi della ricerca (Gioia, Corley & Hamilton, 2013). I diversi livelli analitici individuati verranno ripresi e discussi in modo più approfondito nel corso del capitolo.

Il processo di codifica è stato avviato a partire dalle interviste relative al settore privato. Tale scelta è stata motivata dalla maggiore densità informativa e dalla più ampia articolazione concettuale emersa nelle risposte degli attori privati, che hanno espresso un numero maggiore di considerazioni operative, organizzative e strategiche rispetto al funzionamento delle partnership pubblico-private. Iniziare la codifica da questo blocco di interviste ha consentito di individuare una prima base di concetti ricorrenti

e costruire progressivamente un insieme iniziale di codici analitici, successivamente utilizzato come riferimento nella codifica delle ulteriori interviste. La codifica è stata condotta attraverso un processo di analisi sistematica delle trascrizioni, procedendo frase per frase o, più precisamente, per unità di significato. Nella maggior parte dei casi, a ciascuna frase della trascrizione è stato associato un singolo codice di primo livello. Tuttavia, al fine di preservare la coerenza concettuale dell'analisi, sono state adottate alcune regole di flessibilità nella segmentazione del testo. In particolare, in presenza di due frasi consecutive che esprimevano un unico concetto analitico, queste sono state considerate come una singola unità di significato e codificate con un unico codice. Al contrario, quando una singola frase conteneva due concetti distinti, è stata suddivisa in due unità separate, ciascuna delle quali codificata individualmente. Questo processo di segmentazione ha permesso di mantenere un'elevata fedeltà al contenuto delle dichiarazioni degli intervistati, evitando al contempo una semplificazione eccessiva delle informazioni.

L'assegnazione dei codici di primo livello è stata effettuata prevalentemente utilizzando parole o espressioni direttamente tratte dalle frasi degli intervistati. In molti casi, il codice coincide quindi con una formulazione molto vicina al linguaggio utilizzato nel discorso originale. Questo approccio, comunemente definito *in vivo coding* nella letteratura metodologica sulla ricerca qualitativa, consente di mantenere una forte aderenza ai dati empirici, riducendo il rischio di sovrainterpretazioni premature e preservando il significato originario delle affermazioni (Miles, Huberman & Saldaña, 2014). Parallelamente alla definizione dei codici, è stata costruita una tabella Excel, utilizzata come database strutturato per l'organizzazione del processo analitico. Per ciascuna unità di significato identificata nelle trascrizioni sono state registrate diverse informazioni: l'identificativo dell'intervistato, la citazione testuale, un indicatore relativo alla novità o meno del codice utilizzato, il codice di primo livello assegnato e una spiegazione analitica del codice stesso. La colonna relativa alla novità del codice è stata utilizzata per distinguere tra codici introdotti per la prima volta e codici già precedentemente utilizzati nel corso della codifica. In particolare, è stato utilizzato l'indicatore "Y" (*Yes*) per segnalare l'introduzione di un nuovo codice, mentre l'indicatore "N" (*No*) è stato utilizzato quando la citazione analizzata esprimeva un concetto già precedentemente identificato e quindi associabile a un codice già esistente. Nei casi in cui un determinato concetto emergeva nuovamente nel corpus delle interviste, il codice assegnato veniva ripreso mantenendo invariata sia la denominazione sia la relativa spiegazione analitica precedentemente definita. Per ciascun codice di primo livello è stata infatti costruita una definizione esplicativa univoca, stabilendo una corrispondenza biunivoca tra codice e significato interpretativo. Tale corrispondenza, codice-spiegazione, è stata riportata in *Appendice F*.

In questo modo, ogni volta che un determinato concetto ricorreva nel corpus delle interviste, esso veniva ricondotto allo stesso codice e alla stessa definizione analitica, evitando ambiguità interpretative e assicurando stabilità concettuale nel processo di codifica. Un'ulteriore specificità della struttura del database riguarda le domande relative ai vantaggi e agli svantaggi delle partnership pubblico-private. Per queste due sezioni della traccia di intervista sono state introdotte colonne aggiuntive denominate rispettivamente “vantaggi” e “svantaggi di riferimento”. Tali colonne hanno consentito di collegare ciascuna citazione al vantaggio o allo svantaggio specifico cui faceva riferimento, facilitando la successiva aggregazione dei dati e la comparazione tra le diverse prospettive emerse nel corso delle interviste.

La fase di codifica di primo livello ha rappresentato il passaggio intermedio tra la trascrizione delle interviste e la costruzione delle categorie interpretative di livello superiore. I codici individuati costituiscono infatti le unità analitiche di base a partire dalle quali, nella sezione successiva, verrà sviluppato il processo di identificazione delle principali categorie analitiche utilizzate per interpretare i risultati della ricerca.

6.4 Identificazione delle categorie analitiche

Una volta completata la fase di codifica di primo livello descritta nella sezione precedente, il processo analitico è proseguito con una fase di revisione e aggregazione dei codici, finalizzata all'individuazione delle principali categorie interpretative utilizzate per organizzare e interpretare i risultati della ricerca.

La prima fase di codifica, fortemente aderente al linguaggio degli intervistati, aveva infatti prodotto un numero elevato di codici analitici. Inizialmente, solo per le interviste private, sono stati identificati circa 130 codici, molti dei quali derivavano direttamente dalle espressioni utilizzate dagli intervistati nel corso delle interviste. Un'analisi più approfondita ha tuttavia evidenziato come numerosi di questi codici differissero tra loro soltanto per lievi variazioni linguistiche. In molti casi, infatti, gli intervistati descrivevano lo stesso fenomeno utilizzando formulazioni leggermente diverse o enfatizzando aspetti marginalmente differenti di uno stesso tema. Per questa ragione si è proceduto a una fase di revisione sistematica dei codici, effettuata separatamente sia per le interviste a soggetti privati che pubblici, volta a individuare sovrapposizioni concettuali e ridurre la frammentazione terminologica emersa nella prima fase di codifica. Durante questo processo di consolidamento, i codici semanticamente equivalenti o fortemente simili sono stati accorpati e ridenominati attraverso una formulazione univoca capace di rappresentare in modo sintetico il concetto comune espresso dalle diverse citazioni. Questa operazione

ha consentito di razionalizzare l'insieme dei codici senza perdere il legame con il contenuto originario delle dichiarazioni degli intervistati. Al termine di questa fase di revisione il numero complessivo di codici di primo livello è stato ridotto a 38 per i soggetti privati e 27 per quelli pubblici.

Successivamente è stata avviata una seconda fase di analisi finalizzata all'individuazione di relazioni concettuali tra i diversi codici di primo livello. Attraverso un processo iterativo di confronto, i codici sono stati progressivamente raggruppati sulla base della loro similarità semantica e del fenomeno organizzativo cui facevano riferimento. Questo processo di aggregazione ha condotto all'identificazione di 13 categorie interpretative di livello superiore che rappresentano i principali macro-temi emersi dall'analisi delle interviste. Le categorie così individuate costituiscono la struttura tematica attraverso la quale vengono organizzati i risultati empirici della ricerca. Al fine di garantire la massima trasparenza metodologica del processo analitico, in *Appendice G* è riportata la tabella completa di codifica relativa alle interviste condotte con gli attori privati, comprensiva dei codici di primo livello revisionati e delle relative categorie tematiche di appartenenza. L'*Appendice H* riporta una struttura analoga con riferimento al processo di codifica delle interviste realizzate con i soggetti appartenenti al settore pubblico. Un ulteriore livello di analisi ha riguardato la classificazione dei codici in relazione alla natura delle valutazioni espresse dagli intervistati. In particolare, è stata introdotta una distinzione tra diverse tipologie di contenuto, quali vantaggi, svantaggi, fattori critici di successo, barriere, sfide, rischi o possibili sviluppi futuri delle partnership. Per effettuare questa classificazione è stata introdotta nel database una colonna aggiuntiva denominata "domanda fittizia". Tale variabile consente di attribuire a ciascuna citazione una classificazione tematica coerente con il contenuto espresso, indipendentemente dalla domanda specifica dell'intervista in cui la citazione è stata formulata. Questa scelta metodologica risponde alla natura dialogica delle interviste qualitative, nelle quali gli intervistati possono introdurre riflessioni relative a vantaggi, criticità o prospettive future anche in risposta a domande non esplicitamente dedicate a tali aspetti. Attraverso l'utilizzo della "domanda fittizia" è stato quindi possibile classificare i contenuti sulla base del loro significato analitico effettivo, senza alterare la tracciabilità del contesto originario della citazione. È importante sottolineare che questa nuova variabile non ha sostituito l'informazione relativa alla domanda originale dell'intervista. Il numero della domanda reale è stato infatti mantenuto nel database per preservare la completa tracciabilità del materiale empirico. La colonna relativa alla domanda fittizia è stata quindi introdotta come informazione aggiuntiva, con la sola funzione di consentire una lettura trasversale dei contenuti in base alla loro natura tematica. Tale colonna è stata valorizzata secondo la seguente legenda: 3 quando l'unità informativa interpreta il concetto come vantaggio; 4 quando viene presentato come svantaggio; 5 quando è identificato come fattore critico di

successo; 6 quando rappresenta una barriera; 7s quando è descritto come sfida da cogliere o opportunità di sviluppo; 7r quando è interpretato come possibile rischio; 8 quando viene proposto come elemento di cambiamento o prospettiva di sviluppo futuro.

Attraverso questo processo di revisione, aggregazione e classificazione dei codici, è stato possibile costruire una struttura analitica coerente che collega in modo sistematico le citazioni degli intervistati, i codici di primo livello e le categorie interpretative utilizzate per l'analisi dei risultati della ricerca.

6.5 Validità, affidabilità e triangolazione

Nella ricerca qualitativa, la solidità metodologica non viene valutata attraverso criteri di generalizzabilità statistica, ma attraverso la trasparenza e la coerenza del processo analitico che conduce dai dati empirici alla costruzione dei risultati (Lincoln & Guba, 1985; Tracy, 2010). Per questo motivo, particolare attenzione è stata dedicata alla definizione di procedure in grado di garantire validità interpretativa, affidabilità del processo di analisi e trasparenza nella ricostruzione del percorso metodologico.

La stretta aderenza tra i dati raccolti e il processo di codifica rappresenta un primo elemento a supporto della validità dell'analisi. I codici di primo livello sono stati infatti costruiti prevalentemente utilizzando espressioni direttamente tratte dal linguaggio degli intervistati, attraverso un approccio di codifica fortemente ancorato al contenuto delle dichiarazioni.

Un secondo elemento di validità deriva dalla struttura del processo di codifica adottato. L'analisi è stata condotta attraverso una procedura sistematica che ha previsto la segmentazione delle trascrizioni in unità di significato e l'assegnazione di codici di primo livello a ciascuna citazione rilevante. Tutti i passaggi della codifica sono stati registrati in un database strutturato in ambiente Microsoft Excel, nel quale sono state riportate le citazioni originali, i codici assegnati e le relative spiegazioni analitiche. La corrispondenza uno a uno tra codice e spiegazione ha infatti reso possibile ricondurre citazioni analoghe allo stesso codice analitico, assicurando uniformità interpretativa e stabilità concettuale.

Un altro fattore che contribuisce a rafforzare l'affidabilità del processo di ricerca riguarda la revisione progressiva dei codici e la razionalizzazione della struttura di codifica: come spiegato in precedenza, la prima fase di analisi ha prodotto un numero elevato di codici iniziali, successivamente rivisti e consolidati attraverso un processo di confronto semantico volto a individuare eventuali sovrapposizioni concettuali. La solidità metodologica dell'analisi è stata inoltre rafforzata attraverso momenti di confronto e revisione esterna. In particolare, alcune scelte interpretative relative alla struttura delle interviste e alla collocazione

di specifiche citazioni sono state discusse con la docente relatrice e con il dottorando coinvolto consentendo una prima verifica congiunta delle interpretazioni dei dati.

Un ulteriore aspetto di robustezza della ricerca riguarda la presenza di una forma di triangolazione delle prospettive. Il campione di intervistati è stato infatti costruito includendo sia rappresentanti del settore pubblico sia rappresentanti del settore privato, consentendo di raccogliere punti di vista differenti sul funzionamento delle partnership pubblico-private. Il confronto tra queste due prospettive ha permesso di analizzare il fenomeno da angolazioni diverse, contribuendo a una comprensione più articolata delle dinamiche organizzative, delle opportunità e delle criticità associate a questo modello di collaborazione. Infine, l'ultimo elemento di rafforzamento della validità interpretativa deriva dal confronto sistematico tra le evidenze emerse dalle interviste e i risultati riportati nella letteratura scientifica analizzata nella prima parte della tesi. Questo confronto ha consentito di verificare in quale misura le dinamiche osservate empiricamente trovassero riscontro nei contributi esistenti, nonché di individuare eventuali elementi di convergenza, divergenza o novità interpretative rispetto agli studi precedenti. L'integrazione tra evidenze empiriche e quadro teorico ha quindi contribuito a consolidare la robustezza interpretativa dei risultati, favorendo una lettura più ampia e contestualizzata del fenomeno analizzato (Yin, 2018; Gioia, Corley & Hamilton, 2013).

Nel complesso, l'adozione di un processo di codifica sistematico, la costruzione di un database strutturato, il mantenimento della tracciabilità tra citazioni e codici, il confronto con supervisori accademici e la triangolazione delle prospettive degli intervistati contribuiscono a garantire la solidità metodologica della ricerca e la credibilità delle evidenze empiriche emerse.

CAPITOLO 7: Risultati delle interviste

Il presente capitolo presenta i risultati emersi dall'analisi delle interviste condotte nell'ambito della ricerca. L'obiettivo è comprendere come i diversi attori coinvolti nelle partnership pubblico-private interpretino il funzionamento di questo modello nel contesto della logistica sanitaria, con particolare attenzione ai vantaggi e svantaggi percepiti, alle criticità operative e ai fattori ritenuti determinanti per la buona riuscita delle collaborazioni tra settore pubblico e privato.

Al fine di evidenziare le diverse prospettive presenti nel sistema, l'analisi viene sviluppata separatamente per i due gruppi di intervistati coinvolti nella ricerca. Nella prima sezione vengono analizzate le interviste realizzate con gli operatori del settore privato, mentre nella seconda sezione vengono esaminate le interviste condotte con i rappresentanti del settore pubblico. Infine, l'ultima sezione propone un confronto tra le due prospettive.

7.1 Analisi delle interviste lato privato

L'analisi delle interviste condotte con gli operatori del settore privato ha portato ai risultati espressi in *Tabella 6*. Tale tabella, estratta dalla versione integrale riportata in *Appendice G* nella quale è presente anche l'apertura relativa al campo "domanda fittizia", introdotto e descritto nel Capitolo 6, evidenzia le 13 categorie di secondo livello individuate, sotto le quali sono riportati i relativi codici di primo livello inclusi.

Categorie
Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica
Innovazione tecnologica
Integrazione processi
Integrazione sistemi
Molteplicità dei sistemi informativi
Governance e relazione tra partner pubblico e privato
Condivisione competenze
Influenza della governance sui PPP
Rapporto paritetico tra partner
Divergenza degli obiettivi
Diffidenza tra i partner pubblico-privati
Condivisione degli obiettivi
Scarso dialogo tra le parti
Criticità del modello PPP
Buona base dati storici per impostare il PPP
Gestione del rischio di lock-in

Definizione chiara degli obiettivi della PA
Capacità organizzativa
Assenza di una definizione unica della scala progettuale
Percezione marginale della logistica sanitaria
Fattori strutturali del modello PPP
Maggiore flessibilità del PPP
Livello di trasparenza nel PPP
Operatività affidata al partner privato
Struttura degli investimenti nel PPP
Investimenti lato privato
Proprietà pubblica degli investimenti
Struttura contrattuale e complessità dei PPP
Gestione contrattuale
Presenza di capitolati vincolanti
Assenza di una durata contrattuale unica
Efficienza operativa e riorganizzazione logistica
Razionalizzazione dei costi
Aumento efficienza
Razionalizzazione degli spazi
Allocazione dei rischi e definizione delle responsabilità
Allocazione e condivisione del rischio
Definizione delle responsabilità
Monitoraggio delle performance e sistemi di controllo
Definizione KPI
Strumenti di controllo delle performance
Barriere culturali e conoscitive al PPP
Scarsa conoscenza e barriere culturali al PPP
Meccanismi di incentivazione e allineamento degli interessi
Meccanismi di incentivazione
Competenze ed esperienza nella gestione dei PPP
Necessità di maggiori competenze tecniche
Difficoltà della PA di gestire progetti complessi
Benefici per il sistema sanitario e per i pazienti
Aumento della copertura sanitaria tramite PPP
Migliore qualità percepita dal paziente

Tabella 6 | Risultati dell'analisi delle interviste ai soggetti privati

L'analisi ha mostrato come gli intervistati si siano concentrati attorno a diverse aree tematiche includendo, per esempio, fattori di governance, innovazione, culturali o di integrazione.

Un risultato di particolare rilievo riguarda la natura ambivalente del modello. Oltre la metà dei codici di primo livello, come mostrato in *Appendice G*, compare infatti associato a più di una funzione interpretativa (vantaggio, fattore critico di successo, barriera, sfida o rischio). Questo dato suggerisce che il PPP non venga percepito in termini dicotomici, ma come configurazione organizzativa condizionata dalle modalità di progettazione e di governance. Le stesse variabili possono generare valore o criticità a seconda delle condizioni operative e relazionali in cui vengono inserite.

Inoltre, per evidenziare in modo più chiaro i temi maggiormente ricorrenti all'interno delle interviste del settore privato, la seguente tabella riporta i codici di primo livello con il maggior numero di citazioni nel corpus analizzato.

Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica come nucleo centrale di valore

All'interno di questo quadro, il tema dell'integrazione dei sistemi e dell'innovazione tecnologica emerge come nucleo centrale di valore.

All'interno dell'innovazione tecnologica, codice quasi esclusivamente qualificato come fattore critico di successo, assume particolare rilievo il concetto di revamping tecnologico: l'aggiornamento programmato delle infrastrutture non è considerato un'opzione accessoria, bensì una componente strutturale della sostenibilità della partnership nel lungo periodo. La natura pluriennale delle PPP impone infatti di incorporare meccanismi di revisione e adeguamento tecnologico, al fine di evitare fenomeni di obsolescenza. Dalle interviste emerge tuttavia che non esiste una soluzione univoca riguardo al momento in cui tali aggiornamenti tecnologici debbano essere programmati all'interno del ciclo di vita della partnership. Alcuni intervistati suggeriscono di collocare il revamping tecnologico in una fase intermedia del progetto, ad esempio a metà della durata contrattuale, così da consentire un aggiornamento significativo delle infrastrutture una volta che il sistema logistico è entrato pienamente a regime. Altri, invece, propongono una logica di aggiornamento progressivo e distribuito nel tempo, con interventi programmati a intervalli regolari, ad esempio dopo quattro, sei o otto anni, al fine di garantire un adeguamento più graduale delle tecnologie e ridurre il rischio di obsolescenza concentrata in un unico momento.

Accanto alla dimensione tecnologica diventa rilevante l'integrazione dei processi logistici, in particolare la connessione tra macro-logistica e micro-logistica. L'integrazione non si riferisce semplicemente alla centralizzazione di hub o digitalizzazione dei flussi, ma alla creazione di un sistema coerente che collega

le infrastrutture centrali ai processi operativi interni delle strutture sanitarie, armonizzando i diversi livelli della supply chain sanitaria e garantendo continuità tra la gestione centralizzata e le attività quotidiane dei reparti. In assenza di tale integrazione, la macro-logistica rischia infatti di rimanere isolata e di non incidere concretamente sull'organizzazione interna delle strutture sanitarie. Dalle interviste emerge tuttavia che il concetto di integrazione non riguarda esclusivamente il collegamento tra macro-logistica e micro-logistica. Gli intervistati sottolineano infatti come le partnership pubblico-private possano favorire anche altre forme di integrazione organizzativa. In primo luogo, viene evidenziata la possibilità di integrare il servizio logistico con altri servizi di supporto presenti nelle strutture sanitarie, come ad esempio i servizi di mensa o di lavanderia, al fine di sfruttare sinergie operative, razionalizzare l'utilizzo delle infrastrutture e migliorare l'efficienza complessiva dei servizi non sanitari. Inoltre, l'integrazione riguarda anche le diverse fasi del ciclo di vita del progetto. Il modello PPP consente infatti di collegare in modo più stretto le fasi di progettazione, realizzazione e gestione delle infrastrutture e dei servizi logistici, favorendo una maggiore coerenza tra le scelte progettuali iniziali e le modalità operative adottate nella fase di gestione. L'elevata ricorrenza di questo tema, prevalentemente nella dimensione dei fattori critici di successo, conferma quindi che l'integrazione, intesa sia come coordinamento tra livelli logistici sia come integrazione tra servizi e tra fasi del progetto, costituisce uno degli elementi strutturali del valore generato dalle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria.

Efficienza operativa, razionalizzazione dei costi e flessibilità del modello

Il secondo grande asse interpretativo riguarda l'efficienza operativa, la razionalizzazione dei costi e, in modo particolarmente marcato, la flessibilità del modello.

L'efficienza operativa e la razionalizzazione dei costi sono prevalentemente classificate come vantaggi, evidenziando che il miglioramento delle performance logistiche rappresenta uno dei benefici più chiaramente percepiti. Tuttavia, l'analisi mostra che tali risultati non sono considerati automatici, ma dipendono dalla qualità della progettazione iniziale e dall'integrazione dei sistemi.

In questo contesto, la maggiore flessibilità del PPP assume un significato distintivo. Tale concetto è quasi esclusivamente associato a funzioni positive e viene descritto come capacità del modello di adattarsi a variazioni dei volumi, a cambiamenti tecnologici e a nuove esigenze organizzative. Rispetto ai modelli di gestione pubblica tradizionale, percepiti come più rigidi sotto il profilo procedurale, il PPP è interpretato come strumento capace di introdurre elasticità operativa. Tale flessibilità non coincide con l'assenza di regole, ma con la possibilità di prevedere meccanismi di revisione e aggiornamento nel contratto, consentendo al sistema di ricalibrarsi nel tempo. La flessibilità, dunque, rappresenta un

vantaggio distintivo del modello, ma è strettamente connessa alla qualità dell'architettura contrattuale e alla capacità di governance.

Informazioni preliminari e competenze come condizioni abilitanti della progettazione

Un tema particolarmente rilevante emerso dalle interviste riguarda la disponibilità di informazioni preliminari e di competenze adeguate come condizioni fondamentali per la progettazione. La presenza di una solida base dati storica è quasi interamente qualificata come fattore critico di successo. La progettazione di un modello PPP richiede una conoscenza approfondita dei flussi logistici esistenti, delle infrastrutture disponibili e delle esigenze organizzative delle strutture coinvolte. La mancanza di dati preliminari può trasformarsi in vera e propria barriera alla progettazione, rendendo estremamente complesso dimensionare correttamente le attività e individuare fabbisogni realistici.

Parallelamente, emerge con forza il tema delle competenze professionali. Sebbene numericamente meno rilevante, la presenza di personale adeguatamente formato è indicata come elemento determinante per interpretare correttamente le informazioni disponibili, progettare modelli contrattuali adeguati e governare la complessità delle relazioni interorganizzative. Dati e competenze costituiscono dunque le fondamenta su cui si costruisce l'intero impianto della partnership.

Condivisione del rischio e costruzione di un rapporto paritetico tra i partner

La condivisione del rischio e il rapporto paritetico tra partner costituiscono due dimensioni strettamente interconnesse della stessa logica collaborativa. La redistribuzione dei fattori di rischio tra pubblico e privato è percepita come vantaggio in quanto consente un allineamento degli incentivi: il privato investe risorse e competenze assumendosi una quota di rischio, mentre il pubblico beneficia di maggiore accountability e condivisione degli obiettivi.

L'instaurarsi di un rapporto paritetico assume un forte significato poiché, tramite il PPP, si rivoluziona il concetto di rapporto ad oggi presente nei bandi tradizionali. Si passa dunque da una relazione tradizionale di tipo cliente-fornitore a un rapporto più evoluto, caratterizzato da una reale partnership tra le parti. Quando questo equilibrio non è più esistente, sorgono obiettivi diversi e differenze reciproche, che vengono classificate come sfide e barriere. La qualità della relazione diventa dunque elemento determinante per trasformare la condivisione del rischio in reale leva di valore.

Complessità contrattuale e rischio di lock-in

Tra le criticità strutturali del modello, la dimensione contrattuale emerge con particolare evidenza come uno dei nodi più delicati dell'intera architettura delle partnership pubblico-private. Il codice relativo alla gestione contrattuale, infatti, è frequentemente associato alla categoria degli svantaggi, oltre che a quella delle sfide. Questo evidenzia come la fase contrattuale costituisca uno degli elementi più complessi e al tempo stesso più determinanti per il funzionamento della partnership. Il contratto costituisce infatti lo strumento attraverso cui vengono disciplinati elementi fondamentali quali la ripartizione delle responsabilità, la struttura degli investimenti, i meccanismi di monitoraggio delle performance, la definizione degli indicatori di risultato e le modalità di revisione nel tempo della collaborazione. La complessità deriva dal fatto che il PPP si configura come un rapporto di lungo periodo, nel quale diventa necessario anticipare ex ante scenari evolutivi, bisogni futuri e possibili criticità operative che, per loro natura, non sono sempre facilmente prevedibili. In questo senso, la gestione contrattuale assume una natura intrinsecamente ambivalente. Da un lato, la complessità del contratto è percepita come uno svantaggio, in quanto richiede un notevole sforzo progettuale e competenze tecniche elevate nella fase di impostazione della partnership. Dall'altro lato, tuttavia, la qualità dell'architettura contrattuale viene riconosciuta come una condizione fondamentale per garantire la stabilità e la sostenibilità della collaborazione nel lungo periodo. Un contratto ben strutturato rappresenta infatti il principale strumento attraverso cui è possibile bilanciare esigenze di stabilità e capacità di adattamento nel tempo.

All'interno di questa dimensione contrattuale si colloca anche il rischio di lock-in, generalmente inteso come il rischio che, nel corso della durata della partnership, l'amministrazione pubblica possa trovarsi eccessivamente vincolata al partner privato, in particolare quando quest'ultimo assume un ruolo centrale nella gestione di infrastrutture logistiche o sistemi tecnologici difficilmente sostituibili. Dalle interviste, infatti, emerge questa lettura articolata del fenomeno: gli operatori privati riconoscono che il lock-in possa rappresentare una criticità soprattutto per il soggetto pubblico, poiché il forte legame contrattuale che si sviluppa nel corso della partnership può limitare, almeno nel breve periodo, la possibilità di rimettere in competizione il servizio o di modificare radicalmente l'assetto organizzativo. Gli intervistati sottolineano che questo rischio è principalmente dovuto alla natura del PPP, che richiede investimenti significativi in infrastrutture e tecnologie, basandosi su un orizzonte temporale esteso. Tale situazione deve essere gestita attraverso una progettazione contrattuale accurata che bilancia la stabilità degli investimenti e definisca le possibilità di adattamento nel tempo.

Barriere culturali e ostacoli alla diffusione del PPP

Infine, emerge il tema delle barriere culturali. La scarsa conoscenza del PPP e la diffidenza verso il coinvolgimento del settore privato sono prevalentemente classificate come barriere. In diversi casi gli intervistati segnalano come nelle organizzazioni pubbliche possa essere presente una resistenza culturale legata al timore di perdita di controllo, a preoccupazioni politiche o istituzionali o a una limitata familiarità con i modelli di collaborazione pubblico-privato. Tale diffidenza può limitare la diffusione delle PPP e rappresentare un ostacolo significativo alla loro implementazione. Il superamento di queste barriere richiede quindi non soltanto strumenti contrattuali adeguati, ma anche un progressivo processo di apprendimento organizzativo e di consolidamento delle competenze all'interno delle amministrazioni pubbliche.

7.2 Analisi interpretativa delle interviste lato pubblico

L'analisi delle interviste realizzate con gli attori del settore pubblico, i cui risultati in termini di codici di primo livello e categorie sono riportati nella tabella che segue, consente di evidenziare alcune dimensioni interpretative rilevanti riguardo al ruolo delle partnership pubblico-private nella gestione dei sistemi logistici sanitari. Complessivamente, dalle interviste emerge una visione del PPP come strumento strategico per sostenere processi di modernizzazione dei sistemi logistici sanitari, ma al tempo stesso come modello organizzativo complesso, la cui efficacia dipende in larga misura dalla qualità della progettazione iniziale, dalla presenza di adeguate competenze organizzative e dalla capacità di gestire relazioni di partnership nel lungo periodo.

Di seguito, in modo speculare a quanto presentato nel paragrafo precedente per l'analisi delle interviste lato privato, viene riportata la tabella dei codici di primo livello e delle categorie emerse dall'analisi delle interviste ai soggetti pubblici. La versione integrale è consultabile in *Appendice H*.

Categorie
Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica
Innovazione tecnologica
Integrazione processi
Criticità del modello PPP
Assenza di una definizione unica della scala progettuale
Buona base dati storici per impostare il PPP
Capacità organizzativa
Gestione del rischio di lock-in
Percezione marginale della logistica sanitaria
Fattori strutturali del modello PPP

Livello di trasparenza nel PPP
Maggiore flessibilità del PPP
Operatività affidata al partner privato
Velocità di implementazione
Struttura contrattuale e complessità dei PPP
Gestione contrattuale
Barriere culturali e conoscitive al PPP
Scarsa conoscenza e barriere culturali al PPP
Efficienza operativa e riorganizzazione logistica
Aumento efficienza
Razionalizzazione dei costi
Governance e relazione tra partner pubblico e privato
Condivisione competenze
Diffidenza tra i partner pubblico-privati
Divergenza degli obiettivi
Influenza della governance sui PPP
Rapporto paritetico tra partner
Struttura degli investimenti nel PPP
Investimenti lato privato
Competenze ed esperienza nella gestione dei PPP
Necessità di maggiori competenze tecniche
Meccanismi di incentivazione e allineamento degli interessi
Meccanismi di incentivazione
Monitoraggio delle performance e sistemi di controllo
Definizione KPI
Allocazione dei rischi e definizione delle responsabilità
Allocazione e condivisione del rischio
Definizione delle responsabilità
Benefici per il sistema sanitario e per i pazienti
Aumento della copertura sanitaria tramite PPP

Tabella 7 | Risultati dell'analisi delle interviste ai soggetti pubblici

Investimenti e innovazione nei sistemi logistici sanitari

Uno dei temi più ricorrenti emersi dalle interviste riguarda il ruolo del PPP come strumento in grado di attivare investimenti significativi da parte del partner privato, considerati fondamentali per sostenere l'evoluzione dei sistemi logistici sanitari.

Dal punto di vista del settore pubblico, la partnership non viene interpretata semplicemente come un modello di esternalizzazione di servizi logistici, ma come uno strumento capace di mobilitare risorse finanziarie e competenze tecnologiche difficilmente attivabili attraverso i tradizionali strumenti di gestione pubblica. L'ingresso del partner privato consente infatti di introdurre capacità di investimento che permettono di sviluppare infrastrutture logistiche avanzate, sistemi informativi integrati e soluzioni

tecnologiche innovative. In questa prospettiva, l'apporto del partner privato assume un significato che va oltre la dimensione puramente finanziaria: esso contribuisce alla modernizzazione del sistema logistico sanitario introducendo modelli organizzativi, competenze tecniche e capacità di innovazione difficilmente sviluppabili all'interno delle amministrazioni pubbliche.

Un ulteriore elemento interpretativo emerso dalle interviste riguarda il fatto che gli investimenti privati non vengono percepiti esclusivamente come risorse aggiuntive destinate alla logistica sanitaria, ma anche come uno strumento che consente alla pubblica amministrazione di liberare risorse finanziarie da destinare ad altre priorità del sistema sanitario.

Integrazione dei processi logistici: il collegamento tra macro-logistica e micro-logistica

Un secondo tema particolarmente rilevante emerso dalle interviste riguarda il ruolo dell'integrazione dei processi logistici come uno degli elementi centrali per la creazione di valore all'interno delle partnership pubblico-private. Dalle interviste emerge infatti come l'innovazione tecnologica non venga percepita come una dimensione isolata, ma come un elemento che produce benefici solo quando è accompagnato da una reale integrazione dei processi logistici e dei sistemi organizzativi.

Gli intervistati sottolineano in particolare la necessità di coordinare infrastrutture logistiche centralizzate e processi operativi all'interno di un assetto organizzativo coerente. In questo quadro assume particolare rilievo la capacità di collegare macrologistica e micrologistica, ossia le infrastrutture e i flussi logistici su scala territoriale con le attività operative quotidiane che si svolgono all'interno delle strutture sanitarie. La macrologistica riguarda principalmente la gestione delle piattaforme logistiche, dei magazzini centralizzati e dei sistemi di approvvigionamento su larga scala, mentre la micrologistica si riferisce alle attività operative che si sviluppano all'interno delle singole strutture sanitarie, come la gestione dei materiali nei reparti e la distribuzione dei dispositivi medici.

Dalle interviste emerge chiaramente che il valore delle partnership pubblico-private si realizza pienamente solo quando queste due dimensioni risultano effettivamente integrate.

Velocità di implementazione come fattore critico di successo

Un elemento particolarmente interessante emerso riguarda il tema della velocità di implementazione, che rappresenta l'unico codice di primo livello introdotto specificamente per il lato pubblico. Questo tema viene interpretato non tanto come un vantaggio generico del modello PPP, quanto piuttosto come un vero e proprio fattore critico di successo. Nel contesto sanitario, infatti, la capacità di implementare rapidamente le soluzioni progettate rappresenta una condizione fondamentale per garantire l'efficacia della partnership. Gli intervistati evidenziano come il valore del PPP non dipenda esclusivamente dalla

qualità della progettazione iniziale, ma anche dalla capacità di tradurre gli obiettivi strategici e organizzativi in risultati concreti in tempi adeguati.

Progettazione ex ante e gestione contrattuale delle partnership

Un altro tema particolarmente significativo trattato in queste interviste riguarda la centralità della fase di progettazione ex ante nella costruzione delle partnership pubblico-private e la stretta connessione tra questa fase e la gestione contrattuale del rapporto tra pubblico e privato.

È emerso con chiarezza che la progettazione ex ante rappresenta una fase particolarmente delicata nella costruzione del PPP. La partnership pubblico-privata si sviluppa infatti su orizzonti temporali lunghi e richiede quindi di definire sin dall'inizio assetti organizzativi, ruoli operativi, meccanismi di monitoraggio e sistemi di incentivazione che dovranno funzionare nel corso dell'intera durata della collaborazione. In questo senso, la fase di progettazione non riguarda soltanto la definizione tecnica delle infrastrutture o dei processi logistici, ma implica soprattutto la costruzione di un assetto contrattuale capace di disciplinare nel lungo periodo il rapporto tra i partner.

La gestione contrattuale risalta quindi come uno degli ambiti più complessi del modello PPP: i contratti devono disciplinare una molteplicità di aspetti tecnici, organizzativi e finanziari, definendo con precisione responsabilità operative, modalità di monitoraggio delle performance, sistemi di incentivazione e possibili meccanismi di adattamento nel tempo. Proprio questa complessità fa sì che la dimensione contrattuale venga interpretata in modo ambivalente dagli intervistati. Da un lato essa rappresenta un potenziale svantaggio del modello, in quanto richiede un notevole sforzo progettuale e la capacità di prevedere ex ante numerosi aspetti operativi. Dall'altro lato, tuttavia, la qualità della progettazione contrattuale viene considerata una condizione fondamentale per la buona riuscita della partnership, poiché proprio attraverso il contratto vengono definiti gli equilibri e i meccanismi di funzionamento della collaborazione nel lungo periodo.

In questo contesto assume particolare rilievo anche il tema del rapporto paritetico tra i partner, che emerge come una dimensione strettamente connessa alla progettazione contrattuale. Gli intervistati sottolineano infatti come il PPP non possa essere interpretato come una tradizionale relazione cliente-fornitore, ma come una forma di collaborazione in cui pubblico e privato condividono obiettivi, responsabilità e rischi operativi. La costruzione di un rapporto realmente paritetico rappresenta quindi una condizione essenziale per garantire che il contratto non si limiti a disciplinare formalmente la partnership, ma diventi uno strumento capace di sostenere nel tempo una collaborazione equilibrata tra le parti.

Informazioni preliminari e competenze come condizioni abilitanti del modello

Un ulteriore fattore individuato dagli intervistati come condizione fondamentale per la progettazione e la gestione efficace delle partnership pubblico-private è la disponibilità di informazioni preliminari e competenze adeguate. La progettazione di una partnership pubblico-privata richiede infatti una conoscenza approfondita dei processi logistici esistenti, dei flussi operativi, delle infrastrutture disponibili e delle esigenze organizzative delle strutture sanitarie coinvolte. In assenza di queste informazioni preliminari diventa estremamente complesso definire un modello di partnership efficace, poiché risulta difficile dimensionare correttamente le attività, individuare i fabbisogni logistici e progettare soluzioni organizzative coerenti con il contesto operativo.

Accanto alla dimensione informativa, come sopra anticipato, emerge con forza anche il tema delle competenze professionali necessarie per progettare e governare il modello PPP. La gestione di queste collaborazioni richiede competenze che combinano dimensioni tecniche, organizzative e contrattuali: capacità di analisi dei processi logistici, competenze nella definizione di indicatori di performance e nella gestione delle relazioni tra i diversi attori coinvolti. Al contrario, la mancanza di competenze specifiche può limitare la capacità delle organizzazioni pubbliche di progettare e gestire efficacemente le partnership, trasformandosi in un ostacolo significativo allo sviluppo di questi modelli di collaborazione. In questo senso, dalle interviste emerge chiaramente come informazioni preliminari adeguate e competenze organizzative rappresentino due condizioni strettamente interconnesse: la disponibilità di dati e conoscenze sui sistemi logistici costituisce la base per una progettazione efficace, mentre la presenza di competenze tecniche e gestionali consente di interpretare correttamente tali informazioni e di tradurle in un modello di partnership sostenibile nel lungo periodo.

Barriere culturali e conoscitive allo sviluppo del PPP

Infine, le interviste evidenziano la presenza di barriere culturali e conoscitive che possono limitare la diffusione delle partnership pubblico-private nel settore sanitario. In diversi casi emerge infatti una certa diffidenza verso il coinvolgimento di operatori privati nella gestione di servizi sanitari, spesso legata alla percezione che tali servizi debbano rimanere sotto il controllo diretto dell'amministrazione pubblica. Questa diffidenza può essere alimentata anche da una scarsa conoscenza dello strumento PPP e delle sue modalità di funzionamento. Il superamento di queste barriere richiede quindi non solo strumenti contrattuali adeguati, ma anche un processo di apprendimento organizzativo e di diffusione delle competenze all'interno delle amministrazioni pubbliche.

7.3 Confronto tra prospettiva pubblica e privata

Confronto della struttura di codifica

L'analisi comparativa delle interviste condotte con attori pubblici e privati consente di evidenziare importanti elementi di convergenza e divergenza nella rappresentazione del modello di PPP applicato al settore della logistica sanitaria. Il confronto è stato condotto a partire dalla struttura di codifica emersa dall'analisi qualitativa delle interviste, considerando sia le categorie di secondo livello sia i codici di primo livello individuati nel processo di analisi.

Un primo risultato rilevante riguarda la struttura complessiva del sistema di codifica, che appare sostanzialmente condivisa tra i due gruppi di intervistati. In entrambe le analisi emergono infatti tredici categorie interpretative di secondo livello, che costituiscono le principali dimensioni attraverso cui gli attori interpretano il funzionamento delle partnership pubblico-private. Tra queste rientrano, ad esempio, l'integrazione dei sistemi e l'innovazione tecnologica, la governance e la relazione tra partner pubblico e privato, le criticità del modello PPP, la struttura contrattuale e la complessità delle partnership, l'efficienza operativa e la riorganizzazione logistica, nonché le barriere culturali e conoscitive che possono limitare la diffusione dello strumento. La presenza delle stesse categorie interpretative nei due dataset suggerisce che attori pubblici e privati condividono una struttura concettuale simile nell'interpretazione delle partnership pubblico-private. In altri termini, entrambi i gruppi di intervistati analizzano il fenomeno PPP attraverso un insieme di dimensioni analitiche comuni, che riguardano aspetti tecnologici, organizzativi, contrattuali e istituzionali del modello. Questo risultato rappresenta un primo elemento di convergenza significativo, in quanto indica che il dibattito tra i due attori si sviluppa all'interno di un quadro interpretativo sostanzialmente condiviso. Se la struttura concettuale appare analoga, emergono tuttavia alcune differenze rilevanti nella distribuzione delle citazioni e nella granularità della codifica. Il corpus delle interviste private risulta infatti più ampio rispetto a quello pubblico, con 246 citazioni codificate contro 139 citazioni nel dataset pubblico. Questa differenza suggerisce, come già anticipato nel capitolo precedente, che le interviste condotte con gli operatori privati presentano un livello di articolazione maggiore nella descrizione dei fenomeni analizzati, producendo un numero più elevato di riferimenti a specifiche dimensioni operative del modello PPP.

Un ulteriore elemento di divergenza, riscontrato nell'analisi dei due differenti database e rappresentato in *Tabella 8*, riguarda i codici di primo livello. Ve ne sono infatti alcuni che, pur essendo presenti nelle interviste ai soggetti privati, non compaiono nelle interviste effettuate ai soggetti pubblici o viceversa.

Codice di primo livello	Categoria di secondo livello	Presenza
Integrazione dei sistemi	Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica	Solo privato
Molteplicità dei sistemi informativi	Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica	Solo privato
Condivisione degli obiettivi	Governance e relazione tra partner pubblico e privato	Solo privato
Scarso dialogo tra le parti	Governance e relazione tra partner pubblico e privato	Solo privato
Definizione chiara degli obiettivi della PA	Criticità del modello PPP	Solo privato
Proprietà pubblica degli investimenti	Struttura degli investimenti nel PPP	Solo privato
Presenza di capitolati vincolanti	Struttura contrattuale e complessità dei PPP	Solo privato
Assenza di una durata contrattuale unica	Struttura contrattuale e complessità dei PPP	Solo privato
Razionalizzazione degli spazi	Efficienza operativa e riorganizzazione logistica	Solo privato
Strumenti di controllo delle performance	Monitoraggio delle performance e sistemi di controllo	Solo privato
Difficoltà della PA di gestire progetti complessi	Competenze ed esperienza nella gestione dei PPP	Solo privato
Migliore qualità percepita dal paziente	Benefici per il sistema sanitario e per i pazienti	Solo privato
Velocità di implementazione	Fattori strutturali del modello PPP	Solo pubblico

Tabella 8 | Codici di primo livello presenti esclusivamente nelle interviste pubbliche o private

Sottolineando come tali discrepanze non siano necessariamente indicative di una reale divergenza nelle tematiche trattate, si rimanda ai paragrafi seguenti per un'analisi più approfondita dei principali fattori di convergenza e divergenza.

Elementi di convergenza tra prospettiva pubblica e privata

L'analisi delle interviste evidenzia una significativa convergenza tra attori pubblici e privati su diversi elementi strutturali del modello di Public-Private Partnership, che vengono riconosciuti da entrambi i gruppi di intervistati come dimensioni centrali per il funzionamento delle partnership nel settore della logistica sanitaria.

Ruolo strategico degli investimenti e dell'innovazione tecnologica

Uno dei principali elementi di convergenza riguarda il ruolo degli investimenti privati e dell'innovazione tecnologica nel funzionamento delle partnership pubblico-private. Dal lato pubblico emerge con chiarezza come il coinvolgimento del partner privato venga considerato fondamentale per mobilitare risorse finanziarie e capacità di investimento difficilmente attivabili attraverso i tradizionali strumenti di procurement pubblico. In particolare, gli intervistati evidenziano come l'allineamento con l'evoluzione delle tecnologie disponibili e l'aggiornamento delle infrastrutture sia facilitato dall'ingresso degli operatori privati.

Dal lato privato, l'attenzione si concentra maggiormente sulla capacità delle PPP di introdurre innovazione tecnologica e modelli organizzativi avanzati, contribuendo al miglioramento delle performance operative dei sistemi logistici sanitari. In questa prospettiva, l'innovazione non riguarda

esclusivamente l'introduzione di nuove tecnologie, ma anche l'adozione di modelli gestionali più efficienti e integrati.

Nel complesso, entrambe le prospettive convergono nel riconoscere che il PPP rappresenta uno strumento in grado di attivare investimenti, innovazione e modernizzazione dei sistemi logistici sanitari, attraverso l'integrazione delle risorse e delle competenze dei due settori.

Integrazione dei processi logistici e tecnologici

Un secondo aspetto di forte convergenza riguarda il tema dell'integrazione dei sistemi logistici e tecnologici. Sia gli intervistati pubblici sia quelli privati evidenziano come uno dei principali punti di forza delle partnership pubblico-private consista nella possibilità di integrare infrastrutture logistiche, piattaforme informatiche e processi operativi all'interno di un unico modello organizzativo.

In particolare, emerge con forza la necessità di prevedere e garantire una reale integrazione tra macrologistica e micrologistica.

Accanto a questa dimensione, viene risaltato anche un ulteriore livello di integrazione relativo al collegamento tra le diverse fasi del ciclo di vita del progetto. Gli intervistati evidenziano come le partnership pubblico-private consentano di integrare più strettamente le fasi di progettazione, realizzazione e gestione delle infrastrutture e dei servizi logistici, favorendo una maggiore coerenza tra le scelte progettuali iniziali e le modalità operative adottate nella fase di gestione.

Pur nella convergenza su questi principi generali, dalle interviste emerge tuttavia una differenza nel modo in cui tale integrazione viene descritta. Gli attori pubblici tendono a sottolinearne soprattutto il valore sistemico e organizzativo, evidenziando il ruolo dei PPP nel coordinare diversi livelli della supply chain sanitaria. Gli operatori privati, invece, forniscono spesso una descrizione più operativa del concetto di integrazione dei processi, soffermandosi maggiormente sugli strumenti concreti attraverso cui tale integrazione può essere realizzata, come il coordinamento tra servizi logistici e altri servizi di supporto presenti nelle strutture sanitarie o l'organizzazione integrata delle diverse fasi operative del servizio.

Centralità della progettazione ex ante e delle competenze

Un ulteriore punto di contatto tra le due prospettive riguarda la centralità della fase di progettazione iniziale della partnership. Sia il settore pubblico sia quello privato identificano come fattori critici di successo la disponibilità di informazioni preliminari approfondite sui flussi logistici e sui processi operativi, nonché la presenza di competenze tecniche e gestionali adeguate a progettare e governare modelli di partnership complessi come i PPP.

In particolare, mentre entrambe le parti riconoscono l'importanza di questi elementi per garantire una progettazione efficace del modello, dalle interviste pubbliche emerge anche l'idea che il rafforzamento

delle competenze interne rappresenti un cambiamento necessario per il futuro, in quanto consente alle amministrazioni pubbliche di gestire in modo più consapevole strumenti complessi come le partnership pubblico-private.

Importanza del rapporto paritetico tra partner

L'importanza di relazioni paritetiche tra partner privati e pubblici è un altro fattore in condivisione. L'idea che i PPP debbano superare la logica tradizionale cliente-fornitore è forte in entrambe le prospettive. In questo modello, il settore pubblico fornisce conoscenza istituzionale e responsabilità di servizio, mentre il settore privato fornisce competenze operative, investimenti e innovazione tecnologica.

Centralità della governance delle partnership

Un ulteriore elemento in comune riguarda la consapevolezza condivisa che i PPP rappresentino modelli organizzativi complessi, il cui funzionamento dipende in larga misura dalla qualità dei meccanismi di governance. Questo tema emerge trasversalmente in entrambe le analisi attraverso diversi codici di primo livello, tra cui la definizione degli indicatori di performance, i meccanismi di incentivazione e gli obiettivi tra partner. Sia gli attori pubblici sia quelli privati riconoscono quindi che il successo delle partnership dipende non soltanto dalla qualità della progettazione iniziale, ma anche dalla capacità di costruire sistemi di governance in grado di coordinare nel tempo gli interessi dei diversi attori coinvolti. In questo senso, la governance delle PPP non si esaurisce nella definizione formale degli assetti contrattuali, ma richiede un presidio continuo delle relazioni tra i partner e dei meccanismi di coordinamento operativo nel corso dell'intero ciclo di vita del progetto.

All'interno di questa dimensione emerge inoltre un ulteriore elemento condiviso tra le due prospettive, relativo al ruolo del contesto istituzionale e della scala territoriale dei progetti. Dalle interviste emerge infatti come il funzionamento delle partnership possa essere influenzato dalla struttura amministrativa e dalla stabilità delle amministrazioni coinvolte. La natura pluriennale dei progetti PPP fa sì che eventuali cambiamenti nei vertici amministrativi o politici possano incidere sulla continuità strategica delle partnership e sulla gestione delle relazioni tra i partner.

Parallelamente, gli intervistati evidenziano come la definizione della scala territoriale dei progetti rappresenti una variabile rilevante nella progettazione delle partnership. Tuttavia, su questo aspetto non emerge una posizione univoca: nessuno degli intervistati individua una dimensione territoriale ottimale valida in senso generale per i PPP nel settore della logistica sanitaria. Alcuni contributi indicano una tendenza in aumento verso forme di maggiore centralizzazione dei servizi logistici, utilizzando progetti sviluppati su scala più ampia, come a livello regionale o di area vasta, per sfruttare economie di scala e

migliorare il coordinamento dei flussi logistici. Al contempo, le interviste mostrano che la complessità gestionale e istituzionale delle partnership aumenta con l'aumento della dimensione territoriale dei progetti. Infatti, progetti più grandi coinvolgono più attori istituzionali e interessi territoriali diversi, rendendo molto più articolato il coordinamento tra i partner.

Elementi di divergenza tra prospettiva pubblica e privata

Accanto ai numerosi elementi di convergenza, l'analisi delle interviste evidenzia anche alcune differenze significative nel modo in cui i due attori interpretano specifiche dimensioni del modello PPP.

Maggiore operatività dell'analisi privata

Un'ulteriore differenza riguarda il livello di operatività con cui i due gruppi di intervistati descrivono il funzionamento delle PPP. Le interviste private introducono infatti diversi codici che non compaiono nelle interviste pubbliche, tra cui riferimenti alla molteplicità dei sistemi informativi, agli strumenti di controllo delle performance, alla presenza di capitoli vincolanti o alla durata contrattuale delle partnership.

Questa maggiore articolazione suggerisce che gli operatori privati tendono a descrivere il funzionamento delle partnership in modo più tecnico e operativo, mentre gli attori pubblici concentrano maggiormente l'attenzione sulle dimensioni istituzionali e strategiche del modello.

Interpretazione delle criticità del modello

Una seconda differenza riguarda il modo in cui vengono interpretate le principali criticità delle PPP. Gli attori privati tendono a enfatizzare soprattutto la complessità contrattuale delle partnership, la necessità di coordinamento tra i diversi attori coinvolti e le difficoltà legate alla definizione ex ante di indicatori di performance e meccanismi di governance.

Gli attori pubblici, pur riconoscendo la complessità contrattuale, pongono invece maggiore attenzione sulle difficoltà legate alla progettazione di contratti efficaci in contesti complessi e di lungo periodo, nonché sull'impatto dei cambiamenti istituzionali o amministrativi sulla stabilità delle partnership.

Gestione dell'evoluzione tecnologica

Infine, una differenza significativa emerge nel modo in cui viene interpretato il tema dell'evoluzione tecnologica nel lungo periodo. Nelle interviste private, questo aspetto viene affrontato in modo molto esplicito attraverso il concetto di revamping tecnologico, ossia la necessità di prevedere fasi strutturate di aggiornamento delle infrastrutture e dei sistemi informativi nel corso della partnership.

Nelle interviste pubbliche, invece, l'innovazione tecnologica viene spesso interpretata come uno dei benefici derivanti dalla presenza del partner privato, senza un riferimento altrettanto esplicito ai meccanismi operativi attraverso cui tale aggiornamento viene garantito nel tempo.

Nel complesso, questo risultato suggerisce che il mantenimento dell'allineamento tecnologico rappresenta una dimensione centrale del funzionamento delle PPP nel settore della logistica sanitaria, ma viene interpretato con un diverso livello di operatività tra i due attori della partnership.

Interpretazione del rischio di lock-in

Un'altra differenza significativa riguarda l'interpretazione del rischio di lock-in. Questo tema emerge in entrambe le prospettive, ma con una lettura parzialmente diversa.

Dal lato pubblico, il lock-in viene percepito come una potenziale criticità istituzionale, in quanto partnership di lunga durata possono limitare il grado di concorrenza tra operatori privati e ridurre la possibilità di ridefinire nel tempo gli assetti organizzativi o tecnologici del servizio.

Dal lato privato, invece, il lock-in viene interpretato con maggiore ambivalenza. Pur riconoscendo il rischio di dipendenza strutturale tra i partner, alcuni intervistati evidenziano come la stabilità della relazione contrattuale possa rappresentare anche una condizione favorevole per sostenere investimenti di lungo periodo. In questa prospettiva, la presenza di un adeguato impianto contrattuale e di meccanismi di monitoraggio delle performance dovrebbe consentire di mitigare gli effetti negativi di tale rischio.

Barriere culturali

Un'ulteriore divergenza riguarda la percezione delle barriere culturali. Gli operatori privati identificano spesso nella diffidenza del settore pubblico verso il coinvolgimento di operatori privati uno dei principali ostacoli alla diffusione delle PPP. Gli intervistati pubblici, pur riconoscendo l'esistenza di questa diffidenza, tendono a interpretarla più come una conseguenza della complessità dello strumento e della mancanza di competenze specifiche nella gestione delle partnership.

Velocità di implementazione

Come anticipato, in *Tabella 8* sono rappresentate alcune differenze nei codici di primo livello tra i diversi database. Tali discrepanze non sono necessariamente indicative di una divergenza nelle tematiche trattate; tuttavia, dalle interviste ai soggetti pubblici emerge con chiarezza un tema non rilevato in quelle rivolte ai privati, ossia quello della velocità di implementazione.

Per gli attori pubblici, la capacità di implementare rapidamente le soluzioni progettate rappresenta un fattore critico di successo, in quanto la partnership produce valore solo se gli obiettivi progettuali vengono tradotti in risultati concreti in tempi adeguati.

Gli operatori privati, pur riconoscendo implicitamente l'importanza della fase di implementazione, tendono invece a concentrarsi maggiormente su aspetti quali l'efficienza operativa e l'integrazione dei sistemi logistici.

Sistemi Informativi

Un'ulteriore tematica di divergenza riguarda i sistemi informativi. Nelle interviste ai soggetti pubblici, infatti, questo tema non emerge, mentre in quelle ai soggetti privati risulta esplicitamente rilevato. Come riportato in *Tabella 6*, esso compare sia sotto il codice "Integrazione dei sistemi", sia sotto il codice "Molteplicità dei sistemi". Pur non rappresentando una delle tematiche più rilevanti, questo elemento evidenzia come la compatibilità e l'integrazione lungo l'intera catena logistica dei sistemi informativi, quali piattaforme digitali e sistemi ICT, siano oggetto di analisi esclusivamente da parte del soggetto privato. Tale evidenza rafforza ulteriormente l'interpretazione di un orientamento più marcatamente operativo da parte degli attori privati.

CAPITOLO 8: Discussione e considerazioni finali

Il presente capitolo ha l'obiettivo di discutere e interpretare i risultati emersi dall'analisi empirica delle interviste presentata nel capitolo precedente, mettendoli in relazione con il quadro teorico e con la letteratura scientifica analizzata nel Capitolo 3. Dopo aver esaminato in modo dettagliato le evidenze qualitative raccolte attraverso le interviste agli attori coinvolti nelle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria, risulta infatti necessario collocare tali risultati all'interno del più ampio dibattito accademico sulle PPP, al fine di comprenderne meglio il significato e il contributo rispetto agli studi esistenti.

In particolare, il confronto tra risultati empirici e letteratura consente di evidenziare tre diversi tipi di relazione tra le evidenze emerse dalle interviste e i contributi presenti negli studi precedenti. Da un lato, alcuni risultati confermano temi già ampiamente discussi nella letteratura sulle partnership pubblico-private, dall'altro lato, l'analisi empirica evidenzia alcuni aspetti caratterizzati da una diversa interpretazione rispetto a quanto riportato nella letteratura, mostrando come alcune criticità tradizionalmente associate alle PPP vengano percepite dagli operatori come elementi gestibili attraverso una corretta progettazione della partnership ed infine, le interviste consentono di far emergere alcune dimensioni che risultano meno sviluppate negli studi esistenti, offrendo nuovi spunti di riflessione sul funzionamento delle partnership pubblico-private nel contesto specifico della logistica sanitaria.

Il capitolo è strutturato in quattro paragrafi principali. Nel primo viene presentato il confronto tra i risultati empirici e la letteratura esistente, evidenziando gli elementi di convergenza, le differenze interpretative e gli aspetti emersi prevalentemente dall'analisi delle interviste. Il paragrafo 8.2 propone un'interpretazione complessiva dei risultati della ricerca, mettendo in luce le principali dinamiche che caratterizzano il funzionamento delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria. All'interno del terzo vengono discusse le principali implicazioni accademiche e manageriali dello studio, con particolare riferimento al contributo che i risultati della ricerca possono offrire al dibattito scientifico e alla progettazione di future partnership pubblico-private. Infine, il paragrafo 8.4 presenta i principali limiti della ricerca e individua alcune possibili direzioni di sviluppo per futuri studi sul tema.

Nel complesso, l'obiettivo del capitolo è quindi quello di integrare le evidenze empiriche emerse dall'analisi delle interviste con il quadro teorico presentato nei capitoli precedenti, al fine di offrire una lettura più ampia e sistematica del ruolo che le partnership pubblico-private possono assumere nello sviluppo dei sistemi logistici sanitari.

8.1 Confronto tra risultati empirici e letteratura

Il confronto tra i risultati emersi dall'analisi delle interviste e la letteratura scientifica sui PPP consente di individuare importanti elementi di convergenza, ma anche alcune differenze interpretative e contributi empirici che arricchiscono il dibattito accademico sul ruolo delle PPP nel settore sanitario. La letteratura internazionale ha infatti ampiamente analizzato tali accordi come strumenti di governance in grado di combinare risorse, competenze e capacità organizzative provenienti da attori istituzionali differenti (Barlow et al., 2013; Torchia et al., 2018). In particolare, numerosi studi hanno evidenziato come tali modelli possano contribuire al miglioramento dell'efficienza dei sistemi sanitari, alla realizzazione di investimenti infrastrutturali e allo sviluppo di servizi più innovativi (Barlow et al., 2013; McKee, Edwards & Atun, 2006). Allo stesso tempo, la letteratura ha anche messo in evidenza alcune criticità potenziali delle PPP, tra cui la complessità contrattuale, le difficoltà di governance, il rischio di comportamenti opportunistici e la complessità nella valutazione dei risultati nel lungo periodo (Gustavsen, B. & Hanson, A. 2009; Fernandez-Marcelo, T., et al. 2016).

Le evidenze empiriche emerse dalle interviste confermano molte di queste interpretazioni, ma allo stesso tempo offrono una lettura più articolata del funzionamento concreto delle partnership nel settore della logistica sanitaria. In alcuni casi, i risultati empirici rafforzano quanto già evidenziato dalla letteratura; in altri casi, invece, suggeriscono una diversa interpretazione di alcuni aspetti critici del modello. Inoltre, l'analisi delle interviste ha permesso di individuare alcuni elementi che risultano meno sviluppati negli studi esistenti, contribuendo così ad arricchire la comprensione del funzionamento delle PPP in questo specifico contesto.

Efficienza operativa e capacità di investimento delle PPP

Uno dei principali elementi di convergenza tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda il ruolo delle partnership pubblico-private nel miglioramento dell'efficienza operativa dei sistemi sanitari e nella realizzazione di investimenti infrastrutturali e tecnologici. Numerosi studi evidenziano infatti come il coinvolgimento del partner privato possa favorire l'introduzione di modelli organizzativi più efficienti, sistemi di gestione orientati alla performance e strumenti di monitoraggio più avanzati (Barlow et al., 2013; Gustavsen, B. & Hanson, A. 2009). Nel settore sanitario, tali benefici sono spesso associati alla possibilità di migliorare la gestione delle infrastrutture e dei servizi di supporto, contribuendo al tempo stesso a una maggiore razionalizzazione delle risorse pubbliche (Torchia et al., 2018).

Allo stesso tempo, uno dei presupposti fondamentali del modello PPP riguarda la capacità di attrarre investimenti privati significativi per la realizzazione o l'ammodernamento delle infrastrutture pubbliche (McKee, Edwards & Atun, 2006).

Le interviste analizzate confermano ampiamente queste interpretazioni. Gli intervistati evidenziano, come analizzato nei capitoli precedenti, come il coinvolgimento del partner privato consenta di introdurre modelli gestionali più strutturati e orientati alla performance, favorendo una maggiore razionalizzazione dei processi logistici e una gestione più efficiente dei flussi di materiali sanitari. Tuttavia, le evidenze empiriche suggeriscono anche una lettura più articolata di questo tema rispetto a quanto spesso emerge nella letteratura. In particolare, gli intervistati sottolineano come il miglioramento dell'efficienza dipenda in larga misura dalla qualità della progettazione della partnership, dalla chiarezza degli obiettivi condivisi e dalla capacità di costruire sistemi di governance efficaci. Le interviste evidenziano inoltre che il miglioramento dell'efficienza non dovrebbe essere valutato esclusivamente in termini di riduzione dei costi, ma anche in relazione alla qualità complessiva dei servizi erogati. Nel dettaglio, il miglioramento dei sistemi logistici viene associato a una maggiore rapidità nei processi di approvvigionamento, a un migliore coordinamento tra le strutture sanitarie e, in alcuni casi, a un aumento della qualità percepita dai pazienti. Questo suggerisce che l'impatto delle partnership pubblico-private nel settore sanitario non dovrebbe essere valutato esclusivamente attraverso indicatori economici, ma anche attraverso indicatori di qualità dei servizi e di performance organizzativa.

Condivisione delle competenze e complementarità tra partner

Un ulteriore elemento di convergenza tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda la complementarità tra le competenze dei partner pubblici e privati e la possibilità di condividere risorse e responsabilità all'interno delle partnership. La letteratura sulle partnership pubblico-private evidenzia frequentemente come uno dei principali vantaggi di questi modelli consista nella possibilità di combinare risorse, competenze e capacità organizzative provenienti da attori istituzionali differenti (Buse & Walt, 2000; Torchia et al., 2018). In particolare, il settore pubblico contribuisce con la conoscenza del contesto istituzionale, delle esigenze del sistema sanitario e delle priorità di policy, mentre il settore privato apporta competenze tecniche, capacità manageriali e modelli organizzativi orientati alla performance. Questa complementarità rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso cui le PPP possono contribuire al miglioramento della qualità dei servizi e alla gestione più efficiente delle infrastrutture sanitarie (Barlow et al., 2013; Marjanović, S., et al. 2020).

Altro elemento centrale discusso nella letteratura riguarda la condivisione dei rischi tra i partner pubblico e privato. Numerosi studi evidenziano infatti come uno dei principi fondamentali delle partnership pubblico–private consista nella possibilità di allocare i rischi tra i partner in modo più efficiente rispetto ai modelli tradizionali di gestione pubblica (Jdidi, M., et al. 2017; Salangwa, T., et al. 2025). In particolare, la letteratura suggerisce che ciascun rischio dovrebbe essere attribuito all’attore che possiede le competenze più adeguate a gestirlo, consentendo così di migliorare l’efficienza complessiva del progetto (Borshch et al., 2019; Salangwa, T., et al. 2025; Tirivangani et al., 2021; Hellowell et al., 2018). Le evidenze empiriche emerse dalle interviste risultano pienamente coerenti con queste interpretazioni. Gli intervistati evidenziano infatti come uno dei principali vantaggi delle partnership pubblico–private consista proprio nella possibilità di condividere non solo competenze e risorse, ma anche responsabilità e rischi legati alla realizzazione e alla gestione dei progetti.

Complessità contrattuale

Un ulteriore elemento di allineamento tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda la complessità dei contratti che caratterizzano le partnership pubblico–private. La letteratura sulle PPP evidenzia infatti come questi modelli di collaborazione richiedano strutture contrattuali particolarmente articolate, in grado di disciplinare una molteplicità di aspetti tecnici, organizzativi e finanziari e di regolare le relazioni tra i diversi attori coinvolti nel progetto (McKee, Edwards & Atun, 2006; Zaidi et al., 2025). A differenza dei tradizionali contratti di appalto, i contratti PPP devono infatti definire non soltanto le modalità di realizzazione delle infrastrutture o dei servizi, ma anche la distribuzione delle responsabilità tra i partner, i meccanismi di gestione del progetto e le modalità di coordinamento tra le parti nel lungo periodo. La natura pluriennale delle partnership rende quindi necessario progettare strumenti contrattuali capaci di disciplinare relazioni complesse tra pubblico e privato e di garantire il funzionamento del progetto nel corso di molti anni (Fernandez-Marcelo et al., 2016; Barlow et al., 2013). Diversi contributi della letteratura sottolineano inoltre come la progettazione dei contratti PPP debba tenere conto della necessità di garantire un certo grado di flessibilità nel tempo (Fernandez-Marcelo, T., et al. 2016; Gustavsen et al., 2009; Marjanović, S., et al. 2020). In particolare, nei progetti caratterizzati da una lunga durata e da un elevato contenuto tecnologico, contratti eccessivamente rigidi rischierebbero di limitare la capacità delle organizzazioni coinvolte di adattarsi all’evoluzione delle tecnologie e alle nuove esigenze operative dei sistemi pubblici (Abbott, 2018; Gustavsen et al., 2009; Birla et al., 2012).

Tali considerazioni trovano ampio riscontro anche nelle evidenze empiriche emerse dalle interviste condotte nel corso della ricerca, nelle quali la complessità dei contratti PPP e la necessità di disciplinare relazioni di lungo periodo tra i partner rappresentano temi frequentemente richiamati dagli intervistati.

Diffusione limitata dei PPP nella logistica sanitaria

Un ulteriore elemento di convergenza tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda la limitata diffusione dei PPP nel settore della logistica sanitaria. La letteratura internazionale è infatti relativamente ampia e ha analizzato numerosi casi di applicazione di questo modello in diversi ambiti dei servizi pubblici, tra cui infrastrutture di trasporto, energia, servizi urbani e, in misura crescente, anche sanità (Birla et al., 2012; Arnaout et al., 2023; Barlow et al., 2013). Tuttavia, all'interno di questo filone di ricerca, gli studi specificamente dedicati alla logistica sanitaria risultano ancora relativamente limitati. La maggior parte dei contributi si concentra infatti sulla realizzazione e gestione di infrastrutture ospedaliere o sulla costruzione di nuovi ospedali attraverso modelli PPP, mentre gli aspetti più specificamente legati all'organizzazione dei sistemi logistici sanitari risultano meno approfonditi.

Trasparenza e relazione tra partner

Un tema particolarmente rilevante nel confronto tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda il ruolo della trasparenza nelle partnership pubblico-private. Nella letteratura sui PPP, la questione della trasparenza è spesso discussa in relazione alle possibili criticità del modello (Longo, F. & Tasselli, S. 2012; Bak, H., et al. 2025). Diversi studi evidenziano infatti come la complessità dei contratti, la presenza di molteplici attori istituzionali e la natura di lungo periodo delle partnership possano rendere difficile garantire piena trasparenza nei processi decisionali e nelle modalità di gestione dei progetti (Longo, F. & Tasselli, S. 2012; Marjanović, S., et al. 2020; Bak et al., 2025). In particolare, alcuni autori sottolineano come la complessità delle strutture contrattuali e finanziarie possa limitare la capacità delle amministrazioni pubbliche e degli stakeholder di monitorare efficacemente le attività del partner privato e di valutare i risultati delle partnership (McKee, Edwards & Atun, 2006; Bak et al., 2025; Lethbridge, 2017). In questa prospettiva, la trasparenza viene spesso presentata nella letteratura come una delle principali criticità potenziali delle PPP, soprattutto nei casi in cui la complessità dei contratti o l'asimmetria informativa tra i partner renda difficile comprendere pienamente le dinamiche decisionali e operative della partnership. Alcuni studi evidenziano inoltre come la mancanza di trasparenza possa generare rischi di accountability, rendendo più complessa la valutazione dell'effettiva efficacia delle partnership nel lungo periodo (Moro Visconti, R. & Morea, D. 2020; Hellowell, M. 2018).

Le evidenze empiriche emerse dalle interviste suggeriscono tuttavia una lettura significativamente diversa di questo tema. Gli intervistati non interpretano infatti la trasparenza come una criticità intrinseca del modello PPP, ma piuttosto come una condizione fondamentale per il funzionamento efficace della partnership. In particolare, la trasparenza viene frequentemente indicata come uno degli elementi alla base della costruzione di una relazione stabile e collaborativa tra partner pubblico e privato.

Secondo quanto emerge dalle interviste, la trasparenza rappresenta infatti uno dei presupposti necessari per sviluppare un rapporto di fiducia reciproca tra le parti e per garantire un'efficace collaborazione nel corso della durata della partnership. In questo senso, più che essere percepita come un potenziale rischio del modello, la trasparenza viene interpretata come uno dei pilastri su cui deve basarsi il funzionamento delle PPP. La condivisione delle informazioni, la chiarezza nei processi decisionali e la possibilità di monitorare congiuntamente l'andamento delle attività vengono infatti considerati elementi fondamentali per evitare conflitti tra partner e per garantire una gestione efficace delle attività operative. Questa diversa interpretazione appare strettamente collegata al tema del rapporto paritetico tra partner, che nelle interviste emerge come uno dei principali fattori critici di successo delle partnership pubblico-private. Gli intervistati sottolineano infatti come il funzionamento efficace del modello PPP dipenda in larga misura dalla capacità di costruire una relazione realmente collaborativa tra pubblico e privato, basata su un equilibrio tra le responsabilità e gli interessi delle parti coinvolte. In questo contesto, la trasparenza assume un ruolo centrale non solo come strumento di controllo, ma soprattutto come meccanismo di coordinamento tra i partner. La condivisione delle informazioni e la chiarezza nelle relazioni contrattuali consentono infatti di ridurre le asimmetrie informative tra le parti e di facilitare la gestione congiunta delle attività nel lungo periodo. Di conseguenza, mentre la letteratura tende a enfatizzare i rischi legati alla mancanza di trasparenza nelle partnership pubblico-private, le evidenze empiriche suggeriscono che la trasparenza rappresenti piuttosto una condizione strutturale necessaria per il funzionamento efficace delle partnership.

Governance delle partnership e stabilità istituzionale

Un secondo ambito nel quale emerge una significativa differenza interpretativa tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda il tema della governance delle partnership pubblico-private. La letteratura analizzata ha ampiamente discusso le sfide legate alla governance di queste collaborazioni, sottolineando come la presenza di attori istituzionali differenti e la complessità delle relazioni contrattuali possano generare divergenze tra gli obiettivi dei partner o favorire l'emergere di comportamenti opportunistici (Gustavsen, B. & Hanson, A., 2009; Jdidi et al., 2017). In questa prospettiva, uno dei principali rischi associati ai PPP

riguarda la possibilità che il partner privato persegua obiettivi di natura prevalentemente economica, potenzialmente in contrasto con gli obiettivi di interesse pubblico perseguiti dalle amministrazioni coinvolte (Tirivangani et al., 2021). Proprio per questo, la definizione di indicatori di performance, la previsione di meccanismi di monitoraggio e la costruzione di sistemi di accountability vengono considerati strumenti fondamentali per ridurre il rischio di divergenze tra i partner e per garantire il corretto funzionamento della partnership nel lungo periodo (Salangwa et al., 2025; Gustavsen, B. & Hanson, A., 2009). Le evidenze empiriche emerse dalle interviste suggeriscono tuttavia una lettura in parte diversa delle principali criticità legate alla governance delle partnership. Gli intervistati non individuano infatti nei comportamenti opportunistici o nelle divergenze tra partner il principale problema delle PPP. Quando questi rischi vengono menzionati, essi vengono generalmente considerati come potenziali criticità che possono essere gestite attraverso una progettazione contrattuale adeguata e attraverso la definizione di meccanismi di governance chiari. Piuttosto, la principale fonte di instabilità delle partnership viene individuata nella forte dipendenza delle PPP dal contesto politico e amministrativo in cui esse si sviluppano. In particolare, diversi intervistati evidenziano come le partnership pubblico-private nel settore sanitario siano fortemente influenzate dalle dinamiche istituzionali e dai cambiamenti nelle amministrazioni pubbliche coinvolte. Il rapido avvicendamento delle amministrazioni locali o regionali può infatti modificare le priorità strategiche delle istituzioni pubbliche, generando incertezza nella gestione delle partnership e rendendo più complessa la continuità delle strategie adottate nel corso del tempo. Di conseguenza, la stabilità istituzionale emerge dalle interviste come uno degli elementi fondamentali per garantire il funzionamento efficace delle partnership pubblico-private.

Un ulteriore elemento emerso dalle interviste, sia di carattere pubblico che privato, riguarda la definizione della scala territoriale più adeguata allo sviluppo dei PPP nel settore della logistica sanitaria. Dall'analisi non emerge una soluzione univoca: in alcuni casi viene preferita la tendenza verso una maggiore centralizzazione dei sistemi logistici, con progetti che coinvolgono aree territoriali più ampie rispetto alle singole aziende sanitarie, ed in altri si sostiene che il PPP potrebbe risultare comunque adeguato anche in progetti di dimensioni inferiori. Pur emergendo una propensione verso progetti di scala più ampia, diversi intervistati sottolineano come l'aumento della scala territoriale possa comportare anche una maggiore complessità nella gestione delle partnership, a causa della presenza di interessi istituzionali differenti e della maggiore difficoltà nel coordinare gli attori coinvolti.

Nel complesso, le evidenze empiriche suggeriscono quindi che le principali sfide legate alla governance delle partnership pubblico-private non derivino tanto da potenziali conflitti tra partner pubblico e privato,

quanto piuttosto dalla complessità del contesto istituzionale in cui tali partnership si sviluppano. Questo risultato contribuisce ad arricchire la letteratura esistente, evidenziando l'importanza di considerare non solo la struttura contrattuale delle partnership, ma anche le dinamiche istituzionali e politiche che influenzano il funzionamento dei progetti nel lungo periodo.

Integrazione tra macrologistica e micrologistica nei sistemi sanitari

Uno degli aspetti più interessanti emersi dal confronto tra letteratura ed evidenze empiriche riguarda il tema dell'organizzazione dei sistemi logistici sanitari e, in particolare, il livello di integrazione tra le diverse componenti della supply chain sanitaria. La letteratura sulle partnership pubblico-private nel settore sanitario ha infatti dedicato particolare attenzione alla gestione delle infrastrutture e delle reti logistiche su scala territoriale, concentrandosi soprattutto sugli aspetti di macrologistica (Barlow et al., 2013; Torchia et al., 2018). In questo filone di ricerca, l'attenzione si concentra prevalentemente sulle modalità attraverso cui le partnership pubblico-private possono contribuire alla progettazione, realizzazione e gestione di infrastrutture logistiche complesse, nonché sull'efficienza dei sistemi di approvvigionamento e distribuzione dei materiali sanitari a livello territoriale. Tuttavia, la letteratura tende generalmente ad analizzare questi sistemi a un livello relativamente macro, ponendo maggiore enfasi sulle infrastrutture e sulle reti distributive piuttosto che sulle modalità di integrazione tra le diverse fasi operative della supply chain sanitaria (Walwyn & Nkolele, 2018; Tirivangani et al., 2021).

Le evidenze empiriche emerse dalle interviste suggeriscono tuttavia che il funzionamento efficace delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria dipenda in larga misura dalla capacità di integrare non soltanto le infrastrutture logistiche centrali, ma anche i processi operativi che si sviluppano all'interno delle strutture sanitarie. In particolare, diversi intervistati sottolineano come il valore generato dai progetti di logistica sanitaria non derivi esclusivamente dalla realizzazione di piattaforme logistiche centralizzate o dall'introduzione di tecnologie avanzate per la gestione dei flussi di materiali, ma soprattutto dalla capacità di collegare tali infrastrutture con i processi operativi quotidiani delle strutture ospedaliere. In questo senso, emerge con particolare chiarezza il tema dell'integrazione tra macrologistica e micrologistica. Secondo quanto emerge dalle interviste, uno dei principali fattori critici di successo delle partnership pubblico-private nel settore sanitario consiste proprio nella capacità di integrare questi due livelli della supply chain, garantendo continuità tra la gestione centralizzata dei flussi logistici e le esigenze operative delle strutture sanitarie. In assenza di tale integrazione, infatti, il rischio è che la macrologistica rimanga isolata rispetto ai processi operativi delle strutture sanitarie, limitando significativamente i benefici organizzativi e operativi che i PPP possono generare. La realizzazione di

infrastrutture logistiche avanzate non è quindi sufficiente, di per sé, a migliorare il funzionamento complessivo del sistema sanitario se non viene accompagnata da una riorganizzazione dei processi operativi interni alle strutture ospedaliere.

Le interviste evidenziano inoltre che il concetto di integrazione dei processi logistici non riguarda soltanto il coordinamento tra macrologistica e micrologistica, ma si estende anche ad altre dimensioni dell'organizzazione dei servizi sanitari. In diversi casi viene infatti sottolineata la possibilità di integrare il servizio logistico con altri servizi di supporto presenti nelle strutture sanitarie, come i servizi di mensa, lavanderia o gestione dei materiali sanitari. Questa integrazione tra diversi servizi operativi può contribuire a migliorare l'efficienza complessiva delle strutture sanitarie, favorendo una gestione più coordinata delle attività di supporto. Un'ulteriore dimensione dell'integrazione riguarda inoltre le diverse fasi del ciclo di vita dei progetti di logistica sanitaria. Le interviste evidenziano infatti come uno dei principali vantaggi delle partnership pubblico-private consista nella possibilità di integrare all'interno di un unico modello organizzativo le fasi di progettazione, realizzazione e gestione delle infrastrutture logistiche. Questo approccio consente di sviluppare soluzioni progettuali più coerenti con le esigenze operative delle strutture sanitarie e di garantire una maggiore continuità nella gestione delle attività nel lungo periodo.

Nel complesso, le evidenze empiriche suggeriscono quindi che il valore delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria non risieda esclusivamente nella gestione delle infrastrutture logistiche centrali, ma soprattutto nella capacità di costruire sistemi logistici integrati, in cui le diverse componenti della supply chain sanitaria siano coordinate in modo efficace. Questo risultato rappresenta un contributo interessante rispetto alla letteratura esistente, che tende generalmente a concentrarsi maggiormente sugli aspetti infrastrutturali della logistica sanitaria, dedicando minore attenzione alle modalità di integrazione tra i diversi livelli operativi del sistema.

Revamping tecnologico e adattamento delle partnership nel lungo periodo

Un ulteriore elemento di particolare interesse emerso dalle interviste riguarda il tema dell'innovazione tecnologica e della necessità di prevedere meccanismi di aggiornamento tecnologico nel corso della durata delle partnership pubblico-private. La letteratura sulle PPP evidenzia come uno dei principali vantaggi di questi modelli consista nella possibilità di introdurre innovazioni tecnologiche e organizzative nella gestione dei servizi pubblici (Fernandez-Marcelo, T., et al. 2016; Barlow et al., 2013). In particolare, il coinvolgimento del partner privato viene spesso associato alla possibilità di introdurre tecnologie più avanzate e modelli gestionali più innovativi rispetto a quelli tradizionalmente adottati nel

settore pubblico (Barlow et al., 2013). Allo stesso tempo, diversi studi sottolineano come la lunga durata dei contratti PPP possa rappresentare una sfida significativa in termini di adattamento tecnologico (Walwyn & Nkolele, 2018; Lethbridge, J., 2017; Barlow et al., 2013). La durata pluriennale delle partnership può infatti rendere più difficile aggiornare le infrastrutture e i sistemi tecnologici nel corso del tempo, soprattutto nei settori caratterizzati da un rapido progresso tecnologico. In questo senso, alcuni autori evidenziano il rischio che contratti particolarmente rigidi possano limitare la capacità delle organizzazioni coinvolte di adattarsi all'evoluzione tecnologica o alle nuove esigenze del sistema sanitario (Bak et al., 2025; Hofman et al., 2014).

Le evidenze empiriche emerse dalle interviste suggeriscono tuttavia una lettura più articolata di questo tema. Gli intervistati riconoscono infatti che la durata pluriennale delle partnership può effettivamente rappresentare una potenziale criticità in termini di adattamento tecnologico. Tuttavia, essi sottolineano anche come questo rischio possa essere gestito attraverso una progettazione contrattuale adeguata, che preveda esplicitamente meccanismi di aggiornamento tecnologico nel corso della durata della partnership. In questo contesto emerge con particolare chiarezza il concetto di revamping tecnologico. Gli intervistati evidenziano infatti come l'aggiornamento periodico delle infrastrutture e dei sistemi tecnologici non debba essere considerato un elemento accessorio della partnership, ma una componente strutturale del modello PPP. In particolare, la natura di lungo periodo delle partnership rende necessario prevedere fin dalla fase contrattuale specifiche modalità attraverso cui aggiornare nel tempo le tecnologie utilizzate nei sistemi logistici sanitari. Le interviste, come evidenziato nel capitolo 7, sottolineano come non esista una soluzione univoca rispetto alla tempistica con cui prevedere tali interventi di aggiornamento tecnologico

Le evidenze empiriche suggeriscono quindi che la capacità di integrare processi di innovazione tecnologica e meccanismi di aggiornamento continuo rappresenti uno degli elementi fondamentali per garantire la sostenibilità delle partnership pubblico-private nel lungo periodo. In questo senso, il tema del revamping tecnologico emerge dalle interviste come un vero e proprio fattore critico di successo delle PPP nel settore della logistica sanitaria. Nel complesso, questo risultato contribuisce ad arricchire la letteratura esistente sulle partnership pubblico-private, evidenziando l'importanza di considerare non soltanto l'introduzione iniziale di innovazioni tecnologiche, ma anche la capacità delle partnership di adattarsi nel tempo all'evoluzione delle tecnologie e delle esigenze del sistema sanitario.

Disponibilità dei dati e competenze

Infine, le evidenze empiriche emerse dalle interviste hanno permesso di individuare alcuni elementi non riscontrati nella letteratura esistente ma che appaiono particolarmente rilevanti per la realizzazione delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria. In particolare, gli intervistati evidenziano con particolare chiarezza l'importanza della disponibilità di dati storici e di competenze specifiche nella fase di progettazione delle partnership. L'analisi qualitativa ha evidenziato in diversi casi come la qualità delle informazioni disponibili rappresenti un elemento fondamentale per la progettazione e la valutazione dei progetti di partnership pubblico-private. La disponibilità di dati affidabili sui costi operativi, sui flussi di attività e sulle performance dei servizi rappresenta infatti una condizione necessaria per valutare la sostenibilità economica dei progetti e per progettare strutture contrattuali adeguate.

Al fine di sintetizzare in modo chiaro il confronto tra i risultati emersi dalle interviste e le evidenze presenti nella letteratura, la tabella seguente riassume i principali temi analizzati, distinguendo tra elementi di convergenza, aspetti caratterizzati da una diversa interpretazione e dimensioni emerse prevalentemente dall'analisi empirica.

Tema	Evidenza rispetto alla letteratura	Tema	Evidenza rispetto alla letteratura
Miglioramento dell'efficienza operativa	Convergenza	Limitata diffusione del PPP nella logistica sanitaria	Convergenza
Capacità di attivare investimenti e innovazione	Convergenza	Trasparenza nella relazione tra partner	Interpretazione diversa
Condivisione di competenze tra pubblico e privato	Convergenza	Influenza della Governance	Interpretazione diversa
Condivisione e allocazione del rischio	Convergenza	Integrazione tra macrologistica e micrologistica	Elemento emergente
Complessità contrattuale delle PPP	Convergenza	Revamping tecnologico durante la durata del PPP	Elemento emergente
Miglioramento della qualità e delle prestazioni del servizio sanitario	Convergenza	Disponibilità di dati e competenze nella fase di progettazione	Elemento emergente

Tabella 9 | Sintesi del confronto tra letteratura e risultati empirici

8.2 Interpretazione dei risultati

L'analisi delle interviste condotte nel corso della ricerca consente di sviluppare alcune considerazioni interpretative sul funzionamento dei PPP nel settore della logistica sanitaria. Se nei capitoli precedenti l'attenzione è stata principalmente rivolta alla presentazione dei risultati empirici e al confronto con la letteratura esistente, in questa sezione l'obiettivo è offrire una lettura complessiva delle evidenze emerse, individuando i principali fattori che sembrano influenzare l'efficacia e il funzionamento di questo modello organizzativo.

Un primo elemento che emerge con particolare chiarezza riguarda il ruolo delle partnership pubblico-private come strumenti in grado di sostenere processi di innovazione e di investimento nel settore sanitario. Le interviste evidenziano infatti come il PPP venga frequentemente interpretato dagli attori coinvolti come una soluzione capace di mobilitare risorse finanziarie e competenze tecnologiche che difficilmente potrebbero essere attivate attraverso i tradizionali modelli di gestione pubblica. In particolare, nel contesto della logistica sanitaria, la realizzazione di infrastrutture logistiche avanzate, l'introduzione di sistemi informativi integrati e l'adozione di tecnologie innovative per la gestione dei flussi logistici richiedono spesso investimenti significativi e competenze tecniche specialistiche.

Allo stesso tempo, le evidenze empiriche suggeriscono che il semplice coinvolgimento del partner privato non rappresenta di per sé una garanzia di successo delle partnership. Piuttosto, il funzionamento efficace delle PPP appare fortemente influenzato dalla qualità della progettazione iniziale e dalla capacità di costruire un sistema di governance in grado di coordinare gli interessi dei diversi attori coinvolti. Le interviste mostrano infatti come molti degli aspetti che nella letteratura vengono talvolta presentati come potenziali criticità del modello, come la complessità contrattuale, il rischio di comportamenti opportunistici o le difficoltà nella definizione degli obiettivi, non vengano necessariamente interpretati dagli intervistati come limiti strutturali delle partnership. Tali elementi vengono, invece, considerati come sfide da affrontare attraverso una progettazione accurata della partnership e una gestione attenta delle relazioni tra i partner.

In questo contesto, emerge con particolare evidenza il ruolo della governance delle partnership. Le interviste suggeriscono infatti che il successo dei progetti PPP dipenda in larga misura dalla capacità di costruire una relazione collaborativa tra i partner pubblico e privato, basata su un rapporto di fiducia reciproca e su una chiara definizione delle responsabilità. Questo risultato appare particolarmente significativo, poiché suggerisce che la qualità della relazione tra i partner possa rappresentare un fattore determinante per la riuscita dei progetti, talvolta persino più rilevante rispetto agli aspetti puramente tecnici o finanziari.

Un ulteriore elemento interpretativo riguarda il ruolo dell'integrazione dei sistemi logistici all'interno delle strutture sanitarie. Le evidenze empiriche mostrano infatti come il valore delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria non risieda esclusivamente nella realizzazione di infrastrutture logistiche centralizzate o nell'introduzione di nuove tecnologie, ma soprattutto nella capacità di integrare le diverse componenti della supply chain sanitaria. In particolare, le interviste evidenziano con chiarezza l'importanza di collegare la macrologistica con la micrologistica. Tale integrazione appare fondamentale per garantire che le innovazioni introdotte a livello infrastrutturale si traducano effettivamente in miglioramenti operativi nelle attività quotidiane delle strutture ospedaliere. Un altro aspetto rilevante riguarda la dimensione temporale delle partnership pubblico-private. I progetti PPP sono infatti caratterizzati da una durata pluriennale che richiede la capacità di adattarsi nel tempo a cambiamenti tecnologici, organizzativi e istituzionali. Le interviste mostrano come uno degli elementi centrali per garantire la sostenibilità delle partnership nel lungo periodo sia la capacità di prevedere meccanismi di aggiornamento e di adattamento delle infrastrutture e dei sistemi tecnologici. In questo contesto assume particolare rilievo il tema del revamping tecnologico, inteso come la possibilità di aggiornare periodicamente le tecnologie utilizzate nei sistemi logistici sanitari. La presenza di tali meccanismi consente infatti di evitare fenomeni di obsolescenza tecnologica e di mantenere nel tempo l'efficacia delle soluzioni introdotte attraverso la partnership.

Accanto a questi elementi, le interviste evidenziano anche alcune condizioni preliminari che appaiono particolarmente rilevanti per l'avvio e la progettazione di progetti PPP nel settore della logistica sanitaria. Tra queste, un ruolo centrale è rappresentato dalla disponibilità di dati affidabili e dalla presenza di competenze adeguate nella fase di progettazione dei progetti. In assenza di dati storici adeguati e di competenze tecniche specifiche, diventa particolarmente difficile definire correttamente gli obiettivi del progetto e progettare una struttura contrattuale efficace.

Nel complesso, l'interpretazione dei risultati suggerisce quindi che le partnership pubblico-private possano rappresentare uno strumento potenzialmente efficace per sostenere l'innovazione e l'efficienza dei sistemi logistici sanitari. Tuttavia, il loro successo appare strettamente legato alla presenza di alcune condizioni fondamentali, tra cui una progettazione accurata della partnership, la capacità di costruire sistemi di governance efficaci e la disponibilità di competenze adeguate nella gestione dei progetti. In questo senso, i progetti di PPP non possono essere considerati una soluzione automatica ai problemi organizzativi del sistema sanitario, ma piuttosto uno strumento complesso che richiede condizioni istituzionali, organizzative e culturali adeguate a poter esprimere pienamente il proprio potenziale.

8.3 Implicazioni accademiche e manageriali

I risultati emersi dall'analisi delle interviste e dal confronto con la letteratura consentono di individuare una serie di implicazioni rilevanti sia dal punto di vista accademico sia da quello manageriale. L'indagine empirica svolta nel corso della ricerca ha contribuito a far emergere nuove dimensioni interpretative relative al funzionamento di questi modelli nel contesto specifico della logistica sanitaria.

Implicazioni accademiche

Dal punto di vista accademico, il primo contributo della ricerca riguarda l'approfondimento del ruolo di questi progetti nel settore della logistica sanitaria, un ambito che risulta ancora relativamente poco esplorato nella letteratura di riferimento. Sebbene esistano numerosi studi dedicati alle partnership pubblico-private in ambito infrastrutturale o sanitario, il tema specifico della logistica sanitaria è stato finora analizzato solo in modo limitato. La ricerca fornisce prove sperimentali su come il modello PPP viene interpretato e utilizzato nella gestione dei sistemi logistici sanitari, arricchendo il dibattito accademico in questo campo.

Le dinamiche organizzative che caratterizzano le partnership pubblico-private sono oggetto di un secondo contributo. Questi risultati suggeriscono che i PPP possono essere visti non solo come strumenti contrattuali o finanziari, ma come complessi sistemi organizzativi che dipendono in gran parte dalle dinamiche relazionali tra i vari attori coinvolti.

Un ulteriore contributo riguarda l'emersione di alcune dimensioni operative che risultano meno sviluppate nella letteratura esistente. Tra queste, assumono particolare rilevanza i temi dell'integrazione tra macrologistica e micrologistica ed il revamping tecnologico.

La ricerca contribuisce, inoltre, a mettere in luce alcune condizioni preliminari che appaiono particolarmente rilevanti per l'avvio e la progettazione delle partnership pubblico-private. In particolare, le interviste evidenziano come la disponibilità di dati affidabili sui flussi logistici e la presenza di competenze tecniche adeguate rappresentino elementi fondamentali per la progettazione efficace dei progetti PPP.

Infine, i risultati contribuiscono ad arricchire la letteratura evidenziando alcune barriere culturali e organizzative che possono influenzare la diffusione di questo modello nel settore sanitario. Le interviste suggeriscono in particolare che la scarsa conoscenza dello strumento e una certa diffidenza istituzionale nei confronti delle partnership pubblico-private possono essere fattori che rallentano l'adozione di questi modelli, soprattutto in aree con una forte tradizione della gestione pubblica dei servizi sanitari.

Implicazioni manageriali

Accanto ai contributi di natura accademica, i risultati della ricerca presentano anche alcune implicazioni rilevanti per i decisori pubblici e per gli operatori privati coinvolti nella progettazione e nella gestione delle partnership pubblico–private nel settore sanitario.

In primo luogo, le evidenze empiriche suggeriscono che la progettazione richiede un'attenzione particolare alla fase preliminare di definizione degli obiettivi e della struttura del progetto. In effetti, la complessità dei sistemi logistici sanitari richiede una conoscenza profonda dei flussi operativi e delle esigenze organizzative delle strutture sanitarie prima di iniziare un progetto di collaborazione. In questo senso, la presenza di dati storici affidabili e la presenza di competenze tecniche adeguate sono condizioni essenziali per una progettazione efficace.

La gestione della struttura dei contratti di partnership è un secondo elemento: i risultati della ricerca mostrano come i contratti di PPP dovrebbero essere progettati in modo da garantire che la definizione delle responsabilità e la flessibilità operativa siano equilibrate. Infatti, affinché questi progetti perdurino nel tempo, è necessario prevedere strumenti contrattuali che possano adattarsi a qualsiasi cambiamento organizzativo, tecnologico o normativo che si verifichi. In questo contesto, assume particolare rilevanza la possibilità di prevedere meccanismi di aggiornamento tecnologico e di revisione delle soluzioni operative nel corso della durata della partnership.

La gestione delle relazioni tra partner privati e pubblici è un elemento aggiuntivo. Le interviste sottolineano infatti che il successo di una partnership dipende principalmente dalla capacità di entrambe le parti di lavorare insieme. In questo senso, le condizioni essenziali per il buon funzionamento delle partnership nel lungo periodo sono la trasparenza nella condivisione delle informazioni e una definizione chiara delle responsabilità.

Infine, i risultati della ricerca suggeriscono che una maggiore diffusione delle partnership pubblico–private nel settore della logistica sanitaria potrebbe richiedere anche interventi volti a migliorare la conoscenza di questo strumento tra i diversi attori del sistema sanitario. La diffusione di competenze specifiche nella progettazione e nella gestione delle PPP potrebbe infatti contribuire a ridurre alcune delle barriere culturali e organizzative che attualmente ne limitano l'adozione.

Nel complesso, le implicazioni manageriali della ricerca suggeriscono quindi che i PPP possano rappresentare uno strumento potenzialmente efficace per migliorare l'efficienza e la capacità di innovazione dei sistemi logistici sanitari, a condizione che vengano progettate e gestite attraverso un approccio sistemico che tenga conto delle specificità organizzative del settore sanitario e della complessità delle relazioni tra gli attori coinvolti.

8.4 Limiti dello studio e spunti per future ricerche

Nonostante i contributi teorici ed empirici evidenziati nei paragrafi precedenti, la presente ricerca presenta alcuni limiti che è opportuno riconoscere. L'identificazione di tali limiti non rappresenta soltanto un esercizio di trasparenza metodologica, ma costituisce anche un punto di partenza per individuare possibili direzioni di sviluppo per future ricerche sul tema delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria.

Pur adottando un approccio strutturato, la revisione presenta alcuni limiti. In particolare, l'utilizzo quasi esclusivo di un unico database (Scopus) può aver escluso contributi presenti in altre fonti. Inoltre, la codifica tematica implica un certo grado di interpretazione, soprattutto nei casi in cui vantaggi e svantaggi non siano esplicitamente dichiarati. Tali limiti non compromettono la validità complessiva della review, ma ne definiscono il perimetro metodologico.

Un secondo limite riguarda la dimensione del campione di interviste analizzate. La ricerca si basa infatti su un numero relativamente contenuto di interviste, selezionate attraverso un approccio qualitativo volto a coinvolgere attori direttamente coinvolti nella progettazione e nella gestione di partnership pubblico-private nel settore sanitario. Tuttavia, è importante sottolineare che, come già discusso nel *Capitolo 4*, negli studi qualitativi di questo tipo non esiste un numero prefissato di osservazioni necessario per garantire la validità dell'analisi. La letteratura metodologica evidenzia infatti come la dimensione del campione venga generalmente determinata dal raggiungimento della cosiddetta saturazione teorica. Nel caso della presente ricerca, l'analisi delle interviste ha mostrato una progressiva convergenza dei temi emersi, con una significativa ricorrenza degli stessi argomenti e delle stesse dimensioni interpretative nelle diverse interviste. Questo elemento suggerisce che il campione analizzato abbia raggiunto un livello soddisfacente di saturazione tematica, consentendo di individuare in modo consistente le principali categorie interpretative relative al funzionamento delle partnership pubblico-private nel settore della logistica sanitaria. Nonostante ciò, è opportuno riconoscere che un ampliamento del numero di interviste e un coinvolgimento di ulteriori attori istituzionali e operativi potrebbe consentire di arricchire ulteriormente l'analisi, offrendo una visione ancora più ampia delle dinamiche organizzative e istituzionali che caratterizzano questo modello di collaborazione.

Un altro aspetto limitante riguarda il contesto geografico in cui è stata condotta la ricerca. Le interviste analizzate fanno riferimento prevalentemente a esperienze e progetti sviluppati nel contesto italiano. Questo elemento rappresenta allo stesso tempo un punto di forza e una possibile limitazione dello studio. Da un lato, l'analisi consente infatti di approfondire il funzionamento delle partnership pubblico-private in un contesto istituzionale specifico, caratterizzato da un sistema sanitario fortemente regolato e da una

struttura amministrativa articolata su diversi livelli territoriali. Dall'altro lato, le caratteristiche del sistema sanitario italiano potrebbero influenzare alcune delle dinamiche osservate, rendendo necessario un certo grado di cautela nell'estendere i risultati ad altri contesti nazionali caratterizzati da modelli istituzionali differenti.

Un altro limite riguarda la natura qualitativa dell'analisi condotta. L'uso di interviste e tecniche di analisi qualitativa consente di esaminare in dettaglio le percezioni e le interpretazioni degli attori coinvolti nelle partnership pubblico-private, ma non può misurare quantitativamente l'impatto dei PPP sulle prestazioni dei sistemi logistici sanitari. Infatti, piuttosto che concentrarsi su indicatori quantitativi di performance operativa o economica, la ricerca si concentra sulle dinamiche organizzative e sulle prospettive degli attori coinvolti. Future ricerche potrebbero quindi integrare l'approccio qualitativo adottato in questo studio con analisi quantitative volte a valutare in modo più sistematico gli effetti delle partnership pubblico-private sull'efficienza dei sistemi logistici sanitari, sulla qualità dei servizi e sui costi complessivi del sistema.

Un ulteriore elemento che merita attenzione riguarda la fase temporale dei progetti analizzati. Molte delle partnership pubblico-private nel settore sanitario sono caratterizzate da orizzonti temporali molto lunghi, spesso superiori ai venti o trent'anni. Di conseguenza, alcuni effetti delle partnership potrebbero emergere soltanto nel lungo periodo e non essere pienamente osservabili nelle fasi iniziali o intermedie dei progetti. Questo aspetto suggerisce la necessità di sviluppare studi longitudinali in grado di analizzare l'evoluzione delle PPP nel tempo e di valutare in modo più completo gli effetti di lungo periodo di questi modelli organizzativi.

Accanto ai limiti sopra descritti, la ricerca apre anche numerose possibili direzioni per futuri sviluppi della letteratura. Una prima linea di ricerca potrebbe riguardare l'approfondimento del ruolo della logistica sanitaria all'interno delle partnership pubblico-private. Come emerso nel corso dell'analisi, la letteratura esistente dedica ancora un'attenzione relativamente limitata a questo specifico ambito, concentrandosi più frequentemente su infrastrutture sanitarie o servizi clinici. Studi futuri potrebbero quindi contribuire ad ampliare il dibattito accademico analizzando in modo più sistematico il ruolo della logistica nella progettazione e nella gestione delle partnership pubblico-private.

Una seconda direzione di ricerca potrebbe riguardare l'analisi delle condizioni istituzionali e organizzative che favoriscono il successo delle PPP nel settore sanitario. Le evidenze emerse suggeriscono infatti che il funzionamento efficace delle partnership dipenda non soltanto dalla struttura contrattuale dei progetti, ma anche da fattori quali la qualità della governance, la disponibilità di competenze tecniche e la presenza di sistemi informativi adeguati. In futuro, le ricerche potrebbero

approfondire questi aspetti attraverso studi comparativi su vari contesti nazionali o regionali. L'obiettivo di queste ricerche sarebbe identificare le configurazioni istituzionali che migliorano lo sviluppo di partnership.

L'analisi dei processi di integrazione tra macrologistica e micrologistica nei sistemi sanitari rappresenta un ulteriore ambito di ricerca di particolare rilevanza. Come emerso più volte anche dalle interviste, il valore delle partnership pubblico-private sembra infatti dipendere in larga misura dalla capacità di integrare le infrastrutture logistiche centralizzate con i processi operativi che si sviluppano all'interno delle singole strutture sanitarie. Tale tematica risulta ancora relativamente poco approfondita nella letteratura sulle PPP e si configura, pertanto, come un promettente filone di ricerca per sviluppi futuri.

Infine, un'ulteriore direzione di ricerca riguarda l'analisi delle barriere culturali e organizzative che influenzano la diffusione delle partnership pubblico-private nel settore sanitario. Come emerso dalle interviste, la limitata conoscenza dello strumento, unita a una certa diffidenza istituzionale nei confronti delle PPP, può costituire un ostacolo rilevante alla loro adozione. In questo senso, studi futuri potrebbero approfondire in maniera più sistematica i fattori culturali e istituzionali che condizionano l'introduzione e lo sviluppo delle partnership pubblico-private nei diversi sistemi sanitari, contribuendo a una migliore comprensione delle dinamiche che ne favoriscono o ne limitano la diffusione.

Nel complesso, i limiti evidenziati e le possibili direzioni di ricerca futura suggeriscono che il tema delle partnership pubblico-private nella logistica sanitaria rappresenti un ambito di studio ancora in evoluzione, che offre ampi spazi per ulteriori approfondimenti sia dal punto di vista teorico sia da quello empirico.

Bibliografia

- Abbott, F.M. (2018). *Public–Private Partnerships as Models for New Drug Research and Development: The Future as Now*.
- Abdul, S. (2024). *Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world*.
- Adamou, M., Kyriakidou, N. & Connolly, J. (2021). *Evolution of Public-Private Partnership: The UK Perspective Through a Case Study Approach*.
- Abelein, U. & Paech, B. (2014). Understanding the influence of user participation in software engineering. *Requirements Engineering*, 19(4), pp.345–367.
- Arnaout, A., Oseguera-Arasmou, M., Mishra, N., Liu, B.M., Bhattacharya, A. & Rhew, D.C. (2023). *Leveraging technology in public-private partnerships: a model to address public health inequities*.
- Aronsson, H., Abrahamsson, M. & Spens, K. (2011). Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management*, 16(3), pp.176–183.
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5), pp.941–973.
- Bak, M.A., Horbach, D., Buyx, A. & McLennan, S. (2025). *A scoping review of ethical aspects of public-private partnerships in digital health*.
- Barlow, J., Roehrich, J.K. & Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships. *Health Affairs*, 32(1), pp.146–154.
- Barretta, A. & Ruggiero, P. (2008). *Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What is the basis for this PPP?*
- Birla, R. & Taneja, U. (2012). *Factors Affecting the Efficiency of Public Private Partnerships for Healthcare Delivery in India*.
- Böhme, T., et al. (2021). Governance models in healthcare PPPs. *Public Administration Review*, 81(6), pp.1095–1107.
- Bolderston, A. (2012). Conducting a research interview. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 43(1), pp.66–76.

- Borkowski, W. & Mielniczuk, H. (2003). Telemedical management system of structured clinical documentation—application for quality assurance and multicenter clinical trials.
- Borshch, V.I., Maslennikov, Y.I., Truba, V.I. & Tokarchuk, L.M. (2019). Public-private partnership as an investment and innovation tool for medical facilities: a case of Ukrainian healthcare.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp.77–101.
- Brinkerhoff, D.W. & Brinkerhoff, J.M. (2011). Public–private partnerships: perspectives on purposes, publicness, and good governance. *Public Administration and Development*, 31(1), pp.2–14.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
- Buse, K. & Walt, G. (2000). Global public–private partnerships. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), pp.549–561.
- Caballer-Tarazona, M. & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Policy*, 120(9), pp.1043–1052.
- Campos, K.D.P., Norman, C.D. & Jadad, A.R. (2011). Product development public–private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data.
- Casprini, E. & Palumbo, R. (2022). Reaping the benefits of digital transformation through Public–Private Partnership: A service ecosystem view applied to healthcare.
- Castelblanco, G., Safari, P. & De Marco, A. (2023). Driving Factors of Concession Period in Healthcare Public–Private Partnerships.
- Creswell, J.W. & Poth, C.N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design*. 4th ed. Thousand Oaks: Sage.
- Croft, S.L. (2005). *Public-private partnership: from there to here*.
- Cutler, D.M. & McClellan, M. (2001). Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs*, 20(5), pp.11–29.
- De Vries, J. & Huijsman, R. (2011). Supply chain management in healthcare. *Supply Chain Management*, 16(3), pp.159–165.

- de Vrueth, R.L. & Crommelin, D.J. (2017). Reflections on the future of pharmaceutical public-private partnerships: from input to impact.
- Demotes-Mainard, J., Canet, E. & Segard, L. (2006). Public–Private Partnership Models in France and in Europe.
- DiCicco-Bloom, B. & Crabtree, B.F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), pp.314–321.
- Doody, O. & Noonan, M. (2013). Preparing and conducting interviews. *Nurse Researcher*, 20(5), pp.28–32.
- Döringer, S. (2021). The problem-centred expert interview. *Qualitative Research*, 21(2), pp.265–281.
- Engel, E., Fischer, R. & Galetovic, A. (2014). *The Economics of Public-Private Partnerships*. Cambridge: Cambridge University Press.
- European Commission (2004). *Green Paper on Public-Private Partnerships*. Brussels.
- Falagas, M.E., et al. (2008). Comparison of PubMed, Scopus, Web of Science and Google Scholar. *FASEB Journal*, 22(2), pp.338–342.
- Ferreira, D.C. & Marques, R.C. (2021). PPP performance in healthcare. *Health Policy*, 125(6), pp.765–774.
- Gioia, D.A., Corley, K.G. & Hamilton, A.L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research. *Organizational Research Methods*, 16(1), pp.15–31.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Green, L.V. (2004). Capacity planning in hospitals. *Health Care Management Science*, 7(3), pp.189–197.
- Grimsey, D. & Lewis, M. (2004). *Public Private Partnerships*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Hart, O. (2003). Incomplete contracts and public ownership. *Economic Journal*, 113(486), pp.C69–C76.
- Hellowell, M. & Pollock, A.M. (2009). Private financing of hospitals. *Economic Affairs*, 29(1), pp.13–19.
- Hodge, G.A. & Greve, C. (2005). *The Challenge of Public-Private Partnerships*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Hodge, G.A. & Greve, C. (2007). Public-private partnerships: an international review. *Public Administration Review*, 67(3), pp.545–558.
- Hood, C. (1995). The “New Public Management”. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), pp.93–109.
- Jacob, S.A. & Furgerson, S.P. (2012). Writing interview protocols. *The Qualitative Report*, 17(42), pp.1–10.
- Jamshed, S. (2014). Qualitative research method: interviewing. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4), pp.87–88.
- Joloba, M.L., et al. (2016). PPPs in health systems. *BMC Health Services Research*, 16, 556.
- Ke, Y., Wang, S., Chan, A.P.C. & Lam, P.T.I. (2010). Preferred risk allocation. *International Journal of Project Management*, 28(5), pp.482–492.
- Khan, M. & Puthussery, S. (2019). PPPs in healthcare. *BMC Health Services Research*, 19(1), 287.
- Kitchenham, B. (2004). Procedures for performing systematic reviews. Keele University.
- Klijn, E.H. & Teisman, G.R. (2003). Institutional capacity. *Public Administration*, 81(2), pp.259–284.
- Kodner, D. & Spreuwenberg, C. (2002). Integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 2(4).
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterViews*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage.
- LaGanga, L.R. (2011). Lean service operations. *Journal of Operations Management*, 29(1–2), pp.60–71.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Mayring, P. (2014). *Qualitative Content Analysis*. Beltz.
- McKee, M., Edwards, N. & Atun, R. (2006). Public-private partnerships in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), pp.890–896.
- Miles, M.B., Huberman, A.M. & Saldaña, J. (2014). *Qualitative Data Analysis*. 3rd ed. Sage.
- Moran, M., Guzman, J., Burke, M.A. & Francisco, A.D. (2005). The new landscape of neglected disease drug development. *The Lancet*, 365(9469), pp.1055–1060.

- Moro Visconti, R & Morea, D. (2020). Healthcare PPPs and financial sustainability. *Sustainability*, 12(6), 2345.
- OECD (2008). *Public-Private Partnerships*. Paris: OECD.
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017*. Paris: OECD.
- Palinkas, L.A., et al. (2015). Purposeful sampling. *Administration and Policy in Mental Health*, 42(5), pp.533–544.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining Health Care*. Boston: Harvard Business School Press.
- Roehrich, J.K., Lewis, M.A. & George, G. (2014). Public–private partnerships: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 113, pp.110–119.
- Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2012). *Qualitative Interviewing*. 3rd ed. Sage.
- Saltman, R.B., Busse, R. & Figueras, J. (2004). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Open University Press.
- Shortell, S.M., et al. (2000). Assessing integrated delivery systems. *Health Services Research*, 35(1), pp.109–135.
- Taherdoost, H. (2022). Sampling methods in research. *International Journal of Academic Research*, 10(1), pp.18–27.
- Tang, L., Shen, Q. & Cheng, E.W.L. (2010). Framework for risk management. *International Journal of Project Management*, 28(1), pp.87–97.
- Torchia, M., Calabrò, A. & Morner, M. (2018). PPP governance. *Public Management Review*, 20(2), pp.236–257.
- Tracy, S.J. (2010). Qualitative quality. *Qualitative Inquiry*, 16(10), pp.837–851.
- Trotsenko, O., Batanov, O. & Simachkova, N. (2020). PPP models in healthcare. *Sustainability*, 12(6), 2450.
- Van Teijlingen, E. & Hundley, V. (2001). The importance of pilot studies. *Social Research Update*, 35, pp.1–4.

- Vecchi, V., Hellowell, M. & Gatti, S. (2013). Returns in PPP healthcare projects. *Health Policy*, 110(2–3), pp.243–270.
- Villani, E., Greco, L. & Phillips, N. (2017). Understanding value creation in PPPs. *Journal of Business Research*, 78, pp.247–259.
- Walwyn, D.R. & Nkolele, A.T. (2018). PPPs in healthcare infrastructure. *Journal of Infrastructure Development*, 10(1–2), pp.1–14.
- Wettenhall, R. (2010). PPPs: a review. *Public Organization Review*, 10(3), pp.237–255.
- Williamson, O.E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. Free Press.
- World Bank (2012). *Public-Private Partnerships Reference Guide*. Washington, DC.
- World Health Organization (2010). *The World Health Report*. Geneva.
- Yescombe, E.R. (2018). *Public-Private Partnerships*. 2nd ed. Elsevier.
- Yin, R.K. (2018). *Case Study Research and Applications*. 6th ed. Sage.
- Zweifel, P., Breyer, F. & Kifmann, M. (2009). *Health Economics*. Springer

Appendice

Appendice A – Database della Analisi della Letteratura

N	Autori	Titolo	Anno
1	Abdul, S	Public-private partnerships in health sector innovation: Lessons from around the world	2024
2	Torchia, M., & Calabrò, A	Increasing the governance standards of public-private partnerships in healthcare	2018
3	Moro Visconti, R., & Morea, D.	Healthcare PPPs and financial sustainability	2020
4	McKee, M., Edwards, N., & Atun, R.	Public-private partnerships in health	2006
5	Trotsenko, O., Batanov, O., & Simachkova, N.	PPP models in healthcare	2020
6	Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S.	Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services.	2013
7	Popova, T., Iskiv, M., Zagurska-Antoniuk, V., Buryk, Z., Matsyk, V., & Terentieva, N.	The application of public-private partnership for the purpose of implementing state policy in the sphere of health care.	2020
8	Jakobsen, P. H., Wang, M. W., & Nwaka, S.	Innovative partnerships for drug discovery against neglected diseases	2011
9	Buse, K., & Walt, G.	Global public-private partnerships: part II- what are the health issues for global governance?	2020
10	Walwyn, D. R., & Nkolele, A. T.	An evaluation of South Africa's public-private partnership for the localisation of vaccine research, manufacture and distribution	2018
11	Moran, M., Guzman, J., Burke, M. A., & Francisco, A. D	The new landscape of neglected disease drug development	2005
12	Moro Visconti, R., Martiniello, L., Morea, D., & Gebennini, E.	Can public-private partnerships foster investment sustainability in smart hospitals?	2019
13	Ferreira, D. C., & Marques, R. C.	Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? Evidence from Portugal	2021
14	Ma, Z., Augustijn, K., De Esch, I., & Bossink, B.	Public-private partnerships influencing the initiation and duration of clinical trials for neglected tropical diseases	2023

15	Campos, K. D. P., Norman, C. D., & Jadad, A. R.	Product development public–private partnerships for public health: a systematic review using qualitative data.	2011
16	Bak, M. A., Horbach, D., Buyx, A., & McLennan, S.	A scoping review of ethical aspects of public-private partnerships in digital health.	2025
17	Ganapathy, K., Das, S., Reddy, S., Thaploo, V., Nazneen, A., Kosuru, A., & Shankar Nag, U.	Digital health care in public private partnership mode.	2021
18	Arnaout, A., Oseguera-Arasmou, M., Mishra, N., Liu, B. M., Bhattacharya, A., & Rhew, D. C.	Leveraging technology in public-private partnerships: a model to address public health inequities.	2023
19	De Vrueth, R. L., & Crommelin, D. J.	Reflections on the future of pharmaceutical public-private partnerships: from input to impact.	2017
20	Lethbridge, J.	Quality improvement in public–private partnerships: The role of evaluation.	2017
21	Luz, R., Mussi, C. C., Dutra, A., & Chaves, L. C.	Implementation of large-scale health information systems.	2021
22	Fernandez-Marcelo, P. H., Ongkeko Jr, A. M., Sylim, P. G., Evangelista-Sanchez, A. M. A., Santos, A. D. F., Fabia, J. G., & Nisperos, G. A.	Formulating the national policy on telehealth for the Philippines through stakeholders’ involvement and partnership	2016
23	Reddy, J. J., Multani, S., Bhat, N., Sharma, A., Singh, S., & Patel, R.	Role of private-public partnership in health education: A survey of current practices in Udaipur city, Rajasthan, India.	2013
24	Borkowski, W., & Mielniczuk, H.	Telemedical management system of structured clinical documentation—application for quality assurance and multicenter clinical trials.	2003
25	Waldrop, G., Sarvode, S., Rao, S., Swamy, V. H. T., Solomon, S. S., Mehta, S. H., & Mothi, S. N.	The impact of a private-public partnership delivery system on the HIV continuum of care in a South Indian city.	2018
26	Ferrelli, R. M., Mattosovich, D., El-Seweify, M., & Dowidar, N.	Continuous Professional Development and Health Governance in Egypt.	2016
27	Moro Visconti, R., & Morea, D.	Big data for the sustainability of healthcare project financing.	2019
28	Weiss, M., Benavides, M. O., Fitelson, E., & Monk, C. (2017).	The domestic violence initiative: a private-public partnership providing psychiatric care in a nontraditional setting.	2017
29	Rodrigues, N., & Carvalho, J.	Health literacy about Public-Private Partnerships in hospital management.	2024

30	Marco Marcellino, Gabriel Castelblanco, Alberto De Marco	Contract Renegotiation in PPPs: Evidence from Italy	2023
31	Kostyak, L., Shaw, D. M., Elger, B., & Annaheim, B	A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits and challenges of international public-private partnerships	2017
32	Samuel Egyakwa Ankomah, Adam Fusheini, Sarah Derrett	Two heads are better than one'—exploring the experiences of Ghanaian communities on the role of patient and public participation in health system improvement	2024
33	Jdidi, J., Mejdoub, Y., Yaich, S., Ayed, H. B., Kassis, M., Fki, H., ... & Damak, J.	partenariat public privé: une solution pour le développement du système de santé en tunisie. private public partnership: a solution for the development of health system in tunisia.	2017
34	Joloba, M., Mwangi, C., Alexander, H., Nadunga, D., Bwanga, F., Modi, N., ... & Nkengasong, J. N.	Strengthening the tuberculosis specimen referral network in Uganda: the role of public-private partnerships.	2016
35	Vecchi, V., Hellowell, M., & Gatti, S	Does the private sector receive an excessive return from investments in health care infrastructure projects? Evidence from the UK.	2013
36	Barretta, A., & Ruggiero, P	Ex-ante evaluation of PFIs within the Italian health-care sector: What is the basis for this PPP?	2008
37	Birla, B., & Taneja, U.	Factors Affecting the Efficiency of Public Private Partnerships for Healthcare Delivery in India	2012
38	Timo Minssen, Alexandra Malerba, Bruno Scherrer, et a	The Battle Against Antimicrobial Resistance—Is Public-Private Partnership the Answer?	2022
39	Mathias, S., Chandra, M. S., & Britto, C.	A successful model of a private-public partnership in increasing accessibility to critical care services in low-resource settings through tele-ICU.	2023
40	LaGanga, S. (2011)	Public-private partnerships in addressing counterfeit medicines: The development of the Partnership for Safe Medicines and the Partnership for Safe Medicines-India.	2011
41	Khan, N. N., & Puthussery, S.	Stakeholder perspectives on public-private partnership in health service delivery in Sindh province of Pakistan: a qualitative study.	2019
42	Ng, S. T., Wong, Y. M., & Wong, J. M	Factors influencing the success of PPP at feasibility stage—A tripartite comparison study in Hong Kong.	2012

43	Salangwa, C., Munthali, R., Mfuno, L., & Nyirenda, V. K	Public-Private partnership (PPP) and health service delivery in Malawi: The case of Christian Health Association of Malawi (CHAM) facilities in Mzimba district	2025
44	Borshch, V. I., Maslennikov, Y. I., Truba, V. I., & Tokarchuk, L. M	Public-private partnership as an investment and innovation tool for medical facilities: a case of Ukrainian healthcare	2019
45	Al-Hanawi, M. K., Alzubair, S., Qattan, A. M., Cenker, A., & Kosycarz, E. A.	Barriers to the implementation of public-private partnerships in the healthcare sector in the Kingdom of Saudi Arabia	2020
46	Castelblanco, G.; Safari, P.; De Marco, A.	Driving Factors of Concession Period in Healthcare Public-Private Partnerships	2023
47	Casprini & Palumbo	Reaping the benefits of digital transformation through Public-Private Partnership: A service ecosystem view applied to healthcare	2022
48	Hofman, P., Bréchet, C., Zatloukal, K., Dagher, G., & Clément, B.	Public-private relationships in biobanking: a still underestimated key component of open innovation.	2014
49	Marjanović, M., & Milošević, M.	The Model of Public-private partnership in the critical infrastructure protection of Montenegro	2020
50	Abbott, F. M	Public-Private Partnerships as Models for New Drug Research and Development: The Future as Now.	2018
51	Francesco Longo & Giovanni Fattore	Public-Private Partnerships in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future	2008
52	Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D	A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain.	2016
53	Widdus, R.	Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions	2017

54	Gustavsen, K., & Hanson, C.	Progress in public-private partnerships to fight neglected diseases	2009
55	Croft, S. L.	Public-private partnership: from there to here. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene	2005
56	Ritu Shrivastava, Renuka Gadde, John N. Nkengasong	Importance of Public-Private Partnerships: Strengthening Laboratory Medicine Systems and Clinical Practice in Africa	2016
57	Ilavenil Ramiah & Michael R. Reich	Public-Private Partnerships and Antiretroviral Drugs for HIV/AIDS: Lessons from Botswana	2005
58	K. Miles, M. Conlon, J. Stinshoff, R. Hutton	Public-private partnerships in the response to HIV: experience from the resource industry in Papua New Guinea	2014
59	Jackie Hunter	Challenges for pharmaceutical industry: new partnerships for sustainable human health	2011
60	Zaidi, S., Bhatia, R., Hafeez, A., Khan, M.S.	Public-Private Partnerships for Primary Care in India, Pakistan and Bangladesh: The Untapped Potential of Local Innovations	2025
61	Eduardo Engel Ronald, Fischer Alexander, Galetovic,	The Economics of Public-Private Partnerships.	2014
62	Adamou M., Kyriakidou N., Connolly J.	Evolution of Public-Private Partnership: The UK Perspective Through a Case Study Approach	2021
63	McCrea M.A., Duncan J., Nelson L.D., et al.	The Power of Public-Private Partnership in Medical Technology Innovation: Lessons from the Development of FDA-Cleared Medical Devices for Assessment of Concussion	2020

64	Hellowell, M., Vecchi, V.	Public–Private Partnerships in Healthcare: Models, Lessons and Trends for the Future	2018
65	Jacques Demotes-Mainard, Emmanuel Canet, Lionel Segard	Public–Private Partnership Models in France and in Europe	2006
66	Rosenberg N., Stolwijk N.N., van den Berg S., et al.	Development of medicines for rare diseases and inborn errors of metabolism: Toward novel public–private partnerships	2023
67	Esmeralda Shehaj	The Monitoring Process of Public-Private Partnership (PPP) in the Health Care System: The Case of Albania	2022
68	Tirivangani, T. et al.	<i>Public–private partnerships in healthcare systems in developing countries.</i>	2021

Appendice B – Tabella Analisi Vantaggi

N	Risparmio di costi operativi	Offrire servizi migliori in termini di qualità	Aumento della copertura sanitaria tramite accordi pubblico-privati	Capacità del modello PPP di attrarre investimenti privati	Condivisione risorse e competenze	Miglior coordinamento nell' offerta dei servizi clinici e logistici	Condivisione del rischio	Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture	Costruzione Ospedali	Ristrutturazione edifici e manutenzione	Logistica sanitaria	Erogazione servizi clinici	R&D	Sanità Digitale e Tecnologie
1				1									1	1
2								1	1					
3							1							1
4							1		1					
5						1	1			1				
6		1		1				1	1			1		
8		1											1	
9			1				1						1	

10			1	1										1	
11			1											1	
12	1						1								1
13			1		1								1		
14			1				1							1	
15	1													1	
16								1							1
17									1						1
18							1	1							1
19			1		1		1							1	
20			1										1		
21	1	1													1
23					1									1	
24								1							1
25			1											1	

26		1											1	
27							1							1
28			1									1		
29		1										1		
30				1			1		1					
31		1	1	1									1	
32		1	1										1	
33		1	1		1				1				1	
34		1	1				1						1	
35					1			1		1				
36		1			1					1				
37		1	1		1				1				1	
38							1							1
39		1			1									1
40								1					1	

41		1	1	1								1		1
42			1					1		1				
43			1	1					1			1		
44					1	1		1		1	1			
45			1					1	1					1
46								1		1				
47			1						1					1
48			1										1	
49		1						1	1			1		
50		1		1									1	
51		1			1		1			1				
52									1				1	

53		1	1										1	
54	1		1			1							1	
55		1				1							1	
56						1								1
57						1		1				1		
58		1	1									1		
59	1	1	1					1					1	
60	1	1	1									1		
61	1	1						1					1	
62								1		1				

63		1			1									1
64	1				1		1	1	1					
65					1								1	
66	1						1						1	
67		1	1									1		
68	1	1				1					1			

Appendice C – Tabella Analisi Svantaggi

N	Criticità legate al contratto	Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattarsi ad evoluzioni tecnologiche, scientifiche, ambientali	Mancanza di trasparenza	Ritardi nei progetti	Rischio di comportamenti opportunistici	Divergenze tra le parti in termini di obiettivi	Difficoltà di misurare impatti di lungo termine: a livello economico-finanziario, di outcomes in termini di qualità e prestazioni dei servizi	Costruzione Ospedali	Ristrutturazione edifici e manutenzione	Logistica sanitaria	Erogazione servizi clinici	R&D	Sanità Digitale e Tecnologie
1							1					1	1
4		1						1					
6	1			1				1			1		
7					1				1				
8												1	
9			1				1			1		1	

12	1												1
13		1									1		
14							1					1	
15					1							1	
16			1			1							1
18		1											1
20		1	1								1		
21		1		1									1
22		1			1								1
24						1		1					1
25				1			1				1		
28								1				1	
29						1					1		
30			1						1				
31		1				1		1				1	

32					1						1		
33			1		1						1		
34					1					1			
36			1		1		1	1					
37		1					1				1		
38			1			1						1	
39	1				1								1
43			1	1	1						1		
44	1					1		1	1				
46		1						1					
47		1											1
48					1		1					1	

49	1		1		1						1		
50	1	1										1	
51			1						1				
52								1			1		
54	1											1	
55						1						1	
56							1						1
57	1					1					1		
58						1		1			1		
59				1			1	1				1	
60	1		1								1		
61				1	1								1

62	1							1					
63		1											1
64		1						1					
65		1										1	
67			1				1				1		
68				1	1					1			

Appendice D – Versione Pretest della Traccia d’Intervista

INTERVISTA

- 0) Per iniziare, mi piacerebbe sapere da quanti anni lavora complessivamente nel settore sanitario e quale percorso professionale l’ha portata a ricoprire il ruolo attuale.
- 1) Può raccontarmi brevemente qual è stato il suo ruolo o la sua esperienza con progetti di tipo PPP nel settore sanitario?
- a) Verificare se l’intervistato descrive ruolo, durata e livello di coinvolgimento nel PPP (gestione, consulenza, pianificazione).
 - b) Annotare se cita tipologie di progetti o aree sanitarie specifiche (infrastrutture, logistica, servizi, sanità digitale).

Probe: In quali ambiti o fasi del progetto è stato coinvolto?

Follow-up: Quali ruoli o responsabilità ha ricoperto in tali progetti?

- 2) Come valuta la collaborazione tra pubblico e privato nei PPP sanitari?
- a) Verificare se descrive dinamiche di collaborazione pubblico-privato (fiducia, condivisione obiettivi, gestione rischi).
 - b) Annotare eventuali squilibri percepiti o esempi di partnership di successo o fallimento.

Probe: Ci sono differenze significative nella percezione degli obiettivi o nel bilanciamento dei rischi?

Follow-up: Secondo lei, come si costruisce una partnership ‘di fiducia’ in questo contesto?

- 3) Secondo lei, quali considera i principali vantaggi dell’applicazione del PPP in ambito sanitario?
- a) Verificare se menziona vantaggi concreti e misurabili:
 - I. Risparmio costi operativi;
 - II. Offrire servizi migliori in termini di qualità;
 - III. Aumento della copertura sanitaria tramite accordi pubblico-privati [*annotare gli eventuali partner menzionati*];
 - IV. Capacità di attrarre investimenti privati;
 - V. Condivisione risorse e competenze;
 - VI. Miglior coordinamento nell’offerta dei servizi clinici e logistici;

VII. Condivisione del rischio;

VIII. Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture.

b) Controllare se distingue i benefici per la parte pubblica e privata e se indica se vi è una parte maggiormente avvantaggiata

Probe: Può fornirmi un esempio concreto che ritiene emblematico?

Follow-up: In che modo questi vantaggi si manifestano nella pratica (es. efficienza, qualità del servizio, innovazione, etc.)?

4) Nel campo della logistica sanitaria (ad esempio, gestione dei magazzini, distribuzione di farmaci, dispositivi e materiale economico), ritiene che il PPP possa offrire vantaggi specifici?

a) Controllare se l'intervistato menziona benefici specifici nella logistica sanitaria

Probe: Pensa a miglioramenti in efficienza, tempi di consegna o continuità dei servizi.

Follow-up: Ci sono esperienze o casi che ritiene rilevanti in questo ambito?

5) E quali invece ritiene siano i principali svantaggi o criticità dei PPP nel settore sanitario?

a) Controllare se distingue problemi burocratici (tempi lunghi, normative) da problemi gestionali (coordinamento, fiducia, competenze).

b) Verificare se cita effetti negativi concreti:

I. Criticità legate al contratto;

II. Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattarsi ad evoluzioni tecnologiche, scientifiche, ambientali;

III. Mancanza di trasparenza;

IV. Ritardi nei progetti [*annotare in quale fase del progetto è stato rilevato il ritardo*];

V. Rischio di comportamenti opportunistici;

VI. Divergenze tra le parti in termini di obiettivi;

VII. Difficoltà di misurare impatti di lungo termine (a livello economico-finanziario, di outcomes in termini di qualità e prestazioni dei servizi).

Probe: Pensa che tali criticità derivino più da fattori normativi (tempi lunghi per approvazioni, bandi, complessità legate a documentazione richiesta) o gestionali (obiettivi poco chiari o non condivisi, coordinamento, mancanza di competenze per seguire il progetto)?

Follow-up: Ci sono stati casi reali in cui questi ostacoli hanno limitato la riuscita del progetto?

- 6) Nel campo della logistica sanitaria (ad esempio, gestione dei magazzini, distribuzione di farmaci, dispositivi e materiale economico), ritiene che il PPP possa presentare svantaggi o criticità specifiche?

Probe: Pensa a rischi come maggiore complessità gestionale, dipendenza dal partner o riduzione della flessibilità.

Follow-up: Ci sono esperienze o casi che ritiene rilevanti per comprendere queste criticità?

- 7) Secondo la sua esperienza, quali fattori contribuiscono maggiormente al successo di un PPP in ambito sanitario?

Probe: Ritiene che questi fattori critici di successo del PPP siano validi anche in ambito logistica sanitaria?

Pensa al ruolo della governance (regole, processi ben strutturati), della fiducia tra partner o della chiarezza contrattuale.

Follow-up: Ci sono pratiche o strumenti (es. sistemi di monitoraggio, meccanismi di risk-sharing) che ritiene determinanti?

- 8) Quali sono invece le principali barriere all'attuazione o all'efficacia dei PPP in ambito sanitario?

- a) Controllare se emergono barriere strutturali (burocrazia, vincoli normativi, risorse locali limitate).
- b) Verificare se propone soluzioni o strategie adottate per superarle (formazione, semplificazione, incentivi).

Probe: Ritiene che queste barriere del PPP siano valide anche in ambito logistica sanitaria?

Ad esempio, normative complesse, dipendenza da risorse locali, limiti di capacità amministrativa o resistenze culturali.

Follow-up: Quali strategie o soluzioni pensa possano mitigare queste barriere?

9) Quali sono invece le principali sfide o rischi nel trasferire il modello PPP alla logistica sanitaria?

Probe: Ritieni che la natura ‘operativa’ della logistica renda più complessa la cooperazione pubblico-privata?

Follow-up: Quali condizioni ritieni necessarie per rendere sostenibili questi progetti nel lungo periodo?

10) Guardando al futuro, quali cambiamenti ritieni utili per favorire una migliore applicazione del PPP nei servizi sanitari e logistici?

a) Verificare se propone riforme o cambiamenti normativi per migliorare l’efficacia dei PPP sanitari.

Probe: Quali cambiamenti ritieni utili affinché il PPP nei servizi sanitari e logistici possa diventare una forma di collaborazione tra pubblico e privato sempre più diffusa?

Follow-up: Se potesse modificare un aspetto del sistema attuale, quale sarebbe?

11) In base alla sua esperienza, cosa ritieni davvero importante ricordare quando si parla di PPP nel settore della logistica sanitaria?

Probe: C’è un messaggio o una lezione appresa che vorrebbe condividere?

Follow-up: Se dovesse dare un consiglio a chi vuole sviluppare un nuovo progetto in PPP, quale sarebbe?

12) Prima di chiudere, c’è qualcosa che non abbiamo toccato e che ritieni importante aggiungere?

Appendice E – Versione Finale della Traccia d’Intervista

INTERVISTA

“Grazie per aver accettato di partecipare a questa intervista.

L’obiettivo della nostra conversazione è raccogliere informazioni sulla sua esperienza e sulle sue prospettive riguardo al PPP nel settore sanitario, con particolare attenzione ai loro vantaggi, alle criticità e alle implicazioni per la logistica e l’erogazione dei servizi. Per assicurarci di non tralasciare alcun dettaglio rilevante, vorrei chiederle il permesso di registrare questa intervista. La registrazione sarà utilizzata esclusivamente per garantire accuratezza nell’analisi, e tutti i dati saranno trattati nel pieno rispetto della riservatezza e dell’anonimato. La sua identità non sarà divulgata in alcuna parte della ricerca. Possiamo procedere con la registrazione?”

- 0) Da quanti anni lavora complessivamente nel settore sanitario?

- 1) Può raccontarmi brevemente qual è stato il suo ruolo o la sua esperienza con progetti di tipo PPP nel settore sanitario?

- 2) Come valuta la collaborazione tra pubblico e privato nei PPP sanitari?

- 3) Secondo lei, quali considera i principali vantaggi dell’applicazione del PPP in ambito sanitario, con particolare riferimento alla logistica sanitaria (ad esempio, gestione dei magazzini, distribuzione di farmaci, dispositivi e materiale economico)?
 - I. Risparmio costi operativi;
 - II. Offrire servizi migliori in termini di qualità;
 - III. Aumento della copertura sanitaria tramite accordi pubblico-privati [*annotare gli eventuali partner menzionati*];
 - IV. Capacità di attrarre investimenti privati;
 - V. Condivisione risorse e competenze;
 - VI. Miglior coordinamento nell’offerta dei servizi clinici e logistici;
 - VII. Condivisione del rischio;
 - VIII. Rapidità di costruzione e manutenzione delle infrastrutture.

- 4) E quali invece ritiene siano i principali svantaggi o criticità dei PPP nel settore sanitario, con particolare riferimento alla logistica sanitaria?
- I. Criticità legate al contratto;
 - II. Lunghezza del contratto che limita la capacità di adattarsi ad evoluzioni tecnologiche, scientifiche, ambientali;
 - III. Mancanza di trasparenza;
 - IV. Ritardi nei progetti [*annotare in quale fase del progetto è stato rilevato il ritardo*];
 - V. Rischio di comportamenti opportunistici;
 - VI. Divergenze tra le parti in termini di obiettivi;
 - VII. Difficoltà di misurare impatti di lungo termine (a livello economico-finanziario, di outcomes in termini di qualità e prestazioni dei servizi).
- 5) Secondo la sua esperienza, quali fattori contribuiscono maggiormente al successo di un PPP in ambito sanitario, con particolare riferimento alla logistica sanitaria?
- 6) Quali sono invece le principali barriere all'attuazione o all'efficacia dei PPP in ambito sanitario, con particolare riferimento alla logistica sanitaria?
- 7) Quali sono invece le principali sfide o rischi nell'applicare il modello PPP alla logistica sanitaria?
- 8) Guardando al futuro, quali cambiamenti ritiene utili per favorire una migliore applicazione del PPP nei servizi sanitari e logistici?
- 9) In base alla sua esperienza, cosa ritiene davvero importante ricordare quando si parla di PPP nel settore della logistica sanitaria?
- 10) Prima di chiudere, c'è qualcosa che non abbiamo toccato e che ritiene importante aggiungere?

Appendice F – Codici di primo livello con relativa spiegazione

Codice di primo livello	Spiegazione
Innovazione tecnologica	Introduzione o adozione di nuove tecnologie, strumenti digitali o soluzioni innovative finalizzate al miglioramento dei processi logistici e organizzativi all'interno del partenariato e definizione di fasi di rinnovamento tecnologico.
Integrazione processi	Viene prevista l'Integrazione di diversi aspetti quali macro e micro-logistica, dei diversi processi logistici usati nelle diverse fasi e l'integrazione di diverse fasi (progettazione-realizzazione-manutenzione) all'interno di un unico soggetto.
Integrazione sistemi	Integrazione dei sistemi informativi e delle piattaforme digitali utilizzate dai diversi attori coinvolti, al fine di favorire la condivisione delle informazioni e il coordinamento operativo.
Molteplicità dei sistemi informativi	Presenza di sistemi informativi eterogenei e non interoperabili che rende complessa l'integrazione tecnologica e rappresenta una barriera all'implementazione efficace del PPP.
Condivisione competenze	Integrazione di competenze diverse (operative, progettuali, finanziarie e consulenziali) tra partner pubblici e privati finalizzata allo sviluppo di soluzioni progettuali più efficaci e durature
Influenza della governance sui PPP	Impatto delle dinamiche istituzionali, politiche e amministrative sulla stabilità e sulla continuità dei progetti di partenariato.
Rapporto paritetico tra partner	Costruzione di una relazione di collaborazione equilibrata tra partner pubblico e privato, superando la tradizionale logica cliente-fornitore.
Divergenza degli obiettivi	Possibile disallineamento tra gli interessi e gli obiettivi perseguiti dai diversi attori coinvolti nel partenariato.
Diffidenza tra i partner pubblico-privati	Presenza di sfiducia reciproca tra settore pubblico e privato che può ostacolare la collaborazione e la costruzione di relazioni di partnership efficaci
Condivisione degli obiettivi	Allineamento strategico tra i partner rispetto agli obiettivi del progetto e ai risultati attesi.
Scarso dialogo tra le parti	Limitata comunicazione e assenza di momenti strutturati di confronto tra i soggetti coinvolti nel partenariato.
Buona base dati storici per impostare il PPP	Disponibilità di dati affidabili su volumi, consumi e processi operativi, necessari per progettare in modo efficace il partenariato.
Gestione del rischio di lock-in	Gestione del rischio di dipendenza dal partner privato nel lungo periodo attraverso adeguati strumenti contrattuali e meccanismi di prevenzione per mitigare tale rischio

Definizione chiara degli obiettivi della PA	Chiarezza da parte dell'amministrazione pubblica riguardo agli obiettivi strategici e operativi del progetto di partenariato.
Capacità organizzativa	Capacità della struttura organizzativa di pianificare, gestire e coordinare progetti complessi di partenariato pubblico-privato.
Assenza di una definizione unica della scala progettuale	Difficoltà nel definire l'ambito dimensionale adeguato del progetto PPP, con il rischio di configurazioni troppo limitate o eccessivamente estese
Percezione marginale della logistica sanitaria	Limitata attenzione strategica attribuita alla logistica sanitaria all'interno delle politiche e delle strategie organizzative
Maggiore flessibilità del PPP	Capacità del modello di partenariato di adattarsi a cambiamenti tecnologici, organizzativi e di contesto.
Livello di trasparenza nel PPP	Grado di chiarezza, accessibilità e tracciabilità delle informazioni relative ai processi decisionali e gestionali del partenariato.
Operatività affidata al partner privato	Affidamento al soggetto privato della gestione operativa dei processi e delle risorse previste nel progetto.
Investimenti lato privato	Capacità del partenariato di mobilitare risorse finanziarie e investimenti tecnologici provenienti dal settore privato.
Proprietà pubblica degli investimenti	Previsione che gli asset realizzati nell'ambito del PPP diventino di proprietà pubblica al termine della concessione.
Gestione contrattuale	Strutturazione e amministrazione dei contratti che regolano il partenariato e definiscono diritti, obblighi e modalità operative.
Presenza di capitolati vincolanti	Rigidità dei capitolati contrattuali che può limitare la flessibilità operativa e l'adattamento del progetto nel tempo.
Assenza di una durata contrattuale unica	Variabilità nella durata dei contratti di PPP, determinata da fattori finanziari, istituzionali e progettuali
Razionalizzazione dei costi	Ottimizzazione dell'impiego delle risorse economiche attraverso una gestione più efficiente dei processi
Aumento efficienza	Miglioramento delle prestazioni operative attraverso maggiore tracciabilità, riduzione degli errori e migliore coordinamento dei processi
Razionalizzazione degli spazi	Ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi e delle infrastrutture logistiche all'interno delle strutture sanitarie.
Allocazione e condivisione del rischio	Distribuzione dei rischi progettuali, operativi e finanziari tra partner pubblico e privato.
Definizione delle responsabilità	Chiarezza nella distribuzione delle responsabilità operative e decisionali tra i soggetti coinvolti nel partenariato

Definizione KPI	Individuazione di indicatori di performance utilizzati per monitorare e valutare i risultati del progetto.
Strumenti di controllo delle performance	Meccanismi e soggetti incaricati di monitorare, verificare e validare i risultati operativi del partenariato.
Scarsa conoscenza e barriere culturali al PPP	Limitata diffusione di competenze e conoscenze relative al modello PPP e presenza di resistenze culturali alla sua adozione.
Meccanismi di incentivazione	Previsione di sistemi premiali collegati al raggiungimento di risultati e performance
Necessità di maggiori competenze tecniche	Bisogno di personale qualificato e competenze specialistiche per progettare e gestire efficacemente i PPP.
Difficoltà della PA di gestire progetti complessi	Limitata capacità della pubblica amministrazione di coordinare e gestire progetti di elevata complessità organizzativa
Aumento della copertura sanitaria tramite PPP	Contributo del partenariato al miglioramento dell'accessibilità e dell'affidabilità dei servizi sanitari.
Migliore qualità percepita dal paziente	Miglioramento della percezione della qualità del servizio sanitario da parte degli utenti.
Velocità di implementazione	Capacità del modello PPP di accelerare la realizzazione e l'implementazione delle soluzioni progettuali.

Appendice G – Risultati Analisi delle Interviste dei Privati

Categorie
Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica
Innovazione tecnologica
5
7s
Integrazione processi
5
7s
Integrazione sistemi
5
10
7s
Molteplicità dei sistemi informativi
Governance e relazione tra partner pubblico e privato
Condivisione competenze
3
5
Influenza della governance sui PPP
6
7s
Rapporto paritetico tra partner
3
5
Divergenza degli obiettivi
4
6
Diffidenza tra i partner pubblico-privati
6
Condivisione degli obiettivi
3
5
Scarso dialogo tra le parti
3
Criticità del modello PPP
Buona base dati storici per impostare il PPP
4
5
6
Gestione del rischio di lock-in
3
4
5

Definizione chiara degli obiettivi della PA
5
6
7s
Capacità organizzativa
4
6
Assenza di una definizione unica della scala progettuale
7s
Percezione marginale della logistica sanitaria
4
Fattori strutturali del modello PPP
Maggiore flessibilità del PPP
3
5
7s
Livello di trasparenza nel PPP
3
4
5
Operatività affidata al partner privato
5
6
Struttura degli investimenti nel PPP
Investimenti lato privato
3
5
7r
7s
Proprietà pubblica degli investimenti
3
Struttura contrattuale e complessità dei PPP
Gestione contrattuale
4
5
7r
7s
Presenza di capitolati vincolanti
6
Assenza di una durata contrattuale unica
7s
Efficienza operativa e riorganizzazione logistica
Razionalizzazione dei costi
3

6
7s
Aumento efficienza
3
Razionalizzazione degli spazi
3
Allocazione dei rischi e definizione delle responsabilità
Allocazione e condivisione del rischio
3
5
Definizione delle responsabilità
5
Monitoraggio delle performance e sistemi di controllo
Definizione KPI
3
5
8
7s
Strumenti di controllo delle performance
5
Barriere culturali e conoscitive al PPP
Scarsa conoscenza e barriere culturali al PPP
4
6
8
Meccanismi di incentivazione e allineamento degli interessi
Meccanismi di incentivazione
4
5
8
Competenze ed esperienza nella gestione dei PPP
Necessità di maggiori competenze tecniche
5
6
Difficoltà della PA di gestire progetti complessi
6
Benefici per il sistema sanitario e per i pazienti
Aumento della copertura sanitaria tramite PPP
3
Migliore qualità percepita dal paziente
3

Appendice H – Risultati Analisi delle Interviste dei Pubblici

Categorie
Integrazione dei sistemi e innovazione tecnologica
Innovazione tecnologica
3
5
7s
Integrazione processi
3
5
Criticità del modello PPP
Assenza di una definizione unica della scala progettuale
5
7s
Buona base dati storici per impostare il PPP
4
5
6
8
7s
Capacità organizzativa
4
5
6
Gestione del rischio di lock-in
7r
Percezione marginale della logistica sanitaria
6
Fattori strutturali del modello PPP
Livello di trasparenza nel PPP
3
4
5
6
Maggiore flessibilità del PPP
3
4
5
7s
Operatività affidata al partner privato
5
Velocità di implementazione
5

Struttura contrattuale e complessità dei PPP
Gestione contrattuale
4
6
7r
7s
Barriere culturali e conoscitive al PPP
Scarsa conoscenza e barriere culturali al PPP
6
8
Efficienza operativa e riorganizzazione logistica
Aumento efficienza
3
7s
Razionalizzazione dei costi
3
4
7s
Governance e relazione tra partner pubblico e privato
Condivisione competenze
5
Diffidenza tra i partner pubblico-privati
6
8
Divergenza degli obiettivi
4
Influenza della governance sui PPP
5
6
Rapporto paritetico tra partner
3
4
Struttura degli investimenti nel PPP
Investimenti lato privato
3
4
5
8
7s
Competenze ed esperienza nella gestione dei PPP
Necessità di maggiori competenze tecniche
4
5

6
8
Meccanismi di incentivazione e allineamento degli interessi
Meccanismi di incentivazione
3
4
5
Monitoraggio delle performance e sistemi di controllo
Definizione KPI
7s
Allocazione dei rischi e definizione delle responsabilità
Allocazione e condivisione del rischio
3
5
Definizione delle responsabilità
4
Benefici per il sistema sanitario e per i pazienti
Aumento della copertura sanitaria tramite PPP
3

