

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 164 del 20 febbraio 2014

Impegnativa di Cura Domiciliare. Approvazione degli esiti istruttori per l'anno 2013, ai sensi della DGR 1338 del 30 luglio 2013.

[Sanità e igiene pubblica]

Nota per la trasparenza:

Il provvedimento approva le risultanze dell'istruttoria per l'anno 2013 della DGR 1338/2013, relativamente alle ICDB, ICDm e ICDA, e ratifica i decreti del Segretario regionale per la Sanità n. 149/2013 e n. 173/2013 contenenti note operative finalizzate all'esecuzione della DGR 133/2013 e alla gestione transitoria dall'Assegno di Cura, nonché alla gestione delle ICD in ambito disabilità.

Il presidente Luca Zaia riferisce quanto segue.

Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 1338 del 30 luglio 2013 sono state riprogrammate le prestazioni in materia di domiciliarità nell'ambito della Non Autosufficienza, ai sensi della Legge regionale 30/2009, con l'istituzione dell'Impegnativa di Cura Domiciliare (ICD) in luogo dell'Assegno di Cura (AdC) per le persone non autosufficienti e degli interventi per l'aiuto personale e per la vita indipendente per le persone con disabilità.

La DGR 1338/2013 ha assegnato il coordinamento del progetto di avvio delle ICD alla Direzione (ora Sezione) regionale Attuazione Programmazione Sanitaria, presso la quale, dal 1 dicembre 2013 è stato attivato il Servizio Strutture di ricovero intermedie e Integrazione socio-sanitaria, incaricato dell'esecuzione della DGR 1338/2013.

Con nota del Segretario regionale per la Sanità, ora Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale, del 5 agosto 2013 sono state successivamente impartite alle Aziende ULSS del Veneto le prime indicazioni operative, tra le quali è stata richiesta a ciascuna Azienda ULSS l'indicazione di un referente aziendale.

Alle stesse Aziende ULSS, in quanto titolari del trattamento dei dati, è stato chiesto di autorizzare la Regione del Veneto quale responsabile esterno al trattamento degli stessi, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successive modificazioni. Le note contenenti le autorizzazioni, pervenute da tutte le Aziende ULSS, sono conservate agli atti della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria dell'Area Sanità e Sociale.

La DGR 1338/2013 ha disposto che per l'avvio delle ICD sono ritenute validamente presentate le domande di AdC ammesse a finanziamento nel secondo semestre 2012 e le domande registrate al 15 febbraio 2013 nelle procedure informatiche dello stesso AdC.

Per la gestione dei beneficiari transitati dall'AdC all'ICD e per la raccolta delle domande successivamente pervenute è stato messo a disposizione un sistema provvisorio informatizzato, realizzato in collaborazione con l'Azienda ULSS 12, giusto decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 84 del 6 agosto 2013 emanato ai sensi della DGR 1338/2013.

Le posizioni importate nel sistema informatico relative agli utenti già beneficiari dell'AdC nel secondo semestre 2012 sono 21.238. Le nuove domande pervenute nel 2013 sono 7.040, per un totale di 28.232 posizioni inserite.

Con Decreto del Segretario regionale per la Sanità n. 149 del 2 dicembre 2013 è stata formalizzata la definizione di alcuni dettagli operativi emersi da una serie di segnalazioni pervenute e conservate agli atti della Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria, al fine di poter gestire con uniformità una serie di casistiche difficilmente programmabili nel corso della stesura della DGR 1338/2013, che di seguito verranno descritte.

Sulla base di tale atto, di contenuto inclusivo e comprensivo nei confronti delle possibili difficoltà di utenti ed operatori nella fase di transizione da AdC a ICD, è stato disposto di accogliere positivamente le richieste di conguaglio pervenute tramite le Aziende ULSS relative a mancate assegnazioni dell'AdC relative al secondo semestre 2012 dovute a errori compiuti da operatori o della procedura informatica di gestione dell'AdC, in quanto la stessa procedura dell'AdC prevedeva la possibilità di conguaglio nell'anno successivo. Tali posizioni, relative a 153 utenti sono state determinate aggiungendo un numero di

mensilità non superiore a 6 (in quanto relative al solo secondo semestre 2012) che sono state comunque valorizzate per l'importo mensile dell'ICD presto con la DGR 1338/2013 al fine di semplificare le procedure di calcolo del contributo spettante.

Le ulteriori situazioni particolari, non prevedibili nell'iter di stesura della DGR 1338, sono state gestite con le regole di seguito descritte:

- a) Per le domande validamente presentate nel corso del 2012, relative a posizioni non beneficiarie di AdC per mancanza di contributo e conservate agli atti degli sportelli unici di accesso, la data di attivazione dell'ICD è stata determinata in funzione della data di presentazione dei requisiti per la riammissione al contributo, assegnando il contributo a partire dal primo giorno del semestre in cui è stata presentata la documentazione: ciò per far salva la conoscenza delle regole da parte del richiedente che, ante la DGR 1338/2013, ha ritenuto di operare secondo le regole della DGR 4135/2006 che prevedevano la determinazione semestrale dell'AdC.
- b) Per le ICD derivanti da AdC la determinazione dell'ICD è stata effettuata in funzione della tipologia di AdC erogato nel 2012 fissandone la data di scadenza al 31 dicembre 2013, con rinnovo dal 1 gennaio 2014 secondo le regole della DGR 1338/2013. Qualora nel corso del 2013 sia stato eseguito un test NPI con emersione di demenza con disturbi comportamentali, le ICDb sono state portate d'ufficio a ICDm a partire dal mese successivo a quello di effettuazione del test.
- c) E' stato eseguito un controllo incrociato delle domande inserite nella procedura informatica provvisoria con l'anagrafe regionale degli utenti, per la determinazione della data di cessazione del contributo in caso di decesso o trasferimento.
- d) Sono stati detratti i mesi di sospensione del contributo, come rilevati attraverso la procedura informatica provvisoria, secondo la seguente regola: in caso di ricovero in struttura ospedaliera o per cure intermedie, l'ICD è stata sospesa a partire dal primo giorno del secondo mese di ricovero ed è stata riattivata dal mese successivo a quello di rientro.
- e) Sono stati rilevati e gestiti gli episodi di chiusura o sospensione delle ICD nei casi di ricovero extraospedaliero rispettivamente a tempo indeterminato o determinato.
- f) Sono state verificate le domande doppie con il seguente criterio: eliminazione della domanda erroneamente inserita due volte per la medesima ICD; attribuzione della ICD di importo maggiore in caso di presenza di due diverse domande.
- g) In data 27 dicembre 2013, ai fini di una verifica della qualità e completezza dei dati inseriti, è stato trasmesso ai referenti aziendali un tabulato contenente le prime risultanze istruttorie. Sino al 28 gennaio 2014 sono stati forniti elementi di riscontro (accessi con quota in residenzialità extraospedaliera, decessi, ecc...), che sono stati opportunamente registrati al fine della corretta determinazione degli importi spettanti.

Per la valutazione delle domande inserite e la determinazione del contributo spettante per le domande valide, è stato operato come di seguito descritto.

- a) Per ciascuna domanda inserita è stata verificata, attraverso apposito algoritmo basato sui criteri definiti con la DGR 1338/2013, la sussistenza dei requisiti basilari per l'accesso all'ICD (soglia ISEE, valutazione presente o valida, ...). Sono risultate non ammissibili a contributo 1.151 posizioni, di cui comunque 357 relative a posizione doppie.
- b) Per le nuove domande pervenute con la modulistica AdC è stato determinato un algoritmo al fine di ricondurre i punteggi della scheda di valutazione "base" dell'AdC nei punteggi della SVAMA semplificata (per le ICDb) e del quadro sinottico SVaMA per le ICDm e ICDA, raggruppando gli elementi di valutazione secondo i domini presenti nella SVaMA e normalizzando i punteggi ai punteggi previsti in SVaMA.
- c) Sempre tramite algoritmo le domande sono state verificate in base ai requisiti portati, determinando perciò la corretta attribuzione dell'ICD in base ai requisiti stessi e non alla ICD richiesta.
- d) Per ciascun utente sono stati determinati i mesi di spettanza dell'ICD con le regole sopra definite, per i quali, moltiplicando il valore mensile stabilito dalla DGR 1338/2013, è possibile determinare l'importo da assegnare a valere per l'anno 2013 (o, a conguaglio, come sopra illustrato, per il secondo semestre del 2012).
- e) Per ciascuna Azienda ULSS è stata calcolata la sommatoria delle mensilità spettanti per ciascuna ICD che, espressa in unità di dodici mesi, restituisce il numero di ICD equivalenti, confrontabile con il numero di ICD assegnato a ciascuna ULSS. È stato altresì calcolato il valore complessivo di costo delle ICD per ciascuna ULSS.
- f) Per le ICDA, come definito dall'Allegato A, paragrafo 8, della DGR 1338/2013, il valore mensile è stato rimodulato secondo percentuali diverse tra aziende, come indicate nell'Allegato A3. Considerati i tempi ristretti dell'istruttoria, la

rimodulazione è stata applicata d'ufficio, in base alle risorse disponibili ed al numero delle domande pervenute e comunque in misura non superiore al 120% dell'importo base.

g) Per ciascun utente beneficiario di ICDA, il contributo è stato calcolato con decorrenza 01/01/2013, nella considerazione della preesistenza della malattia rispetto al periodo di attuazione della DGR 1338/2013 ed anche dell'anno di competenza delle risorse disponibili. L'importo è stato definito al lordo di eventuali contributi per aiuto personale o vita indipendente (che dal 2014 diventano ICDp e ICDf), il cui valore erogato potrà essere defalcato dalle Aziende ULSS competenti. Non va invece defalcato l'importo erogato per il contributo SLA, ai sensi della DGR 2499/2011 e della DGR 1986/2013.

Dalle risultanze dell'attività istruttoria sin qui descritta si evidenziano i seguenti aspetti:

a) A livello regionale il numero di ICD equivalenti, per ciascuna tipologia, è inferiore al numero di ICD programmate, e pertanto le risorse necessarie previste dall'Allegato C della DGR 1338/2013 presentano sufficiente disponibilità al pagamento.

b) A livello di singola ULSS la situazione presenta una eterogeneità derivante dalla diversa intensità di risposta che ciascun territorio ha avuto nei confronti dello strumento ICD nella fase di avvio.

In considerazione del numero di ICD equivalenti così determinato calcolato, si è ritenuto di integrare l'attività istruttoria con le seguenti determinazioni:

a) Ammissione a beneficio di tutte le ICD validamente presenti in graduatoria. Qualora in alcune ULSS o per alcune tipologie di ICD il numero di utenti attivi alla fine del 2013 superi la soglia di ICD assegnata con la tabella G dell'Allegato C della DGR 1338/2013, la procedura definitiva di gestione delle ICD, attualmente in fase di costruzione ed operativa entro i primi mesi del 2014, verrà dotata di un apposito strumento di controllo che consentirà di monitorare ricalibrare nel corso del 2014 l'emissione di nuove ICD.

b) Il computo delle risorse per le ICDb e ICDm e ICDA può essere bilanciato tra le linee di intervento.

Con il passaggio dall'Assegno di cura all'ICD, la DGR 1338/2013 ha stabilito che il contributo per l'assistente familiare, o "badante", viene assorbito nell'ICDb (assegnando perciò l'importo previsto per l'ICDb), salvo una diversa valutazione che consenta di passare alla graduatoria ICDm. Pertanto la DGR 1338/2013 ha programmato la determinazione del contributo sulla base del bisogno assistenziale e non della presenza di assistente familiare.

L'incrocio dei dati istruttori delle ICD con l'AdC 2012 ha messo in evidenza che circa 3.600 utenti con AdC per badante nel 2012 sono transitati nel 2013 all'ICDb, con una riduzione mensile del contributo pari a circa 100,00 euro sulla media del contributo badante 2012.

Di tale riduzione non è stata fornita capillare informazione e molte situazioni rischiano, ad avvenuta corresponsione dei pagamenti agli assistenti familiari per il 2013, di creare situazioni di disagio economico e di conseguente possibile contenzioso.

A fronte di tale problema è stato compiuto in istruttoria un supplemento di analisi. I dati raccolti consentono di determinare, per il solo 2013, la possibilità di utilizzo di risorse residuali, il cui ammontare complessivo è inferiore al valore del budget dei LEA aggiuntivi regionali delle ICD, ai fini di poter assegnare un plus mensile, del valore di 100,00 euro, da applicarsi agli utenti che per il 2012 hanno beneficiato dell'AdC per badante.

Ciò considerato e aggiunto all'attività istruttoria, sono stati di conseguenza determinati i numeri totali di beneficiari equivalenti a 12 mesi, che vengono illustrati, per Azienda ULSS di competenza, nelle tabelle contenute nell'**Allegato A**, parte integrante del presente atto:

a) Tabella 1. ICDb equivalenti n. 18.139 (su un totale di 21.866 persone beneficiarie), con evidenza degli utenti che ricevono il plus mensile, esclusivamente per il 2013, in quanto già percettori del contributo badante (3.194 utenti equivalenti per un totale di 3.605 persone beneficiarie).

b) Tabella 2. ICDm equivalenti n. 3.751 (su un totale di 4.555 persone beneficiarie).

c) Tabella 3. ICDA equivalenti n. 660 (per un pari numero di persone beneficiarie).

d) La Tabella 4 illustra infine il quadro riassuntivo dell'istruttoria.

Gli elenchi contenenti i nominativi dei beneficiari sono resi consultabili, limitatamente ai beneficiari di propria competenza, dagli operatori delle ULSS e degli Enti locali che ne hanno gestito le domande, attraverso il programma informatico provvisorio di gestione delle ICD, ai fini delle comunicazioni ai cittadini e dell'erogazione dei contributi.

Dal sistema informatico sono analogamente scaricabili le posizioni non ammesse a contributo:

- a) n. 357 domande non ammesse a contributo in quanto risultanti doppie o l'utente assegnatario di altra ICD e 155 domande relative a posizioni chiuse nel 2012 per decesso o ingresso definitivo in struttura residenziale.
- b) n. 639 domande non ammesse a contributo per altre motivazioni. La comunicazione del diniego del contributo verrà effettuata dalle Aziende ULSS ai sensi dell'articolo 10 bis della L 241/90.

Ai fini della conclusione del procedimento di erogazione delle ICD 2013 e del passaggio al 2014, si forniscono le seguenti indicazioni.

- a) Le comunicazioni ai beneficiari delle ICD verranno effettuate dalle Aziende ULSS. In esecuzione del Decreto del Segretario regionale alla Sanità n. 149 del 2 dicembre 2013, paragrafo 5 dell'Allegato A, i beneficiari di ICD provenienti da AdC riceveranno in allegato l'informativa in merito alla *check list* ed un aggiornamento dell'informativa sulla di privacy. Qualora non intendano accettare l'effettuazione della verifica prevista con la *check list* possono entro 30 giorni comunicare la rinuncia all'ICD. Diversamente la *check list* e l'informativa si intendono accettate.
- b) Le risorse economiche per il pagamento delle ICD sono individuate nel Capitolo 101176 del bilancio regionale per il 2013 e sono già state liquidate alle Aziende ULSS con il Fondo Sanitario Regionale. La proposta di riparto del FRNA per il 2013, adottata con DGR 6/CR del 28 gennaio 2014, non modifica i totali già assegnati con la DGR 1338/2013. Pertanto le risorse per il pagamento delle ICD 2013 sono già nella disponibilità delle ULSS.
- c) Per il 2013, il pagamento potrà essere effettuato con le regole in essere per l'Assegno di Cura o secondo le modalità indicate nella DGR 1338/2013 per le domande presentate con la nuova modulistica. In ogni caso le ICDa dovranno essere liquidate direttamente dall'Azienda ULSS ai beneficiari.
- d) Le procedure amministrative di pagamento dovranno essere avviate entro 30 giorni dalla data di comunicazione del presente atto alle Aziende ULSS.
- e) Eventuali pendenze e conguagli, relative a situazioni residuali dell'anno 2012, potranno essere gestiti direttamente dalle Aziende ULSS con i Comuni o gli enti locali delegati, utilizzando le somme residue o le eventuali risorse che gli Enti locali stessi hanno comunicato alla Regione del Veneto quale avanzo della gestione dell'AdC 2012. Tali risorse presenti nei bilanci comunali in via residuale dovranno essere utilizzate nell'ambito di prestazioni di ADI-SAD.
- f) Il mantenimento dell'ICD è subordinato al possesso, al momento della scadenza, di uno strumento di valutazione economica o sociosanitaria idoneo alla tipologia di contributo e temporaneamente valido. Si rammenta che la ICD scade al dodicesimo mese dall'emissione e non allo scadere dello strumento di valutazione.
- g) La DGR 1338/2013 prevede che gli strumenti di valutazione hanno durata annuale. Tuttavia, in considerazione della sostenibilità - sia in termini di aggravio delle procedure che economica delle operazioni di rivalutazione operate con frequenza annuale, soprattutto per la numerosità degli utenti con ICDb, ed in considerazione che per l'AdC base la valutazione veniva effettuata con cadenza quadriennale, si demanda a decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale la definizione di una eventuale diversa durata degli strumenti di valutazione, nonché la definizione di una eventuale soglia minima di punteggio ai fini dell'accesso e la rideterminazione della soglia ISEE in conseguenza dell'aumento del costo della vita e dell'entrata in vigore del DPCM 3 dicembre 2013 in materia di ISEE.
- h) Sino a tale atto, per esigenze di economicità amministrativa gli strumenti di valutazione per la determinazione del rinnovo delle ICD, mantengono la durata già stabilita per l'AdC:
 - 1. ISEE: 12 mesi, come definito dalla vigente normativa;
 - 2. Scheda base (modulistica AdC), SVaMA e SVaMA semplificata: 4 anni
 - 3. Valutazione NPI: 18 mesi.
- i) Allo scadere dell'ICD, qualora il beneficiario si sia trasferito presso altra Azienda ULSS, cessa l'ICD emessa dalla ULSS di origine e la posizione del beneficiario viene trasferita all'Azienda ULSS di destinazione, dal cui budget di ICD assegnate con DGR 1338/2013 viene emessa l'ICD, senza passaggio in graduatoria, in presenza di requisiti validi.
- j) Per alcune Aziende ULSS il totale determinato supera lievemente la somma assegnata con DGR 1338/2013. Tali Aziende sono autorizzate, per il solo 2013, alla copertura di tale somma prioritariamente con economie su altre voci finanziate dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Si rappresenta infine che con i Decreti del Segretario regionale per la Sanità n. 149 del 2 dicembre 2013 e 173 del 31 dicembre 2013 sono state approvate alcune note operative finalizzate all'esecuzione della DGR istitutiva dell'Impegnativa di Cura domiciliare e alla gestione transitoria dall'Assegno di Cura, nonché alla gestione delle ICD in ambito disabilità.

Con l'entrata in vigore della DGR 1338/2013, sono pervenute e conservate agli atti della Segreteria regionale alla Sanità - Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria - diverse segnalazioni con richiesta di definire alcuni dettagli operativi in merito alla procedura.

Con il Decreto del Segretario regionale per la Sanità 149/2013 sono state date disposizioni in merito alle seguenti tematiche:

- a) Scadenza della validità delle ICD derivanti da assegno di cura e modifiche del livello assistenziale attribuito.
- b) Regime di applicazione delle ICDb ex ADI-SAD.
- c) Requisiti di accesso e strumenti di valutazione di fini dell'accesso alle ICD.
- d) Formulazione dell'elenco dei beneficiari di ICD del 2013 ed erogazione del contributo.
- e) Informativa agli utenti ex AdC in merito al trattamento dei dati e all'introduzione della check list.
- f) Compatibilità delle ICD con altri interventi effettuati con altre tipologie assistenziali erogate con il Fondo regionale per la non autosufficienza.
- g) Modalità di pagamento dell'ICD ai beneficiari.
- h) Gestione della transizione da interventi in materia di disabilità (aiuto personale, autonomia personale e vita indipendente) a ICDp e ICDf.

Con il Decreto del Segretario regionale per la Sanità 173/2013 sono stati approvati dettagli operativi relativi alle seguenti tematiche, in ambito disabilità:

- a) Requisiti di accesso: compatibilità delle ICD con altri interventi effettuati con altre tipologie assistenziali erogate con il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (Centri Diurni, ADI-SAD) e presenza di indennità di accompagnamento per le ICDp.
- b) Valore economico unitario delle ICDp e ICDf.
- c) Limite di età per le ICDf (progetti di vita indipendente).
- d) Avvio delle ICDp e ICDf nel 2014. Transizione dalla precedente programmazione.
- e) Attuazione del DPCM 3 dicembre 2013 in materia di ISEE.
- f) Correzione di errori formali nella modulistica.

Tali atti consentono tra l'altro di evitare restrizioni nell'ambito della sfera giuridica delle persone già beneficiarie di contributo confluito in ICD e con ciò di ridurre il possibile contenzioso con la Regione del Veneto e le Aziende ULSS.

Per tale motivo con il presente atto se ne ratifica il contenuto, integrandovi le seguenti disposizioni:

- a) per quanto riguarda il punto c) dell'Allegato A del decreto 173/2013, il limite di età di 65 anni può essere derogato qualora l'evento invalidante sia accaduto successivamente al compimento del 65° anno e sussistano le condizioni per l'approvazione di una progettualità con ICDf;
- b) ad integrazione del punto a) dell'Allegato A del decreto 173/2013, in presenza di risorse economiche sufficienti, possano essere ammesse a ICDf persone prive di indennità di accompagnamento, subordinatamente all'attribuzione dell'ICD ai richiedenti in possesso di tutti i requisiti previsti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

Udito il relatore, il quale dà atto che la struttura proponente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;

- . Visto l'art. 2, comma 2, lett. o) della legge regionale n. 54 del 31 dicembre 2012.
- . Vista la DGR 1338/2013 e gli atti di programmazione regionale e nazionale ai quali è subordinata.
- . Visti i Decreti del Segretario regionale alla Sanità n. 149 del 2 dicembre 2013 e n. 173 del 31 dicembre 2013.

delibera

1. Di approvare le motivazioni esposte in premessa, facenti parte integrante del provvedimento.
2. Di approvare in **Allegato A** i numeri dei beneficiari equivalenti delle ICDB, ICDm e ICDA.
3. Di disporre che i nominativi dei beneficiari vengono messi a disposizione degli operatori delle ULSS e degli enti locali abilitati al programma informatico provvisorio di gestione delle ICD, come descritto in premessa, ai fini delle comunicazioni ai cittadini e dell'erogazione dei contributi.
4. Di disporre che con la medesima modalità vengano messi a disposizione gli elenchi delle domande non ammesse a contributo in quanto doppie o non ammissibili a contributo per mancata conformità ai criteri definiti con la DGR 1338/2013 e che la comunicazione del diniego del contributo verrà effettuata dalle Aziende ULSS ai sensi dell'articolo 10 bis della L 241/90.
5. Di disporre che la comunicazione ai beneficiari delle ICD dovrà essere effettuata dalle Aziende ULSS e dovrà essere corredata dell'informativa in materia di privacy relativa alla procedura delle ICD e della check list di valutazione della qualità dell'assistenza erogata, che si intendono accettate da parte dei beneficiari qualora, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento non comunichino la mancata autorizzazione al trattamento dei dati o la non volontà di consentire al controllo, che porteranno alla chiusura dell'ICD dal 1 gennaio 2014.
6. Di prendere atto che le risorse economiche per il pagamento delle ICD sono individuate nel capitolo 101176 del Bilancio regionale 2013 e sono già state oggetto di impegno e di riparto alle Aziende ULSS con il Fondo Sanitario Regionale.
7. Di stabilire che per il 2013, il pagamento potrà essere effettuato con le regole in essere per l'Assegno di Cura o secondo le modalità indicate nella DGR 1338/2013 per le domande presentate con la nuova modulistica. In ogni caso le ICDA dovranno essere liquidate direttamente dall'Azienda ULSS ai beneficiari.
8. Di disporre che le procedure amministrative di pagamento dovranno essere avviate entro 30 giorni dalla data di comunicazione del presente atto alle Aziende ULSS.
9. Di stabilire che eventuali pendenze e conguagli, relative a situazioni residuali dell'anno 2012, potranno essere gestiti direttamente dalle Aziende ULSS con i Comuni o gli enti locali delegati utilizzando le somme residue o le eventuali risorse che gli Enti locali hanno comunicato alla Regione del Veneto quale avanzo della gestione dell'Assegno di Cura 2012. Tali risorse presenti nei bilanci comunali in via residuale dovranno essere utilizzate nell'ambito di prestazioni di ADI-SAD.
10. Di prendere atto che il mantenimento dell'ICD è subordinato al possesso, al momento della scadenza, di uno strumento di valutazione economica o sociosanitaria idoneo alla tipologia di contributo e temporaneamente valido.
11. Di demandare a decreto del Direttore dell'Area Sanità e Sociale la definizione di una eventuale diversa durata degli strumenti di valutazione, nonché la definizione di una eventuale soglia minima di punteggio ai fini dell'accesso, e la rideterminazione della soglia ISEE in conseguenza dell'aumento del costo della vita e dell'entrata in vigore del DPCM 3 dicembre 2013 in materia di ISEE
12. Di stabilire che, sino all'emanazione del decreto di cui al punto precedente, gli strumenti di valutazione per la determinazione del rinnovo delle ICD, mantengono la durata già stabilita per l'AdC:
 1. ISEE: 12 mesi, come definito dalla vigente normativa;
 2. Scheda base (modulistica AdC), SVaMA e SVaMA semplificata: 4 anni
 3. Valutazione NPI: 18 mesi.

13. Di confermare che allo scadere dell'ICD, qualora il beneficiario si sia trasferito presso altra Azienda ULSS, cessa l'ICD emessa dalla ULSS di origine e la posizione del beneficiario viene trasferita all'Azienda ULSS di destinazione, dal cui budget viene emessa l'ICD, senza passaggio in graduatoria, in presenza di requisiti validi.
14. Di autorizzare le Aziende ULSS il cui totale determinato supera la somma assegnata con DGR 1338/2013 alla copertura di tale somma prioritariamente con risorse residuali del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza 2013.
15. Di ratificare i Decreti del Segretario regionale per la Sanità, ora Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, n. 149 del 2 dicembre 2013 e n. 173 del 31 dicembre 2013.
16. Di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione e nell'area web <http://icd.regione.veneto.it>