

Intervento nutrizionale nel paziente oncologico

Torino, 16 aprile 2026



***Rete delle strutture di
Dietetica e Nutrizione Clinica***

Andrea PEZZANA
SC Nutrizione Clinica – ASL Città di Torino

RESEARCH ARTICLE

Open Access



What are the reasons for clinical network success? A qualitative study

Elizabeth McInnes^{1,2*}, Mary Haines^{3,4}, Amanda Dominello³, Deanna Kalucy³, Asmara Jammali-Blasi^{1,2}, Sandy Middleton^{1,2} and Emily Klineberg^{5,6}

Abstract

Background: Clinical networks have been established to improve patient outcomes and processes of care by implementing a range of innovations and undertaking projects based on the needs of local health services. Given the significant investment in clinical networks internationally, it is important to assess their effectiveness and sustainability. This qualitative study investigated the views of stakeholders on the factors they thought were influential in terms of overall network success.

Method: Ten participants were interviewed using face-to-face, audio-recorded semi-structured interviews about critical factors for networks' successes over the study period 2006–2008. Respondents were purposively selected from two stakeholder groups: i) chairs of networks during the study period of 2006–2008 from high- moderate- and low-impact networks (as previously determined by an independent review panel) and ii) experts in the clinical field of the network who had a connection to the network but who were not network members. Participants were blind to the performance of the network they were interviewed about. Transcribed data were coded and analysed to generate themes relating to the study aims.

Results: Themes relating to influential factors critical to network success were: *network model principles; leadership; formal organisational structures and processes; nature of network projects; external relationships; profile and credibility of the network.*

Conclusions: This study provides clinical networks with guidance on essential factors for maximising optimal network outcomes and that may assist networks to move from being a 'low-impact' to 'high-impact' network. Important ingredients for successful clinical networks were visionary and strategic leadership with strong links to external stakeholders; and having formal infrastructure and processes to enable the development and management of work plans aligned with health priorities.

Keywords: Clinical networks, Outcomes, Stakeholder views, Qualitative

Background

Clinical networks have been established in several countries to improve patient outcomes and processes of care by implementing a range of innovations and undertaking projects based on local health needs. In Australia, a number of states have now established clinical networks and all aim to engage clinicians in improving patient care and making system-wide changes [1, 2]. The term clinical

network describes many different models of networks, from those focused on service delivery systems to informal communities of practice [3–6]. In this study, the term clinical networks refers to voluntary multidisciplinary networks of clinicians that aim to improve clinical care and service delivery using a collaborative approach to identify patient and health service need and to implement strategies to improve quality of care and patient outcomes [1].

In the state of New South Wales, clinical networks are funded by the Agency for Clinical Innovation which sits within the state-based Ministry of Health. These networks, which are multidisciplinary in composition, have a single clinical or disease focus (for example burn injury, nuclear medicine, aged care, stroke) and largely rely on

* Correspondence: Liz.McInnes@acu.edu.au

¹Nursing Research Institute – St Vincents Health Australia (Sydney) and Australian Catholic University, DeLacy Building, 379 Victoria Road, Darlinghurst, NSW 2010, Australia

²School of Nursing, Midwifery & Paramedicine (NSW & ACT), Australian Catholic University, North Sydney 2060 NSW, Australia
Full list of author information is available at the end of the article



Research

Improving the quality of healthcare: a cross-sectional study of the features of successful clinical networks

Mary M Haines^{a,b,i}, Bernadette Brown^a, Catherine A D'Este^{c,d}, Elizabeth M Yano^{e,f}, Jonathan C Craig^b, Sandy Middleton^a, Peter A Castaldi^b, Carol A Pollock^b, Kate Needham^h, William H Wattⁱ, Elizabeth J Elliott^b, Anthony Scottⁱ, Amanda Dominello^a, Emily Klineberg^k, Jo-An Atkinson^a, Christine Paul^d and Sally Redman^a, on behalf of the Clinical Networks Research Group

^a Sax Institute, Sydney, NSW, Australia

^b Sydney Medical School, University of Sydney, NSW, Australia

^c College of Health and Medicine, Australian National University, Canberra, ACT

^d School of Medicine and Public Health, University of Newcastle, NSW, Australia

^e US Department of Veterans Affairs Health Services Research & Development Centre for the Study of Healthcare Innovation, Implementation and Policy, VA Greater Los Angeles Healthcare System, CA, US

^f UCLA Fielding School of Public Health, Los Angeles, CA, US

^g Nursing Research Institute, St Vincent's Health, and Australian Catholic University, Sydney, NSW

^h Agency for Clinical Innovation, Sydney, NSW, Australia

ⁱ School of Medicine, University of Wollongong, NSW, Australia

^j Melbourne Institute of Applied Economics and Social Research, University of Melbourne, VIC, Australia

^k NSW Health, Sydney, Australia

^l Corresponding author: mary.haines@saxinstitute.org.au

^{*} Deceased 22 September 2016

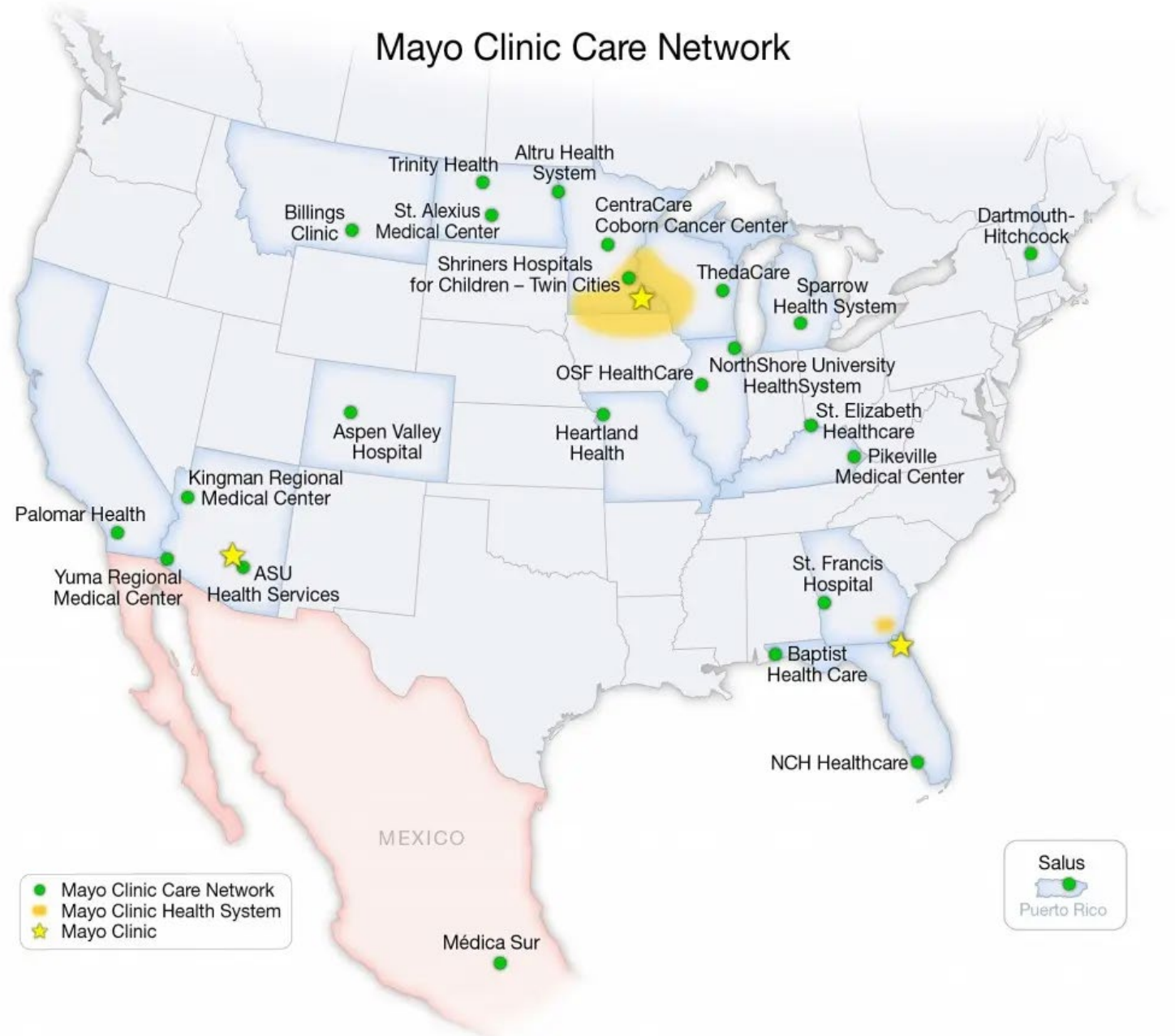
Article history

Publication date: February 2018

Citation: Haines MM, Brown B, D'Este CA, Yano EM, Craig JC, Middleton S, Castaldi PA, Pollock CA, Needham K, Watt WH, Elliott EJ, Scott A, Dominello A, Klineberg E, Atkinson J, Paul C, Redman S, on behalf of the Clinical Networks Research Group. Improving the quality of healthcare: a cross-sectional study of the features of successful clinical networks. *Public Health Res Pract.* 2018; Online early publication. <https://doi.org/10.17061/phrp28011803>

Key points

- Networks of clinical experts are being established internationally to help embed evidence based care in health systems, but there is little evidence about the most successful network design
- Few studies have investigated clinical networks that span multiple clinical disciplines across a health system
- This study provides quantitative evidence that clinical networks can improve quality of care and facilitate system-wide change
- Combining 'top down' (strategic planning, strong leadership) and 'bottom up' (supportive environment, multidisciplinary representation) organisational approaches is most effective





La necessità di reti “managed” e “care-oriented”

- quando i professionisti sono uniti da collegamenti “deboli”, basati sulla conoscenza, sulla estemporaneità delle richieste di collaborazione, si parla di “enclave” od “individualistic” networks, o reti professionali in senso stretto ;
- quando la collaborazione si fonda su pratiche e routine organizzative, supportate da riferimenti ed azioni istituzionali e da tecnologie facilitanti (ed incentivanti), allora si può parlare di reti cliniche (“managed clinical networks”);
- quando le reti cliniche forniscono quel “micro-contesto” in cui si sviluppano i percorsi diagnostico -terapeutici -assistenziali (PDTA) che “cementificano” la rete ospedaliera e la integrano con i servizi del territorio (fino a prospettare forme di centralizzazione delle piattaforme produttive) si prospettano i cosiddetti “managed care networks” che hanno un “focal point beyond health/clinical care and the whole patient to the whole person”



Assessorato alla Tutela della salute e Sanità, Politiche sociali e
Politiche per la famiglia
Direzione Sanità

*Settore Promozione della Salute e
Interventi di Prevenzione Individuale e Collettiva*

RETE REGIONALE DELLE STRUTTURE DI DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA



PRESENTAZIONE E REPORT ATTIVITÀ DEL 2008

Interventi e studi sulla malnutrizione ospedaliera eseguiti dalla Rete

1. Progetto Policentrico di Rete sulla Malnutrizione Ospedaliera (1999)

coinvolgimento e la formazione del Personale Infermieristico di Reparti di Degenza pilota e l'utilizzazione di uno screening del rischio nutrizionale all'ingresso (Nutrition Risk Score; Birmingham Heartlands Hospital). Lo studio policentrico, coordinato da L. Bianco (ASL 9 Ivrea) ha permesso di valutare n 1042 pazienti, ricoverati in vari Reparti di Degenza: Medicina, Chirurgia, Gastroenterologia, Neurologia. Il rischio di malnutrizione era presente in media nel 35% dei pazienti esaminati, con percentuali particolarmente elevate nei soggetti affetti da patologie neuro vascolari (70%), oncologiche dell'apparato digerente (62%), polmonari (50%), cardiologiche (42%). Fattori predittivi della gravità della malnutrizione sono risultati: l'età, l'allettamento, la patologia tumorale (Tabella 1). Nei pazienti a degenza ospedaliera > 7 giorni è stato inoltre valutato l'andamento della malnutrizione durante degenza , ed è risultato che essa peggiora nel 22%-41% dei casi (Tabella 2).

NUTRITIONAL CARE NEEDS IN ELDERLY RESIDENTS OF LONG-TERM CARE INSTITUTIONS: POTENTIAL IMPLICATIONS FOR POLICIES

A. PEZZANA¹, E. CEREDA², P. AVAGNINA³, G. MALFI⁴, E. PAIOLA⁵, Z. FRIGHI¹, I. CAPIZZI¹,
E. SGNAOLIN⁴, M.L. AMERIO⁵

1. Struttura Operativa Semplice Dipartimentale di Dietetica e Nutrizione Clinica – Ospedale San Giovanni Bosco, Torino, Italy; 2. Servizio di Dietetica e Nutrizione Clinica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy; 3. Struttura Semplice Dipartimentale di Dietetica e Nutrizione Clinica, Azienda Ospedaliero-Universitaria “San Luigi Gonzaga”, Orbassano, Italy; 4. Struttura Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica dell’Ospedale Santa Croce di Cuneo, Cuneo, Italy; 5. Struttura Operativa Complessa di Dietetica e Nutrizione Clinica – Ospedale Cardinal Massaia, Asti, Italy. Corresponding author: Emanuele Cereda M.D., Ph.D. Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Viale Golgi 19, 27100 Pavia, Italy. Tel.: +39 0382 501615 ; Fax: +39 0382 502801, E-mail: e.cereda@smatteo.pv.it

Abstract: *Objectives:* To collect information on actual nutritional intervention requirements in long-term care institutions and on the role of institutional factors in nutritional care. *Design:* A cross-sectional analysis of baseline data (collected between September 2011 and September 2013) within the context of a multicenter prospective cohort study. *Setting:* Nineteen long-term care institutions. *Participants:* Thirteen hundred and ninety-four resident elderly (age ≥ 60 years). *Measurements:* The prevalence of nutritional derangements (MNA-Short Form) and the need to introduce nutritional interventions on the residents. *Results:* Prevalence of malnutrition and risk of malnutrition were 35.2% [95%CI, 32.8-37.8] and 52.6% [95%CI, 50.0-55.2], respectively. Malnutrition was more frequent upon admission and in larger institutions (≥ 50 beds). Overall, 50% of the residents requiring an individualized nutritional care plan (any type) were not receiving it. Oral diet, the use of fluid thickeners and oral nutritional supplements had to be introduced in 306 (22.5%), 201 (15%) and 175 (13%) residents, respectively. The need to implement the oral diet was mainly due to inadequacy of texture according to chewing and swallowing capabilities. In gender and age-adjusted multivariable logistic regression models, nutritional interventions were associated with worse nutritional status ($P < 0.001$ for all). Moreover, while the duration of stay was unrelated to the need for nutritional interventions, we observed that residents living in larger long-term care institutions (≥ 50 beds) were more likely to require improvement in nutrition care. *Conclusions:* In long-term care elderly residents nutritional derangements are very common, underdiagnosed and undertreated. Nutritional screening should be part of routine care. However, also the systematic involvement of a nutritional care specialist appears to be an urgent need, particularly in larger institutions where the standards of care are likely to be lower.

Key words: Long-term care, elderly, malnutrition, risk of malnutrition; treatment.

Introduction

It is known that malnutrition is underreported and undertreated in long-term care institutions. Poor nutritional status may have negative effects on prognosis (1, 2). Although estimates are inconsistent, pooled data analyses from available studies report that the prevalence of malnutrition and risk of malnutrition in institutionalised elderly is about 25% and 50%, respectively (3, 4). Aging appears to be intrinsically associated with nutritional derangements due to multiple comorbidities, a reduction in food intake, changes in hormonal profile (e.g. insulin resistance) and susceptibility to acute diseases (2, 3, 5-9). However, also extrinsic factors should be considered. Among modifiable factors, a key role could be played by nutritional care practices (5-10) as they have proved to improve outcome (11).

In this perspective, several guidelines and recommendations for nutritional screening are now available, with positive screening being an indication for pertinent interventions (5-10). However, although a large body of data on the prevalence of nutritional derangements has been collected by systematic screening procedures (2-4), there is little information on actual nutritional intervention requirements and on the role of

institutional factors in nutritional care.

We designed the present study to ascertain the prevalence of nutritional derangements and provide a picture of the type and frequency of new nutritional interventions required in a representative population of institutionalised elderly. In this perspective, the role of structural institutional factors was also investigated.

Methods

Study Design

The present study is part of a wider project taking place in the Italian Piedmont region, which is the one with the highest offer of residential care for people aged ≥ 65 years (4 beds every 100 inhabitants) (12). In the past nutritional care in this setting was left to the initiative of local healthcare professionals and the presence of an expert in nutrition among local staff never was a priority. In 2007, an expert panel started designing a regional policy for the prevention and treatment of malnutrition in elderly long-term care institutions residents (13). This guideline became operational in late 2010. The approved “global nutritional approach” to all elderly residents includes: 1) the implementation of nutritional screening procedures



Assessorato alla Tutela
della salute e Sanità

Direzione Sanità Pubblica

**Proposte
operative per la
ristorazione
assistenziale**

La rete Oncologica e la Rete di Dietetica e Nutrizione Clinica piemontesi. Una collaborazione riuscita.

La nutrizione clinica si esplica prevalentemente in due ambiti:

- **Prevenzione e/o terapia della malnutrizione derivante dallo stato di malattia**

Le fasi del processo consistono nella rilevazione precoce del rischio nutrizionale, valutazione dello stato di nutrizione, prevenzione e terapia dietetico-nutrizionale in corso di patologie che inibiscono in tutto o in parte l'alimentazione spontanea e nella nutrizione sostitutiva nell'insufficienza cronica di funzione o d'organo. Le modalità di intervento sono rappresentate dall'alimentazione orale assistita, che utilizza specifiche variazioni della composizione e consistenza dei pasti e la fornitura di integrazioni dietetiche specificamente formulate, e dalla nutrizione artificiale enterale e parenterale.

- **Prevenzione e/o terapia delle patologie in cui l'indirizzo dietetico è componente terapeutica essenziale.**

Le fasi del processo consistono nell'individuazione dei soggetti a rischio e, in caso di patologia in atto, nell'inquadramento clinico e nella valutazione dello stato di nutrizione e delle ingestie, nella programmazione di un appropriato intervento dietoterapeutico. Le modalità d'intervento sono rappresentate da interventi di indirizzo dietetico e dalla prescrizione di programmi di trattamento dietetico all'interno dei moderni concetti di terapia comportamentale.



MALNUTRITION SCREENING TOOL (MST)

Screening da utilizzare qualora sia presente personale specialistico dietologico

STEP 1:

- Il paziente ha perso peso involontariamente negli ultimi 3 mesi?

No	0
Non sa	2
- Se sì, quanto peso ha perso?

o 0.5 - 5 kg	1
o >5 kg - 10 kg	2
o >10 kg - 15 kg	3
o >15 kg	4
o	
- Il paziente ha ridotto l'alimentazione per mancanza di appetito?

No	0
Sì	1

TOTALE PUNTEGGIO STEP 1:

STEP 2:

punteggio 0 = NO RISCHIO MALNUTRIZIONE

Si evidenzia una lieve riduzione degli introiti calorici senza perdita di peso.
NESSUN INTERVENTO.
RIVALUTAZIONE entro 30 gg. gestita da IP oncologia.

punteggio 1 = RISCHIO MALNUTRIZIONE BASSO

RIVALUTAZIONE e MONITORAGGIO PESO entro 30 gg. gestito da IP oncologia. Consigliare consultazione libretto "Quando alimentarsi diventa un problema" scaricabile da:
www.regione.piemonte.it/reticlinche/retedietetica/documenti

punteggio 2 = RISCHIO MALNUTRIZIONE MEDIO

Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio 2 dovessero persistere: eseguire, entro 30 giorni, il **MONITORAGGIO PESO** e invitare il paziente a compilare il **MONITORAGGIO INGESTA** attraverso un diario alimentare di 2-3 giorni per **INTERVENTO DIETETICO**.

punteggio 3 = RISCHIO MALNUTRIZIONE ELEVATO

Se le condizioni cliniche che hanno portato al punteggio 3 dovessero persistere per più di 7gg: **INTERVENTO NUTRIZIONALE** (Dietistico-Dietologico) da avviare precocemente **CONTATTANDO DIRETTAMENTE** il Centro di riferimento e, se residua una seppur minima alimentazione spontanea, invitare il pz a compilare il **MONITORAGGIO INGESTA** attraverso un diario alimentare di 2-3 giorni.



Staff Nutrizione Clinica



Il Dipartimento funzionale Interaziendale e interregionale rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nel ritenere sempre più importante il ruolo della nutrizione clinica nei pazienti oncologici, ha ritenuto opportuno costituire uno staff che affianchi la direzione del Dipartimento, composto da professionisti motivati e rappresentanti le diverse realtà regionali, al fine di analizzare le criticità e i problemi dei servizi di dietetica e nutrizione clinica sviluppatasi della rete. Tale gruppo potrà con più continuità e incisività concorrere alle decisioni che dovranno essere assunte dalla direzione del Dipartimento.

Dott.ssa Maria Luisa Amerio (ASL ASTI)
 Dott. Paolo Avagnina (AOU S. LUIGI ORBASSANO)
 Dott.ssa Cinzia Bodrato (AUSL VALLE D'AOSTA)
 Dott.ssa Carla Cantino (AUSL VALLE D'AOSTA)

[FUCSAM](#)
[Contatti](#)

ACCESSO

Nome utente o email

Password

Accedi

Hai dimenticato la password?

Accedi tramite il sito FIL

SEI IN: [EPICLIN](#) > [FUCSAM](#)

FUCSAM

Progetto Follow up e Stili di Vita per pazienti con pregresso tumore della mammella e del colon-retto

DISEGNO DELLO STUDIO
 Studio osservazionale, prospettico, multicentrico.

SCOPO PRIMARIO
 Verificare la fattibilità di un intervento di counseling, condotto da operatori formati, sullo stile di vita in occasione delle visite di follow-up attraverso la valutazione di:

- N° schede compilate/n° di pazienti che accedono alla 1a visita di follow up per pregresso tumore della mammella o del colon-retto.
- Identificazione dei pazienti con sindrome metabolica.

OBIETTIVI SECONDARI

- N° schede compilate alle visite successive di follow up.
- N° di pazienti con variazioni dei parametri individuali e misurati.
- Valutazione della percentuale di recidive di malattia, della comorbidità e dell'insorgenza di secondi tumori.
- N° di pazienti che hanno aderito a progetti consigliati dal GIC/non consigliati dal GIC.
- Valutazione del tipo di progetto/variazioni dei parametri valutati.
- Valutazione dell'impatto della formazione sull'adesione a progetti.

TRATTAMENTO
 Individuazione e scelta di alimentazione, attività, informazione, attività fisica con consulenza e supporto della nutrizione clinica.





