



## IL PROGETTO NAZIONALE GUADAGNARE SALUTE IN ADOLESCENZA - ATTIVITÀ FISICA E ALIMENTAZIONE

Pio Russo Krauss e il Gruppo di lavoro Guadagnare Salute in Adolescenza - Attività Fisica e Alimentazione\*

ASL Napoli 1 Centro

**SUMMARY** (*The Italian National Project Guadagnare Salute in Adolescence - Physical Activity and Healthy Eating*) - The project aimed to promote physical activity and healthy eating among teenagers, helping regional local partners to set up interventions with larger effectiveness. The main strategies were: disseminating best practices, training health professionals trainers, promoting a Community of Practice. Three best practices were proposed to several regions that were offered 21,000 euro as start up grant. Fifteen out of 20 regions adhered to the project. Training involved 322 health workers and 1,170 teachers. Nearly 29,000 students actively participated in the project, among which 11,000 have taken part in a 10-hours education program.

**Key words:** physical activity promotion; nutrition education; health promotion

pio.russokrauss@aslnapoli1centro.it

### Introduzione

La sedentarietà e le cattive abitudini alimentari sono tra i principali fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili, principali responsabili del carico di malattia e di mortalità nel nostro Paese (1). Nel 2010, secondo lo studio HBSC Italia, solo 2 adolescenti su 10 mangiavano verdura tutti i giorni, e solo 4 su 10 faceva almeno 3 ore di attività fisica alla settimana (2). Per un'efficace promozione sui corretti stili di vita è necessario intervenire in età infantile e adolescenziale, fasi della vita in cui i comportamenti si consolidano.

Nel 2007 il Governo ha varato il programma nazionale "Guadagnare Salute" per promuovere stili di vita in grado di contrastare il peso delle malattie croniche. Nell'ambito di tale programma, nel 2007, è stato affidato l'incarico al Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute del Piemonte di effettuare una ricognizione delle attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti, da cui è emerso che solo 6 dei 339 progetti su alimentazione e attività fisica, attuati in Italia tra il 2000 e il 2008 e terminati a giugno 2008, potevano essere considerati, secondo criteri prestabiliti, delle buone pratiche (3). La necessità di migliorare l'efficacia degli interventi al fine di utilizzare in maniera più efficiente le risorse è la finalità principale del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione (GSA-AFAI).

Di seguito viene illustrata l'attività svolta e i risultati raggiunti.

### Materiali e metodi

Il progetto GSA-AFAI ha come gruppo prioritario i ragazzi di 10-18 anni e come obiettivi la realizzazione, da parte delle ASL, di interventi da considerare come buone pratiche, l'applicazione dei progetti Quadrifoglio, Paesaggi di Prevenzione e Ragazzi in Gamba (cfr p. ii), e un'adeguata formazione degli operatori impegnati in tali attività. La strategia adottata ha previsto una formazione sul campo e la costituzione di una comunità di pratica attraverso corsi di formazione a cascata, incontri di confronto e lavoro a livello nazionale, regionale e interregionale, un blog aperto a tutti gli operatori ([www.inadolescenza.it](http://www.inadolescenza.it)) e una newsletter.

Il progetto si rivolgeva alle regioni e alle province autonome, con un budget di 340.000 euro e una durata di 3 anni (2010-12). È stato costituito un gruppo di coordinamento nazionale e nominato un responsabile nazionale, con un budget di 5.000 euro per spese di missione, coadiuvato da una borsista a 10 ore settimanali per 18 mesi (costo 20.000 euro). Tutte le regioni/province autonome sono state previamente informate e invitate a partecipare a un convegno di presentazione del progetto, stipulando una convenzione con la regione Piemonte, che metteva a disposizione un finanziamento di 21.000 euro per regione partecipante.

Le regioni che decidevano di aderire al progetto si impegnavano a svolgere le seguenti azioni: 1) ricognizione delle iniziative in corso nel proprio territorio; 2)

coinvolgimento degli attori locali; 3) costituzione di un team con personale di più articolazioni aziendali; 4) adattamento al proprio contesto delle buone pratiche; 5) formazione degli operatori; 6) definizione della proposta di intesa con le scuole secondarie e con le scuole primarie (per le sole IV e V classi); 7) coinvolgimento delle scuole; 8) formazione degli insegnanti e distribuzione di programmazioni educative e materiale didattico; 9) supporto agli insegnanti; 10) coinvolgimento delle famiglie; 11) azioni per rendere il contesto scolastico ed extrascolastico promotore di salute; 12) coinvolgimento della comunità; 13) organizzazione di un evento; 14) monitoraggio del progetto. Le regioni potevano scegliere di adottare come buona pratica i progetti Quadrifoglio oppure Paesaggi di Prevenzione, ai quali andava obbligatoriamente affiancato Ragazzi in Gamba e avrebbero ricevuto copia di tutti i materiali utili. Il monitoraggio del progetto GSA-AFAI avveniva tramite la compilazione di un'apposita scheda (4) da parte dei referenti regionali in 3 momenti: al termine dell'adattamento al proprio contesto delle buone pratiche (giugno 2011); al compimento della formazione degli insegnanti e della distribuzione del materiale didattico (novembre 2011); a conclusione di tutte le azioni previste (novembre 2012).

Criteri di efficacia del progetto nazionale erano considerati la numerosità delle regioni aderenti al GSA-AFAI, degli operatori formati, delle ASL parteci- ▶

(\* Gruppo di lavoro Guadagnare Salute in Adolescenza - Attività Fisica e Alimentazione: Sandra Bosi (resp. Paesaggi di Prevenzione), Lucia Denoni (resp. Ragazzi in Gamba), Elena Coffano (DORS-Piemonte), Giuseppe Salamina (Regione Piemonte), Lisa Maione (ASL NA1 Centro), Roberta Molinar (Coop. Eclectica), Giorgiana Modolo (ASL TO1), Maria Rita Molino (ASL TO4), Letizia Zotte (ASP Trento), Cristina Aguzzoli (ASS Isontina 2), Denise Di Bernardo (ASS Isontina 3), Susanna Morgante (ULSS 20 Verona), Marina Fridel (Regione Emilia-Romagna), Claudio Cullotta (Regione Liguria), Annamaria Giannoni (Regione Toscana), Daniel Fiacchini (ASUR Marche), Antonio Ciglia (ASL Pescara), Maria Letizia Cialella (ASRem Molise), Pierluigi Pecoraro (ASL NA3 Sud), Giuseppe Longo (ASL Lecce), Franca Faillace (ASL Catanzaro), Annamaria Morrocu (ASL Oristano), Maria Adelia Aini (ASL Olbia).

## Le buone pratiche del progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione

### Progetto Quadrifoglio

**Promotori:** ASL Napoli 1 Centro, Comune di Napoli, Lega per la Lotta contro i Tumori e Coldiretti

**Modelli teorici di riferimento:** comportamento pianificato (Ajzen), dissonanza cognitiva (Festinger), pedagogia cognitivista, didattica attiva

**Anno di inizio:** 1997

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano ad un corso di formazione, ricevono un testo guida con programmazioni educative e materiali didattici, tra cui un DVD)

**Coinvolgimento delle famiglie:** tramite attività previste nelle programmazioni educative e tramite materiali comunicativi (opuscolo, locandina, ecc.)

[www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/progetto-quadrifoglio-gsa](http://www.aslnapoli1centro.it/web/promozione-della-salute/progetto-quadrifoglio-gsa)

### Paesaggi di Prevenzione

**Promotori:** Regione Emilia-Romagna e Centro Luoghi di Prevenzione

**Modelli teorici di riferimento:** intelligenze multiple (Gardner), teoria dei bisogni (Maslow), autoefficacia (Bandura), intelligenza emotiva (Goleman-Guildford), modello transteorico (Di Clemente-Prochaska)

**Anno di inizio:** 2006

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano a un corso di formazione, ricevono un DVD didattico con indicazioni metodologiche, programmazioni educative, materiali didattici e prove di verifica)

[www.luoghidiprevenzione.it/PaesaggiDiPrevenzione/default.aspx](http://www.luoghidiprevenzione.it/PaesaggiDiPrevenzione/default.aspx)

### Ragazzi in Gamba

**Promotori:** ULSS 20 Verona, Comune di Verona, associazioni di volontariato

**Modelli teorici di riferimento:** ricerca-azione, intervento sul contesto

**Anno di inizio:** 2010

**Tipologia:** progetto curricolare svolto dagli insegnanti (gli insegnanti partecipano a un corso di formazione e ricevono materiali didattici), intervento sul contesto scolastico ed extrascolastico

<http://prevenzione.ulss20.verona.it/docs/AttivitaMotoriaNazionale/RagazziInGamba/Relazione-finale-progetto-ragazzi-in-gamba-Comune-VR.pdf>

panti in regione che costituivano team multisettoriali per intervenire sui temi di interesse, delle regioni/ASL che avevano sottoscritto accordi formali con altri enti (e che prima ne erano privi), degli studenti coinvolti in programmi didattici di almeno 10 ore.

### Risultati

Le regioni/ASL partecipanti hanno redatto il proprio progetto adattandolo al contesto di riferimento e prodotto i report necessari per il monitoraggio (5). Al termine del primo anno scolastico del progetto (maggio 2012) sono stati riportati i seguenti risultati:

- 15 su 21 regioni/province autonome hanno aderito alla proposta;
- sono stati formati 322 operatori sanitari: 149 attraverso corsi e incontri nazionali e regionali e 173 tramite corsi di formazione a cascata;
- 1.170 insegnanti sono stati formati dagli operatori delle regioni/ASL;
- in 38 delle 41 ASL che hanno adottato le buone pratiche proposte sono stati costituiti team intersettoriali per interventi di promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione;
- 8 delle 9 regioni che non avevano sottoscritto accordi sulla promozione della salute con enti, li hanno sottoscritti dopo aver realizzato il progetto;

- 14 delle 15 regioni/province autonome partecipanti hanno inserito il progetto GSA-AFAI nel loro Piano di Prevenzione;
- 29.000 studenti sono stati coinvolti in attività didattiche. Per il 79% di questi si hanno dati relativi a durata e tipologia delle attività didattiche svolte (Abruzzo, Basilicata e ASL di Oristano, infatti, non hanno consegnato i questionari di valutazione relativi ai loro circa 6.000 studenti). Il 48% degli allievi (11.000 studenti) ha partecipato a un itinerario didattico di oltre 10 ore (Tabella). Nel corso del progetto si è prodotto inoltre il cd "Piano di Salute della Scuola" che prevedeva la Guida per la redazione del Piano di Salute, la Griglia di valutazione, lo snackometro e altri strumenti operativi (6).

### Conclusioni

Valutare le attività di promozione della salute esulava dagli obiettivi del progetto. Alcuni indicatori di processo, tuttavia (numero di ASL in cui si sono costituiti team intersettoriali; numero di regioni che hanno sottoscritto accordi sulla promozione della salute con altri enti in seguito alla realizzazione del progetto; percentuale degli studenti che hanno partecipato ad attività curricolari di durata superiore alle 10 ore), hanno mostrato un buon livello di partecipazione e una presa in carico da parte delle regioni, ASL e scuole a livello locale. Inoltre, dopo la conclusione del GSA-AFAI, in maniera autonoma, 8 regioni/province autonome sulle 15 partecipanti hanno deciso di continuare l'intervento. La diffusione di buone pratiche, quando adeguatamente supportate da un intervento progettuale

**Tabella** - Studenti partecipanti al progetto Guadagnare Salute in Adolescenza-Attività Fisica e Alimentazione suddivisi per modalità e durata di partecipazione\*

	Primarie	Secondarie 1°	Secondarie 2°	Totale
Curricolare > 10 ore	2.454	4.396	4.184	11.112
Curricolare 3-10 ore	1.736	2.449	1.779	5.964
Non curricolare 3-10 ore, svolto da personale esterno alla scuola	0	0	110	110
Partecipanti a eventi o attività di durata < 3 ore	0	1.745	4.509	6.254
<b>Totale</b>	<b>4.190</b>	<b>8.590</b>	<b>10.582</b>	<b>23.440</b>

(\* Mancano i dati di Abruzzo, Basilicata e ASL di Oristano (circa 6.000 studenti)

condiviso, ha provato essere una strategia in grado di migliorare la qualità degli interventi a livello locale. ■

#### Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

#### Riferimenti bibliografici

1. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Bur-

den of Diseases, Injuries, and Risk Factors. Study 2010 (GBD 2010) ([www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010](http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/research/project/global-burden-diseases-injuries-and-risk-factors-study-2010)).

2. Gruppo di lavoro HBSC Italia. Studio HBSC Italia 2010, presentazione dei dati nazionali ([www.who.int/fctc/reporting/party\\_reports/italy\\_annex1\\_hbsc\\_2010.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/italy_annex1_hbsc_2010.pdf)).

3. Guadagnare Salute in Adolescenza: ricognizione delle esperienze di

prevenzione e promozione della salute in Italia. Report finale, 2009 ([www.dors.it/public/ar3601/REPORT\\_progettoAdolescenti.pdf](http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT_progettoAdolescenti.pdf)).

4. [www.inadolescenza.it/blog\\_alimentazione/?page\\_id=28](http://www.inadolescenza.it/blog_alimentazione/?page_id=28)

5. [www.inadolescenza.it/pdf/pubblicazioni/GSA\\_Torino\\_22-23\\_nov\\_2012\\_Russo\\_Krauss.pdf](http://www.inadolescenza.it/pdf/pubblicazioni/GSA_Torino_22-23_nov_2012_Russo_Krauss.pdf)

6. [www.aslnapoli1.centro.it/web/promozione-della-salute/scuole-promotrici-di-salute-ed-ecosostenibili](http://www.aslnapoli1.centro.it/web/promozione-della-salute/scuole-promotrici-di-salute-ed-ecosostenibili)

## L'OSPEDALIZZAZIONE PER GASTROENTERITE ACUTA IN ETÀ PEDIATRICA NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

Mirko Bonetti<sup>1</sup>, Carla Melani<sup>1</sup> ed Elisabeth Montel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Assessorato alla Sanità della Provincia Autonoma di Bolzano, Osservatorio Epidemiologico; <sup>2</sup>Ospedale di Bolzano, Direzione Medica

**SUMMARY** (*Pediatric acute gastroenteritis hospitalization in the province of Bolzano*) - The hospitalization rate for acute pediatric gastroenteritis in the province of Bolzano is one of the highest at national level. The data analysis shows among the four health districts similar hospital admission rates and different care setting for the treatment of this pathology. The study shows that the hospital is considered as a point of reference regardless of the severity of the disease. It is due to a lack of territorial organization, which is not completely able to take over the treatment of these cases.

**Key words:** acute pediatric gastroenteritis; hospitalization rates; patient care management

[mirko.bonetti@provincia.bz.it](mailto:mirko.bonetti@provincia.bz.it)

#### Introduzione

La gastroenterite è una malattia comune che colpisce principalmente i bambini. Viene definita come infiammazione della mucosa dello stomaco e dell'intestino; i sintomi sono vomito, nausea, diarrea, disidratazione e disturbi addominali, con possibile febbre, mal di testa e dolori all'addome. La causa principale è rappresentata dai rotavirus, in particolare per i bambini tra i 3 e 15 mesi. I dati evidenziano che la gastroenterite acuta è uno delle maggiori cause di ricovero ospedaliero in età pediatrica (1); tuttavia, una parte di questi ricoveri potrebbe essere evitata, grazie a una tempestiva ed efficace cura extraospedaliera, come riportato da specifiche linee guida (2), che evidenziano come il miglioramento della gestione ambulatoriale della gastroenterite acuta sia alla base della riduzione del numero dei ricoveri per gastroenterite, spesso gravati da tassi di inappropriatazza. Va sottolineato che i ricoveri non sono evitabili se associati a malattie croniche di tipo metabolico (3).

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite acuta pediatrica può rappresentare un indicatore valido per valutare l'efficienza e l'efficacia del processo di assistenza territoriale e di gestione del bambino affetto da questa patologia, al fine di identificare le differenze tra le diverse aree, non solo in termini di ospeda-

lizzazione, ma anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure (4). Il presente lavoro ha come obiettivo di verificare le eventuali differenze esistenti, in merito al trattamento sanitario di questa patologia, tra i quattro comprensori sanitari facenti parte della provincia autonoma di Bolzano.

#### Materiali e metodi

I dati per l'analisi sull'ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica sono ricavati dalla banca dati delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO), per il periodo 2009-12 nella provincia autonoma di Bolzano.

Sono stati selezionati i ricoveri ordinari di pazienti residenti con un'età inferiore a 18 anni, con diagnosi principali, identificate dai codici 008.6x (enterite da virus specificati), 008.8 (infezione intestinale da altri organismi non classificati altrove), 009.x (infezioni intestinali mal definite) e 558.9 (altra e non specificata gastroenterite e colite non infettive). Sono stati esclusi i ricoveri di pazienti trasferiti da altra struttura, e i ricoveri con diagnosis related groups (DRG) compreso da 370 a 390 (parti-nascita-periodo perinatale). Per il calcolo della popolazione assistita, si è fatto riferimento all'anagrafe sanitaria.

Per le analisi statistiche si è utilizzato il test  $\chi^2$ , per valutare l'esistenza di un'associazione statisticamente significativa tra le variabili categoriche analizzate e

il metodo di standardizzazione indiretta per il calcolo del rapporto standardizzato di ricovero per età e sesso, che consente di poter confrontare realtà territoriali differenti, attraverso l'analisi del rapporto evento osservato/evento atteso, dove l'evento atteso è ottenuto applicando i tassi di una popolazione di riferimento (coefficienti tipo), in questo caso la popolazione provinciale, alle differenti popolazioni osservate (5).

#### Risultati

A livello nazionale, Bolzano risulta essere una delle province italiane con il più alto tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (6). I differenti comportamenti nel trattamento di questo tipo di patologia all'interno dei quattro comprensori sanitari (Bolzano, Merano, Bressanone, Brunico) facenti parte della provincia di Bolzano sono riportati dai seguenti dati: i ricoveri pediatrici per gastroenterite acuta nel periodo osservato 2009-12, sono stati 1.391, di cui il 44% a Bolzano, il 33% a Brunico, il 14% a Merano e il rimanente 8% a Bressanone. La fascia di età 1-4 anni è quella maggiormente rappresentata (49%), così come il sesso maschile (52%).

Le casistiche trattate non si discostano in maniera marcata tra i differenti comprensori, così come le degenze medie dei ricoveri nei quattro comprensori. ▶

**Tabella** - Tasso di ospedalizzazione e rapporto standardizzato di ricovero per gastroenterite acuta pediatrica per comprensorio sanitario (2009-12). Fonte: elaborazioni SDO, Banca dati assistiti

Comprensorio sanitario	Tasso ospedalizzazione (x 1.000 abitanti)	95% IC	O/A*	p
Bolzano	3,67	1,04	0,96-1,13	ns**
Merano	1,92	0,54	0,47-0,63	< 0,05
Bressanone	1,88	0,53	0,44-0,64	< 0,05
Brunico	7,19	2,04	1,86-2,23	< 0,05
Provincia	3,53	1,00		

(\*) Eventi osservati/eventi attesi (rapporto standardizzato di ricovero); (\*\*) non significativo

Non si evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra il comprensorio di residenza del paziente e il comprensorio di appartenenza dell'istituto in cui è avvenuto il ricovero, a conferma che la popolazione residente in un dato comprensorio sanitario affrisce con maggiore probabilità alla struttura ospedaliera del comprensorio stesso di residenza e dunque il calcolo dei tassi di ospedalizzazione all'interno dei quattro comprensori, non risente della mobilità dei pazienti. Anche la mobilità extra-provinciale risulta minima.

Dai rapporti standardizzati di ricovero risulta evidente un trattamento differente nella gestione della gastroenterite pediatrica; in particolare, si differenziano in maniera significativa dalla media complessiva provinciale il comprensorio di Brunico con un tasso osservato superiore al doppio di quello atteso, e per contro i comprensori di Merano e Bressanone, con tassi significativamente inferiori alla media provinciale.

Il dato sull'ospedalizzazione può essere integrato con i dati grezzi relativi ai casi di pazienti con diagnosi di gastroenterite trattati in osservazione breve intensiva (OBI): ciò porta a un allineamento dei tassi tra i comprensori di Bressanone e Brunico (circa 8,5 per 1.000), evidenziando così una propensione simile al ricorso alle cure ospedaliere, che nel caso di Brunico, si traduce in una tendenza al ricovero, mentre per Bressanone al trattamento della casistica in OBI.

L'alta ospedalizzazione potrebbe essere legata a un'assistenza territoriale deficitaria, che porterebbe i pazienti a essere trattati in ambito ospedaliero in misura maggiore. Tuttavia, se osserviamo la distribuzione di frequenza dei ricoveri per giorno della settimana, emerge effettivamente un maggiore ricorso ai ricoveri nel fine settimana nel comprensorio di Brunico, seguito da Bressanone (volto a evidenziare una carenza dell'assistenza nei giorni festivi), ma tale differenza non può certo giustificare totalmente il maggiore ricorso all'ospedalizzazione. Il maggior ricorso al trattamento ospeda-

liero in ricovero e/o OBI, per questi due comprensori, è reso possibile anche dal maggior numero di posti letto a disposizione presso il reparto di pediatria, con valori compresi tra 0,8 e 0,9 per 1.000 residenti minorenni, superiore rispetto ai valori di Bolzano (0,5) e Merano (0,7). Inoltre, nel 2012 i dati relativi all'occupazione dei posti letto nel reparto di pediatria presentavano, per l'istituto di Brunico, un valore dell'indicatore di turn over (giorni medi tra un ricovero e l'altro) pari a 2,1, il valore più basso tra i vari istituti provinciali e un indice di rotazione (pazienti per posti letto) pari a 72,1, valore più alto tra i vari istituti provinciali. Il tasso di utilizzo si colloca al 59%, inferiore solo agli istituti di Bressanone e Silandro, pari al 63% (7).

Va poi sottolineato che nel comprensorio di Brunico vi è un numero ridotto di pediatri di libera scelta (0,5 per 1.000 residenti sotto i 14 anni), che potrebbe spingere i genitori a orientarsi per la cura di questa patologia verso specialisti ospedalieri. Anche il comprensorio di Bressanone risente di una minore presenza di pediatri (0,8 per 1.000 residenti sotto i 14 anni, ma con una forte variabilità al suo interno), più elevata nei comprensori di Bolzano e Merano (0,9 per 1.000 residenti sotto i 14 anni).

### Conclusioni

Il tasso di ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica della provincia di Bolzano presenta un valore superiore rispetto alla media nazionale; l'analisi per comprensorio di residenza ha fatto tuttavia emergere differenti *setting* assistenziali per il trattamento della patologia, che hanno evidenziato forti diversità a livello comprensoriale (maggior ricorso al ricovero a Brunico e un maggior ricorso all'OBI nell'ospedale di Bressanone).

I dati non indicano tuttavia che una maggiore assistenza territoriale comporti di conseguenza una riduzione del ricorso alla cura ospedaliera. È sicuramente evidente che vi è una forte tendenza nel definire l'ospedale ancora come punto di riferimento per la gestione di questo tipo di patologie, che potrebbero in par-

te essere trattate in *setting* assistenziali meno onerosi. Ciò ovviamente si può solo spiegare con una rete territoriale non totalmente in grado ancora di assumersi la gestione di tale casistica. ■

### Dichiarazione sul conflitto di interessi

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

### Riferimenti bibliografici

1. Analdi F, Lai P, Valle L, *et al.* Impatto delle diaree rotavirus negative e rotavirus positive nei pazienti ambulatoriali in centro Italia: risultati di un anno di sorveglianza epidemiologica e virologica. *Clin Infect Disease* 2008;46:e51-e55.
2. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, *et al.* European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastro-enteritis in children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:S81-122.
3. Ministero della Salute. Progetto MATTONI - Misura dell'outcome. Risultati dello studio dei 43 indicatori selezionati. 2007 ([www.mattoni.salute.gov.it/mattoni](http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni)).
4. Hussey PS, Mattke S, Morse Z, Ridgely MS. Evaluation of the use of AHRQ and other quality indicators ([www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/qualityindicators/qualityindicators.pdf](http://www.ahrq.gov/research/findings/final-reports/qualityindicators/qualityindicators.pdf)).
5. Breslow NE, Day NE Ed.). *The design and analysis of cohort studies*. IARC Scientific Publications 82. New York: Oxford University Press; 1987. p. 48-81.
6. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Agenas) Programma Nazionale Esiti (PNE) 2013 (<http://95.110.213.190/PNEed13/>).
7. Provincia Autonoma di Bolzano, Osservatorio Epidemiologico - Relazione Sanitaria 2012 ([www.provincia.bz.it/ocp/relazione-sanitaria/relazione-sanitaria.asp](http://www.provincia.bz.it/ocp/relazione-sanitaria/relazione-sanitaria.asp)).

#### Comitato scientifico

Chiara Donfrancesco, Lucia Galluzzo, Ilaria Lega, Marina Maggini, Luigi Palmieri, Alberto Perra, Francesco Rosmini, Paola Luzi  
 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

#### Comitato editoriale

Paola De Castro, Carla Faralli, Alberto Perra, Stefania Salmaso  
 e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)