

**Audizione dei rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome presso la 10ª Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro e Previdenza sociale del Senato della Repubblica in merito all'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nel quadro della Missione 6 del PNRR.**

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome nella seduta dello scorso 13 dicembre ha unanimemente condiviso la necessità di attivarsi per promuovere un processo non rinviabile di semplificazione delle procedure inerenti i finanziamenti ex art. 20 della Legge n. 67/88 da attuare mediante la revisione degli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e 28 febbraio 2008.

Le principali criticità sono riscontrabili nella complessità e nella durata della procedura che non consentono un agevole e tempestivo impiego delle risorse pubbliche rese disponibili.

La lunghezza dell'iter determina spesso inoltre un parziale superamento della programmazione, con l'aumento dei costi degli interventi e/o l'emergere di nuovi/diversi fabbisogni che richiedono la variazione degli interventi stessi e, quindi, la conseguente necessità di procedere a rimodulazioni dell'Accordo di programma per aggiornarne i contenuti, nonché a revoche di interventi già approvati e relativa richiesta di sostituzione con nuovi interventi.

La questione degli incrementi di costo degli interventi è quanto mai attuale in questo contesto di impennata dei costi delle materie prime e di costruzione, che determina l'impossibilità di appaltare gli interventi programmati e la necessità di trovare ulteriori risorse a copertura degli ingenti incrementi di costo.

Con riferimento agli interventi previsti nel quadro della Missione 6 del PNRR, nella consapevolezza dell'importanza che riveste per il Servizio Sanitario Nazionale l'attuazione di questi importanti investimenti che sono indispensabili per rinnovare e rendere più efficienti, moderne e sicure le strutture sanitarie pubbliche, ospedaliere e territoriali, per ammodernare ed innovare il parco tecnologico e sviluppare la digitalizzazione, la Commissione Salute ha ritenuto opportuno riepilogare alcune osservazioni formulate con intento collaborativo e già oggetto di precedenti comunicazioni.

Si riportano di seguito le proposte e le osservazioni approvate dalla Commissione Salute.

# **PROPOSTE DELLA COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME PER LA SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE DEI FINANZIAMENTI EX ART. 20 DELLA LEGGE 67/88**

## **Premessa**

La principale fonte di finanziamento degli investimenti sanitari a livello statale è ancor oggi costituita dal programma straordinario avviato con la previsione dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, avente ad oggetto interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico da realizzare nel medio lungo periodo.

Articolato in più fasi, a livello operativo il programma prevede che le risorse finanziarie ripartite dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS) siano messe a disposizione dei soggetti beneficiari attraverso la sottoscrizione di Accordi di programma tra la Regione ed il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

## **La procedura**

La procedura prevede che a seguito dell'emanazione della delibera CIPESS di riparto del finanziamento statale a valere su fondi ex art. 20 Legge n. 67/88, la Regione, fatta la dovuta ricognizione dei fabbisogni delle Aziende sanitarie, approvi con delibera di Giunta l'elenco degli interventi programmati e da inserire nell'accordo di programma, unitamente ai relativi importi, articolati in costo complessivo dell'intervento, finanziamento statale fino al 95% e quota di cofinanziamento regionale minimo del 5%.

La delibera regionale viene inviata al Ministero della Salute corredata dall'elenco degli interventi e dei relativi moduli A (contenenti l'inquadramento, la descrizione, i codici CUP, i quadri economici, i flussi finanziari, ecc. di ciascun intervento), dagli studi di fattibilità o dalle schede illustrative degli interventi e dal documento programmatico previsto dalla Metodologia Ex Ante (c.d. MexA), un complesso documento di valutazione del programma di investimento; i moduli A devono essere inseriti nella piattaforma ministeriale Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio.

Detta documentazione, dopo essere stata istruita dagli Uffici del Ministero della Salute, è sottoposta all'approvazione del Nucleo tecnico per la valutazione e verifica degli investimenti pubblici in Sanità.

Dopo l'acquisizione del parere positivo del Nucleo, la documentazione è trasmessa dal Ministero della Salute al Ministero dell'Economia e delle Finanze per la relativa concertazione e successivamente alla Conferenza Stato-Regioni al fine dell'ottenimento della prevista Intesa.

Al termine di tale procedura si procede alla sottoscrizione del protocollo di intesa tra il Ministro della salute ed il Presidente della Regione, a cui fa seguito la sottoscrizione dell'articolato contrattuale dell'Accordo di programma.

Dopo il perfezionamento dell'Accordo ed entro i 30 mesi successivi, deve pervenire al Ministero l'istanza di ammissione a finanziamento, che presuppone per ciascuno specifico intervento:

- l'avvenuto espletamento di tutte le fasi progettuali dell'intervento ai fini della cantierabilità dello stesso, con l'ottenimento di tutte le autorizzazioni, permessi e nulla osta,
- l'approvazione del progetto esecutivo mediante deliberazione del direttore generale dell'azienda nella quale viene esplicitata la richiesta di ammissione a finanziamento,
- la trasmissione della documentazione alla Regione, l'istruttoria e l'adozione del decreto dirigenziale di "approvazione"

per giungere così all'invio dell'istanza di ammissione al finanziamento al Ministero. Qualora il termine dei 30 mesi sia disatteso, l'Accordo si intende risolto per quello specifico intervento ed il relativo finanziamento potrà essere utilizzato mediante un successivo nuovo accordo di programma.

Ricevuta l'istanza di ammissione a finanziamento dalla Regione, il Ministero della Salute conclude l'istruttoria nel termine di 90 giorni e trasmette alla Regione e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, per gli adempimenti di competenza, il Decreto Dirigenziale di ammissione a finanziamento e autorizzazione alla spesa.

La norma dispone altresì la revoca dei finanziamenti qualora, decorsi 18 mesi dalla data di ammissione a finanziamento, l'Azienda non provveda all'aggiudicazione dell'intervento, salvo eventuale proroga autorizzata dal Ministero della Salute.

## Criticità

Le principali criticità sono riscontrabili nella complessità e nella durata della procedura che non consentono un agevole e tempestivo impiego delle risorse pubbliche rese disponibili, le quali rimangono per lungo tempo immobilizzate con evidenti riflessi negativi sulla gestione finanziaria e contabile della Regione e dell'intero Servizio Sanitario Regionale, come anche evidenziato dalla Corte dei Conti in occasione della formulazione del giudizio di parifica al bilancio regionale.

Per quanto riguarda la *complessità* si evidenziano in particolare i seguenti aspetti:

- la predisposizione del Documento per la formulazione e valutazione del programma di investimento, il **cosiddetto Documento MexA**, richiede competenze trasversali che esulano da quelle di un Ufficio/Settore Investimenti regionale e che richiedono il coinvolgimento di professionalità e competenze esterne alla Regione (Università, Agenzie Regionali, etc.). Peraltro, essendo predisposta a posteriori della programmazione, risulta solo un complicato adempimento burocratico;
- la compilazione dei **Moduli A** ed il loro inserimento nella piattaforma ministeriale NSIS richiede di disporre di una quantità di dati relativi ad ogni intervento, che devono poi essere aggiornati nel tempo: sempre all'interno della piattaforma ministeriale NSIS, è infatti necessario inserire, nella sezione programmazione, lo sviluppo degli interventi e questo comporta una mole di lavoro non indifferente, dato che per ogni singolo intervento devono essere inseriti una serie di dati vincolanti e necessari alla successiva richiesta di ammissione a finanziamento;
- **i numerosi e spesso ridondanti passaggi** che deve compiere la documentazione prodotta dalla Regione: prima al Ministero della Salute quindi al Nucleo Tecnico per la valutazione e

verifica degli investimenti pubblici; al Ministero dell'Economia e delle Finanze; poi alla Conferenza Stato-Regioni e da questa di nuovo al Ministero, per giungere infine alla sottoscrizione del protocollo d'intesa che anticipa l'Accordo di programma vero e proprio (firmato da Regione, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze).

In merito alla *durata* della procedura, il complesso iter ed i numerosi Uffici coinvolti fanno sì che dalla trasmissione della documentazione al Ministero della Salute alla stipula dell'Accordo di programma sia necessario almeno un anno. Considerato che comunque la sottoscrizione dell'Accordo non è sufficiente per poter procedere con l'affidamento dei lavori (dovendosi attendere la presentazione dell'istanza di ammissione a contributo), l'iter procedurale non appare concepito per accelerare i tempi di attuazione degli interventi.

Gli adempimenti propedeutici alla stipulazione degli accordi di programma e alla concessione dei finanziamenti, pur in presenza di specifici meccanismi sanzionatori di revoca, continuano a richiedere tempi lunghissimi, sicuramente non confacenti ad esigenze in continua evoluzione quali quelle degli interventi nel settore della sanità.

Ma non è tutto. La lunghezza dell'iter determina un parziale superamento della programmazione, con **l'aumento dei costi degli interventi e/o l'emergere di nuovi/diversi fabbisogni** che richiedono la variazione degli interventi stessi e, quindi, la conseguente necessità di procedere a rimodulazioni dell'Accordo di programma per aggiornarne i contenuti, nonché a revoche di interventi già approvati e relativa richiesta di sostituzione con nuovi interventi.

La questione degli incrementi di costo degli interventi è quanto mai attuale in questo contesto di impennata dei costi delle materie prime e di costruzione, che determina l'impossibilità di appaltare gli interventi programmati e la necessità di trovare ulteriori risorse a copertura degli ingenti incrementi di costo.

Infine, giova segnalare che l'erogazione dei **fondi "a rendicontazione"** comporta inoltre che le Aziende sanitarie e gli altri Enti del Servizio Sanitario debbano anticipare con risorse proprie le spese necessarie che saranno oggetto di successivo rimborso, con un avvio o avanzamento dei lavori che rimane inevitabilmente condizionato dalla disponibilità finanziaria.

### **Proposte di semplificazione**

La procedura definita ormai venti anni fa, era stata probabilmente pensata per le grandi opere in ambito sanitario, opere che richiedevano valutazioni strutturate e di livello nazionale. I tempi sono cambiati, la missione della pubblica amministrazione è quella di semplificare le proprie procedure e poi c'è il tema dell'equilibrio di bilancio.

Oggi è dunque necessaria una drastica semplificazione, da attuare mediante la **revisione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulla semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità**, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002 e integrato nel 2008.

Sicuramente è necessario semplificare la MexA, eliminando almeno i contenuti ridondanti, mentre per quanto riguarda i moduli A, una volta stabiliti i contenuti essenziali, è necessario che ne sia semplificato l'inserimento e la gestione nel portale NSIS, che ad oggi si rivela estremamente macchinoso nel funzionamento e con sistema di interfaccia assai complesso.

Inoltre, si evidenzia la necessità di assicurare che i dati progettuali e finanziari relativi all'investimento, che costituiscono oggetto dell'operazione di validazione da parte del Ministero, risultino quanto più possibile prossimi al vero, mediante la predisposizione di meccanismi elastici di aggiornamento sul portale NSIS, ad oggi non disponibili. Il rischio correlato al difetto di meccanismi di aggiornamento in tempo reale è quello di una fotografia anacronistica dei dati registrati e validati dal Ministero, con ricadute in termini di disallineamento del quadro complessivo rispetto alla realtà dei dati effettivi e necessità di operare forzature del sistema per conseguire il riallineamento.

A tal proposito, dovrebbe essere garantito un automatico riallineamento dei dati inseriti nei moduli C, ovvero quelli relativi al monitoraggio ed aggiornamento del costo complessivo dell'intervento (dalla quota contributo ex art. 20 + cofinanziamento aziendale), rispetto ai dati inseriti nei moduli B.

Occorrerebbe poi rivedere tutti i passaggi che deve compiere la documentazione prodotta dalla Regione per eliminare quelli non essenziali o addirittura ridondanti: ad esempio, il passaggio in conferenza Stato-Regioni ma anche la concertazione con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (essendoci un atto a monte che attribuisce/ripartisce il finanziamento tra le Regioni/PPAA) appaiono di valenza prettamente formale; l'approvazione da parte del Nucleo tecnico appare non adeguata per interventi di piccola dimensione. Inoltre, è necessario ridurre drasticamente i tempi occorrenti per i diversi passaggi.

In ultimo, in relazione alla dimensione finanziaria della procedura, considerato che la Regione di fatto anticipa le risorse alle Aziende sanitarie in base alle rendicontazioni presentate per poi chiedere il rimborso al Ministero, sarebbe necessario prevedere, almeno per una quota parte del finanziamento, la possibilità di anticipazione delle risorse.

## **Proposte di innovazione**

La **prima** è legata alla attuale necessità di coprire i maggiori costi degli interventi dovuti al rincaro delle materie prime, che rendono di fatto impossibile il completamento degli interventi programmati anche solo un anno fa: il fondo art. 20 L. 67/88 potrebbe essere utilizzato come *integrazione delle coperture* già assicurate ad investimenti in corso o da avviare che manifestino ad oggi un fabbisogno accresciuto/ulteriore in conseguenza dell'incremento dei prezzi.

A tal fine si propone di attingere in primis alle risorse poste a riserva per gli interventi urgenti e da ripartire con successivi decreti del Ministro della Salute, qualora le stesse risultino ad oggi non ancora utilizzate.

Si tratta di circa 555 milioni di euro stanziati con Deliberazione CIPE n. 51 del 2019 e di ulteriori 100 milioni di euro stanziati con lo schema di Decreto Ministeriale per il riparto delle risorse di cui all'art. 1, comma 263, della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

*In alternativa*, qualora dette risorse siano state già utilizzate oppure sia vincolata la loro destinazione, si chiede al Ministero della Salute di individuare quali specifiche risorse possano essere destinate alla copertura dei maggiori costi degli interventi programmati e non ancora avviati.

*In subordine* si chiede di poter utilizzare i fondi stanziati ai sensi dell'art. 20 L. 67/88 e ripartiti tra le Regioni ma ancora non programmati.

La **seconda** proposta è motivata dalla constatazione che tutti gli investimenti aziendali di piccola dimensione, le ristrutturazioni, le manutenzioni straordinarie, gli investimenti di sostituzione apparecchiature a seguito di guasti e rotture, gli acquisti di arredi, vengono ad oggi finanziati con il FSN, risorsa già notoriamente incapiente rispetto ai fabbisogni espressi dai bilanci aziendali, mentre invece potrebbero e dovrebbero più correttamente essere finanziati con risorse in c/capitale.

Si propone allora di mantenere l'impianto dell'art. 20 L. 67/88, con le semplificazioni di cui sopra, solo con riguardo agli interventi di dimensione maggiore, il cui costo unitario totale può essere indicato in 10 mln di euro.

Per le opere di minore dimensione, il meccanismo di impiego dei fondi art. 20 dovrebbe essere decisamente più snello e non oneroso, idoneo a far fronte alle esigenze delle Aziende e degli Enti del SSN: a valle della ripartizione delle somme ex art. 20 tra le Regioni (secondo i medesimi criteri di riparto utilizzati fino ad oggi), si dovrebbe prevedere una programmazione degli interventi affidata in toto alle Regioni, fatta salva ovviamente la rendicontazione al Ministero degli interventi finanziati.

#### **Eventuali modifiche normative o regolamentari**

Per attuare la prima delle due innovazioni proposte occorrerebbe solo individuare un percorso agevole e snello, una procedura che consenta in tempi rapidi di offrire copertura ad interventi già selezionati dalle Regioni e Province Autonome ed istruiti a cura del Ministero.

In merito invece alla seconda proposta, si renderebbe necessaria una drastica semplificazione, da attuare mediante la revisione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano per la "definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità", sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 28 febbraio 2008, ad integrazione di quello del 2002.

## **OSSERVAZIONI DELLA COMMISSIONE SALUTE DELLA CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME PER QUANTO RIGUARDA LE PROCEDURE DEGLI INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO NEL QUADRO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR**

### **Osservazioni sul principio DNSH (Do No Significant Harm)**

Il principio DNSH prevede che gli interventi previsti dal PNRR non arrechino danni significativi all'ambiente. La circolare n. 33 del 13 ottobre 2022 della Ragioneria Generale dello Stato fornisce disposizioni diverse rispetto alla circolare n. 32 del 30 dicembre 2021. Alcune progettualità in stato avanzato (progetti definitivi) presentano difficoltà per l'innesto di ulteriori requisiti nei progetti già completati; il cambio delle regole in corso determinato dalla nuova circolare, rende difficile il rispetto delle milestone e soprattutto genera costi – oltre le disponibilità - per il rifacimento delle attività già effettuate.

La circolare n. 33/2022 indica: *“Si segnala che le revisioni apportate alle opzioni di verifica ex-ante ed ex-post e alle check list sono migliorative ma non inficiano scelte eventualmente effettuate sulla base delle precedenti versioni. Si ricorda, inoltre, che la Guida è uno strumento di orientamento e supporto. Rimane in capo alle Amministrazioni titolari la responsabilità di assicurare la conformità ai requisiti DNSH degli interventi finanziati, anche tramite la trasmissione di indicazioni puntuali ai soggetti attuatori in sede di monitoraggio e rendicontazione dei traguardi e obiettivi (milestone e target) e in sede di verifica e controllo della spesa.”*

Dal punto di vista tecnico, gli energy manager aziendali sono chiamati a verificare, sulla parte energetica, la sussistenza di requisiti che parrebbero contraddittori (edifici ad energia quasi zero) rispetto al consumo complessivo di energia (un concetto oggettivamente diverso).

La comparazione fra queste grandezze pare essere problematica anche su nuove costruzioni; maggiori difficoltà si riscontrano in caso di ristrutturazione, anche parziale, degli edifici.

Se si confronta il criterio della circolare n. 32/2021 con quello della circolare n. 33/2022, che si concentra sull'energia totale dell'edificio (40% dell'energia totale), pare difficile far coesistere i due requisiti. Ciò in quanto le strutture sanitarie acquisiscono l'aria dall'esterno, la condizionano e non la riciclano; ciò comporta un maggior consumo energetico, che genera difficoltà nel rispetto dei requisiti della circolare n. 33/2022. Le tempistiche di funzionamento degli ospedali (24 ore su 24) comportano ulteriori problematiche nella riduzione dell'energia totale consumata.

Dal punto di vista documentale, peraltro, i Contratti Istituzionali di Sviluppo riportano negli allegati Piani Operativi Regionali tabelle che sono state definite prima della n. 33/2022; ogni nuova variazione va finanziata e abbinata a tempi di realizzazione coerenti.

Inoltre, i nuovi requisiti DNSH sarebbero rispettare, retroattivamente, anche per gli interventi ex piano Arcuri di cui all'articolo 2 del Decreto Legge n. 34/2020.

In data 16 febbraio 2023 è stato approvato lo schema di report “Relazione sul rispetto del principio DNSH per i progetti di interventi PNRR Missione 6 – Salute” che le Regioni hanno recentemente trasmesso alle proprie Aziende sanitarie: sono in corso le verifiche di compatibilità delle nuove istruzioni rispetto alle attività già realizzate.

### **Osservazioni sulle coperture economiche**

Come più volte rappresentato alla Commissione Salute, la contrazione dell'offerta conseguente al Covid, unitamente alla ripresa della domanda, ha reso il prezzario utilizzato da Agenas (base 2018) per la quantificazione dei lavori non coerente all'attuale quadro di mercato. L'andamento inflattivo degli anni 2022 e 2023, con particolare riferimento ai costi energetici (che attraverso i trasporti si diffondono al resto dell'economia) ha reso tale divario ancora più ampio.

Le Regioni non hanno potuto recuperare pienamente il divario fra "richiesto" e "finanziato", posto che i provvedimenti per l'accesso a risorse aggiuntive, fra cui il Decreto Legge n. 50/2022, richiedevano una fase di valutazione progettuale avanzata (livello esecutivo) fino alla quantificazione economica per l'accesso alle risorse.

L'insufficienza delle risorse renderà difficile, alle prossime scadenze, aggiudicare e condurre a proficua esecuzione i contratti, dato i prevedibili contenziosi con le imprese aggiudicatrici.

### **Osservazioni di carattere finanziario (allineamento anticipi)**

L'attivazione del flusso finanziario dal Ministero della Salute prevede una prima fase di anticipazione che ammonta al 10% del costo del singolo intervento (anticipazione che dal Soggetto attuatore va veicolata al Soggetto attuatore esterno con uno specifico atto regionale); tuttavia, secondo le regole del Codice degli appalti vigente, al ricorrere delle condizioni ivi previste, l'anticipazione da riconoscere all'appaltatore dei lavori è del 20%. Tale disallineamento può impattare sulle disponibilità di cassa della singola Azienda sanitaria o Regione.

### **Altre problematiche connesse alla realizzazione delle opere**

Entro il 31 marzo 2023 le Aziende sanitarie regionali, come soggetti attuatori esterni, devono procedere alla "approvazione dei progetti idonei per indizione della gara" per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità. Al di là del valore del testo, probabilmente derivante dalla traduzione, tale target è di difficile raggiungimento.

Entro il 31 marzo le Aziende sanitarie regionali, come soggetti attuatori esterni, devono procedere all'acquisizione di almeno un Codice Identificativo di Gara (CIG) per ogni Codice Unico di Progetto (CUP) per la realizzazione delle Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità.

La seconda milestone indicata può essere applicata solamente acquisendo i CIG relativi ai progetti, posto che la realizzazione delle opere non è ancora iniziata nella fase di progettazione.



## **Digitalizzazione dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Accettazione (DEA)**

Il ricorso a provvedimenti e a strumenti negoziali per la realizzazione del sub-intervento 1.1.1 “Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione DEA I e II livello)” rimanda alle condizionalità espresse all’Annex della Decisione di esecuzione del Consiglio relativa al PNRR dell’Italia che individua come traguardo l’“Aggiudicazione di tutti gli appalti pubblici” entro T4 2022 tramite la “Pubblicazione delle procedure di gara nell'ambito degli Accordi Quadro Consip e conclusione di contratti per la fornitura [..]”.

Il recente Decreto Legge n. 13 del 24 febbraio 2023 è intervenuto, tra l’altro, per superare alcune delle criticità rappresentate dalle Regioni e dalle Province Autonome.

Tuttavia, al fine di poter utilizzare tutte le risorse del PNRR coerentemente alle finalità di informatizzazione si propone:

- 1) di valutare se far avviare l’iter di modifica dell’Annex (includendo anche affidamenti diversi da Accordi Quadro Consip);
- 2) di precisare che è possibile applicare le procedure del mercato elettronico della Pubblica Amministrazione (MePA) e del Sistema dinamico di acquisizione della Pubblica Amministrazione (Sdapa).

## **Difficoltà di rendicontazione attraverso il sistema ReGis**

Si riscontrano difficoltà nell’inserimento, da parte dei Responsabili Unici del Procedimento (RUP), delle informazioni di documentazione a supporto richieste e delle informazioni utili per la rendicontazione nel sistema ReGis sviluppato dalla Ragioneria Generale dello Stato per adempiere agli obblighi di monitoraggio e di rendicontazione dei progetti finanziati dal PNRR.

In particolare, la procedura risulta essere farraginoso e richiede molti passaggi; spesso è necessario procedere all’apertura di ticket per la risoluzione dei problemi tecnici.