



SPECIAL ISSUE

Care in Meal Presentation: A Quantitative and Qualitative Analysis of the Effects of Aesthetic Meal Presentation in Healthcare Settings

Stefano Testa¹, Elena Pizzi^{2,3}

1 Registered Nurse, Italy

2 Bachelor School of Nursing, University of Turin, Turin, Italy

3 San Luigi Gonzaga University Hospital, Orbassano, Italy

Findings:

This multicenter pilot study involving 34 participants showed that improving the aesthetic presentation of breakfast was associated with significant increases in meal satisfaction and mood, with differences confirmed by Wilcoxon tests and, largely, by McNemar tests after Holm correction. Food appeal improved only partially, whereas no significant differences were observed in interactions with healthcare staff or caloric intake. Qualitative findings revealed a shift from predominantly absent or negative emotions to positive emotions, particularly joy, cheerfulness, and surprise, together with a more favorable perception of the overall mealtime experience.

Corresponding authors:

Stefano Testa:

testastefano@hotmail.com

Elena Pizzi:

elena.pizzi@unito.it

ABSTRACT

BACKGROUND: Neuroscience has shown that visual stimuli can influence the brain's reward circuits by activating non-homeostatic signals that enhance the desire to eat even after the body's energy needs have been satisfied.

AIM: To analyse, using a mixed-methods approach, the potential effects of an aesthetic enhancement intervention in food presentation on the eating experience of individuals receiving care in healthcare settings.

METHODS: A multicentre single-arm pre-post pilot study (N = 34) was conducted using a mixed-methods approach. The intervention consisted of improving the aesthetic presentation of breakfast without modifying the quality or type of food provided. Outcomes included meal satisfaction, mood, food appeal, dietary intake, and interaction with healthcare professionals.

RESULTS: Quantitative analysis showed significant improvements in meal satisfaction, mood, and food appeal following the intervention. No significant differences were observed in interaction with healthcare professionals. Caloric intake was lower during the intervention period than at baseline; however, this difference was not statistically significant. Qualitative analysis revealed an increase in positive emotions associated with meals and a greater appreciation of the aesthetic aspects of the eating experience.

DISCUSSION: Findings from the mixed-methods analysis suggest that enhancing the aesthetic presentation of food may positively influence several dimensions of the eating experience. However, given the multifactorial nature of the phenomenon and the potential presence of confounding factors, the study showed an inverse trend in caloric intake, although this finding did not reach statistical significance.

CONCLUSIONS: The effects of aesthetics on the brain's reward circuits offer interesting perspectives for improving patients' eating experiences. Despite the limitations of a pilot study, the findings support further investigation into the role of food aesthetics in clinical care settings.

KEYWORDS: *Aesthetics, Food Presentation, Food, Satisfaction, Mood, Food Appeal, Food Intake*

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

265

Submission received: 08/09/2025

End of Peer Review process: 05/07/2026

Accepted: 27/07/2026



CONTRIBUTO SPECIALE

La cura nel cibo: analisi quanti-qualitativa degli effetti derivanti da una presentazione estetica del pasto nei contesti sanitari

Stefano Testa¹, Elena Pizzi^{2,3}¹ Ricercatore indipendente, Italia² Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, Torino, Italy³ AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, Italy

Riscontri:

Questo studio pilota multicentrico su 34 partecipanti ha mostrato che il miglioramento estetico della presentazione della colazione è stato associato a un incremento significativo del gradimento e del tono dell'umore, con differenze confermate dai test di Wilcoxon e, in larga parte, dal test di McNemar dopo correzione di Holm. L'appetibilità è migliorata solo parzialmente, mentre non sono emerse differenze significative nell'interazione con il personale sanitario né nell'intake calorico. L'analisi qualitativa ha evidenziato un'evoluzione da emozioni prevalentemente assenti o negative a emozioni positive, soprattutto gioia, allegria e sorpresa, accompagnata da una percezione più favorevole dell'esperienza del pasto.

Corresponding authors:

Stefano Testa:

testastefano@hotmail.com

Elena Pizzi:

elena.pizzi@unito.it

ABSTRACT

BACKGROUND: Le neuroscienze hanno evidenziato come gli stimoli visivi possano influenzare i circuiti della ricompensa, attivando segnali non omeostatici che potenziano il desiderio di mangiare anche quando sono stati soddisfatti i bisogni energetici dell'organismo.

OBIETTIVI: Analizzare, con un approccio quanti-qualitativo, i possibili effetti di un intervento di miglioramento estetico della presentazione del cibo sull'esperienza alimentare delle persone assistite nei contesti di cura.

METODI: È stato condotto uno studio pilota multicentrico pre-post a braccio singolo (N = 34) con un approccio quanti-qualitativo. L'intervento consisteva nel miglioramento della presentazione estetica della colazione senza modificare la qualità o la tipologia degli alimenti somministrati. Gli outcome indagati comprendevano gradimento, tono dell'umore, appetibilità, intake alimentare e interazione con il personale sanitario.

RISULTATI: L'analisi quantitativa ha evidenziato differenze significative a favore dell'intervento negli outcome gradimento, tono dell'umore e appetibilità. Non sono emerse differenze significative per l'interazione con il personale sanitario. L'intake calorico è risultato inferiore durante il periodo di intervento rispetto al baseline, ma il dato non è risultato statisticamente significativo. L'analisi qualitativa ha evidenziato un aumento delle emozioni positive associate al pasto e una generale valorizzazione degli aspetti estetici dell'esperienza alimentare.

DISCUSSIONE: I risultati derivati dall'analisi quanti-qualitativa suggeriscono che un intervento di miglioramento estetico della presentazione del cibo possa influenzare positivamente alcune dimensioni dell'esperienza alimentare. Tuttavia, data la multifattorialità del fenomeno e la possibile presenza di fattori confondenti, lo studio ha mostrato un trend inverso rispetto all'introito calorico, sebbene privo di significatività statistica.

CONCLUSIONI: Gli effetti dell'estetica sui circuiti della ricompensa mostrano aspetti interessanti che potrebbero migliorare l'esperienza alimentare dei pazienti. Pur nei limiti di uno studio pilota, i dati supportano ulteriori approfondimenti sul ruolo dell'estetica del cibo nei contesti clinico-assistenziali.

KEYWORDS: *Estetica, Presentazione, Cibo, Gradimento, Umore, Appetibilità, Assunzione Di Cibo***Authors' Address:**

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

266

Submission received: 08/09/2025

End of Peer Review process: 05/07/2026

Accepted: 27/07/2026



BACKGROUND

In ambito sanitario un'adeguata nutrizione produce effetti benefici sui pazienti quali riduzione dei tempi di degenza, miglioramento della risposta ai farmaci e prevenzione delle infezioni e delle complicanze (1–3). Tuttavia, l'assunzione di cibo nei contesti clinico-assistenziali non può essere ricondotta esclusivamente all'apporto nutrizionale. Il fenomeno dell'alimentazione è multidimensionale, in cui fattori come l'educazione, le influenze sociali, lo stato emotivo e psicologico, possono incidere sul comportamento alimentare delle persone (4). Le neuroscienze hanno evidenziato come il comportamento alimentare sia regolato dall'interazione di meccanismi omeostatici e non omeostatici, attivati anche da stimoli sensoriali e visivi attraverso i circuiti della ricompensa del sistema nervoso centrale (SNC) (4,5). In tale processo, gli stimoli visivi rivestono un ruolo rilevante poiché contribuiscono alla formazione delle aspettative, all'attivazione dei sistemi di ricompensa e alla preparazione dell'organismo all'assunzione del pasto (1,4).

Partendo da queste basi teoriche, diversi studi condotti in ambito di marketing e comportamento del consumatore hanno osservato come la componente estetica degli alimenti possa influenzare le emozioni, le preferenze e i comportamenti alimentari degli individui (6–9). Sebbene tali evidenze siano state prodotte prevalentemente con finalità commerciali, esse suggeriscono che gli aspetti edonistici del cibo possano influenzare alcune dimensioni dell'esperienza alimentare dei pazienti nei contesti sanitari.

I diversi autori che hanno analizzato il processo di erogazione dei pasti e l'esperienza alimentare dei pazienti in ambito clinico-assistenziale, hanno focalizzato l'osservazione prevalentemente sul gradimento dei pazienti nei confronti del servizio di ristorazione (10–17), sull'assunzione di cibo (10,13,17–19) e sull'interazione con il personale (12,16,20). Gli aspetti edonistici associati all'esperienza del pasto risultano ancora poco esplorati, seppur alcune revisioni e Linee Guida suggeriscano un'attenzione alla presentazione dei pasti al fine di migliorare l'esperienza alimentare dei pazienti (2,3,19). Soltanto due trial clinici hanno osservato gli effetti prodotti da interventi di miglioramento estetico della presentazione dei pasti (17,18), focalizzando però l'osservazione solo sul gradimento e sull'intake alimentare. Partendo dall'ipotesi che i meccanismi osservati dalle neuroscienze e dagli studi sul comportamento alimentare possano essere rilevanti anche nei contesti di cura, il presente studio è stato concepito con finalità esplorative allo scopo di osservare quali dimensioni dell'esperienza del pasto possano essere influenzate da un intervento di miglioramento estetico

della presentazione di un pasto. Accanto agli outcome tradizionalmente studiati in letteratura, con un approccio a studi misti, sono state incluse le variabili del tono dell'umore e dello stato emotivo, allo scopo di esplorare quelle dimensioni dell'esperienza del pasto finora poco investigate in ambito clinico-assistenziale.

SCOPO

Obiettivo di questo studio è analizzare con un approccio quanti-qualitativo i possibili benefici che un intervento di miglioramento nella presentazione del cibo somministrato nei contesti di cura possa avere sulle persone assistite.

METODI

Disegno di ricerca

È stato redatto il protocollo di ricerca per lo sviluppo di uno studio pilota quasi-sperimentale, multicentrico, con disegno pre-post a braccio singolo e approccio a studi misti per la raccolta dei dati (Figura 1).

Variabile indipendente

Intervento di miglioramento estetico della presentazione del pasto, senza alterazione nella selezione e qualità degli alimenti somministrati.

Variabili dipendenti

- INTAKE ALIMENTARE e CALORICO
- Variabili qualitative categoriali:
 - GRADIMENTO
 - TONO DELL'UMORE
 - APPETIBILITÀ
 - INTERAZIONE CON IL PERSONALE SANITARIO
- Variabili qualitative:
 - PENSIERI/OPINIONI
 - EMOZIONI VISSUTE

Il progetto di ricerca ha ottenuto il parere favorevole del Comitato di Bioetica di Ateneo dell'Università degli studi di Torino con Protocollo n. 0722873 emanato il 23/12/2024.

Numerosità campionaria

Sulla base della tipologia di studio è stata stimata la numerosità campionaria (N) attraverso un T test, utilizzando il software Jamovi 2.6.19, basandosi sui seguenti parametri:

- livello di significatività (α): 0.05
- potenza del test: 0.80
- dimensione dell'effetto (ϵ): 0.5.



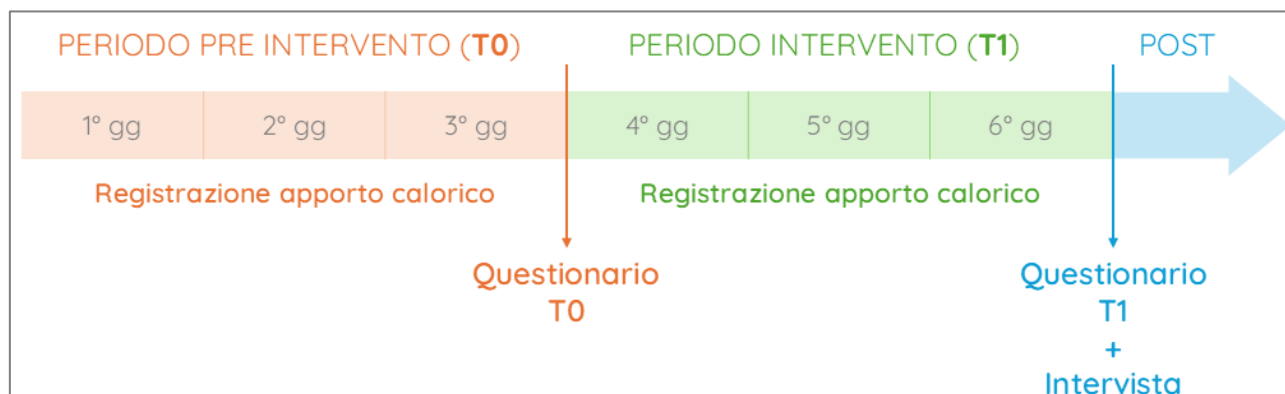


Figura 1. Schema grafico del disegno pre-post di studio nella linea del tempo

In considerazione della limitata disponibilità di studi analoghi in letteratura e del reperimento di soli due trial (17,18) che abbiano indagato l'effetto di un intervento sulla presentazione dei pasti, è stata stimata una dimensione dell'effetto moderata (0.5).

Data la natura esplorativa dello studio non è stato definito un endpoint primario.

Il valore stimato per la N è stato considerato per l'intero campione distribuito nei tre setting, poiché RSA, Hospice e Oncologia sono stati considerati come differenti contesti di reclutamento, utilizzati per valutare la fattibilità e la trasferibilità dell'intervento in ambienti assistenziali eterogenei. Pertanto, non è stata effettuata un'analisi statistica comparativa tra i setting, bensì descrittiva. Tuttavia, per cercare di ridurre i fattori confondenti sono stati adottati dei criteri di selezione del campione restrittivi.

Popolazione selezionata

Pur riconoscendo l'eterogeneità clinica intrinseca dei tre setting assistenziali coinvolti, sono stati adottati criteri di inclusione ed esclusione particolarmente restrittivi al fine di limitare l'influenza di potenziali fattori confondenti:

CRITERI DI INCLUSIONE:

- pazienti/ospiti adulti (>18 anni)
- soggetti disfagici ed eufagici
- soggetti la cui dimissione non è prevista prima della somministrazione dell'ultimo questionario e intervista (POST-INTERVENTO).
- soggetti madrelingua italiana o aventi un buon grado di comprensione.

CRITERI DI ESCLUSIONE:

- pazienti psichiatrici/con sintomi psichiatrici
- soggetti con depressione conclamata
- soggetti con demenza/delirium

- soggetti con deficit cognitivi o della memoria
- soggetti con ipovisione severa
- soggetti con patologie dell'apparato gastro-intestinale (G.I.) o disturbi G.I. cronici;
- nausea/vomito incoercibili e con pregressi episodi ricorrenti;
- pazienti con nutrizione enterale (NE) o parenterale (NPT);
- pazienti con ventilazione invasiva (IV) o non invasiva (NIV);
- soggetti che NON hanno firmato il consenso informato.

Selezione dei setting

I criteri di selezione dei setting sono:

1. interesse delle strutture e servizi verso il progetto di Tesi;
2. fattibilità oggettiva della sperimentazione previa pre-osservazione diretta del contesto;
3. autorizzazione alla sperimentazione dei Responsabili e Direttori delle strutture e dei servizi.

Sulla base dei criteri di selezione dei setting e del campione, i tre contesti selezionati per condurre lo studio sono:

- RSA San Giacomo di Piosasco (TO);
- SCU Medicina Oncologica dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano (TO);
- Hospice – Presidio Valletta dell'ASL Città di Torino (TO).

Protocollo di intervento

La progettazione dell'intervento è stata realizzata grazie alla consulenza di uno Chef Sanitario e consulente gastronomico, intervistato nel mese di Agosto 2024.





Dall'intervista è emerso che il confronto costante tra lo Chef Sanitario (CS) ed il personale di reparto è necessario per poter erogare un servizio di ristorazione adatto alle esigenze e aspettative dei pazienti, seppur nella pratica questo avvenga solo sporadicamente. La realizzazione dei menu è il prodotto di un lavoro in sinergia tra dietisti e CS, in cui viene considerata la tipologia di distribuzione perché incide sulla realizzazione delle ricette. L'impiattamento dovrebbe essere descritto nelle ricette, perché permette di creare un sistema standardizzato e organizzato e che sia replicabile, indipendentemente dall'operatore. Tuttavia, non esistono delle linee guida per l'impiattamento e la presentazione dei pasti nei contesti sanitari è data dallo Chef Sanitario che utilizza le sue competenze per creare una suggestione, sempre conforme alle ricette redatte a monte.

Unitamente alla consulenza dello Chef Sanitario è stata svolta un'analisi dei sistemi di preparazione e distribuzione dei pasti nei tre setting:

- L'RSA prevedeva un sistema di preparazione dei pasti interna alla struttura (*insourcing*) mentre l'Hospice e l'Oncologia avevano un sistema *outsourcing*.
- Il sistema di distribuzione dei pasti principali (pranzo e cena) era di tipo "cook and chill" (con carrello mobile autoriscaldato per fare il porzionamento in prossimità delle degenze) in RSA e in Hospice, mentre in Oncologia avveniva col sistema "caldo-fresco" (il porzionamento avviene nelle cucine utilizzando vassoi specifici per un carrello che permette di mantenere due temperature differenti – una calda e una fredda – nei due lati del vassoio).
- In tutti e tre i setting la colazione veniva preparata internamente nelle cucine dei reparti dal personale di supporto (OSS).

Sulla base di quest'analisi e delle indicazioni fornite dallo Chef Sanitario si è deciso di intervenire solo sul pasto della colazione, senza alterare la selezione e qualità degli alimenti, poiché non modificabili da ricetta. Sono stati applicati i criteri di: semplicità (pochi elementi e di facile realizzazione); adattabilità e replicabilità (a tutti e tre i setting); economicità.

In secondo luogo, è stato condotto uno studio dei colori e le influenze che questi hanno sull'alimentazione. Secondo la letteratura i colori caldi come il giallo, l'arancione e il rosso stimolano l'appetito (8,9). Uno studio del 2019 sui pazienti di un reparto di medicina interna ha rilevato un aumento dell'assunzione di cibo nel gruppo di pazienti a cui era stato dato un tovagliolo arancione rispetto al gruppo a cui era stato consegnato un tovagliolo bianco

(17). Diversamente un colore tenue e più freddo come l'azzurro può conferire tranquillità (21).

A fine studio, sono stati identificati e realizzati tre elementi (costitutivi l'intervento nella sua interezza) da somministrare durante la colazione dei pazienti:

1. Una tovaglietta alimentare (Figura 2)
2. Un porta-posate
3. Un fiore di loto (origami) (Figure 3a, 3b, 3c)



Figura 2. Layout grafico finale della tovaglietta con frase dedicata al paziente.



Figura 3a. Porta-posate e fiore di loto di colore giallo usati nel 1° giorno di intervento





Figura 3b. Portaposate e fiore di loto di colore arancione usati nel 2° giorno di intervento.



Figura 3c. Portaposate e fiore di loto di colore rosso usati nel 3° giorno di intervento.

Strumenti di raccolta dati

Per rilevare i dati relativi alle variabili qualitative, sono stati creati due strumenti: un questionario di 14 item, raggruppati per domini, con una scala Likert a 5 punti e un'intervista semi-strutturata per indagare le opinioni e le emozioni vissute. Questi due strumenti sono stati successivamente validati attraverso un panel di esperti e secondo una metodologia dettata dalla letteratura. Per la variabile quantitativa dell'intake alimentare è stato utilizzato uno strumento già esistente e validato in letteratura.

Panel di esperti

Sono stati reclutati sei professionisti, in linea con il numero minimo raccomandato in letteratura (22) appartenenti alle seguenti categorie professionali, a cui è stata inviata una

lettera di presentazione del progetto e del processo di validazione:

- Psicologa: 1 esperta
- Chef sanitario: 2 esperti
- Logopedista: 1 esperta
- Direttore sanitario: 1 esperto
- Infermiera: 1 esperta

Questionario

Il questionario (*Allegato 1*) è stato realizzato per rilevare le differenze, tra il periodo pre-intervento (T0) e il periodo post-intervento (T1), in merito agli outcome categoriali qualitativi. Partendo dai più rilevanti strumenti esistenti in letteratura (23–31), sono stati estrapolati e adattati gli item più pertinenti per la costruzione del questionario.

La prima bozza del questionario è stata sottoposta al vaglio del Panel per la validazione.

Validazione del questionario

La validazione del questionario è stata condotta seguendo le indicazioni degli autori Elangovan e Sundaravel (32) che prevede le seguenti fasi:

1. validazione di CONTENUTO: utilizzando il Content Validity Index (CVI) (22)
Gli outcome (raggruppati per item) hanno raggiunto i seguenti valori:
 - a. Gradimento: 0.95
 - b. Tono dell'umore: 1
 - c. Appetibilità: 1
 - d. Interazione con il personale sanitario: 0,83

Gli esperti hanno valutato anche i dati socio-demografici, dichiarandoli adeguati.

2. Validazione di STRUTTURA: La bozza validata nel contenuto è stata inviata al Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) di Torino, per la valutazione dal punto di vista strutturale. A seguito delle indicazioni del DoRS, è stato aggiunto il livello di istruzione nella sezione dei dati socio-demografici e sono state modificate le categorie della scala Likert delle domande 5 e 6 per renderle in forma neutra e modificata la successione di alcune domande per ridurre il fenomeno del response set.
3. TEST PILOTA: il questionario validato è stato testato in un piccolo campione rappresentativo composto da 11 soggetti (7 maschi), di età compresa tra i 56 e i 75 anni, ricoverati presso il reparto di Medicina Funzionale Neuro-





Riabilitativa dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano.

4. TEST della CONSISTENZA: I risultati del test pilota sono stati analizzati attraverso il Software Jamovi (2.6.19 version) su cui è stato calcolato l'alfa di Cronbach (Tabella 1).

Tabella 1. Calcolo della coerenza interna con stima dell'Alfa di Cronbach, Media e Deviazione standard (SD)

SEZIONE	Media	SD	α di Cronbach
Gradimento	4.11	1.18	0.963
Tono dell'umore	3.94	1.10	0.896
Appetibilità	4.24	1.09	0.963
Interazione con il personale sanitario	4.36	0.606	0.813
Totale questionario	4.18	0.867	0.955

Fluid and Food Estimation Diagram

Per la rilevazione dell'intake alimentare, è stato scelto il Fluid and Food Estimation Diagram (FFED) (33), per la sua semplicità, con un adattamento per la rilevazione dell'assunzione della colazione. Lo strumento è stato compilato nei sei giorni di osservazione distinguendo i due periodi T0 e T1.

Intervista semi-strutturata

Per la costruzione e validazione dell'intervista semi-strutturata (figura 6) è stato utilizzato un metodo Delphi modificato (34). Partendo dall'analisi dei costrutti teorici reperiti in letteratura è stata costruita una bozza delle domande da sottoporre al Panel di esperti.

Per ciascuna domanda dell'intervista il Panel ha attribuito un punteggio da 1 a 5, dove "1=per niente; 2=poco; 3=sufficiente; 4=abbastanza; 5=molto", per ciascuno dei seguenti criteri:

- CHIAREZZA
- APPROPRIATEZZA
- RILEVANZA
- COPERTURA DEL TEMA

Il cut-off di punteggio medio superiore o uguale a 4 esprimeva il grado di consenso minimo (80%). Il processo di validazione è stato chiuso al secondo giro di valutazione dopo aver raggiunto il cut-off prestabilito (>4,6)

INTERVISTA SEMI-STRUTTURATA

1. Cosa pensa dell'aspetto estetico del cibo somministrato nei contesti di cura? [Senza considerare l'intervento] a)
Quali emozioni le suscita? b)
Quali altre caratteristiche sono da migliorare?
2. Com'è cambiato il suo pensiero nei confronti del cibo servito nel contesto sanitario dopo l'intervento?
3. Quali emozioni ha suscitato l'intervento?
4. Quali sono le informazioni che l'infermiere/operatori dovrebbero reperire per conoscere le aspettative ed esigenze alimentari di un paziente?

RISULTATI

Campionamento

Il periodo di studio è iniziato a fine novembre 2024 e si è concluso il 2 gennaio 2025. L'osservazione in ciascun setting è durata sei giorni, con tre giorni consecutivi di intervento al fine di poter rilevare una correlazione più consistente tra intervento ed effetti attesi, rispetto ad un singolo giorno di osservazione.

I soggetti sono stati selezionati rispettando i criteri di inclusione ed esclusione dichiarati nel protocollo di ricerca. Di 41 soggetti candidabili allo studio, 35 hanno firmato il consenso informato a seguito di adeguata informazione. Di questi 35, un soggetto è deceduto durante il periodo di osservazione. Per raggiungere la N stimata è stato necessario un sovracampionamento in Oncologia, come rappresentato in Figura 7.

Anonimizzazione e mascheramento

Per ciascun soggetto arruolato è stato assegnato un codice di anonimizzazione costituito da tre lettere (indicanti il setting di appartenenza) seguite da tre numeri. Sono state così create delle liste di anonimizzazione che sono state utilizzate durante la raccolta dati:

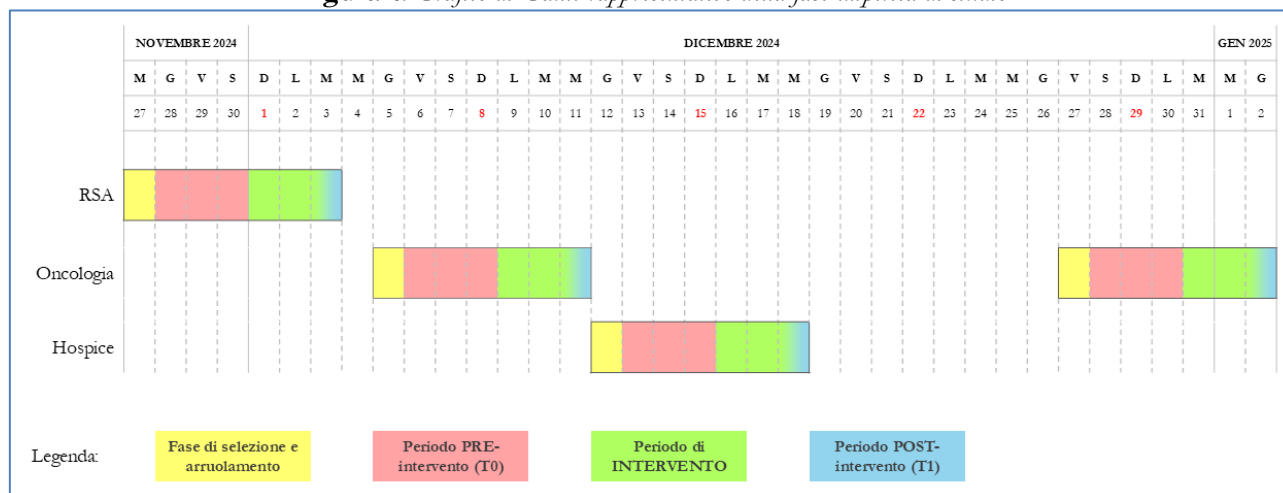
- RSA: Lista da RES-001 a RES-013 (13 soggetti)
- Oncologia: 2 liste:
 - Da MED-014 a MED-023 (10 soggetti)
 - Da MED-031 a MED-035 (5 soggetti)
- Hospice: Lista da HOS-024 a HOS-030 (7 soggetti)

Per evitare influenze sulla raccolta dati è stato utilizzato un sistema di mascheramento attraverso l'utilizzo di buste opache contrassegnate con il codice alfanumerico dei pazienti unito a una lettera finale: la lettera "A" indicava il T0 (es. RES-005-A) e la lettera "B" indicava il T1. Tuttavia, vista la tipologia di intervento non è stato possibile ottenere una cecità completa.





Figura 4. Grafico di Gantt rappresentativo della fase empirica di studio



Campione

I dati relativi al campione sono riportati nella *Tabella 2*.

Tabella 2. Caratteristiche del Campione

Dato socio demografico		TOT	RSA	Oncologia	Hospice
Numerosità:		34 (100%)	13 (38%)	14 (41%)	7 (21%)
Genere:	Femminile (%)	23 (68%)	10	8	5
Età:	Range	45-96	77-96	45-83	59-87
	(media)	(77)	(86)	(71)	(73)
Livello di istruzione:	Nessuno	1 (3%)	-	-	1
	Elementari	12 (35%)	7	3	2
	Medie	10 (29%)	2	5	3
	Liceo	11 (32%)	4	6	1
	Università	-	-	-	-
Zona d'origine	Nord Italia	22 (65%)	9	9	4
	Centro Italia	-	-	-	-
	Sud Italia e isole	9 (26%)	4	3	2
	Paese extra-Italia	3 (9%)	-	2	1
N° di giorni di ricovero (al T0)	3-5 gg	1 (3%)	-	1	-
	6-8 gg	3 (9%)	-	2	1
	9-11 gg	2 (6%)	-	1	1
	12-14 gg	5 (15%)	1	4	-
	>15 gg	23 (67%)	12	6	5

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



Risultati del questionario

Confrontando le rilevazioni dei questionari tra periodo T0 e periodo T1 (*Tabella 3*), si osserva un assottigliamento e scostamento della distribuzione verso i valori più positivi della scala Likert a favore del periodo T1. Tale variazione

la si riscontra in tutti gli item relativi agli outcome tono dell'umore, appetibilità e gradimento con un aumento dei valori di Media. Mentre per l'outcome dell'interazione con il personale si rileva una minor differenza nei range di distribuzione e valori di Media a favore del periodo T1.

Tabella 3. *Tabella descrittiva delle rilevazioni*

Outcome	Domande	Range		Media		Mediana		SD		SE	
(N = 34)		T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
Gradimento	Domanda 1	2-5	3-5	3.7	4.3	4	4	0.94	0.79	0.161	0.136
	Domanda 2	1-5	3-5	3.3	4.6	3	5	1.09	0.7	0.187	0.12
	Domanda 3	2-5	2-5	3.8	4.4	4	5	1.05	0.78	0.179	0.134
	Domanda 4	2-5	3-5	3.9	4.6	4	5	0.98	0.71	0.169	0.121
Tono dell'umore	Domanda 5	1-5	2-5	3.4	4.2	4	4	1.21	0.88	0.207	0.151
	Domanda 6	2-5	3-5	3.3	4.1	3	4	0.83	0.6	0.142	0.103
	Domanda 7	2-5	3-5	3.4	4.5	3	4.5	0.78	0.56	0.134	0.097
Appetibilità	Domanda 8	1-5	2-5	3.7	3.8	4	4	1	0.77	0.172	0.132
	Domanda 9	1-5	2-5	3.3	4.2	3.5	4	1.17	0.73	0.201	0.125
	Domanda 10	1-5	2-5	3.2	3.8	3	4	1.42	1.02	0.244	0.174
Interazione col personale sanitario	Domanda 11	2-5	3-5	4.5	4.6	5	5	0.83	0.61	0.142	0.105
	Domanda 12	2-5	2-5	4.2	4.2	5	4	1.1	0.94	0.189	0.161
	Domanda 13	1-5	1-5	4	4.1	4	4	1.03	0.87	0.177	0.149
	Domanda 14	1-5	1-5	4	4	4	4	1.05	1	0.182	0.174

Test dei Ranghi di Wilcoxon

Per valutare le differenze delle rilevazioni tra il periodo pre-intervento (T0) e il periodo di intervento (T1), è stato eseguito il test dei ranghi di Wilcoxon (W) (software Jamovi 2.6.19). Dati i limiti dello studio è stata successivamente eseguita una correzione per confronti multipli. È stata scelta la correzione di Holm (Software R

v. 4.6.0) in quanto meno conservativa per uno studio quasi-sperimentale ed è stata applicata separatamente all'interno di ciascun dominio coerentemente alla costituzione e validazione del questionario.

I risultati del test, rappresentati in *Tabella 4*, mostrano nel complesso una possibile influenza dell'intervento sugli outcome di gradimento, tono dell'umore e appetibilità. In

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



particolare, tutti gli item appartenenti agli outcome Gradimento (W: 136 – 338) e Tono dell'umore (W: 209.5 – 351.0) hanno mostrato differenze statisticamente significative tra T0 e T1 (Gradimento p: <0.001 – 0.013; Tono dell'umore p: <0.001 – 0.003). Per l'outcome Appetibilità, un item su tre ha evidenziato differenze (W: 204) statisticamente significative (p: <0.001), mentre un item (W 193) è risultato borderline (p: 0.058) ed il terzo (W: 85) non ha raggiunto la significatività statistica (p: 0.685).

Per quanto concerne l'Interazione con il personale sanitario, pur osservando una lieve tendenza al miglioramento delle valutazioni nel periodo di intervento (W: 42 – 83), nessuno degli item ha mostrato differenze statisticamente significative (p: 1).

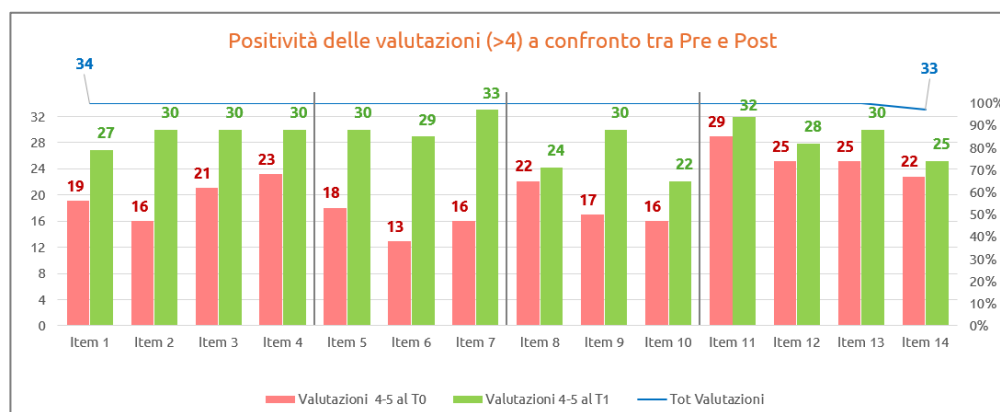
Test di McNemar

Sono state comparate le frequenze dei valori più alti della scala Likert (valori 4 e 5) nei due periodi (T0 e T1) e rappresentate nel *Grafico 1*.

Tabella 4. Risultati del Test dei Ranghi di Wilcoxon (W) e correzione di Holm

Outcome	Domande	W	P-value	Holm
Gradimento	Item 1	205	0.009	0.013
	Item 2	338	<0.001	<0.001
	Item 3	136	0.004	0.013
	Item 4	164	0.005	0.013
Tono dell'umore	Item 5	210	0.003	0.003
	Item 6	238	<0.001	<0.001
	Item 7	351	<0.001	<0.001
Appetibilità	Item 8	85	0.685	0.685
	Item 9	204	<0.001	<0.001
	Item 10	193	0.029	0.058
Interazione con il personale sanitario	Item 11	79	0.562	1
	Item 12	42	0.822	1
	Item 13	83	0.415	1
	Item 14	72.5	0.828	1

Grafico 1. Comparazione delle frequenze delle valutazioni positive (4 e 5 della scala Likert) al T0 e al T1 nella totalità del campione



Dal grafico si può osservare come tutti gli item del questionario vedano un aumento delle valutazioni positive (≥ 4 della scala Likert) nel T1 rispetto al baseline (T0), soprattutto per quanto concerne gli item relativi al tono dell'umore. I dati delle frequenze dei valori positivi (valori 4 e 5) e dei valori considerati negativi (valori da 1 a 3) della

scala Likert, sono stati analizzati attraverso il test di McNemar. Per condurre il test sono state predisposte le tabelle 2x2, per ciascun item, contenente i valori discordanti nei due periodi tra valutazioni considerate positive e valutazioni considerate negative.

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

I risultati del test di McNemar (X^2) sono stati successivamente corretti mediante procedura di Holm (R v. 4.6.0). Gli incrementi più consistenti nelle valutazioni positive (punteggi 4 e 5 della scala Likert) sono stati osservati negli outcome Gradimento e Tono dell'umore, con una riduzione della significatività a seguito della correzione per gli item 1 e 4. Il tono dell'umore conserva la significatività statistica in tutti e tre i suoi item. L'outcome appetibilità, a seguito della correzione, mostra maggior eterogeneità nei risultati (1 item su 3 conserva significatività statistica). Confermata l'assenza di significatività statistica per l'outcome dell'interazione con il personale sanitario.

La concordanza generale tra i risultati ottenuti mediante i due test statistici supporta una possibile influenza positiva dell'intervento rispetto a buona parte degli outcome presi in esame, pur nel contesto di uno studio a carattere esplorativo.

Tabella 5. Risultati del Test di McNemar (X^2) e correzione di Holm.

Outcome	Domande	χ^2	P-value	GdL	Holm
Gradimento	Item 1	4	0.046	1	0.077
	Item 2	10.9	<0.001	1	0.001
	Item 3	7.36	0.007	1	0.012
	Item 4	4.45	0.035	1	0.065
Tono dell'umore	Item 5	9	0.003	1	0.004
	Item 6	12.8	<0.001	1	<0.001
	Item 7	17	<0.001	1	<0.001
Appetibilità	Item 8	0.33	0.564	1	0.774
	Item 9	13	<0.001	1	<0.001
	Item 10	2.25	0.134	1	0.21
Interazione con il personale sanitario	Item 11	1.29	0.257	1	0.453
	Item 12	1.8	0.18	1	0.373
	Item 13	5	0.025	1	0.062
	Item 14	0.69	0.405	1	0.774

Analisi descrittiva dei setting

Non avendo svolto analisi statistiche comparative sulle sottopopolazioni dei relativi setting, è stata svolta un'analisi delle differenze in termine di numeri e percentuali di miglioramento nelle valutazioni degli item divisi per categorie, tra il T0 e il T1 (Tabelle 6a, 6b, 6c).

Le Tabelle mostrano un generale aumento delle valutazioni positive sulle variabili del gradimento, del tono dell'umore e dell'appetibilità in tutti e tre i setting. Unica tendenza inversa è rappresentata dalla variabile dell'interazione con il personale sanitario nel contesto dell'Oncologia, con una riduzione del 5% del tasso di positività nel periodo T1 rispetto al T0.

Il setting che dimostra un miglioramento maggiore è quello dell'Hospice con indici di positività che superano il 90% in tutte e quattro le variabili in particolare negli outcome del tono dell'umore e dell'appetibilità. In RSA si osservano incrementi che vanno da +16% nell'interazione con il personale sanitario fino a +43% per il tono dell'umore.

Trasversalmente la variabile che ottiene lo scostamento maggiore a favore dell'intervento, in tutti e tre i contesti, è quella del tono dell'umore (incrementi dal +43% al +47%). La variabile del gradimento mostra incrementi dal +26% al +32%, la variabile dell'appetibilità dal +3% al +52% mentre il range dello scostamento dell'outcome dell'interazione con il personale sanitario va dal -5% al +28%.



Figura 8a. Somministrazione dell'intervento nel contesto RSA

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



Figura 8b Somministrazione dell'intervento nel contesto di Oncologia



Figura 8c. Somministrazione dell'intervento nel contesto dell'Hospice.

Tabella 6a: Confronto dei range delle valutazioni e del numero e percentuale delle valutazioni positive (4 e 5), per item e per categorie (outcome), nel sottocampione dell'RSA.

RSA (N=13)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		GRADIMENTO				TONO DELL'UMORE			APPETIBILITÀ			INTERAZIONE PERSONALE			
T0	Range	02-05	02-05	02-05	02-05	02-05	02-05	02-05	02-05	02-05	01-05	02-05	02-05	01-05	01-05
	Valutazioni positive (4-5)	8	5	10	7	7	5	7	8	7	7	10	9	8	7
		62%	39%	77%	54%	54%	39%	54%	62%	54%	54%	77%	69%	62%	54%
		58%				49%			56%			65%			
T1	Range	03-05	03-05	04-05	03-05	02-05	03-05	04-05	02-05	03-05	02-05	03-05	02-05	02-05	02-05
	Valutazioni positive (4-5)	9	11	13	11	12	11	13	9	12	10	11	10	12	9
		69%	85%	100%	85%	92%	85%	100%	69%	92%	77%	85%	77%	92%	69%
		85%				92%			79%			81%			
% di Miglioramento		7%	46%	23%	31%	38%	46%	46%	7%	38%	23%	8%	8%	30%	15%
		27%				43%			23%			16%			

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



Tabella 6b: Confronto dei range delle valutazioni e del numero e percentuale delle valutazioni positive (4 e 5), per item e per categorie (outcome), nel sottocampione dell'Oncologia. L'item 14 al T0 riporta 13 valutazioni anziché 14*.

Oncologia (N=14)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		GRADIMENTO				TONO DELL'UMORE			APPETIBILITÀ			INTERAZIONE PERSONALE			
T0	Range	02-05	01-05	02-05	02-05	01-05	02-04	02-04	02-05	01-05	01-05	04-05	02-05	02-05	02-05
	Valutazioni positive (4-5)	8	7	5	10	8	4	6	10	7	7	14	12	11	11
		57%	50%	36%	71%	57%	29%	43%	71%	50%	50%	100%	86%	79%	*85%
		54%				43%			57%			87%			
T1	Range	03-05	03-05	02-05	03-05	02-05	03-05	03-05	03-05	02-05	02-05	04-05	02-05	03-05	01-05
	Valutazioni positive (4-5)	11	12	10	12	11	12	13	8	11	6	14	11	12	9
		79%	86%	71%	86%	79%	86%	93%	57%	79%	43%	100%	76%	86%	64%
		80%				86%			59%			82%			
% di Miglioramento		21%	50%	36%	14%	21%	57%	50%	-14%	29%	-7%	-	-7%	7%	-20%
		26%				43%			2%			*-5%			

Tabella 6c: Confronto dei range delle valutazioni e del numero e percentuale delle valutazioni positive (4 e 5), per item e per categorie (outcome), nel sottocampione dell'Hospice.

Hospice (N=7)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
		GRADIMENTO				TONO DELL'UMORE			APPETIBILITÀ			INTERAZIONE PERSONALE			
T0	Range	03-05	01-05	03-05	02-05	01-05	03-05	02-05	01-05	02-05	01-05	03-05	03-05	03-05	03-05
	Valutazioni positive (4-5)	3	4	6	6	3	4	3	4	3	2	5	4	6	4
		43%	57%	86%	86%	43%	57%	43%	57%	43%	29%	71%	57%	86%	57%
		68%				48%			43%			68%			
T1	Range	04-05	04-05	04-05	04-05	04-05	03-05	04-05	04-05	04-05	03-05	04-05	04-05	01-05	04-05
	Valutazioni positive (4-5)	7	7	7	7	7	6	7	7	7	6	7	7	6	7
		100%	100%	100%	100%	100%	86%	100%	100%	100%	86%	100%	100%	86%	100%
		100%				95%			95%			96%			
% di Miglioramento		57%	43%	14%	14%	57%	29%	57%	43%	57%	86%	29%	43%	-	43%
		32%				47%			52%			28%			





Registrazione del FFED e calcolo dell'intake calorico

Le schede del FFED sono state somministrate ai pazienti per l'autocompilazione con il supporto del personale OSS (incaricato di effettuare la distribuzione della colazione) per i pazienti che necessitavano di aiuto nella compilazione.

Per stimare l'intake calorico e la relativa differenza tra T0 e T1 è stato considerato il valore chilo-calorico (Kcal) degli alimenti assunti da ciascun soggetto nei diversi setting

(Tabella 7) e ricalcolato con una ponderazione equivalente alla quantità (in %) di cibo assunto da ciascun soggetto, rilevata attraverso il FFED:

- 100% = ponderazione 1
- 75% = ponderazione 0.75
- 50% = ponderazione 0.5
- 25% = ponderazione 0.25
- <25% = ponderazione 0.1

Tabella 7. Valori Kcal degli alimenti ordinati ed assunti dai soggetti nei diversi contesti di studio.

Alimenti	RSA San Giacomo		Oncologia San Luigi		Hospice Valletta	
	Gr/ml unità	Kcal unità	Gr/ml unità	Kcal unità	Gr/ml unità	Kcal unità
Caffelatte (d'orzo)		234 Kcal		183,57 Kcal		253 Kcal
Caffè d'orzo	Tazza da 400 ml	80 Kcal	Tazza da 300 ml		Tazza da 400 ml	
Tè zuccherato		28 Kcal		30 Kcal		32 Kcal
Savoiardo (Sfuso)	10 gr	37,8 Kcal	-	-	-	-
Biscotto frollino	8 gr	36,8 Kcal	Pacco 25gr	115,25Kcal	Pacco 25gr	115,25Kcal
Fette biscottate	7,5 gr	30,4 Kcal	Pacco 15 gr	61,35 Kcal	Pacco 15 gr	61,35 Kcal
Plumcake	33 gr	130 Kcal	-	-	-	-
Budino Vaniglia	-	-	80 gr	75,2 Kcal	-	-
Budino Cacao	-	-		82,4 Kcal	-	-
Yogurt alla frutta	-	-	125 gr	127,5 Kcal	-	-
Frutta frullata	-	-	100 gr	63 Kcal	-	-
Marmellata	25 gr	37,25 Kcal	25 gr	37,25 Kcal	25 gr	37,25 Kcal
Grissini	-	-	12 gr	49,32 Kcal	-	-
Succo di frutta	-	-	200 ml	112 Kcal	-	-

I valori delle Kcal assunte e i valori del FFED medio nei due periodi sono presentati nella Tabella 8.

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

278

Submission received: 08/09/2025

End of Peer Review process: 05/07/2026

Accepted: 27/07/2026



Tabella 8. Valori delle Kcal sommate e indice medio del FFED nei due periodi T0 e T1.

Setting	Soggetto	Periodo T0		Periodo T1		Rapporto T1/T0
		Kcal	FEED medio	Kcal	FEED medio	
RSA San Giacomo	RES-001	1190,45	1	1066,80	1	0,89 (↓)
	RES-002	597,70	0.94	625,35	1	1,05 ()
	RES-003	1026,55	1	1087,35	1	1,06 ()
	RES-004	560,55	1	560,55	1	1 (=)
	RES-005	780,75	0.83	629,10	0.63	0,80 (↓)
	RES-006	1935,35	1	1548,40	1	0,80 (↓)
	RES-007	1160,50	1	1155,60	1	0,99 (↓)
	RES-008	1456,50	1	975,60	1	0,66 (↓)
	RES-009	1658,80	1	1806	1	1,09 ()
	RES-010	1272,50	1	1066,80	1	0,84 (↓)
	RES-011	1042,20	1	1042,20	1	1 (=)
	RES-012	1158	1	1127,60	1	0,97 (↓)
	RES-013	1443,75	1	1374,10	1	0,95 (↓)
SCDU Medicina Oncologica AOU San Luigi Gonzaga	MED-014	577,37	1	474,25	1	0,82 (↓)
	MED-015	1124,21	0.92	1260,20	1	1,12 ()
	MED-016	660,85	0.96	358,05	1	0,54 (↓)
	MED-017	1713,25	1	659,35	0.67	0,38 (↓)
	MED-018	433,23	0.83	697,46	0.79	1.60 ()
	MED-019	841,49	0.97	775,35	1	0,92 (↓)
	MED-020	1332,15	1	764,53	0.63	0,57 (↓)
	MED-021	1846,44	1	1263,92	0.67	0,68 (↓)
	MED-022	625,88	0.97	836,39	1	1,34 ()
	MED-023	1146,35	1	687,40	0.67	0,60 (↓)
	MED-031	772,25	0.83	1354,50	1	1,75 ()
	MED-032	1171,75	1	796,70	1	0,68 (↓)
	MED-033	1279,40	1	884,60	0.67	0,69 (↓)
	MED-034	911,50	0.89	458,10	1	0,50 (↓)
Hospice Presidio Valletta	HOS-024	725,25	0.75	1565,75	1	2,16 ()
	HOS-025	787,50	1	1085,25	1	1,38 ()
	HOS-026	1363,30	1	1457,95	1	1,07 ()
	HOS-027	1121,70	1	1230,95	0.93	1,1 ()
	HOS-028	2008,35	1	1746,30	1	0,87 (↓)
	HOS-029	1467,45	1	1681	1	1,15 ()
	HOS-030	2092,20	1	2049,25	1	0,98 (↓)
Legenda: Presenza di sintomi che hanno inficiato l'assunzione Digiuno per esami diagnostici (1 giorno)						

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

279

Submission received: 08/09/2025
End of Peer Review process: 05/07/2026
Accepted: 27/07/2026



Durante il periodo di intervento, nel setting Oncologia, è stato prescritto il digiuno per indagini diagnostiche a 5 soggetti (2 nel primo periodo e 3 nel secondo periodo di campionamento). Inoltre, due soggetti hanno manifestato sintomi disturbanti che hanno inficiato l'assunzione. Confrontando i valori di introito calorico per ciascun soggetto tra i due periodi (T1/T0) si osserva che 20 soggetti su 34 hanno avuto un calo dei valori calorici, 2 soggetti hanno avuto lo stesso intake calorico nei due periodi e i restanti 12 soggetti hanno avuto un incremento dell'apporto calorico.

La media delle Kcal assunte nei due periodi è stata comparata utilizzando il test dei ranghi di Wilcoxon (Tabella 9).

Tabella 9. Risultato del test di Wilcoxon sui valori delle Kcal assunte nei due periodi T0 e T1.

Medie	W	P-value	Correlazione biseriale
Periodo T0 Kcal	182	0.08	-0.351
Periodo T1 Kcal			

Il test rileva una differenza consistente (W. 182) tra i due periodi, ma questa è a favore del T0 (correlazione biseriale: -0.351). Tuttavia, il risultato del test risulta ampiamente non significativo (p: 0.080), motivo per il quale non è stata applicata la correzione secondo Holm.

Questo risultato potrebbe essere correlato a diversi fattori come la scelta differente degli alimenti richiesti nei giorni di osservazione, porzionamenti delle bevande diverse in rapporto all'operatore presente, livello di sazietà e calorie assunte la sera precedente con la cena, etc. I digiuni avvenuti tutti nel periodo T1 possono aver inciso,

contribuendo ad avere più rilevazioni con un basso indice nel rapporto T1/T0. Inoltre, lo strumento del FFED richiede una stima spannometrica operatore dipendente con un, seppur minimo, grado di imprecisione. Non si può escludere che anche il sovracampionamento avvenuto nel periodo di festività (tra Natale e Capodanno) può aver influito sull'intake alimentare dei soggetti.

Intervista semi-strutturata

Le Interviste sono state condotte su un sottocampione randomizzato della popolazione in studio.

Per ciascun setting è stata eseguita la randomizzazione dei partecipanti mediante il software Randomizer. Ai soggetti randomizzati è stato chiesto il consenso e l'autorizzazione scritta ad essere intervistati e registrati e solo coloro che hanno firmato il consenso sono stati arruolati (Tabella 10).

Tabella 10. Caratteristiche demografiche del sottocampione randomizzato per l'intervista semi-strutturata.

Dati socio-demografici	RSA	Oncologia	Hospice	TOTALE
Randomizzati:	5	9	4	18
Intervistati:	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	10 (100%)
Genere (F)	2	3	1	6 (60%)
Età:				
Range	84-90	45-77	59-85	45-90
Media	87,6	67,2	72	73,3
Istruzione:				
Elementari	1	-	2	3 (30%)
Liceo	2	5	-	7 (70%)
Zona d'origine:				
Nord Italia	3	5	2	10 (100%)

Le interviste, audio-registrate e trascritte con il software Speechnotes, sono state condotte fino a saturazione dei temi. L'analisi qualitativa dei temi è stata gestita con il software QualCoder che ha permesso di creare uno schema di codifica categoriale (Tabella 11).

Tabella 11. Schema di codifica categoriale delle risposte e numero (N) di soggetti che rientrano nella categoria.

Domanda	Categoria	N	Verbatim
Cosa pensa dell'aspetto estetico del cibo somministrato nei contesti di cura? [Senza considerare l'intervento]	1A. L'occhio vuole la sua parte	2	"È importante perché come si suol dire 'l'occhio vuole la sua parte' quindi è importante vedere qualcosa che ti sollevi". "Ma per me il cibo rappresenta una cosa allegra per conto mio"
	1B. Meglio non vedere	4	"In ospedale non è bello" "Abbastanza negativo"

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



			<i>“Un po’ trascurato”</i> <i>“La presentazione lascia desiderare, messa nel piatto così...”</i>
	1C. Test superato	4	<i>“Sì, lo valuto molto bene perché vedo che è una cosa accurata”</i> <i>“Ci viene consegnato un pezzo di tovagliolo con la tazzina[...] diciamo che è sufficiente come presentazione”</i> <i>“Per me va bene così com’è”</i> <i>“Non era un ristorante però dignitoso via”</i>
Quali emozioni le suscitava?	1D. Quali emozioni?	5	<i>“Non saprei...”</i> <i>“Mah io non parlerei di emozioni, parlerei di sostentamento”</i> <i>“Non saprei, io sono un po’ chiuso... non saprei che dire”</i> <i>“Nessuna” (2)</i>
	1E. Ho una brutta sensazione	3	<i>“Un po’ di allontanamento dal cibo, dalla voglia di mangiarlo”</i> <i>“Io sono un tipo un po’ pignola, quindi mi dà fastidio”</i> <i>“diciamo che il cibo non era eccezionale però lo buttavi giù”</i>
	1F. Quando piace	2	<i>“Diciamo che dipende dalla situazione, potrebbe suscitare gioia come no. In generale tutto positivo”</i> <i>“Mi dà quell’emozione da dire, guarda, ho questo queste persone che mi stanno vicine”</i>
Quali altre caratteristiche sono da migliorare?	1G. Più qualità	3	<i>“Anche la qualità da migliorare”</i> <i>“La qualità del cibo”</i> <i>“La qualità del cibo sicuro”</i>
	1H. Più varietà	1	<i>“Avere più scelta, più portate”</i>
	1I. Maggior peso ai dettagli	2	<i>“essere più dettagliati nei menù, sapere che cosa c’è dentro gli alimenti”</i> <i>“Diciamo che potrebbe esserci un’idea diversa[...] bastano delle cose molto semplici come avete fatto voi”</i>
	1L. Perché c’è altro da migliorare?	4	<i>“Qualcosa da migliorare... No, io trovo veramente tutto bello, tutto”</i> <i>“Non lo so, io mi trovo bene[...] mi piace com’è”</i> <i>“questo aspetto anche se diciamo è di secondaria importanza[...] Mi trovo bene qua”</i> <i>“negli ospedali non ho mai trovato difficoltà da dire”</i>
Com’è cambiato il suo pensiero nei confronti del cibo servito nel contesto sanitario dopo l’intervento?	2A. Avvertire il cambiamento	6	<i>“A me è piaciuto... I fiori, avere più ornamento, più bello da vedere”</i> <i>“ho apprezzato il fatto di scendere giù al mattino con questi fiori, questi origami, queste cose che ti invogliano a partire con una giornata in modo positivo”</i> <i>“Allora [...] caffelatte rimane caffelatte, però ti devo dire che tovaglietta, fiore, presentazione... la frase nella tovaglietta... così ti mette più allegria”</i> <i>“Penso che chi doveva fare determinate cose, non so spiegarle per quale motivo[...] possa essere cambiata questa persona... mi posso essere reso conto anche di questi piccoli cambiamenti.”</i> <i>“C’è più allegria, quindi è meglio, sembra di essere non in un luogo chiuso. Migliora l’ambiente senz’altro”</i> <i>“Una non si sente neanche nell’ospedale, si sente di entrare”</i>

Authors’ Address:

C/O Corso di Laurea in
 Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
 AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
 10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

281

Submission received: 08/09/2025

End of Peer Review process: 05/07/2026

Accepted: 27/07/2026



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



			<i>dentro al ristorante, scendere dal letto e fare colazione”</i>
	2B. Conferme e certezze	4	<i>“È rimasto sempre uguale perché il cibo per me andava bene, era positivo. Certo si può sempre migliorare, però diciamo che andava già bene”</i> <i>“Quando uno sta male non riesce a mangiare. Non guarda tanto l'estetica perché sta male, poi dopo ha fame e anche l'estetica passa in secondo piano”</i> <i>“Per me è andato tutto bene, come sempre.”</i> <i>“Beh, l'ha confermato, cioè senz'altro una cosa ben preparata, variata anche, insomma...da un buon pensiero”</i>
	2C. Evasione	2	<i>“Un pensiero anche diversivo diciamo. Perché con questa presentazione... questi bei fiori[...]mi ha riportato alla mente di quando mi trovavo al mio paese. E c'era un fiume e dentro c'erano questi fiori belli. E allora questa vista mi ha portato in quel percorso che io facevo”</i> <i>“Ti porta fuori da...”</i>
Quali emozioni ha suscitato l'intervento?	3A. Gioia e allegria	7	<i>“Un'emozione allegra...”</i> <i>“Fai la colazione ancora più contenta [...]nel senso che mi sveglio al mattino con la voglia di attendere la colazione, cosa che prima non avveniva”</i> <i>“...in qualche modo mi ha subito dato forza, gioia, allegria.”</i> <i>“...ha fatto piacere a tutti, siamo stati tutti contenti.”</i> <i>“Sono contento. Anche il mio vicino...era contento pure lui”</i> <i>“È stato carino, un giochino...”</i> <i>“mi è piaciuto e poi ho pensato: toh, guarda, si può usare come porta bevande, come portafrutta”</i>
	3B. Sorpresa	3	<i>“Tutto pensavo meno che al cibo, però mi ha aiutato questa simpatica presentazione”</i> <i>“Le dirò che son stata sorpresa che finalmente in tutte queste RSA, ospedali si guardasse anche il lato estetico”</i> <i>“Non me lo sarei aspettata Eh, perché ho detto siamo in ospedale, facciamo colazione e invece m'ha fatto piacere”</i>
Quali sono le informazioni che l'infermiere/OSS dovrebbero reperire per conoscere le aspettative ed esigenze alimentari di un paziente?	4A. Non possiamo chiedergli di più	2	<i>“C'è una situazione di difficoltà a livello sanitario... dirle di caricare ancora il personale e di fare attenzione a certe peculiarità che vogliono i pazienti mi sembra un po' esagerato in questo momento.”</i> <i>“È una domanda difficile questa[...]l'infermiere non per sua colpa ha ben altre Incombenze cui far fronte.”</i>
	4B. Non potrei chiedere di meglio	6	<i>“Ma credo che comunque gli infermieri lo stiano facendo.”</i> <i>“Mah secondo me loro sono molto bravi”</i> <i>“Ma io dirò che guardi così, è già un servizio generale molto molto preparato e molto attivo”</i> <i>“No, non ci sono cose in più”</i> <i>“Io son guardato che va bene”</i> <i>“Mah io trovo che[...]ci trattano anche bene”</i>
	4C. Qualcosa in più	2	<i>“Cercare di conoscere le persone individualmente”</i> <i>“magari fare anche un po' più attenzione magari agli abbinamenti”</i>

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

282

Submission received: 08/09/2025

End of Peer Review process: 05/07/2026

Accepted: 27/07/2026





Dall'analisi delle risposte emerge che su 10 soggetti 4 avevano un'opinione negativa del sistema di ristorazione ospedaliera prima della sperimentazione, 2 avevano un'opinione neutra, mentre 4 soggetti avevano espresso un'opinione positiva. Dopo la sperimentazione si osserva un miglioramento dell'opinione generale, con 4 soggetti che hanno modificato in positivo la loro opinione rispetto a quella precedente, altri 5 soggetti hanno confermato la loro opinione positiva e solo un soggetto ha dichiarato che *"Quando uno sta male ... l'estetica passa in secondo piano"*. Per 2 soggetti l'esperienza ha evocato pensieri di evasione e ricordi del passato.

Per quanto concerne le emozioni vissute, prima della sperimentazione solo 2 soggetti hanno dichiarato di aver vissuto emozioni positive rispetto al momento del pasto in ambito sanitario, mentre i restanti soggetti hanno riferito di aver vissuto o emozioni negative (3 soggetti) o di non averne vissute affatto (5 soggetti). A seguito della sperimentazione si rileva che la totalità del campione intervistato ha dichiarato di aver vissuto emozioni positive durante l'intervento. Infine, è interessante che 4 soggetti su 10 ritengono che non si possa chiedere un maggior intervento degli operatori sanitari, specialmente del personale infermieristico poiché percepito come oberato da altre incombenze. Per 4 soggetti, invece, il personale fa già tutto ciò che serve per migliorare l'esperienza del pasto dei pazienti.

DISCUSSIONE

L'assunzione del cibo in ambito sanitario è un fenomeno multifattoriale, influenzato da diversi fattori quali: le condizioni cliniche del paziente, la qualità del cibo, l'organizzazione del servizio di ristorazione, i fattori ambientali ed estetici, l'interazione con gli altri utenti e con il personale sanitario (3,10,19).

Alcuni autori hanno osservato come la presentazione dei pasti sia un aspetto considerato e valutato dai pazienti (2,10–13) suggerendo che sia un elemento in grado di stimolare l'appetito e migliorare l'esperienza del pasto dei pazienti (2,3,10,17).

Tuttavia, l'aspetto edonistico del cibo è stato poco studiato in letteratura, infatti, soltanto gli autori di due trial clinici (17,18) hanno studiato gli effetti prodotti dal miglioramento dell'estetica e della presentazione dei pasti nei contesti ospedalieri. Altri autori hanno osservato il fattore ambientale e come questo possa influenzare l'assunzione di cibo (14), oppure come la forma e il colore dei piatti possa incidere sulla percezione della qualità del servizio di ristorazione ospedaliero (15). Gli outcome

osservati da questi autori erano circoscritti a gradimento e aumento dell'apporto alimentare.

Allo stato dell'arte, alcune dimensioni dell'esperienza del pasto nei contesti sanitari non sono state indagate in letteratura, come gli effetti sull'umore e sullo stato emotivo. Le neuroscienze hanno evidenziato come gli stimoli visivi attivano i circuiti della ricompensa a livello cerebrale, producendo meccanismi omeostatici e non omeostatici in grado di modificare il comportamento alimentare, andando a stimolare ulteriormente l'appetito anche quando sono stati soddisfatti i requisiti energetici dell'organismo (4,5). Sulla base di questi meccanismi, alcuni studi di mercato, in ambito di marketing, hanno osservato le variazioni sullo stato emotivo (6,9) e sulla modifica del comportamento alimentare (7–9) degli utenti in rapporto alla componente estetica degli alimenti. Sebbene tali studi siano stati sviluppati con finalità commerciali piuttosto che clinico-assistenziali, i risultati ottenuti suggeriscono la possibilità che interventi estetici possano influenzare anche l'esperienza del pasto dei pazienti, producendo effetti potenzialmente terapeutici.

In considerazione della natura multidimensionale del fenomeno e della limitata letteratura disponibile per rispondere al quesito di ricerca, si è scelto di effettuare uno studio pilota quasi-sperimentale a carattere esplorativo, ampliando l'osservazione a più outcome, come il tono dell'umore e lo stato emotivo, non osservati in contesto sanitario, insieme ad altri outcome già studiati in letteratura (gradimento, assunzione di cibo e interazione col personale sanitario).

Gradimento e aspettative.

Dagli studi reperiti in letteratura si evidenzia che la soddisfazione generale per il cibo nei contesti di cura risulta essere mediamente buona. Tuttavia, la presentazione dei pasti può risultare uno degli elementi maggiormente criticati e con indici di soddisfazione più bassi (23).

Negli studi in cui vi è stato un intervento correttivo volto a migliorare il servizio di ristorazione, il gradimento dei pazienti è risultato maggiore rispetto alle aspettative dichiarate dagli stessi (10,11,17).

I risultati osservati sul gradimento dell'intervento appaiono coerenti con quanto emerso in letteratura. Il test dei ranghi di Wilcoxon suggerisce che un intervento estetico sulla presentazione del pasto può influenzare positivamente il gradimento dei pazienti rispetto all'esperienza del pasto ($W = 136 - 338$). Tale influenza è stata parzialmente rilevata anche dal test di McNemar ($X^2 = 4 - 10.9$; $p = 0.001 - 0.077$). L'outcome Gradimento ha mostrato una





maggiore frequenza di valutazioni positive (valori 4 e 5 della scala Likert) in tutti e tre i setting di studio (RSA +27%; Oncologia +26%; Hospice +32%) nel periodo d'intervento rispetto al periodo precedente caratterizzato dalla presentazione standard.

L'analisi qualitativa ha arricchito l'interpretazione dei risultati quantitativi. Durante le interviste tutti i pazienti (n=10) hanno riferito di aver gradito l'intervento. Per la maggior parte del campione intervistato (n=8) l'intervento ha confermato e rafforzato il già buono livello di soddisfazione mentre per 2 soggetti l'intervento ha cambiato il gradimento da negativo a positivo.

Per quanto concerne le aspettative degli utenti rispetto al cibo in ambito sanitario, la letteratura evidenzia un trend in negativo (10,13,18,23). L'analisi dei dati qualitativi di questo progetto di tesi ha mostrato uno scostamento rispetto a quanto emerso in letteratura. La maggior parte del campione intervistato (6/10) ha espresso un'aspettativa e un'opinione positiva nei confronti del cibo già nel periodo di osservazione antecedente all'intervento. Si osserva come il numero di pazienti che ha espresso aspettative positive nei confronti del cibo risulti inferiore nel setting di Oncologia (1 soggetto su 5) rispetto ai setting Hospice (1 soggetto su 2) e RSA (2 soggetti su 3). Lo scostamento osservato rispetto ai dati presenti in letteratura potrebbe essere spiegato dalle caratteristiche dei setting coinvolti e dalla qualità percepita dei servizi di ristorazione oggetto dello studio. Tale osservazione suggerisce come le aspettative dei pazienti possano essere influenzate non soltanto dalle caratteristiche del cibo, ma anche dal contesto assistenziale e dalle esperienze pregresse maturate durante il percorso di cura.

Tono dell'umore ed emozioni.

In assenza di riferimenti disponibili in letteratura su questa dimensione, si è scelto di includere il tono dell'umore tra gli outcome osservati, adottando un approccio integrato quantitativo e qualitativo.

I risultati quantitativi suggeriscono che vi sia un'influenza positiva dell'intervento estetico sul tono dell'umore. Il test dei ranghi di Wilcoxon ha evidenziato differenze con un buon grado di significatività ($W=209-351$; $p: <0.001-0.003$) a favore dell'intervento. Anche attraverso il test di McNemar si è osservato un risultato analogo a favore dell'intervento ($X^2=9-17$; $p: <0.001-0.004$). Analizzando i dati trasversalmente sui tre contesti di studio, tra le variabili osservate, il tono dell'umore ha mostrato uno dei maggiori incrementi nelle valutazioni positive (RSA e Oncologia: +43%; Hospice: +47%) in rapporto all'intervento.

I dati qualitativi delle interviste integrano i dati sopra descritti, e mostrano le emozioni vissute dai pazienti durante lo studio e come queste si siano modificate in rapporto all'intervento.

Dall'analisi qualitativa emerge una trasformazione delle emozioni associate al momento della colazione: prima dell'intervento solo due soggetti hanno riferito di aver vissuto emozioni positive, mentre la maggior parte dei soggetti ha riferito un'assenza di emozioni (5 su 10 soggetti) o emozioni negative (3 su 10 soggetti). Nella rilevazione post-intervento (T1) la totalità del campione intervistato (n: 10) ha riferito di aver vissuto emozioni positive, prevalentemente di gioia e allegria (7 soggetti su 10), ma anche di stupore poiché l'intervento aveva fatto vivere un'esperienza diametralmente opposta a quelle vissute in precedenza e dichiarate al T0 (3 soggetti su 10).

Gli autori Wu, Liang, Zhang et al. (6) hanno osservato che alimenti dall'alto valore estetico risultano più confortanti e ricercati dai soggetti con uno stato emotivo negativo. Questo aspetto è emerso nel setting Oncologia, in cui l'aspettativa e le emozioni vissute prima dell'intervento risultavano più basse in termini di frequenza rispetto agli altri setting. A seguito dell'intervento, in questo setting si è rilevata una maggior influenza rispetto all'umore e ai pensieri associati all'esperienza vissuta.

Un fattore da tenere in considerazione per una lettura più realistica del fenomeno osservato è l'effetto Hawthorn. Una parte delle emozioni positive riferite dai partecipanti potrebbe essere stata influenzata dall'attenzione suscitata dall'intervento stesso e dalla percezione di una maggiore cura nei confronti della persona assistita indipendentemente dalla componente estetica introdotta.

Tuttavia, i risultati osservati in questo progetto appaiono coerenti con quanto emerso dalle evidenze provenienti da altri ambiti di ricerca e pertanto meritevoli di ulteriori indagini specifiche nel contesto clinico-assistenziale.

Appetibilità e introiti.

L'appetito è uno dei principali aspetti da considerare per la valutazione dello stato nutrizionale. La perdita di appetito nei contesti di cura è un fenomeno molto diffuso soprattutto in riferimento alla popolazione anziana e con dieta modificata (3,19,20,35) ed è considerato il principale fattore di rischio per la malnutrizione (19).

Il grado di appetito rappresenta per i pazienti un misuratore di guarigione (10). La malattia e i trattamenti sono tra le principali cause della perdita di appetito (12).

L'analisi statistica effettuata suggerisce che il miglioramento estetico della presentazione potrebbe





influenzare il desiderio di mangiare dei pazienti. Il secondo e terzo item della variabile mostrano valori consistenti di W (item 9= 204; item 10= 193) ma solamente l'item 9 conserva la significatività statistica. Inoltre, osservando i dati relativi al primo item [*L'aspetto della colazione (colore e consistenza degli alimenti) la invoglia a mangiare?*], l'intervento sembrerebbe non aver prodotto un effetto statisticamente significativo ($W=85$; $p=0.685$) sull'appetibilità intrinseca degli alimenti. Questa influenza borderline la si ritrova nei risultati del test di McNemar ($X^2= 0.333-13.0$; $p=<0.001-0.774$). Anche l'analisi qualitativa riporta una coerenza con i dati sopracitati: una delle pazienti intervistate ha infatti riferito "*Allora sul cibo non è cambiato niente perché comunque caffè latte rimane caffè latte*". Questi risultati suggeriscono che una presentazione più curata potrebbe avere un effetto stimolante sull'appetito ma non è sufficiente per poter migliorare appieno l'appetibilità degli alimenti somministrati. Tuttavia, in letteratura (seppur manchino studi specifici sugli effetti dell'estetica) la cura della presentazione dei pasti (11-13,17,19) e dell'ambiente in cui i pasti vengono consumati (13,14,16) vengono indicati come possibili interventi per migliorare l'assunzione di cibo e quindi prevenire la malnutrizione.

Una possibile spiegazione è data dal fatto che l'appetibilità del cibo non sempre si traduce in una maggior assunzione, poiché l'estetica è soltanto uno dei fattori che contribuisce all'assunzione di cibo (4). Sebbene gli stimoli visivi contribuiscano ad innescare i circuiti di ricompensa aumentando il desiderio di mangiare (4,6), la percezione del gusto e i meccanismi omeostatici determinano il rafforzamento dello stimolo o la sua inibizione (4).

Per quanto concerne i risultati sugli introiti calorici, si osserva una tendenza opposta rispetto a quanto emerso in letteratura. L'analisi del test di Wilcoxon sugli introiti calorici assunti dal campione mostra una diminuzione dell'intake calorico in rapporto all'intervento somministrato. Non è stato riscontrato un aumento delle calorie assunte dal campione a seguito dell'intervento ($W=182$; correlazione biseriale= -0.351). Tuttavia, tale riduzione non è statisticamente significativa ($p= 0.08$). Il trend osservato appare in contrasto con la tendenza rilevata negli outcome del gradimento, del tono dell'umore e dell'appetibilità. Una possibile spiegazione può derivare dalla natura multidimensionale del fenomeno in cui il desiderio di mangiare e l'effettiva assunzione di cibo potrebbero essere influenzati da diversi fattori in modalità e gradi differenti. Sebbene il desiderio di mangiare e l'esperienza soggettiva del pasto siano risultati favorevolmente influenzati dall'intervento, tali dimensioni non sembrano necessariamente tradursi in un aumento

immediato dell'assunzione calorica. Come osservato dagli autori Beck, Martinsen, Poulsen e Birkelund (16), l'ambiente ospedaliero presenta diversi elementi inibitori (come ad esempio odori sgradevoli, interruzioni del pasto da parte del personale sanitario per esecuzione di procedure) all'assunzione di cibo. L'esperienza estetica del pasto può contribuire a migliorare la percezione dell'esperienza alimentare e a stimolare il desiderio di alimentarsi, ma l'intake calorico rappresenta un outcome complesso, influenzato anche da numerosi fattori biologici, clinici, psicologici e organizzativi che possono agire contemporaneamente e con intensità differenti.

Inoltre, alcuni fattori confondenti potrebbero aver contribuito al risultato osservato. In particolare, i periodi di digiuno prescritti per indagini diagnostiche, verificatisi esclusivamente durante il periodo di intervento, una parte della raccolta dati avvenuta durante il periodo delle festività natalizie, conseguenza del sovracampionamento in Oncologia, la fisiologica variabilità nella scelta degli alimenti consumati e la variabilità operativa legata agli operatori coinvolti nella distribuzione dei pasti, potrebbero aver inciso sull'intake calorico registrato.

Alla luce di tali considerazioni, i risultati di questo studio non consentono di formulare ipotesi circa l'effetto dell'intervento sull'introito calorico, ma suggeriscono la necessità di ulteriori approfondimenti mediante studi specificamente progettati per controllare i principali fattori confondenti che influenzano l'alimentazione nei contesti di cura.

Interazione con il personale sanitario

L'interazione col personale durante i pasti risulta tra gli aspetti valutati più positivamente dai pazienti (10,23). Migliorare la qualità del servizio di ristorazione ha ripercussioni positive non solo sui pazienti ma anche sugli operatori che ne beneficiano in termini di motivazione e soddisfazione del proprio operato (18). Quando gli infermieri attuano interventi per migliorare l'ambiente durante i pasti migliora l'esperienza vissuta dai pazienti e conseguentemente il loro giudizio sull'operato degli infermieri (16). Un valido esempio in letteratura è l'approccio "Quiet please" attuato dagli infermieri, in cui le attività infermieristiche vengono ridotte al minimo durante i pasti, producendo effetti positivi sul gradimento, l'appetito e l'interazione sociale (14).

Nell'analisi quantitativa del questionario, l'interazione con il personale sanitario ha mostrato i valori positivi più alti già al T0. Tale rilevazione è stata confermata dai risultati delle interviste: 8/10 soggetti intervistati hanno valutato positivamente l'operato di infermieri e OSS già prima





dell'intervento e non hanno suggerito modifiche o segnalato carenze.

Sebbene l'intervento estetico abbia prodotto un miglioramento delle valutazioni, le analisi statistiche non hanno evidenziato un andamento statisticamente significativo (Wilcoxon: $p = 1.000$; McNemar: $p = 0.062 - 0.774$) da consentire di associare tale variazione all'intervento estetico. Una possibile interpretazione è data dall'elevato livello di soddisfazione rilevato al basale che ha comportato un ridotto margine di miglioramento disponibile, determinando un possibile *ceiling effect*.

Limiti dello studio.

Data la tipologia di studio che integra i dati qualitativi ai dati quantitativi con un approccio a studi misti, si è cercato di tenere il maggior rigore metodologico possibile, tuttavia lo studio presenta dei limiti.

Non è stato possibile stimare una dimensione dell'effetto per ciascun outcome e di conseguenza la numerosità campionaria è stata stimata ipotizzando un effetto moderato. La numerosità campionaria, adeguata alle finalità esplorative dello studio, non consente tuttavia una comparazione statistica tra i setting coinvolti per via di possibili confondenti generati dall'eterogeneità stessa dei setting, nonostante i restrittivi criteri di selezione del campione adottati.

La natura esplorativa dello studio e la numerosità campionaria limitano la rappresentatività statistica dei risultati e richiedono conferma mediante studi futuri adeguatamente dimensionati.

CONCLUSIONI

In considerazione delle evidenze emerse nel campo delle neuroscienze e delle indagini sulle modifiche del comportamento alimentare rispetto a stimoli estetici, lo scopo di questo studio è stato quello di osservare e misurare i possibili effetti sui pazienti di un intervento di miglioramento della presentazione di un pasto nei contesti sanitari.

Partendo da quanto osservato da diversi autori in ambito clinico-assistenziale, è stato strutturato uno studio quasi-sperimentale a carattere esplorativo, allargando l'osservazione su più dimensioni dell'esperienza alimentare dei pazienti. Seppur nei limiti di uno studio pilota, i risultati di questo lavoro suggeriscono che un intervento di miglioramento estetico della presentazione di un pasto possa influenzare alcune dimensioni dell'esperienza alimentare delle persone assistite. In particolare, sono state rilevate influenze positive sul gradimento e il tono dell'umore e, in parte, sul desiderio di mangiare dei

pazienti. Tra gli outcome osservati, il tono dell'umore, dimensione su cui mancano evidenze in letteratura, ha mostrato i risultati più rilevanti e significativi sia in termini quantitativi che qualitativi.

In contro tendenza ai risultati ottenuti nelle altre dimensioni, l'intervento sembrerebbe non aver prodotto un incremento dei valori calorici, discostandosi così da quanto osservato da altri autori. La mancanza di un corrispondente incremento dell'intake calorico evidenzia ulteriormente il carattere multidimensionale del fenomeno. Diversi fattori biologici, clinici, psicologici e organizzativi, unitamente ad alcuni elementi confondenti derivati dallo studio stesso possono aver contribuito alla riduzione dell'apporto calorico senza una significatività statistica.

In rapporto all'outcome dell'interazione con il personale, è stato rilevato un lieve incremento non statisticamente significativo, probabilmente dovuto alle valutazioni già elevate al baseline che hanno prodotto un ridotto margine di miglioramento possibile.

Nel complesso, i risultati di questo studio suggeriscono che gli aspetti estetici associati alla presentazione di un pasto possano influenzare alcune dimensioni dell'esperienza alimentare delle persone assistite, in particolare quelle legate alla sfera percettiva ed emotiva. Pur non consentendo di formulare conclusioni definitive sull'efficacia dell'intervento, il presente lavoro contribuisce ad ampliare le conoscenze sugli aspetti edonistici del cibo nei contesti clinico-assistenziali e suggerisce l'opportunità di ulteriori studi finalizzati ad approfondire il ruolo che l'esperienza estetica del pasto può assumere nel percorso di cura e nel benessere della persona assistita.

BIBLIOGRAFIA

1. Fatati G, Amerio ML. Dietetica e nutrizione: clinica, terapia e organizzazione. Roma: Il pensiero scientifico, 2012.
2. Vaillant MF, Alligier M, Baclet N, Capelle J, Dousseaux MP, Eyraud E, et al. Guidelines on Standard and Therapeutic Diets for Adults in Hospitals by the French Association of Nutritionist Dieticians (AFDN) and the French Speaking Society of Clinical Nutrition and Metabolism (SFNCM). *Nutrients* 2021;13(7):2434





DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



3. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 2019;38(1):10–47
4. Sironi VA, Morini G. *Le declinazioni del cibo: nutrizione, salute, cultura*. Roma: GLF editori Laterza, 2016.
5. Alonso-Alonso M, Woods SC, Pelchat M, Grigson PS, Stice E, Farooqi S, et al. Food reward system: current perspectives and future research needs. *Nutrition Reviews* 2015;73(5):296–307.
6. Wu C, Liang X, Zhao K, Zhu H, Huang C, Zhang S, et al. Ugly food, not eat: the eating intention of emotional eater for different esthetic food. *Eat Weight Disord* 2022;27(7):2889–96.
7. Zellner DA, Loss CR, Zearfoss J, Remolina S. It tastes as good as it looks! The effect of food presentation on liking for the flavor of food. *Appetite* 2014;77:31–5.
8. Stroebele N, De Castro JM. Effect of ambience on food intake and food choice. *Nutrition* 2004;20(9):821–38.
9. Spence C. Background colour & its impact on food perception & behaviour. *Food Quality and Preference* 2018;68:156–66.
10. Johns N, Hartwell H, Morgan M. Improving the provision of meals in hospital. The patients' viewpoint. *Appetite* 2010;54(1):181–5.
11. O'hara PA, Harper DW, Kangas M, Dubeau J, Borsutzky C, Lemire N. Taste, temperature, and presentation predict satisfaction with foodservices in a Canadian continuing-care hospital. *J Am Diet Assoc* 1997;97(4):401–5.
12. Stanga Z, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: a survey of patients' perceptions. *Clin Nutr* 2003;22(3):241–6.
13. Beck M, Poulsen I, Martinsen B, Birkelund R. Longing for homeliness: exploring mealtime experiences of patients suffering from a neurological disease. *Scand J Caring Sci* 2018;32(1):317–25.
14. Beck M, Birkelund R, Poulsen I, Martinsen B. Supporting existential care with protected mealtimes: patients' experiences of a mealtime intervention in a neurological ward. *J Adv Nurs* 2017;73(8):1947–57.
15. Hannan-Jones M, Capra S. Impact of type, size and shape of plates on hospital patients' perceptions of the quality of meals and satisfaction with foodservices. *Appetite* 2018;120:523–6.
16. Beck M, Martinsen B, Poulsen I, Birkelund R. Mealtimes in a neurological ward: a phenomenological-hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing* 2016;25(11–12):1614–23.
17. Navarro DA, Shapiro Y, Birk R, Boaz M. Orange napkins increase food intake and satisfaction with hospital food service: A randomized intervention. *Nutrition* 2019;67–68:100008.
18. Navarro DA, Boaz M, Krause I, Elis A, Chernov K, Giabra M, et al. Improved meal presentation increases food intake and decreases readmission rate in hospitalized patients. *Clinical Nutrition* 2016;35(5):1153–8.
19. Noor Suzana O, Md Nor N, Md Sharif MS, Hamid SBA, Rahamat S. Hospital Food Service Strategies to Improve Food Intakes among Inpatients: A Systematic Review. *Nutrients* 2021;13(10):3649.
20. Blomberg K, Wallin A, Odencrants S. An appealing meal: Creating conditions for older persons' mealtimes – a focus group study with healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing* 2021;30(17–18):2646–53.
21. Eiseman L. *Color: messages and meanings a Pantone color resource*. Gloucester: Hand Books Press, 2006.
22. Souza AC de, Alexandre NMC, Guirardello E de B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv Saude* 2017;26(3):649–59.
23. Furness K, Harris M, Lassemillante A, Keenan S, Smith N, Desneves KJ, et al. Patient Mealtime Experience: Capturing Patient Perceptions Using a





- Novel Patient Mealtime Experience Tool. *Nutrients* 2023;15(12):2747.
24. Banks M, Hannan-Jones M, Ross L, Buckley A, Ellick J, Young A. Measuring the quality of Hospital Food Services: Development and reliability of a Meal Quality Audit Tool. *Nutrition & Dietetics* 2017;74(2):147–57.
 25. Watters CA, Sorensen J, Fiala A, Wismer W. Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc* 2003;103(10):1347–9.
 26. Wright O, Capra S, Aliakbari J. A comparison of two measures of hospital foodservice satisfaction. *Aust Health Rev* 2003;26(1):70–5.
 27. Hamilton K, Spalding D, Steele C, Waldron S. An audit of nutritional care delivered to elderly inpatients in community hospitals. *J Hum Nutr Diet* 2002;15(1):49–58.
 28. Wright ORL, Capra S, Connelly LB. Foodservice satisfaction domains in geriatrics, rehabilitation and aged care. *J Nutr Health Aging* 2010;14(9):775–80.
 29. Lengyel CO, Smith JT, Whiting SJ, Zello GA. A questionnaire to examine food service satisfaction of elderly residents in long-term care facilities. *J Nutr Elder* 2004;24(2):5–18.
 30. Evans BC, Crogan NL. Using the FoodEx-LTC to assess institutional food service practices through nursing home residents' perspectives on nutrition care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005;60(1):125–8.
 31. Ncube LJ, Nesamvuni AE. South African foodservice quality: inpatient's perceptions. *Int J Health Care Qual Assur* 2019;32(2):447–58.
 32. Elangovan N, Sundaravel E. Method of preparing a document for survey instrument validation by experts. *MethodsX* 2021;8:101326.
 33. Andrews YN, Castellanos VH. Development of a method for estimation of food and fluid intakes by nursing assistants in long-term care facilities: a pilot study. *J Am Diet Assoc* 2003;103(7):873–7.
 34. Bourrée F, Michel P, Salmi LR. Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(6):415–23.
 35. Pouyet V, Giboreau A, Benattar L, Cuvelier G. Attractiveness and consumption of finger foods in elderly Alzheimer's disease patients. *Food Quality and Preference* 2014;34:62–9.



Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press



ALLEGATI

Allegato 1. Il questionario.

QUESTIONARIO T-0

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI:

GENERE:

☐ Maschio ☐ Femmina ☐ Non dichiarato

ETÀ: _____ anni

REGIONE D'ORIGINE:

☐ Nord ☐ Centro ☐ Sud e Isole
☐ Extra Italia

LIVELLO ISTRUZIONE:

☐ Elementari ☐ Medie ☐ Superiori/Liceo
☐ Università

NUMERO DI GIORNI DI RICOVERO:

☐ 3-5gg ☐ 6-8gg ☐ 9-11gg ☐ 12-14gg
☐ >15gg

AREA DEGLI OUTCOME

Metta una "X" sul valore che ritiene più adatto al suo pensiero e al suo vissuto.

GRADIMENTO

1. Quanto è gradevole l'aspetto estetico della colazione (colore, consistenza, ecc)?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

2. Quanto è gradevole la presentazione del vassoio della colazione?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

289

Submission received: 08/09/2025
End of Peer Review process: 05/07/2026
Accepted: 27/07/2026



3. La presentazione del vassoio e la disposizione del coperto e degli alimenti, le permettono di mangiare con facilità senza dover chiedere aiuto?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

4. Il vassoio della colazione (comprese posate, tovaglioli, imballaggi, ecc.) ha tutto ciò di cui ha bisogno?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

TONO DELL'UMORE

5. Secondo lei la cura nella presentazione del vassoio della colazione può migliorare il tono dell'umore?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

6. L'aspetto della colazione (colore e consistenza degli alimenti) che tipo di emozioni/pensieri le trasmette?

1	2	3	4	5
MOLTO NEGATIVI	ABBASTANZA NEGATIVI	NESSUNA	ABBASTANZA POSITIVI	MOLTO POSITIVI

7. La presentazione e i colori del vassoio che tipo di emozioni/pensieri le trasmette?

1	2	3	4	5
MOLTO NEGATIVI	ABBASTANZA NEGATIVI	NESSUNA	ABBASTANZA POSITIVI	MOLTO POSITIVI

APPETIBILITÀ

8. L'aspetto della colazione (colore e consistenza degli alimenti) la invoglia a mangiare?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

9. La presentazione e i colori del vassoio la invogliano a mangiare la colazione?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

10. Secondo lei la cura nella presentazione del vassoio della colazione può migliorare/aumentare l'appetito?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

290

Submission received: 08/09/2025
End of Peer Review process: 05/07/2026
Accepted: 27/07/2026



INTERAZIONE COL PERSONALE

11. È trattato/a con rispetto dal personale sanitario durante la colazione?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

12. Si sente libero/a di esprimere le sue preoccupazioni o reclami sul cibo servito?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

13. Le sue preoccupazioni o lamentele sul cibo, vengono prese in considerazione dal personale di supporto e/o infermieristico?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

14. Gli infermieri e il personale di supporto quanto si interessano che il servizio della colazione sia di suo gradimento?

1	2	3	4	5
PER NIENTE	POCO	SUFFICIENTE	ABBASTANZA	MOLTO

Authors' Address:

C/O Corso di Laurea in
Infermieristica, Università degli Studi di Torino –
AOU San Luigi Gonzaga Regione Gonzole 10
10043, Orbassano (TO) ITALY



Milano University Press

291

Submission received: 08/09/2025
End of Peer Review process: 05/07/2026
Accepted: 27/07/2026