

POLO OSPEDALIERO

Macroaree

Potranno essere cambiate le afferenze (basandosi sui risultati organizzativi delle relazioni tra Hub e Spoke) alle macroaree previste con la DGR XII/1827/2024, in base alla verifica di efficienza ed efficacia delle azioni organizzative.

Rischio malnutrizione

Chiarimenti in merito agli Indirizzi Regionali per l'effettuazione dello screening nutrizionale e la gestione del rischio di malnutrizione

Si fornisce un aggiornamento di sintesi degli indirizzi regionali relativi all'effettuazione dello screening nutrizionale e alla gestione del rischio di malnutrizione, recependo e coordinando le indicazioni contenute nella DGR n. XII/1812 del 29 gennaio 2024, nella DGR n. XII/4437 del 26 maggio 2025, nel Decreto della DG Welfare di Regione Lombardia n. 14274 del 25 ottobre 2021 e nel Decreto della DG Welfare n. 12029 del 3 settembre 2025.

Le indicazioni regionali si applicano a tutti i pazienti ricoverati presso le strutture sanitarie e sociosanitarie della Regione Lombardia e sono finalizzate a garantire un approccio omogeneo, tempestivo e appropriato all'identificazione del rischio nutrizionale e alla successiva presa in carico dei pazienti a rischio di malnutrizione o già malnutriti.

Adeguamento dei Piani d'Intervento in base al Grado di Rischio

È possibile adeguare i piani d'intervento in base al grado di rischio rilevato, seguendo le linee d'indirizzo regionali (Decreto DG Welfare Regione Lombardia 12029/2025).

Gli strumenti di screening proposti dalla DGR XII/1812/2024 e dal Decreto DG Welfare 12029/2025 possono essere interscambiabili ed eventualmente sostituiti con altri strumenti validati dalla letteratura scientifica (ad esempio MNA), a condizione che la struttura dimostri di avere sotto controllo la prevenzione e la gestione del rischio di malnutrizione.

Obbligatorietà dello Screening Nutrizionale nelle Diverse Strutture

- In attuazione della DGR XII/1812 del 29/01/2024 si conferma l'esecuzione sistematica dello screening nutrizionale nel paziente ricoverato quale requisito organizzativo finalizzato all'identificazione precoce del rischio nutrizionale;
- Per ogni paziente, valutato il rischio, deve essere definito il conseguente percorso di presa in carico nutrizionale secondo le indicazioni regionali e i modelli organizzativi previsti;
- Comunità Protette (CPA/CPM): Non è obbligatorio somministrare il test di screening nutrizionale, sebbene sia uno strumento utile. In caso di somministrazione nelle comunità protette, si può utilizzare qualunque strumento, compreso il MUST per C-DOM;
- Contesto Sociosanitario: il test di screening è obbligatorio per tutti gli assistiti in C-DOM, UCA, RSA e CDI. Si consiglia l'utilizzo del test MNA per RSA e CDI, ma è possibile anche l'uso di altri test, compreso il MUST per C-DOM.

Modalità di Somministrazione del Test di Screening (setting ospedaliero)

- Pazienti non a rischio: per i pazienti classificati come non a rischio (ovvero a basso rischio secondo lo strumento MUST), deve essere effettuata la rivalutazione mediante nuovo test di screening nutrizionale settimanalmente;
- I pazienti a rischio necessitano di presa in carico;
- Dimissioni e Trasferimenti: ai pazienti dimessi entro 72 ore dal momento del ricovero, risultati a rischio nutrizionale al test di screening, devono essere fornite, in lettera di dimissione, indicazioni

sulla successiva presa in carico ambulatoriale specialistica o da parte del medico di assistenza primaria.

Esclusioni dalla Somministrazione del Test

- I seguenti reparti sono esentati dall'obbligatorietà del test di screening: Terapia intensiva; Terapia Semi-intensiva; Hospice; Neonatologia; Pediatria (per pazienti con età <1 anno); Ostetricia; Chirurgia Bariatrica; Nutrizione Clinica e Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione;
- Sono esclusi i ricoveri di 0-1 giorno (day hospital, day surgery e ricoveri ordinari con una notte di degenza).

I pazienti ricoverati nei reparti esentati dall'obbligo dello screening nutrizionale devono comunque essere inquadrati dal punto di vista nutrizionale in base alle specifiche caratteristiche cliniche, in linea con le linee guida nazionali e internazionali.

Nuove Applicazioni

In deroga a quanto sopra previsto per i ricoveri di durata 0-1 giorno e per le attività diurne, in ottemperanza alla DGR n. XII/4437 del 26/05/2025, il test di screening nutrizionale deve essere obbligatoriamente effettuato nei pazienti afferenti alle attività MAC di area oncologica e onco-ematologica e Day Hospital di area oncologica e onco-ematologica. Lo screening deve essere eseguito al momento del primo accesso e successivamente ripetuto con frequenza almeno mensile.

Tempistiche di Somministrazione e Monitoraggio

- Screening entro 48 ore dal ricovero: Il test di screening deve essere effettuato entro 48 ore dal ricovero per tutti i ricoveri ordinari;
- Nella lettera di dimissione devono essere riportati l'esito del test di screening (anche quando ripetuto più volte nel corso del ricovero) e le azioni terapeutiche intraprese (es. modifiche dietetiche, diete speciali, supplementazione al pasto, consulenze nutrizionali, prescrizione di ONS, NA, NAD);
- Cambio di Test durante il Ricovero: Si sconsiglia, ma non si vieta, di cambiare il tipo di test durante il ricovero dello stesso paziente, poiché potrebbero sorgere difficoltà nella comparazione dei risultati di test diversi.

Documentazione dello Screening

- Registrazione in Cartella Clinica: Non è sufficiente registrare solo il punteggio dello screening nutrizionale. È necessario includere la scheda completa con la valutazione di ogni singolo item, il punteggio relativo e la firma dell'operatore che ha eseguito lo screening, con data di esecuzione.

Uso del Test STRONGkids

Si precisa che l'applicazione della scheda di screening nutrizionale STRONGkids riguarda la fascia 1 - 17 anni ma è possibile somministrarla (in quanto strumento validato) già a partire da 1 mese di età.

Documento di indirizzo per la prescrizione della nutrizione artificiale nelle RSA/RSD

1. Premessa

La Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) rappresenta un trattamento volto a garantire la continuità assistenziale dei pazienti che non sono in grado di alimentarsi in modo sufficiente o adeguato per via naturale.

La DGR n. X/4702 del 29 dicembre 2015 ha previsto la garanzia della fornitura della NAD anche agli assistiti ospitati presso RSA e RSD.

Il Decreto DG Welfare n. 14274 del 25 ottobre 2021 ha approvato il documento regionale "Nutrizione Artificiale Domiciliare – Documento di percorso assistenziale condiviso", individuando nel **Team Nutrizionale Multidisciplinare (TNM)** il modello organizzativo di riferimento per la gestione della nutrizione artificiale domiciliare.

Il medesimo documento prevede che, per gli assistiti ospitati presso RSA/RSD, la fornitura possa essere prescritta dal medico del TNM della struttura stessa oppure validata dall'Unità Operativa di Nutrizione Clinica (UONC)/TNM di riferimento del paziente, anche mediante modalità a distanza.

La DGR n. XII/1812 del 29 gennaio 2024 e la DGR n. XII/4437 del 26 maggio 2025 hanno inoltre rafforzato il principio della presa in carico nutrizionale, prevedendo l'attivazione dello screening nutrizionale obbligatorio e il raccordo con i percorsi regionali dedicati alla gestione del rischio di malnutrizione.

In tale contesto, la progressiva digitalizzazione del percorso prescrittivo attraverso la piattaforma regionale **Assistant RL** rende necessario definire indirizzi omogenei per la prescrizione, il rinnovo e il monitoraggio della nutrizione artificiale nei pazienti ospitati presso RSA/RSD.

2. Modello organizzativo di riferimento

Il **TNM** rappresenta il modello organizzativo di riferimento e l'assetto ottimale per la gestione dei pazienti in NAD.

La presenza del TNM consente infatti di garantire:

- Appropriatezza della valutazione clinico-nutrizionale;
- Corretta impostazione del programma nutrizionale;
- Monitoraggio del trattamento;
- Gestione delle eventuali complicanze;
- Raccordo con i servizi coinvolti nel percorso.

Le RSA/RSD sono pertanto chiamate, ove possibile, a dotarsi di un TNM secondo quanto previsto dalla normativa regionale vigente.

3.1 RSA/RSD dotata di TNM

La RSA/RSD dotata di TNM formalmente costituito assicura direttamente la prescrizione, il rinnovo e il monitoraggio della nutrizione artificiale.

Il medico prescrittore afferente al TNM può essere abilitato alla piattaforma regionale Assistant RL per la gestione dei pazienti ospitati presso la struttura.

In considerazione della specificità del setting sociosanitario e al fine di favorire una maggiore capillarità della presa in carico nutrizionale, limitatamente alle RSA/RSD può essere previsto un assetto funzionale minimo del TNM, costituito almeno da un medico con comprovata esperienza nella gestione della nutrizione artificiale, da un dietista e da un infermiere.

3.2 RSA/RSD priva di TNM ma dotata di medico con comprovata esperienza - prescrittore interno

Nelle RSA/RSD prive di TNM formalmente costituito può essere individuato almeno un medico prescrittore interno alla struttura.

Il medico individuato deve possedere comprovata e documentata esperienza nella gestione della NAD, evincibile dal curriculum professionale, dall'attività svolta e/o dalla partecipazione a percorsi formativi regionali dedicati.

In considerazione della specificità del setting sociosanitario e al fine di garantire continuità assistenziale e tracciabilità prescrittiva, il medico può essere abilitato alla prescrizione della NAD tramite piattaforma regionale Assistant RL, limitatamente ai pazienti ospiti dell'RSA/RSD in cui opera.

È auspicabile che la RSA/RSD, anche qualora disponga di un medico prescrittore interno, garantisca un raccordo strutturato con una UONC o con un TNM di riferimento, mediante accordo o altra modalità formalizzata, al fine di assicurare, ove necessario, visita, televisita, teleconsulto, rivalutazione dei casi complessi e supporto specialistico in caso di modifiche rilevanti del programma nutrizionale.

La modalità organizzativa di cui sopra non si applica alle unità dedicate alle persone in stato vegetativo, per le quali restano fermi i requisiti organizzativi previsti dalla normativa regionale vigente.

3.3 RSA/RSD priva di medico con comprovata esperienza - referente interno

Le RSA/RSD prive di un TNM formalmente costituito e di un medico interno con comprovata esperienza nella gestione della nutrizione artificiale domiciliare (NAD) devono formalizzare un accordo con una UONC o con un TNM di riferimento, che garantisca modalità organizzative dedicate, quali agende o slot riservati, per la presa in carico, la valutazione e il follow-up dei pazienti.

In tali casi, la RSA/RSD deve comunque individuare almeno un **medico referente interno**, abilitato alla piattaforma regionale **Assistant RL**, con il compito di garantire il raccordo tra il paziente, la struttura sociosanitaria e il centro di riferimento.

Il medico referente interno assicura la collaborazione clinico-assistenziale con la UONC/TNM di riferimento, anche mediante televisita o teleconsulto, e può gestire, secondo le indicazioni del centro di riferimento e nell'ambito della piattaforma Assistant RL, i rinnovi prescrittivi per i pazienti già in trattamento e clinicamente stabilizzati, qualora non sia necessaria una nuova valutazione specialistica in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

4. Supplementi Nutrizionali Orali

In linea con quanto previsto dal Decreto n. 14274/2021, la fornitura in regime di SSR di Supplementi Nutrizionali Orali — ONS — nei pazienti ospiti in RSA/RSD è possibile nei seguenti casi.

- Prescrizione da parte di UONC o TNM.

La fornitura di ONS può essere prescritta da medici afferenti a una UONC o da medici afferenti a un TNM, limitatamente ai pazienti che presentino un insufficiente apporto calorico, con l'obiettivo di ritardare o evitare il ricorso alla nutrizione enterale domiciliare tramite sonda — NED — o alla nutrizione parenterale domiciliare — NPD.

Tale possibilità è prevista esclusivamente per pazienti affetti da una delle seguenti condizioni:

- Neurologica associata a disfagia;
- Oncologica in fase di trattamento attivo e limitatamente a prodotti liquidi o creme, ipercalorici, ipercalorici iperproteici e normocalorici iperproteici.

Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o MUST ≥ 2).

- Prescrizione da parte di UONC o da parte del TNM previa valutazione congiunta con UONC.

Al di fuori delle condizioni riportate al punto 1 la prescrizione può essere effettuata:

- Da medici afferenti a una UONC;
- Oppure da medici afferenti a un TNM, ma solo previo teleconsulto o valutazione congiunta documentata con una UONC.

Anche in questo caso, la fornitura è limitata ai pazienti con insufficiente apporto calorico, per i quali si intenda ritardare o evitare il ricorso alla NED tramite sonda o alla NPD, anche per tutte le altre patologie severamente impattanti sullo stato di nutrizione e per tutte le altre formulazioni (polveri, prodotti modulari, etc.). Il paziente deve avere un documentato rischio nutrizionale (punteggio NRS 2002 ≥ 3 o MUST ≥ 2).

I TNM possono quindi prescrivere la fornitura di ONS esclusivamente attivando un teleconsulto/valutazione congiunti documentati con un medico afferente ad una UONC per una valutazione collegiale del paziente.

5. Presa in carico degli ospiti delle strutture residenziali e formazione

Si ricorda, inoltre, quanto previsto dalla DGR n. 1812/2024, che dispone che le ASST territorialmente competenti attivino percorsi di presa in carico degli ospiti delle Unità di Offerta sociosanitarie residenziali che risultino a rischio alto a seguito dello screening nutrizionale.

In tale contesto, nei pazienti dimessi da strutture per acuti e trasferiti o rientranti presso strutture residenziali, deve essere assicurata un'adeguata valutazione dello stato nutrizionale, al fine di individuare precocemente eventuali condizioni di rischio o di malnutrizione e garantire la continuità della presa in carico nutrizionale.

A supporto dell'attuazione omogenea delle indicazioni regionali, si promuove la realizzazione di iniziative informative e formative rivolte alle RSA/RSD, anche attraverso il coinvolgimento delle ASST e delle ATS territorialmente competenti, con particolare riferimento alla nutrizione clinica, alla Nutrizione Artificiale Domiciliare e all'utilizzo della piattaforma Assistant.

È altresì favorita la partecipazione dei medici prescrittori e dei referenti individuati dalle RSA/RSD ai percorsi formativi regionali dedicati, quale elemento utile a rafforzare l'appropriatezza prescrittiva, la continuità assistenziale e il corretto utilizzo degli strumenti regionali di supporto alla presa in carico nutrizionale.

Accreditamento

Provvedimenti inerenti alla classificazione dei Presidi sede di Pronto Soccorso, DEA di I livello e DEA di II livello

Si conferma che i provvedimenti inerenti alla classificazione dei Presidi sede di Pronto Soccorso, dei DEA di I livello e dei DEA di II livello saranno adottati nell'ambito del percorso di revisione della rete regionale dell'emergenza-urgenza e della contestuale revisione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture dell'emergenza-urgenza, al fine di garantire la piena coerenza tra la classificazione della rete, i requisiti di autorizzazione e accreditamento e gli indirizzi della programmazione regionale, nel rispetto degli standard di cui al D.M. 2 aprile 2015, n. 70.

Riclassificazione Terapie Intensive Neonatali, Terapie Subintensive Neonatali e Neonatologie/Patologie Neonatali

Con riferimento al percorso di riclassificazione delle attività di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Terapia Subintensiva Neonatale e Neonatologia/Patologia Neonatale, si conferma integralmente quanto disposto con la nota della Direzione Generale Welfare prot. n. G1.2026.0022932 del 21 maggio 2026, con la quale è stato prorogato al 31 ottobre 2026 il termine per la presentazione alle ATS delle istanze di riclassificazione da parte degli Enti interessati, precisando che le ATS e la Direzione Generale Welfare procedono secondo le tempistiche e le modalità istruttorie previste dalla D.G.R. n. XI/6677/2022 e che resta ferma la possibilità per gli Enti già in possesso dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici previsti dalla normativa vigente di presentare l'istanza di riclassificazione anche prima della predetta scadenza. Si conferma, altresì, che le procedure di riclassificazione dovranno essere svolte tenendo conto delle disposizioni introdotte dalla D.G.R. XII/6434 del 6 luglio 2026 recante "Determinazioni in ordine all'applicazione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento relativi alle attività di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Terapia Subintensiva Neonatale e Neonatologia/Patologia Neonatale", che ha fornito specificazioni applicative e interpretative dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle predette attività.

Riclassificazione delle Unità Spinali (codice 28)

Si conferma che, nell'ambito della revisione dei requisiti di autorizzazione e accreditamento, sarà disciplinata la riclassificazione delle attività afferenti al codice 28 – Unità Spinale, al fine di definirne una classificazione coerente con il modello organizzativo regionale e con gli standard assistenziali di