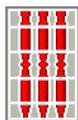


PIANO REGIONALE INTEGRATO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA (PRINA)

Testo rivisto e correlato al testo di legge
8 giugno 2008



REGIONE UMBRIA

Assessorato alla Sanità

Assessorato alle politiche sociali

DIREZIONE REGIONALE SANITA' E SERVIZI SOCIALI

INDICE:

1. Premessa

- a. La legge regionale e le finalità del FRNA
- b. Gli obiettivi del PRINA

2. Il modello organizzativo

- a. Il governo dell'accesso e della presa in carico
- b. La valutazione multi professionale
- c. Il progetto personalizzato

3. L'offerta dei servizi

- a. Diritto alla prestazione ed equità nella erogazione
- b. La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi
- c. La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare
- d. La rete dei servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea)

4. Gli strumenti della programmazione e del coordinamento

- a. Piano attuativo ATI
- b. Programmazione territoriale (PdZ e PAT)
- c. Il livello di coordinamento territoriale

5. Le azioni di sistema

- a. La comunicazione
- b. La formazione
- c. Il sistema informativo
- d. L'accreditamento
- e. Il sistema di valutazione (impatto e processo)

6. Il finanziamento del PRINA

- a. La composizione del FRNA
- b. Il finanziamento delle azioni
- c. I criteri di riparto

1. Premessa

a) La legge regionale e le finalità del FRNA

Con l'istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza la Regione dell'Umbria intende garantire maggiore impegno pubblico per le persone non autosufficienti che si traduce concretamente nell'aumento delle risorse messe in campo connesse con una progettualità in grado di strutturare una rete locale di welfare capace di accompagnare e tutelare tali persone nell'ambito di un sistema di servizi ed interventi integrati nell'ottica dell'assistenza continuativa.

Il Fondo pertanto garantisce alle persone non autosufficienti ed alle loro famiglie:

- l'universalità dell'accesso garantito attraverso la rete dei servizi territoriali sociali e sanitari in grado di accogliere la domanda del bisogno e di accompagnarla verso la definizione del percorso personalizzato
- l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie attraverso la presa in carico e la valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente
- una progettualità personalizzata e partecipata che abbia come finalità il mantenimento ed il miglioramento delle condizioni di salute e di benessere attraverso prestazioni integrate nelle diverse componenti di cura, assistenza e sostegno personale e familiare.

b) Gli obiettivi del PRINA

Il **Programma Regionale Integrato per la Non Autosufficienza (PRINA)**, di cui all'art. 11 della Legge Regionale di *"Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni"*, nel triennio di vigenza dovrà definire il modello organizzativo fornendo i relativi indirizzi per i servizi territoriali operanti sia a livello di Azienda USL e al livello di Ambiti territoriali, le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti, nonché i criteri generali di riparto del Fondo da assegnare alle Aziende USL con vincoli di destinazione per i distretti sociosanitari e per gli Ambiti territoriali sociali.

In particolare attraverso il PRINA la Regione dell'Umbria, intende perseguire i seguenti obiettivi:

- sviluppare un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare

- assicurare la continuità tra ospedale e servizi territoriali sociosanitari e sociali attraverso l'attivazione di specifici percorsi di sostegno ed accompagnamento della persona non autosufficiente e della sua famiglia;
- garantire la gestione integrata delle risorse attraverso l'adozione di progettazioni assunte sia dai Piani di Zona che dai Piani Attuativi Territoriali
- favorire l'emersione del lavoro di cura da rapporto privato a rapporto sociale mediante una regolazione pubblica che ne garantisca la qualificazione, il sostegno pubblico all'incontro tra domanda e offerta e l'accompagnamento nella scelta dell'assistenza familiare

Per favorire tutto ciò all'interno del PRINA si definiranno anche quelle azioni di sistema a supporto delle strutture e del processo assistenziale, quali la formazione, la comunicazione sociale, il sistema informativo e la valutazione del progetto stesso.

2. Il modello organizzativo

a. Il governo dell'accesso

Il modello prescelto che può essere definito ad **accesso multiplo e a percorso unico**, intende assicurare l'universalità dell'accesso dei cittadini e la certezza della prestazione, attraverso l'attivazione di strumenti e modalità organizzative già poste in essere dalla programmazione sanitaria

Il primo elemento di tale impianto è costituito dalla rete diffusa dei **punti di accesso** di cui fanno parte i Centri di salute e gli Uffici della Cittadinanza. Tali punti hanno il compito di:

1. Assicurare un'informazione completa ai cittadini
2. orientare la domanda dei cittadini dopo averne fatto una prima lettura al fine di valutarne l'appropriatezza
3. accogliere le domande ed inviare/accompagnare verso la valutazione e la relativa presa incarico

Tale modalità organizzativa intende facilitare e migliorare l'accessibilità ai servizi e la presa in carico unitaria della persona non autosufficiente eliminando o semplificando i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari debbono compiere.

A tale scopo le risorse professionali preposte sono le figure già operanti nelle diverse équipe territoriali e che hanno le competenze e la professionalità per operare l'accoglienza, la prima lettura del bisogno e l'invio verso il punto unico che è costituito dal Distretto.

b) La presa in carico della persona non autosufficiente

IL Distretto Sanitario costituisce il punto unico deputato ad essere il terminale della raccolta della documentazione relativa a ciascuna domanda di accesso alle prestazioni previste con il Fondo per la non autosufficienza e, di conseguenza, spetta a tale livello la presa in carico della persona non autosufficiente e l'attivazione della unità di valutazione multidisciplinare prevista dalle disposizioni regionali.

Pertanto, il Distretto rappresenta il luogo dell'integrazione sociosanitaria sia dal punto di vista gestionale che professionale e come tale richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali.

Quindi occorre che il raccordo con i servizi sociali deve essere sistematico ed integrato a partire dalla programmazione così come previsto dall'art.12 della Legge Regionale di istituzione del Fondo.

In particolare al Distretto compete:

- di raccogliere e registrare la richiesta di intervento;
- di prendere in carico la persona non autosufficiente;
- di attivare l'Unità di Valutazione;
- di gestire la banca dati
- di governare le risorse del sistema integrato dei servizi sanitari e sociali;

L'attivazione di tale complesso organizzativo (dall'accesso alla valutazione ed alla presa in carico) presuppone che sia garantito a livello distrettuale un sistema che garantisca:

- una regia organizzativa
- risorse dedicate all'attivazione di equipe integrate per la valutazione del bisogno
- il coordinamento dei vari comparti e dei vari professionisti
- predisposizione di procedure e di strumentazioni telematiche
- risorse professionali adeguati al fine di individuare i responsabili del PAP
- il coinvolgimento delle reti sia clinico-terapeutiche e psico-sociali e sia di quelle familiari e solidaristiche

c. La valutazione multi professionale ed il Programma assistenziale personalizzato

Il luogo deputato alla valutazione è costituito dall'**Unità Multidisciplinare di Valutazione** alla quale compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno delle persone non autosufficienti secondo protocolli valutativi (da definire attraverso un gruppo regionale specifico). In attesa della definizione da parte della Giunta Regionale, attraverso un Atto di indirizzo, della composizione e delle modalità di funzionamento di tali Unità, opereranno quelle già esistenti integrate dal MMG e dall'Assistente sociale di riferimento per l'Ambito sociale, oltreché dagli specialisti che si rendano necessari rispetto al caso specifico.

La valutazione multidimensionale fornisce indicazioni rispetto all'area cognitivo-comportamentale, clinico-funzionale e socio-ambientale definendo diversi livelli di gravità ai quali debbono corrispondere "pacchetti " di servizi/prestazioni.

Al fine di realizzare un sistema integrato di interventi sanitari e sociali a sostegno dei soggetti non autosufficienti e delle loro famiglie, dette unità, effettuano una valutazione multidimensionale per predisporre il “**programma assistenziale personalizzato**” (PAP), e individuano il **responsabile del programma di assistenza** (case manager) che, sulla base della prevalenza della natura dell'intervento, socio-assistenziale o sanitaria, afferisce al comparto amministrativo **della Sanità (ASL) o dell'Assistenza sociale dei Comuni dell'Ambito**. Nel PAP vengono definite indicazioni quantitative, temporali e di flessibilità sulla erogazione delle prestazioni, l'allocazione delle risorse professionali, strumentali, tecniche ed economiche necessarie. Il responsabile del programma segue l'attuazione del PAP in ogni sua fase e ne garantisce gli esiti, divenendo il referente dell'assistito e dei suoi familiari.

d. Il Patto per la cura ed il benessere

Al fine di garantire il pieno soddisfacimento del bisogno valutato, deve essere accettato e sottoscritto dall'assistito o da un suo familiare un “**Patto per la cura ed il benessere**” in cui vengono garantite e coordinate le diverse prestazioni integrando i servizi alla persona con eventuali misure economiche. Il Patto, laddove non venga accettato, dovrà essere riformulato al fine di garantire la possibile articolazione di risposte alternative.

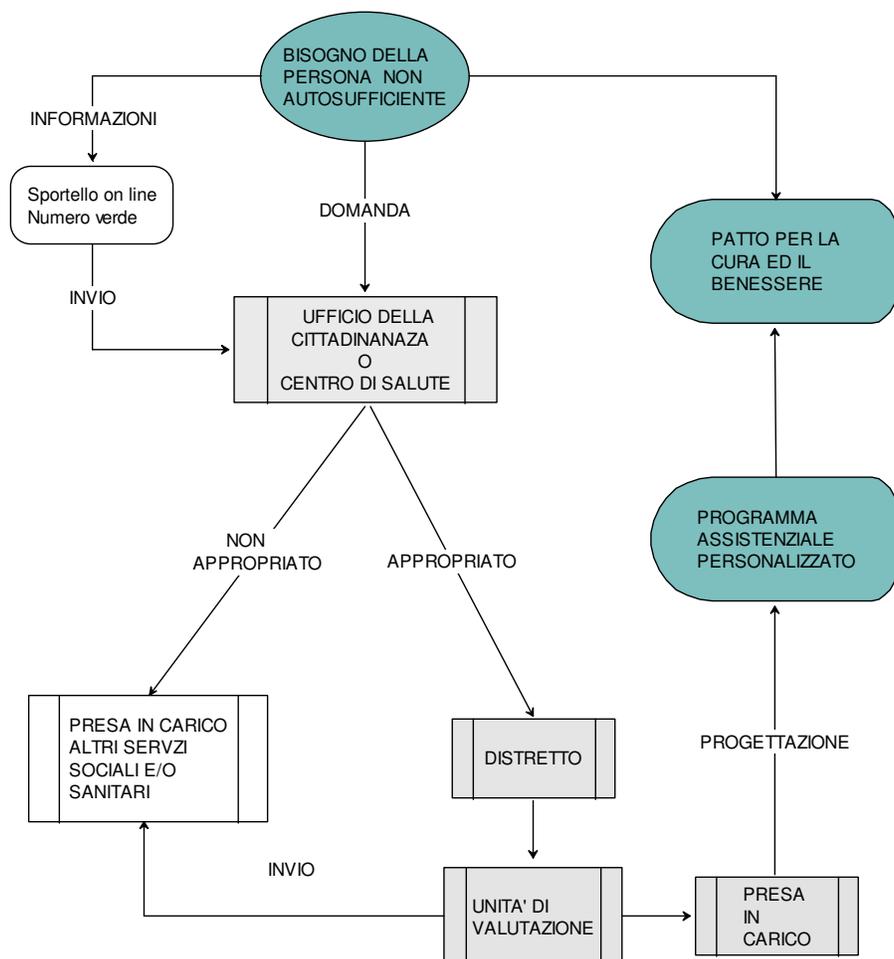
e) Il coordinamento integrato

Al fine di migliorare il livello di integrazione e di monitorare costantemente lo stato di attuazione del progetto a livello territoriale viene costituito un **coordinamento integrato** che fa capo alle figure del Direttore di Distretto e dal Promotore sociale.

A tale livello di coordinamento compete:

- il monitoraggio della spesa
- il controllo e la gestione della spesa
- la valutazione così come definito negli atti di programmazione territoriale

Schematicamente il percorso può essere rappresentato dal seguente diagramma di flusso:



3. L'offerta dei servizi

a. Diritto alla prestazione ed equità nella erogazione

Il Piano Regionale Integrato per la Non Autosufficienza intende delineare tutta una serie di azioni strategiche che forniscono alla persona in condizioni di non autosufficienza un sistema integrato di servizi che diano, in tempi certi, la quantità e la qualità delle risorse assistenziali idonee ad affrontare e risolvere il proprio bisogno.

La legge regionale che istituisce Fondo per la non autosufficienza nel garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni in favore delle persone non autosufficienti anziani, adulti e minori, consente il passaggio dal riconoscimento del titolo della prestazione, alla certezza della prestazione sociosanitaria appropriata.

A tal fine, accanto alla costituzione del FRNA, La Regione e gli Enti Locali si impegnano a garantire il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno alla non autosufficienza.

b. La continuità assistenziale nell'offerta dei servizi

Un progetto per la non autosufficienza si pone la necessità e anche l'urgenza di focalizzare l'attenzione su un aspetto che rischia di essere trascurato nella gestione dei processi assistenziali: quello di garantire la continuità assistenziale, in particolare dopo un ricovero ospedaliero. Già indicato nel «Piano sanitario nazionale 2003-2005» come uno dei dieci obiettivi per la strategia del cambiamento, la continuità assistenziale deve sempre di più rappresentare «un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersettorialità degli interventi, unitamente al conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra l'ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo».

In questo senso dunque le dimissioni ospedaliere di pazienti portatori di bisogni assistenziali, sanitari e sociali, complessi come sono appunto le persone NA devono essere adeguatamente programmate e ciò implica:

- Che il Distretto assuma la funzione di attore del governo dei percorsi sanitari e socio sanitari
- Che provveda in maniera programmata all'attivazione delle Unità multidisciplinari per la valutazione di quei bisogni,
- Che ci si muova quindi verso il pieno coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari,
- E che si giunga alla presa in carico del bisogno, sulla scorta della definizione del programma assistenziale personalizzato

c. La domiciliarità ed il sostegno all'assistenza familiare

Le prestazioni garantite alla persona non autosufficiente vanno principalmente orientate verso la permanenza dell'assistito al proprio domicilio e verso misure ed interventi volti ad accrescere le possibilità di sviluppo psico-sociale della persona disabile, contenendo i casi di inserimento in strutture residenziali e privilegiando, soprattutto per i giovani disabili, la connotazione familiare dell'intervento e la temporaneità dell'inserimento. La domiciliarità, pertanto, si fonda sul presupposto della permanenza della persona nel proprio ambito domiciliare e nella rete delle relazioni affettive e sociali garantita dalla presenza di servizi territoriali di assistenza domiciliare integrati dall'apporto di familiari, di assistenti familiari e di volontari

La domiciliarità va garantita attraverso la qualificazione dell'attuale sistema di assistenza domiciliare articolata sulla diversa intensità assistenziale di cui necessita la persona non autosufficiente e sia ricorrendo anche alla qualificazione ed al sostegno dell'assistenza familiare. L'intervento pertanto si articola su tre livelli:

- servizi di Assistenza Domiciliare e di Assistenza Domiciliare Integrata;
- interventi di sostegno alla famiglia;
- interventi di sollievo alla famiglia.

Al fine di garantire un modello universalistico di assistenza socio-sanitaria alla persona non autosufficiente e disabile, le Unità di Valutazione dovranno garantire attraverso il PAP una serie di prestazioni che siano:

- Graduate sul bisogno assistenziale della persona non autosufficiente
- Erogabili con certezza (nei tempi e nella quantità)
- Sostenibili dal sistema delle risorse territoriali

d. La rete dei servizi semiresidenziali e residenziali (permanente e/o temporanea)

Sebbene la programmazione di una risposta adeguata ai principali problemi delle persone non autosufficienti deve essere basata su una rete di servizi socio-assistenziali e sanitari - pubblici, privati e del terzo settore- che abbia come caposaldo l'obiettivo di mantenere l'anziano, il più a lungo e nel miglior modo possibile, nel proprio contesto abitativo e relazionale, occorre affrontare anche il tema delle strutture semiresidenziali e residenziali, individuando quelle scelte che siano quanto più possibili coerenti con tale impostazione di fondo.

In particolar modo la semiresidenzialità può essere al pari della domiciliarità una scelta strategica, se viene intesa come uno dei servizi più importanti di supporto alla famiglia per l'assistenza alle persone non autosufficienti e di raccordo tra il sistema della residenzialità e della domiciliarità.

Pertanto nella definizione dei pacchetti di servizi e prestazioni si dovrà prevedere come tipologia di risposte:

- la semiresidenzialità in strutture che siano anche in grado di organizzare percorsi terapeutico riabilitativi per persone con particolari gravità;
- la residenzialità anche attraverso il ricorso ai ricoveri temporanei di emergenza e /o di sollievo
- il superamento delle attuali liste di attesa sia con il ricorso dei servizi domiciliari e di sollievo e sia attraverso il ricorso ai ricoveri in strutture semiresidenziali o con ricoveri temporanei

Viene riportato di seguito uno schema attraverso il quale i diversi elementi vengono messi in correlazione

Livelli di gravità del bisogno	Pacchetti di servizi/prestazioni ¹ :	Misure economiche
Basso bisogno assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domiciliare 1° livello Assistenza tutelare 1° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si fa carico del carico assistenziale a domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare a per chi ricorre all'assistenza familiare (se in regola)</p> <p>(Es. di assegno: Regione Emilia 9,50 e 19,50 € giornalieri - Es. di contributo mensile Regione Emilia 160,00 €/mese)</p>
Basso bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza del contesto ambientale	Inserimento in “ residenza servita ” (servizi di comunità socio-assistenziali con lieve integrazione sanitaria)	Non previste
Moderato bisogno assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domiciliare 2° livello Assistenza tutelare 2° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si fa carico del carico assistenziale a domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare a per chi ricorre all'assistenza familiare (se in regola)</p>
Alto bisogno assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza domiciliare 1° livello Assistenza tutelare 1° livello Misure di sollievo (spesa a domicilio, consegna farmaci ecc.) Residenziale e semiresidenziale temporaneo (per brevi periodi anche di sollievo/emergenza per la famiglia) Trasporto 	<p>Assegno di sollievo alla famiglia che si fa carico del carico assistenziale a domicilio (sottoscrizione del patto). È un contributo variabile in base alla gravità e alle necessità assistenziali che potrebbe essere integrato attraverso un contributo mensile supplementare a per chi ricorre all'assistenza familiare (se in regola)</p>
Alto bisogno assistenziale con assoluta inadeguatezza ambientale	Inserimento in Residenza Protetta	Non previste

¹ Nella tabella rispetto al domiciliare sono riportati gli interventi di tipo tutelare e domiciliare cioè quelle prestazioni per le quali il fondo può essere utilizzato al fine di garantire livelli di assistenza adeguati ed una estensione dell'offerta nei confronti di chi oggi non ne usufruisce. Nei confronti di queste persone il Servizio Sanitario garantisce comunque le cure domiciliari articolate su tre livelli così come sono state ridefiniti dal recente DPCM sui LEA e cioè: cure domiciliari di I° livello che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati articolati sino a 5 giorni; di II° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 6 giorni; di III° livello con continuità assistenziale ed interventi programmati articolati su 7 giorni. Sulla base di tale livelli occorrerà strutturare i pacchetti di ore/utente al fine di garantire certezza ed uniformità di prestazioni

4. Gli strumenti della programmazione e della governance

L'art. 12 della L.R. istitutiva del Fondo individua e definisce gli strumenti della programmazione e li articola su tre livelli:

- a) La Regione a cui è demandato il compito di approvare il PRINA stesso verificandone l'attuazione e valutandone gli esiti, così come previsto dall'art. 11 della LR stessa. Al PRINA di durata triennale è demandato il compito di:
 - Definire i criteri generali di riparto del Fondo e l'assegnazione delle risorse alle ASL con vincolo di destinazione per i distretti e gli Ambiti territoriali sociali;
 - Le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;
 - Gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi operanti sia a livello di Aziende che a livello di Ambiti territoriali sociali.
- b) L'Aziende USL e gli Ambiti territoriali integrati (ATI) di cui alla LR 9 luglio 2007, n.23, cui in particolare compete:
 - Di redigere, coordinare e consolidare il **Programma attuativo triennale del PRINA**. A tale livello compete la verifica della coerenza con la programmazione regionale (PRINA).
 - L'approvazione del programma attuativo triennale spetta all'Assemblea di Ambito dell'ATI entro 30 giorni dall'approvazione del PRINA. Tale programma acquista efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta Regionale;
 - All'assemblea di ATI compete anche l'individuazione dei servizi aventi come bacino di utenza l'intero territorio dell'ATI;
 - Alla stesura di tale atto è preposto un comitato redazionale composto dai Direttori di Distretto e dai Promotori sociali del territorio di riferimento.
- c) I Distretti sanitari e gli Ambiti territoriali sociali cui spetta:
 - L'elaborazione e l'approvazione del **Programma operativo del PRINA** nel rispetto delle procedure previste dalle disposizioni vigenti per la redazione e approvazione dei PAT e dei PdZ;
 - Tale atto con il quale vengono individuate le priorità di intervento territoriali verrà partecipato nelle forme previste dalle varie procedure in essere sia a livello di Distretti che a livello di Ambiti sociali territoriali;

- Le Organizzazioni Sindacali, e le Organizzazioni della società civile (in particolare terzo settore e soggetti gestori dei servizi) concorrono alla definizione degli atti di programmazione territoriale attraverso la partecipazione ai Tavoli territoriali di concertazione.
- La stesura del Piano attuativo triennale di zona compete al Direttore di Distretto ed al Promotore sociale di Ambito

5. Le azioni di sistema

Le azioni di sistema del PRINA sono intese come una tipologia di azioni di supporto alle strutture e al **processo assistenziale**. Nell'ambito di tale piano le azioni di sistema si configurano, dunque come, azioni rivolte a riqualificare il sistema regionale di governo delle politiche e dei servizi alle persone, affinché si sviluppi un sistema integrato di servizi socio sanitari che dia al cittadino la certezza sui tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno. Tali azioni ricomprendono la comunicazione, la formazione, il sistema informativo sociale, il sistema regionale di accreditamento e la valutazione.

a) La Comunicazione

Attraverso un'azione di comunicazione sociale è possibile fornire ai cittadini un'informazione chiara rispetto alle possibilità della risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia.

Rappresenta una scelta strategica sia per evitare una inevitabile confusione relativa all'innovazione che si introduce nel sistema dei servizi umbri e sia per promuovere e sostenere quella cultura della domiciliarità cui le reti parentali e familiari hanno sino ad oggi risposto, per la maggior parte dei casi ai bisogni della persona non autosufficiente.

Su tale piano sarà pertanto importante definire una campagna informativa sia a livello regionale che a livello locale che sia corredata da strumenti quali:

- Materiale informativo cartaceo uniforme per tutti i Distretti/Ambiti territoriali
- Una campagna comunicativa istituzionale regionale (spot televisivi(?), manifesti, articoli e comunicati stampa;
- Utilizzo del sito istituzionale regionale

A tal fine è importante il coinvolgimento dell'Agenzia Umbra di Sanità (AUS)

b) La formazione

Il piano di formazione intende da un lato aumentare il sapere dei soggetti coinvolti (attività educativa) ma anche diventare momento per il cambiamento organizzativo. Pertanto la formazione deve:

- avere un carattere processuale (interconnessione tra il sistema informativo ed il sistema informativo: analisi – progettazione - azione formativa - valutazione)
- offrire una tecnologia adeguata (la formazione deve saper rispondere alla complessità) e permettere agli operatori di qualificare e/o riqualificare la propria esperienza professionale a fronte della complessità dei bisogni della persona che necessitano un approccio multidimensionale, della complessità dei servizi che necessitano di integrarsi su piani di intervento definiti e della complessità temporale che impone l'individuazione di percorsi di presa in carico individualizzati e flessibili;
- una complessità che richiede anche espressione di valori che recuperi cioè il soggetto (o i soggetti) del progetto personalizzato in azione di coinvolgimento e di empowerment;
- il programma di formazione deve prevedere anche un'azione di accompagnamento per il complessivo sistema dei servizi pubblici regionali deputati sia all'accoglienza-valutazione sia alla progettazione-presa in carico della persona non autosufficiente;

Pertanto l'intervento formativo dovrà articolarsi su piani diversi che sono:

- 4 giornate formative specifiche riferiti alla valutazione e alla progettazione;
- 2 giornate di autoformazione per i Promotori Sociali al fine di definire il programma di accompagnamento e di tutoraggio per i diversi ambiti territoriali.
- Giornate di incontro (il cui numero sarà definito successivamente) a livello di Distretti/Ambiti territoriali sociali attraverso cui monitorare ed accompagnare il sistema organizzativo dell'accoglienza-valutazione e della progettazione-presa in carico della persona non autosufficiente

c. La valutazione

d. Il sistema informativo

6. Il finanziamento del PRINA

A legge approvata occorrerà definire il budget di progetto anche in considerazione:

- Della composizione del FRNA
- Della necessario carattere aggiuntivo che occorre garantire a tale fondo, per la parte costituita dalle risorse extra provenienti tanto dallo Stato quanto dalla Regione
- Della riserva di una quota, non superiore al 5% di risorse aggiuntive, per la realizzazioni delle azioni di supporto alla progettazione (azioni di sistema)
- Della definizione delle spese ammissibili e finanziabili con il FRNA