

Il ruolo delle centrali di committenza nel settore sanitario

La centralizzazione degli acquisti trova disciplina a livello europeo con la direttiva n. 24/2014¹. In particolare, la direttiva n. 24 delinea due ipotesi di centralizzazione degli acquisiti pubblici, una permanente e una temporanea. La prima è normata dall'art. 37², ove si prevede che un'amministrazione possa acquistare forniture e servizi da una centrale di committenza (primo periodo), ovvero acquisire lavori, forniture e servizi mediante contratti stipulati a livello centralizzato (secondo periodo).³ La previsione del primo periodo si sostanzia nelle ipotesi in cui un'amministrazione ricorre ad una centrale che effettua direttamente l'acquisto per conto di più soggetti offrendo un vero e proprio servizio di centralizzazione delle committenze⁴. Il secondo periodo disciplina, invece, i casi in cui la stazione appaltante esercita un ruolo attivo aggiudicando un contratto nel contesto di un sistema dinamico di acquisizione realizzato da una centrale di

committenza; ovvero, luogo ad un confronto competitivo nell'ambito di un accordo quadro aggiudicato da una centrale di committenza; ovvero ancora scegliendo senza confronto competitivo nell'ambito di un accordo quadro aggiudicato da una centrale di committenza. Accanto alla fattispecie di cui all'art. 37 si annoverano gli "appalti congiunti occasionali" disciplinati dall'art. 38, in forza del quale l'aggregazione non viene attuata mediante una struttura stabile, ma si concretizza nella sinergia occasionale tra stazioni appaltanti per l'affidamento di specifiche forniture.⁵ Tale secondo modello è stato attuato, per esempio, nel Regno Unito con le Collaborative Procurement Organizations e i Collaborative Procurement Hubs fra strutture sanitarie inglesi, nonché in Francia con le reti francesi di coordinamento con un ospedale capofila che acquista anche per conto di altri enti ospedalieri.⁶ I vantaggi di questa seconda tipologia di centralizzazione sono molteplici.

La ratio della prevalenza delle convenzioni regionali sembra affermarsi perché il soggetto aggregatore regionale è potenzialmente in grado di soddisfare meglio le esigenze delle amministrazioni site nelle proprie aree di competenza

1 Le prevenienti direttive n. 18/2004 e n. 17/2004 contenevano una regolamentazione meno articolata delle centrali di committenza limitandosi a prevederne la possibile istituzione delle medesime (art. 15, direttiva n. 18/2004 e art. 29 direttiva n. 17/2004).

2 Analoga disciplina è contenuta nella direttiva n. 25/2014: si vedano, in particolare, gli artt. 55 e 56.

3 Ai sensi dell'art. 2, comma 1, n. 14) della direttiva n. 24/2018 per "attività di centralizzazione delle committenze" si intendono quelle svolte "su base permanente, in una delle seguenti forme:

a) l'acquisizione di forniture e/o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici;
b) l'aggiudicazione di appalti o la conclusione di accordi quadro per lavori, forniture o servizi destinati ad amministrazioni aggiudicatrici".
4 L'art. 37, comma 2 della direttiva n. 24/2018 dispone che "un'amministrazione aggiudicatrice rispetta i suoi obblighi ai sensi della presente direttiva quando acquista forniture o servizi da una centrale di committenza che offre l'attività di centralizzazione delle committenze di cui all'articolo 2, punto 14, paragrafo 1, lettera a)".
5 L'art. 38 dispone che "due o più amministrazioni aggiudicatrici possono decidere di eseguire congiuntamente alcuni appalti specifici. Se la procedura d'appalto in tutti i suoi elementi è effettuata congiuntamente a nome e per conto di tutte le amministrazioni aggiudicatrici interessate, esse sono congiuntamente responsabili dell'adempimento degli obblighi derivanti dalla presente direttiva. Ciò si applica altresì ai casi in cui un'amministrazione aggiudicatrice gestisce la procedura agendo per proprio conto e per conto delle altre amministrazioni aggiudicatrici interessate.

Se la procedura di aggiudicazione non è effettuata congiuntamente in tutti i suoi elementi a nome e per conto delle amministrazioni aggiudicatrici interessate, esse sono congiuntamente responsabili solo per le parti effettuate congiuntamente. Ciascuna amministrazione aggiudicatrice è responsabile dell'adempimento degli obblighi derivanti dalla presente direttiva unicamente per quanto riguarda le parti da essa svolte a proprio nome e per proprio conto".

6 Per una prospettiva comparativa si veda G. Racca e R. Cavallo Perin, *Organizzazioni sanitarie e contratti pubblici in Europa: modelli organizzativi per la qualità in un sistema di concorrenza*, in AA.VV., *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità*, Maggioli, 2011 e la

Innanzitutto, è noto che, in virtù del principio di sussidiarietà verticale, la soddisfazione di un interesse pubblico deve essere presa in carico dal livello amministrativo più vicino possibile ai soggetti interessati, sicché è del tutto auspicabile che sia un ente ospedaliero a bandire, per sé e per altri enti, le gare per l'approvvigionamento di determinate categorie di forniture da esso utilizzate. Non è, poi, da sottovalutare che nelle *occasional joint procurement* sono proprio i sanitari che utilizzeranno le forniture aggiudicate a comporre le commissioni tecniche e giudicatrici nell'ambito delle procedure di gara. Il che dovrebbe consentire di ridurre il novero delle acquisizioni che rimangono non ricomprese dalle aggiudicazioni e per le quali le singole amministrazioni devono procedere in autonomia.

La normativa interna e la tendenziale prevalenza delle convenzioni regionali

1. A livello nazionale la disciplina della centralizzazione degli acquisti è stata declinata muovendo dal paradigma delle centrali di committenza, mentre quello degli *occasional joint procurements* non è stato specificatamente previsto.

In particolare, per il settore sanitario si sono susseguiti diversi interventi normativi che hanno progressivamente assoggettato anche gli enti del SSN all'obbligo di aderire alle convenzioni delle centrali di committenza regionali e, in subordine, a quelle di Consip.

1. L'art. 1, comma 449 della legge n. 296/2006 ha disposto che gli enti sanitari sono tenuti ad *"approvvigionarsi utilizzando le convenzioni stipulate dalle centrali regionali di riferimento, ovvero, qualora non siano operative convenzioni regionali, le convenzioni quadro stipulate da Consip s.p.a."* (ultimo periodo).

2. L'art. 15, comma 13, lett. d) del d.l. n. 95/2012 ha previsto che *"gli enti del servizio sanitario nazionale ... utilizzano per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a euro 1.000 relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'art. 1, comma 455 della legge n. 296/2006"*.

3. L'art. 1 della legge 18.12.2015, n. 208 ha stabilito che *"al fine di garantire la effettiva realizzazione degli interventi di razionalizzazione della spesa mediante aggregazione degli acquisti di beni e servizi, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, come individuate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto-legge 24 aprile*

2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali regionali di committenza di riferimento, ovvero della Consip SpA." (comma 548).

Il successivo comma 549 del medesimo art. 1 ha precisato, inoltre, che *"qualora le centrali di committenza individuate sulla base del comma 548 non siano disponibili ovvero operative, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario di cui al comma 548, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori, di cui all'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza. La violazione degli adempimenti previsti dal presente comma costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale"*.

4. Dalla formulazione delle previsioni richiamate è stata desunta la priorità delle centrali di committenza regionali rispetto a Consip.

In tal senso si registra l'orientamento della giurisprudenza amministrativa, ad avviso della quale *"Entrambe le disposizioni [commi 548 e 549 dell'art. 1 sopra richiamato], sia pure con una formulazione non chiarissima, contribuiscono a delineare un complessivo quadro normativo in base al quale: - in via tendenziale, le gare per gli approvvigionamenti di interesse degli enti del SSN devono essere svolte dalle centrali di committenza regionali;*

- in via sostanzialmente suppletiva (e all'evidente fine di prevenire il rischio di possibili carenze in approvvigionamenti di estremo interesse e rilevanza) è altresì possibile che la centrale di committenza nazionale attivi specifiche convenzioni-quadro" (Sez. V, 11.12.2017, n. 5826).

In altri termini, in base a tale interpretazione, Consip ricopre un ruolo meramente sussidiario, che assume rilievo soltanto nelle ipotesi in cui le centrali regionali siano inadempienti e che – specularmente – viene meno ove vengano attivate le procedure centralizzate regionali⁷

La prevalenza delle convenzioni regionali è stata riconosciuta anche con riferimento alle ipotesi in cui queste ultime siano successive rispetto alla conclusione degli Accordi Quadro Consip. In particolare, è stata affermata *"l'esistenza di un disegno normativo che non preclude (ma anzi disciplina) la contestuale attivazione sia a livello centrale sia a livello regionale di aggregazione degli acquisti, sicché non si può ritenere impedito alla centrale di acquisti regionale*

bibliografia ivi citata (pagg. 200 e ss.).

⁷ Secondo il Consiglio di Stato, *"l'intervento di sostanziale supplenza svolto da Consip non possa giungere ad alterare in modo definitivo il carattere evidentemente sussidiario di tale intervento, il quale per questa caratteristica avrà dunque valenza 'cedevole'. Tale intervento, infatti (pur necessario nel perdurare dell'inadempimento da parte delle centrali di committenza regionali), perderà la sua ragion d'essere laddove le centrali regionali, ripristinando la fisiologica dinamica delineata dal legislatore, attivino i propri strumenti di acquisizione"* (Sez. V, n. 5826/2017, cit.).

di attivarsi al fine di ripristinare l'iter fisiologico delineato dalla disciplina, anche dopo che sia avviata una gara Consip" (così Cons. Stato, Sez. III, 26.02.2019, n. 1329).

La *ratio* della prevalenza delle convenzioni regionali sembra rinvenirsi in una sorta di principio di sussidiarietà verticale, in forza del quale il soggetto aggregatore regionale è potenzialmente in grado di soddisfare meglio le esigenze delle amministrazioni site nelle proprie aree di competenza dal momento che ha con esse rapporti diretti e costanti e può, quindi, raccogliergli gli specifici fabbisogni.

Non è, poi, da sottovalutare che nelle gare centralizzate regionali sono proprio i sanitari che poi utilizzeranno le forniture aggiudicate a comporre le commissioni tecniche e giudicatrici nell'ambito delle procedure di gara. Il che dovrebbe consentire di ridurre il novero delle acquisizioni che rimangono non ricomprese dalle aggiudicazioni regionali e per le quali le singole amministrazioni devono procedere in autonomia.⁸

- Infine, l'art. 1, comma 510 della citata legge n. 208/2015 ha previsto – alla stregua di norma di chiusura – che anche ove siano presenti convenzioni stipulate da Consip o dalle centrali di committenza regionali, le amministrazioni tenute ad aderirvi – ivi compresi gli enti del SSN – possono effettuare direttamente acquisti in autonomia *“a seguito di apposita autorizzazione specificamente motivata resa dall'organo di vertice amministrativo e trasmessa al competente ufficio della Corte dei conti, qualora il bene o il servizio oggetto di convenzione non sia idoneo al soddisfacimento dello specifico fabbisogno dell'amministrazione per mancanza di caratteristiche essenziali”*.

Il d.l. n. 76/2020, convertito con modificazioni in legge n. 120/2020

- L'art. 8, comma 2 del d.l. n. 76/2020, convertito con modificazioni in legge n. 120/2020, ha previsto che *“in relazione alle procedure disciplinate dal d.lgs. n. 50/2016, per le quali sia scaduto entro il 22 febbraio 2020 il termine per la presentazione delle offerte, le stazioni appaltanti ... provvedono all'adozione dell'eventuale provvedimento di aggiudicazione entro la data del 31 dicembre 2020”*.

La previsione ha un notevole impatto in special modo con riferimento alle procedure delle centrali di committenza ed apre una questione cruciale in ordine alle conseguenze del mancato rispetto del termine ivi previsto.

Non viene chiarito, infatti, che cosa possa accadere alle procedure non terminate entro la data prevista dalla norma.

Al riguardo si possono soltanto formulare alcune ipotesi di discussione.

- Si potrebbe sostenere che il mancato rispetto del termine determini l'automatica conclusione delle gare centralizzate in corso, sicché gli enti dovrebbero ricorrere alle gare Consip, ove aggiudicate, ovvero provvedere in autonomia agli approvvigionamenti necessari. L'ipotesi sembra, tuttavia, scontare alcune criticità.

Da un lato, sotto un profilo squisitamente letterale, la decadenza automatica della gara regionale non è espressamente prevista dal d.l. n. 76/2020. Sicché, in base al noto principio *“ubi lex voluit dixit, ubi noluit tacuit”* pare difficile sostenere l'interruzione d'ufficio di tutte le procedure in corso non aggiudicate. Dall'altro lato, poi, non va sottovalutato che l'arresto, *ex abrupto*, delle procedure potrebbe esporre la centrale ad eventuali – ma assai probabili – azioni risarcitorie da parte dei concorrenti.

Da ultimo, ma non meno importante, la decadenza automatica delle procedure aggiudicate sposterebbe – ancora una volta – il problema sui singoli enti regionali, i quali potrebbero decidere di aderire alle convenzioni Consip ove esistenti. In mancanza di queste ultime, tuttavia, gli stessi enti si troverebbero in una situazione a dir poco critica, ossia dover provvedere autonomamente a bandire procedure che, proprio per la loro entità e strategicità regionale, era stato stabilito venissero svolte a livello centralizzato.

- In alternativa, si potrebbe ritenere il termine del 31.12.2020 come meramente sollecitatorio, sicché nessuna effettiva conseguenza deriverebbe dallo sfioramento del medesimo. In tal senso si registra un recente arresto giurisprudenziale, ai sensi del quale *“il legislatore avrebbe potuto stabilire expressis verbis che la violazione del termine del 31 dicembre 2020 determinerà l'automatica conclusione delle gare in corso e l'obbligo per le amministrazioni interessate di aderire alle convenzioni Consip eventualmente già in essere. Ma così non è stato, visto che l'art. 8, comma 2, del D.L. n. 76/2020, con norma di chiara valenza sollecitatoria, si limita a stabilire che le procedure di gara ancora in itinere vengano portate a termine entro l'anno in corso”*, con l'ulteriore precisazione che la norma in questione *“non prende in considerazione le ipotesi nelle quali le amministrazioni interessate hanno bandito gare attraverso centrali di committenza periferiche pur in costanza di gare Consip in corso di svolgimento”* (T.A.R. Marche, Sez. I, 12.10.2020, n. 584)⁹.

8 In tal senso Cons. Stato, Sez. II, n. 1329/2019, cit., ai sensi del quale *“la gara svolta a livello regionale risponde – quanto alla aderenza alle necessità dell'area di riferimento e, ove svolta successivamente, anche per la coerenza con il mercato – ai principi di maggior efficienza, efficacia e economicità che regolano l'azione pubblica”*.

9 La pronuncia ha ad oggetto l'impugnativa, da parte di un concorrente di una gara centralizzata regionale per l'affidamento del servizio di pulizia:

- della nota con la quale la centrale di committenza regionale ha comunicato agli Enti sanitari regionali che la procedura di gara non si sarebbe conclusa entro il 31.12.2020, demandando a detti Enti la decisione se proseguire nell'adesione alla futura aggiudicazione o aderire alla gara Consip;
- dei conseguenti atti con i quali un ente sanitario aveva ritenuto di “agganciarsi” alla Convenzione Consip, pur avendo a suo tempo inviato



Tale lettura sembra, in effetti, l'unica sostenibile al fine di scongiurare le conseguenze negative delineate sub 2. e, effettivamente, si appalesa come la più aderente alla realtà gestionale di ogni ente sanitario.

I profili di criticità dell'attuale assetto

Il quadro fin qui delineato presenta indubbi profili di criticità.

1. Innanzitutto, è nota la notevole durata delle procedure centralizzate (sia regionali, che di Consip). Ed invero, nell'attesa dell'aggiudicazione regionale gli Enti sanitari si trovano spesso in una situazione di *impasse* determinata dal fatto che le convenzioni derivanti dalle precedenti aggiudicazioni centralizzate sono scadute e non residua spazio per eventuali rinnovi. In tali casi, sono delineabili due possibilità.

Può ipotizzarsi l'applicazione dell'art. 1, comma 550 della citata legge n. 208/2015, in forza del quale *“I singoli contratti relativi alle categorie merceologiche individuate dal*

decreto di cui al comma 548, in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, non possono essere prorogati oltre la data di attivazione del contratto aggiudicato dalla centrale di committenza individuata ai sensi dei commi da 548 a 552. Le proroghe disposte in violazione della presente disposizione sono nulle e costituiscono illecito disciplinare e sono causa di responsabilità amministrativa”.

Dalla disposizione, infatti, è stata inferita la prorogabilità dei contratti in essere in attesa dell'aggiudicazione regionale. Peraltro, ciò vale per i contratti conclusi nel 2015, mentre per le convenzioni regionali stipulate successivamente la previsione non può che essere applicata in via estensiva al fine di assicurare la continuità dell'attività assistenziale. Il che determina evidenti criticità in quanto è assai discutibile dare applicazione estensiva ad una disposizione, come quella in questione, di natura eccezionale, a maggior ragione a fronte della sanzione di nullità prevista dalla disposizione citata¹⁰.

In alternativa si può applicare l'art. 9, comma 3 bis del d.l. 24.04.2014, n. 66 (convertito, con modificazioni, in legge 23.06.2014, n. 89), ai sensi del quale *“le Amministrazioni pubbliche obbligate a ricorrere a Consip o altri soggetti aggregatori ai sensi del comma 3 possono procedere, qualora non siano disponibili i relativi contratti di Consip o dei soggetti aggregatori di cui ai commi 1 e 2 e in caso di motivata urgenza, allo svolgimento di autonome procedure di acquisto dirette alla stipula di contratti aventi durata e misura strettamente necessaria”*.¹¹

Si tratta dei c.d. contratti ponte, per i quali, in ogni caso, occorre bandire apposita procedura, con le necessarie tempistiche e la messa in campo di un impegno organizzativo gestionale il più delle volte sproporzionato rispetto alla natura transitoria dell'affidamento. Come si vede, quindi, la tendenziale preferibilità delle gare regionali sconta un effettivo problema concreto in ordine alla gestione del periodo compreso tra la scadenza delle precedenti convenzioni non più rinnovabili e l'aggiudicazione della gara centralizzata. In secondo luogo, non sempre le condizioni economiche contenute nelle convenzioni centralizzate sono le migliori sotto il profilo economico. Anzi, accade sovente che le singole Amministrazioni siano in grado di ottenere condizioni migliori nel mercato di riferimento,

i fabbisogni per lo svolgimento della gara centralizzata regionale.

¹⁰ Al riguardo, peraltro, si registra una recente sentenza del T.A.R. Marche, Sez. I, 12.10.2020, n. 584 che ha “minimizzato” la nullità cominata dalla disposizione, rilevando che *“la disinvolta introduzione di fattispecie di nullità contrattuali (le quali sono più che altro finalizzate a minacciare i dirigenti pubblici di sanzioni disciplinari e/o contabili) non appare un'opzione giuridicamente valida”*; ciò in quanto *“laddove la nullità sia vista quale sanzione finalizzata alla tutela della concorrenza, nemmeno il diritto comunitario esige che l'eventuale violazione delle regole in materia di evidenza pubblica sia sanzionata negli ordinamenti degli Stati membri con la nullità (e questo è tanto vero che anche le direttive appalti e ricorsi legittimano la previsione di termini decadenziali per l'impugnazione degli atti di gara)”* ed inoltre *“perché, considerato che le proroghe e i rinnovi dei contratti pubblici sono pur sempre funzionali al perseguimento delle finalità istituzionali delle amministrazioni interessate ... la nullità costituisce sanzione che potrebbe porsi in conflitto logico con il principio costituzionale di buon andamento della P.A., nonché eccessivamente penalizzante anche per l'appaltatore privato che abbia in buona fede confidato sulla validità della proroga o del rinnovo”*.

Il che sembra costituire, più che altro, una condivisibile presa d'atto della complessità della situazione in cui versano le Amministrazioni, soprattutto quelle sanitarie che si trovano nell'oggettiva impossibilità di interrompere l'attività assistenziale e, quindi, optano per l'estensione della durata dei contratti in attesa dell'aggiudicazione delle procedure centralizzate.

¹¹ Sui contratti ponte si veda la recente sentenza del T.A.R. Lazio – Roma, Sez. III quater, 3.11.2020, n. 11304.

senza, tuttavia, per tale ragione poter derogare al vincolo della centralizzazione.¹²

2. Sotto ulteriore profilo non può sottacersi che assai sovente le gare centralizzate non soddisfano interamente il fabbisogno degli enti sanitari in relazione a specifici settori. Ed invero, al di là dei prodotti infungibili, spesso residua, comunque, categorie di materiali che non vengono aggiudicate o perché i relativi lotti vanno deserti o perché essi non erano proprio ricompresi nella gara centralizzata. Anche sotto tale aspetto è evidente che la centralizzazione, seppure anche solo a livello regionale, sconta le limitazioni derivanti dall'alterità della centrale rispetto alle amministrazioni sanitarie.
3. Suscita, inoltre, perplessità l'ormai – come si è visto – consolidata prevalenza *tout court* delle gare regionali su quelle nazionali centralizzate. Pare, in effetti, che detta prevalenza dovrebbe essere tendenziale, ma non assoluta. In altri termini, andrebbe riconosciuta ampia discrezionalità alle amministrazioni sul punto, dacché esse soltanto possono valutare le modalità migliori per il soddisfacimento delle proprie esigenze¹³. Si ritiene, quindi, che, ove si dilunghi la gara regionale, ai singoli Enti non possa non essere comunque ascritta la facoltà di valutare se attendere l'esito, ovvero decidere motivatamente di aderire alle convenzioni Consip già stipulate. In tali ipotesi, infatti, la prevalenza delle gare regionali rispetto a quelle centralizzate nazionali non dovrebbe operare a scapito del buon andamento che ciascuna Amministrazione presidia. In tal senso – seppure con riferimento alla centrale di committenza regionale ligure (A.Li.Sa.) e non già ad una singola amministrazione – si è recentemente pronunciato il T.A.R. Liguria, Sez. II, con sentenza 14.10.2020, n. 694, nella quale è stata affermata la sussistenza di un ampio margine di discrezionalità in capo all'ente pubblico circa la decisione di aderire alle convenzioni Consip, ovvero, in alternativa, di bandire gare a livello regionale¹⁴. Il che, di volta in volta, deve essere supportato da un'adeguata istruttoria fondata sulle specifiche esigenze di volta in volta rilevanti.

Suggerimenti per eventuali scenari futuri

Stante il quadro fin qui delineato vale la pena individuare alcuni spunti di riflessione circa le eventuali alternative che gli enti sanitari potrebbero intraprendere per effettuare acquisti standardizzati senza incorrere nelle criticità evidenziate sub 4.

Innanzitutto, si potrebbe valutare se l'art. 38 della direttiva n. 18/2014 – che, come si è visto, disciplina l'*occasional joint procurement* – possa ritenersi *self executing* e, quindi, direttamente applicabile dalle singole amministrazioni sanitarie. Ove la risposta fosse positiva gli enti potrebbero, anche senza una specifica normativa nazionale di recepimento, dare avvio ad iniziative sulla falsariga delle reti francesi di coordinamento con un soggetto capofila che acquista anche per conto di altri enti in relazione a determinate categorie di acquisti e in applicazione della normativa vigente.

Si potrebbe, così, ipotizzare la creazione di reti a livello sub regionale con diversi capofila a seconda delle specifiche categorie di acquisizione (che potrebbero coincidere con le specializzazioni di ciascun Ente, ecc.). Sotto il profilo giuridico la costituzione delle reti andrebbe calata nell'ordinamento interno utilizzando gli strumenti di *networking* previsti dal diritto amministrativo, quali, per esempio, gli accordi ex art. 15 della legge n. 241/1990, ai sensi del quale "*le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune*", ovvero i consorzi tra enti, ecc.. Resta, ovviamente, da approfondire la compatibilità dell'introduzione dell'*occasional joint procurement* nel nostro ordinamento con la normativa nazionale richiamata sub 2, che rimane incentrata sulla centralizzazione "unitaria" di cui all'art. 37 della direttiva n. 24/2014. Al riguardo, è prevedibile che gli eventuali conflitti che dovessero presentarsi verranno risolti in sede di rinvio pregiudiziale alla Corte di Giustizia per accertare la legittimità di una normativa nazionale che abbia recepito uno soltanto dei modelli di centralizzazione previsti a livello europeo. Sul punto, in ogni caso, potrebbe essere oltremodo opportuna una consultazione dell'Anac finalizzata a sondare le opinioni, esigenze, aspettative, critiche degli enti (soprattutto sanitari) in relazione agli obblighi di centralizzazione normativamente previsti.

12 Si veda, sulla questione, T.A.R. Calabria – Catanzaro, Sez. II, 12.10.2020, n. 1597, ai sensi del quale "*l'adesione alle convenzioni Consip adempie pienamente l'obbligo nazionale e comunitario di individuare il miglior contraente tramite procedure ad evidenza pubblica, sicché non sussiste a carico dell'amministrazione che vi aderisce, un onere di istruttoria in ordine alla economicità dei parametri prezzo-qualità contenuti nella convenzione Consip*".

Analogamente T.A.R. Piemonte, Sez. I, 23.01.2020, n. 61, in forza del quale "*la gara centralizzata per la stipulazione di una convenzione rappresenta lo strumento elettivo per realizzare significativi risparmi di spesa, ottenuti grazie al bagaglio informativo e all'esperienza pratica acquisiti sul territorio regionale ed alle economie di scala conseguenti al maggior volume della prestazione, a prescindere dalla circostanza che una singola ASL riesca ad ottenere condizioni più vantaggiose nel mercato di riferimento*".

13 Sul punto non pare condivisibile la già citata pronuncia del T.A.R. Marche, n. 584/2020, con la quale è stata annullata la decisione di un'Azienda Sanitaria di aderire alla Convenzioni Consip per il servizio di pulizia a seguito della nota con la quale la centrale regionale aveva comunicato di non riuscire a concludere la procedura per l'affidamento del medesimo servizio entro il 31.12.2020, demandando alle singole Aziende di valutare se aderire o meno alla gara Consip. Ciò in virtù della tendenziale prevalenza delle gare regionali rispetto alle procedure svolte da Consip.

14 La pronuncia muove dall'impugnativa proposta dall'aggiudicatario di uno dei lotti della gara Consip per l'affidamento del multiservizio tecnologico integrato con fornitura di energia per edifici delle Amministrazioni sanitarie avverso gli atti con i quali la Regione Liguria, previa adeguata istruttoria, ha deciso – in luogo di aderire alla convenzione Consip – di proseguire con una propria gara centralizzata per l'assegnazione del servizio di gestione del sistema energetico delle strutture sanitarie liguri.