

XXX

CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA
PREVENTIVA E SOCIALE



BAMBINI DI IERI, OGGI E DOMANI...
LA NOSTRA CARE, IL NOSTRO CUORE

TEATRO DI ORTIGIA • 7 - 10 GIUGNO 2018
SIRACUSA

V SESSIONE

**DOCUMENTO DI CONSENSO
SULL'ALIMENTAZIONE
COMPLEMENTARE**

Metodologia della Consensus

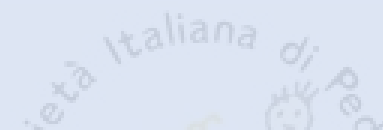
Marcello Bergamini

Pediatra di famiglia Ferrara

Siracusa 9 Giugno 2018

WHO
2003

GUIDING PRINCIPLES FOR COMPLEMENTARY
FEEDING OF THE BREASTFED CHILD



WHO
2003

GUIDING PRINCIPLES FOR COMPLEMENTARY
FEEDING OF THE BREASTFED CHILD

GUIDING PRINCIPLES
FOR FEEDING NON-BREASTFED
CHILDREN 6-24 MONTHS OF AGE

For further information please contact:

Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH)
World Health Organization

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

tel + 41 22 791 32 81
fax + 41 22 791 48 53
email cah@who.int
web site <http://www.who.int/child-adolescent-health>

WHO
2005

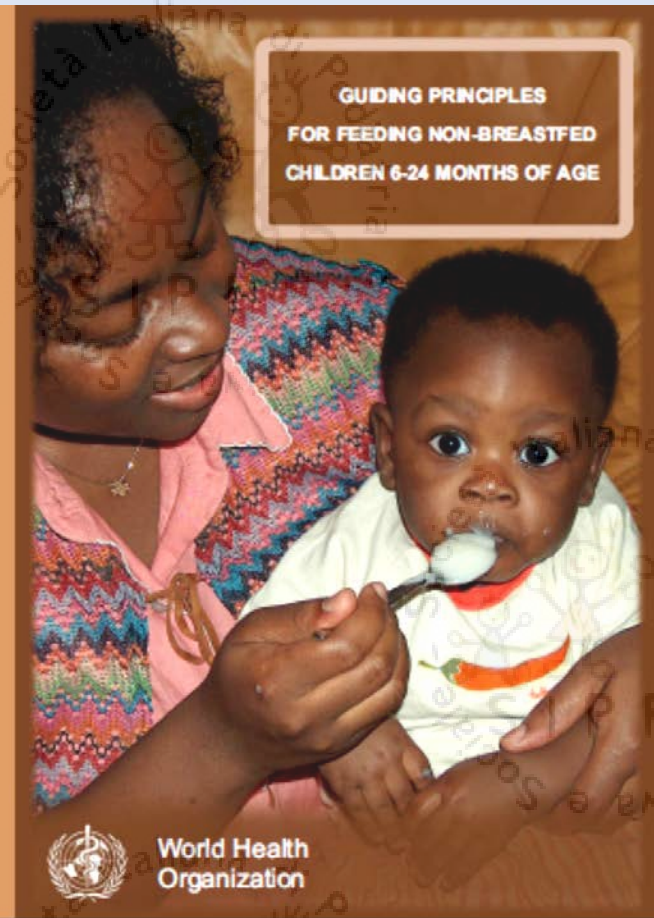
ISSN 92 4 15943 1



9 789241 593434



World Health
Organization



Special Issue Based on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding

Guest Editors: Bernadette Daelmans, Jose Martines, and Randa Saadeh

WHO
2003



Special Issue Based on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding

Guest Editors: Bernadette Daelmans, Jose Martines, and Randa Saadeh

Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for intervention programs

Kathryn G. Dewey and Kenneth H. Brown

WHO
2003

POSITION PAPER

ESPGHAN
2017

Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition

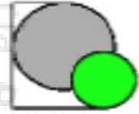
**Mary Fewtrell, †Jiri Bronsky, ‡Cristina Campoy, §Magnus Domellöf, ||Nicholas Embleton, ¶Nataša Fidler Mis, #Iva Hojsak, **Jessie M. Hulst, ††Flavia Indrio, †‡§§Alexandre Lapillonne, and ||||¶¶ Christian Molgaard*



European Commission
Directorate Public Health and Risk
Assessment



Karolinska Institutet
Department of Biosciences at Novum
Unit for Preventive Nutrition
Huddinge, Sweden



**Istituto per l'Infanzia
IRCCS Burlo Garofolo**
Trieste, Italia

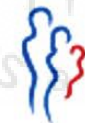


**Unità per la Ricerca sui Servizi
Sanitari e la Salute Internazionale**
Centro Collaboratore dell'OMS per la
Salute Materno Infantile

**EUNUTNET
(MinSal)
2006**

Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea

Alvisi et al. *Italian Journal of Pediatrics* (2015) 41:36
DOI 10.1186/s13052-015-0143-5



**ITALIAN JOURNAL
OF PEDIATRICS**

REVIEW

Open Access

Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants

Patrizia Alvisi^{1*}, Sandra Brusa², Stefano Alboresi³, Sergio Amari⁴, Paolo Bottau², Giovanni Cavagni⁵,
Barbara Corradini⁶, Linda Landi², Leonardo Leroni⁷, Miris Marani⁸, Irene M Osti², Carlotta Povesi-Dascola⁹,
Carlo Caffarelli⁹, Luca Valeriani⁶ and Carlo Agostoni¹⁰

**SIAIP
SIGENP
2015**

SCIENTIFIC OPINION

Scientific Opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants¹

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA)^{2, 3}

European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy

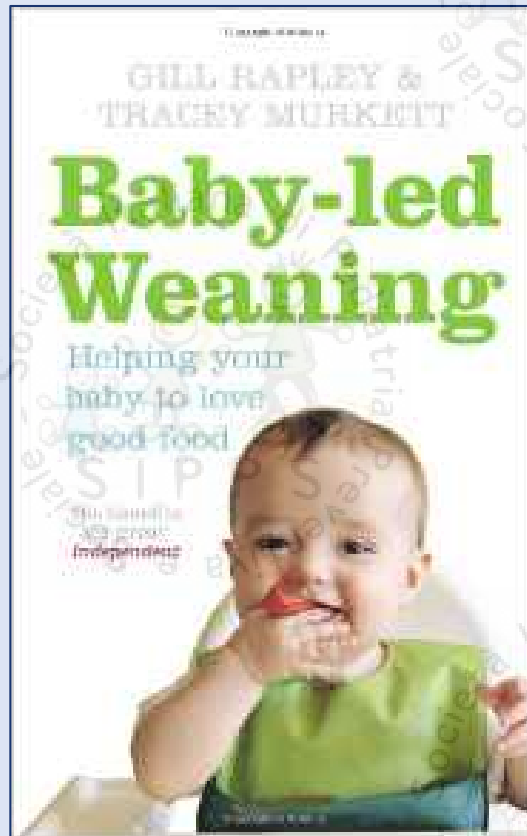
SCIENTIFIC OPINION

Scientific Opinion on nutrient requirements and dietary intakes of infants and young children in the European Union¹

EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA)^{2, 3}

European Food Safety Authority (EFSA), Parma, Italy

Regno Unito



Italia



Svez- za- mento



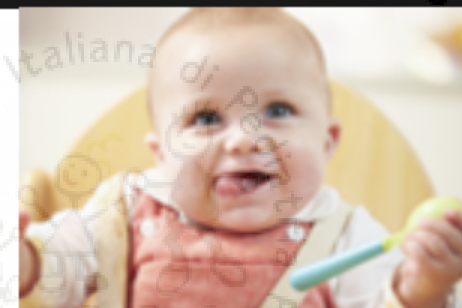
Ministero della Salute

2016



Quando il bimbo cresce, cosa cambia nel suo menù?

Lo svezzamento dovrebbe iniziare a partire dal sesto mese e, comunque, su indicazione del pediatra. Dopo i 6 mesi di età il fabbisogno calorico del bambino deve essere soddisfatto solo per il 50% da alimenti diversi dal latte



Consigli per la mamma ed il papà

Non introdurre nel primo anno di vita alimenti che possono produrre intolleranze alimentari (pomodoro, fragole, legumi, cacao, ecc.)

Non aggiungere sale alle pappe, è già contenuto nei cibi

Scegli olio extravergine di oliva per la sua equilibrata composizione in acidi grassi e la facile digeribilità

Non aggiungere zucchero ed evita il miele

Chiedi sempre il parere del tuo pediatra di fiducia

INFO su www.salute.gov.it

**ACP
2017**



**Il punto di vista dell'Associazione Culturale Pediatri
sull'alimentazione complementare**

Documento del 7 dicembre 2017

Research

JAMA | Original Investigation

Timing of Allergenic Food Introduction to the Infant Diet and Risk of Allergic or Autoimmune Disease

A Systematic Review and Meta-analysis

Despo Ierodiakonou, MD, PhD; Vanessa Garcia-Larsen, PhD; Andrew Logan, PhD; Annabel Groome, BSc; Sergio Cunha, MD; Jennifer Chivinge, BSc; Zoe Robinson, BSc; Natalie Geoghegan, BSc; Katharine Jarrold, BSc; Tim Reeves, BSc; Nara Tagiyeva-Milne, PhD; Ulugbek Nurmatov, MD, PhD; Marialena Trivella, DPhil; Jo Leonardi-Bee, PhD; Robert J. Boyle, MD, PhD

2017

RIAP

Rivista di Immunologia
e Allergologia Pediatrica

allergologia

**Alimentazione complementare
e prevenzione delle allergie
alimentari:
revisione della letteratura**

a cura della Commissione
Allergie Alimentari della SIAIP

Abstract

Con i termini alimentazione complementare o divezzamento si intende il periodo di tran-

Systematic review: early infant feeding and the prevention of coeliac disease

H. Szajewska*, A. Chmielewska*, M. Pieścik-Lech*, A. Ivarsson†, S. Kolacek‡, S. Koletzko§, M. L. Mearin¶, R. Shamir**, R. Auricchio†† & R. Troncone†† on behalf of the PREVENTCD Study Group¹

2016

Open Access

Research

BMJ Open Infant feeding and risk of developing coeliac disease: a systematic review

Marco Silano,¹ Carlo Agostoni,² Yolanda Sanz,³ Stefano Guandalini⁴

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

RAZIONALE

- ❖ Un documento clinico di consenso che sarà il prodotto finale di una revisione sistematica della letteratura più recente
- ❖ sviluppato da un gruppo multidisciplinare di esperti indipendenti
- ❖ (gli eventuali Conflitti di Interesse verranno dichiarati e gestiti opportunamente)
- ❖ con lo scopo di approfondire la conoscenza di un aspetto particolarmente rilevante dello sviluppo del bambino
- ❖ fornendo, laddove possibile, indicazioni di comportamento

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

STRUTTURA

- ❖ Una serie iniziale di capitoli di Background relativi agli aspetti nutrizionali, metabolici, psicologici, relazionali, sociali, culturali, etnici dell'AC, visti a 360 gradi
- ❖ a fianco di questi, una serie di Quesiti Clinici relativi ai principali problemi pratici che il Pediatra deve affrontare nel gestire l'AC
- ❖ gruppi ristretti di esperti, estensori del documento, hanno già effettuato riunioni, reali e virtuali attraverso discussioni online, finalizzate a formulare con la massima precisione detti quesiti

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Composizione del Panel multidisciplinare

- pediatri di famiglia
- nutrizionisti
- neuropsichiatri infantili
- pediatri allergologi
- pediatri endocrinologi
- neonatologi e psicologi esperti di epigenetica
- epidemiologi esperti in comunicazione
- metodologi, esperti di EBM
- pediatri ospedalieri/ universitari
- psicologi
- pediatri nutrizionisti
- pediatri gastroenterologi
- pediatri esperti di nutrizione vegetariana

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

- Definizione degli argomenti da trattare
- definizione collegiale delle **Key Questions** relative alla **gestione globale** dell'AC ed agli **esiti di salute clinicamente più rilevanti, nel breve e nel medio-lungo termine**
- definizione dei:
 - metodi della ricerca bibliografica
 - metodi per l'analisi critica delle evidenze raccolte
 - metodi per la stesura delle raccomandazioni in risposta ai quesiti

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

- Alle Key Questions sarà data risposta attraverso lo svolgimento di *Critically Appraised Topics (CATs)*
- partendo dalla formulazione di un PICO(S)
 - **Popolazione**
 - **Intervento**
 - **Confronto**
 - **Outcome**
 - **tipologia di Studio** appropriata per indagare la problematica

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

E
S
E
M
P
I
O

KQ1a. *Un inizio della AC prima dei 6 mesi di vita porta vantaggi nutrizionali a breve termine (24 mesi di vita) rispetto ad un allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi?*

KQ1B. *Un inizio della AC prima dei 6 mesi di vita porta svantaggi nutrizionali a breve termine (24 mesi di vita) rispetto ad un allattamento con formula esclusivo fino a 6 mesi?*

a.

P. Nel lattante sano allattato esclusivamente al seno

I. l'inizio dell'Alimentazione Complementare (AC) prima del 6° mese

C. rispetto ad un inizio dell'Alimentazione Complementare (AC) dal 6° mese

O. comporta esiti nutrizionali (vantaggi/svantaggi) a breve termine?

b.

Studi osservazionali, possibilmente di coorte prospettica

P. Nel lattante sano allattato esclusivamente con formula

I. l'inizio dell'Alimentazione Complementare (AC) prima del 6° mese

C. rispetto ad un inizio dell'Alimentazione Complementare (AC) dal 6° mese

O. comporta esiti nutrizionali (vantaggi/svantaggi) a breve termine?

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Parole chiave, per il precedente esempio (su PubMed)

- "Infant Nutritional Physiological Phenomena [MeSH]"
- "Weaning"[Mesh])
- "Eating"[Mesh])
- "Feeding Behavior"[Mesh]
- "feeding practice"
- "solid foods"
- "intake"
- "Infant feeding"
- "transitional feeding decisions"
- "baby-led weaning"

"timing" [All Fields]

"age at first introduction" [All Fields]

"Breast Feeding"[Mesh]

"Milk, Human"[Mesh]

"Milk"[MeSH]

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

RICERCA SISTEMATICA DELLE EVIDENZE

- Ricerca delle **Linee Guida (LG) evidence-based** sui maggiori siti internazionali e sui siti delle Società Scientifiche delle branche inerenti l'argomento (*last 5 y*)
- Ricerca di **Revisioni Sistematiche (RS)** sui database dell Cochrane Library e sui principali database elettronici (*last 5 y*)
- Ricerca degli **studi primari sui principali database elettronici** pubblicati successivamente alla chiusura della ricerca bibliografica delle RS qualitativamente valide e incluse (senza limiti temporali in assenza di LG o di RS)
- **Ricerca "manuale"** di lavori presenti in bibliografia negli studi selezionati oppure lavori già noti agli Esperti

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Criteria generali di ricerca e selezione degli studi

- Limiti temporali:

- per le LG e le RS: 5 anni
- per gli studi primari, secondo i criteri già esposti

- Lingua di pubblicazione: nessun limite

- Tipologia di studi: in una fase preliminare di screening, tutte le tipologie

- Criterio di pertinenza al quesito clinico

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

Ricerca di LG evidence-based e di Revisioni (sistematiche)

Siti di LG, siti di Società scientifiche, Cochrane, DARE,
database elettronici: < 5 anni

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con i criteri di Grilli e con
AMSTAR-2 tool

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Formulazione di conclusioni preliminari
basate sulle LG e RS incluse

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

Ricerca di LG evidence-based e di Revisioni (sistematiche)

Siti di LG, siti di Società scientifiche, Cochrane, DARE,
database elettronici: < 5 anni

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con i criteri di Grilli e con
AMSTAR-2 tool

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Formulazione di conclusioni preliminari
basate sulle LG e RS incluse

Database elettronici per lavori pubblicati a seguire

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Studi primari inclusi

Conclusioni definitive

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

Ricerca di LG evidence-based e di Revisioni (sistematiche)

Siti di LG, siti di Società scientifiche, Cochrane, DARE,
database elettronici: < 5 anni

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con i criteri di Grilli e con
AMSTAR-2 tool

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Formulazione di conclusioni preliminari
basate sulle LG e RS incluse

Database elettronici per lavori pubblicati a seguire

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Valutazione qualitativa con i vari tools per gli studi primari

Studi primari inclusi

Conclusioni definitive

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

Ricerca di LG evidence-based e di Revisioni (sistematiche)

Siti di LG, siti di Società scientifiche, Cochrane, DARE, database elettronici: < 5 anni

LG-EB e RS pertinenti

Ricerca con esiti negativi per il quesito clinico

Valutazione qualitativa con i criteri di Grilli e con AMSTAR-2 tool

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Formulazione di conclusioni preliminari basate sulle LG e RS incluse

Ricerca di studi primari senza limiti di tempo

Database elettronici per lavori pubblicati successivamente

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Valutazione qualitativa con i vari tools per gli studi primari

Studi primari inclusi

Conclusioni definitive

Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal

Roberto Grilli, Nicola Magrini, Angelo Penna, Giorgio Mura, Alessandro Liberati

Lancet 2000; 355: 103–06

CRITERI DI GRILLI

	Multidisciplinarietà	Ricerca sistematica evidenze	Grading
LG 1	SI'/NO	SI'/NO	SI'/NO
LG 2	SI'/NO	SI'/NO	SI'/NO
LG 3	SI'/NO	SI'/NO	SI'/NO



RESEARCH METHODS & REPORTING

AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both

AMSTAR 2

Item	RS	RS n. 1	RS n. 2	RS n. 1
1. Uso del PICO nella formulazione dei quesiti e dei criteri di inclusione		No	No	No
2. Metodologia della ricerca esplicitata a priori (protocollo)		No	No	No
3. Descrizione dei criteri di selezione degli studi		Yes	No	No
4. Strategia di ricerca sistematica		No	Partial yes	No
5. Selezione degli studi in doppio		No	Yes	No
6. Estrazione dei dati in doppio		No	No	Yes
7. Elenco studi esclusi (con motivazione)		No	No	No
8. Descrizione degli studi inclusi		Partial Yes	Yes	Partial yes
9. Metodi adeguati di rilevamento dei rischi di bias nei singoli studi (RCT e osservazionali)		No (1 RCT)	No (studi osservazionali)	Yes (RCT e osservazionali)
10. Fonti di finanziamento dei singoli studi		No	No	No
11. Adeguatezza dei metodi di accorpamento dei risultati in metanalisi (quando eseguite)		No MA	No MA	No MA
12. Adeguata valutazione dell'impatto dei rischi di bias sui risultati delle metanalisi		No MA	No MA	No MA
13. Valutazione dei rischi di bias nell'interpretazione dei risultati della RS		Yes	No	No
14. Spiegazione e discussione delle eterogeneità nei risultati della RS		Yes	Yes	Yes

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE
COHORT STUDIES

NEWCASTLE - OTTAWA QUALITY ASSESSMENT SCALE
CASE CONTROL STUDIES

Newcastle-Ottawa Scale adapted for cross-sectional studies

Wells GA SB, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, Tugwell P. The Newcastle-Ottawa scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm. Accessed 1 Nov 2017



Higgins JPT, Green S, editors. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions [updated march 2011]. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011.

Type of bias	Description	Relevant domains in the Collaboration's 'Risk of bias' tool
Selection bias.	Systematic differences between baseline characteristics of the groups that are compared.	<ul style="list-style-type: none"> •Sequence generation. •Allocation concealment.
Performance bias.	Systematic differences between groups in the care that is provided, or in exposure to factors other than the interventions of interest.	<ul style="list-style-type: none"> •Blinding of participants and personnel. •Other potential threats to validity.
Detection bias.	Systematic differences between groups in how outcomes are determined.	<ul style="list-style-type: none"> •Blinding of outcome assessment. •Other potential threats to validity.
Attrition bias.	Systematic differences between groups in withdrawals from a study.	<ul style="list-style-type: none"> •Incomplete outcome data
Reporting bias.	Systematic differences between reported and unreported findings.	<ul style="list-style-type: none"> •Selective outcome reporting (see also Chapter 10).

QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies

Penny F. Whiting, PhD; Anne W.S. Rutjes, PhD; Marie E. Westwood, PhD; Susan Mallett, PhD; Jonathan J. Deeks, PhD; Johannes B. Reitsma, MD, PhD; Mariska M.G. Leeflang, PhD; Jonathan A.C. Sterne, PhD; Patrick M.M. Bossuyt, PhD; and the QUADAS-2 Group*

DOMAIN	PATIENT SELECTION	INDEX TEST	REFERENCE STANDARD	FLOW AND TIMING
Description	Describe methods of patient selection: Describe included patients (prior testing, presentation, intended use of index test and setting):	Describe the index test and how it was conducted and interpreted:	Describe the reference standard and how it was conducted and interpreted:	Describe any patients who did not receive the index test(s) and/or reference standard or who were excluded from the 2x2 table (refer to flow diagram): Describe the time interval and any interventions between index test(s) and reference standard:
Signalling questions(yes/no/unclear)	<p>Was a consecutive or random sample of patients enrolled?</p> <p>Was a case-control design avoided?</p> <p>Did the study avoid inappropriate exclusions?</p>	<p>Were the index test results interpreted without knowledge of the results of the reference standard?</p> <p>If a threshold was used, was it pre-specified?</p>	<p>Is the reference standard likely to correctly classify the target condition?</p> <p>Were the reference standard results interpreted without knowledge of the results of the index test?</p>	<p>Was there an appropriate interval between index test(s) and reference standard?</p> <p>Did all patients receive a reference standard?</p> <p>Did all patients receive the same reference standard?</p> <p>Were all patients included in the analysis?</p>
Risk of bias: High/low/unclear	Could the selection of patients have introduced bias?	Could the conduct or interpretation of the index test have introduced bias?	Could the reference standard, its conduct, or its interpretation have introduced bias?	Could the patient flow have introduced bias?
Concerns regarding applicability: High/low/unclear	Are there concerns that the included patients do not match the review question?	Are there concerns that the index test, its conduct, or interpretation differ from the review question?	Are there concerns that the target condition as defined by the reference standard does not match the review question?	

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

GRADE

Sulla base delle valutazioni qualitative e delle conclusioni dei lavori:

- verrà determinata la **qualità globale dell'evidenza** per la risposta ad ogni quesito
- secondo il **Metodo GRADE** (Grading of Recommendations Assessment and Evaluation)

Livello qualità	Significato	Conseguenza
Alta	Alto grado di confidenza nei risultati	È molto improbabile che ulteriori studi possano cambiare la fiducia nella stima di effetto
Moderata	Discreto grado di confidenza nei risultati	È probabile che ulteriori studi possano confermare o cambiare la fiducia nella stima di effetto
Bassa	I risultati sono poco credibili	È necessaria ulteriore ricerca per ottenere stime affidabili sugli effetti positivi e negativi dell'intervento
Molto bassa	I dati esaminati sono totalmente inaffidabili	Non è possibile fare affidamento sulle stime di effetto disponibili

GRADE

Tipo di prove Studio controllato e randomizzato = alta
Studio osservazionale = bassa
Qualsiasi altro tipo di informazione = molto basso

A. Diminuzione della categoria di attribuzione (es. da "alta" a "moderata")	<ol style="list-style-type: none">1. Limiti gravi (-1 livello) o molto gravi (-2 livelli) nella qualità di conduzione dello studio2. Incoerenza nei risultati tra studi diversi sullo stesso quesito (-1 o -2 livelli)3. Alcune (-1 livello) o importanti (-2 livelli) incertezze circa la diretta trasferibilità dei risultati (<i>directness</i>)4. Imprecisione o dati insufficienti (<i>sparse data</i>) (-1 o -2 livelli)5. Possibilità di pubblicazione selettiva dei dati (<i>publication e reporting bias</i>) (-1 o -2 livelli)
B. Aumento della categoria di attribuzione (es. da "bassa" a "moderata")	<ol style="list-style-type: none">1. Associazione intervento-<i>outcome</i> forte, ovvero con rischio relativo >2 ($<0,5$), sulla base di prove concordanti provenienti da due o più studi osservazionali, senza alcun fattore di confondimento plausibile (+1 livello)2. Associazione intervento-<i>outcome</i> molto forte, ovvero con rischio relativo >5 ($<0,2$) (+2 livelli)3. Presenza di un gradiente dose-risposta (+1 livello)4. Tutti i possibili fattori di confondimento che avrebbero potuto alterare le stime di effetto avrebbero ridotto l'effetto che si osserva (+1 livello)

Criteri per l'aumento (*upgrading*) o la diminuzione (*downgrading*) del giudizio di qualità (alta, moderata, bassa, molto bassa) delle prove

GRADE

Tipo di prove	<p><u>Studio controllato e randomizzato = alta</u> <u>Studio osservazionale = bassa</u> <u>Qualsiasi altro tipo di informazione = molto basso</u></p>
<p>A. Diminuzione della categoria di attribuzione (es. da "alta" a "moderata")</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Limiti gravi (-1 livello) o molto gravi (-2 livelli) nella qualità di conduzione dello studio 2. Incoerenza nei risultati tra studi diversi sullo stesso quesito (-1 o -2 livelli) 3. Alcune (-1 livello) o importanti (-2 livelli) incertezze circa la diretta trasferibilità dei risultati (<i>directness</i>) 4. Imprecisione o dati insufficienti (<i>sparse data</i>) (-1 o -2 livelli) 5. Possibilità di pubblicazione selettiva dei dati (<i>publication e reporting bias</i>) (-1 o -2 livelli)
<p>B. Aumento della categoria di attribuzione (es. da "bassa" a "moderata")</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Associazione intervento-<i>outcome</i> forte, ovvero con rischio relativo >2 (<0,5), sulla base di prove concordanti provenienti da due o più studi osservazionali, senza alcun fattore di confondimento plausibile (+1 livello) 2. Associazione intervento-<i>outcome</i> molto forte, ovvero con rischio relativo >5 (<0,2) (+2 livelli) 3. Presenza di un gradiente dose-risposta (+1 livello) 4. Tutti i possibili fattori di confondimento che avrebbero potuto alterare le stime di effetto avrebbero ridotto l'effetto che si osserva (+1 livello)

DETERMINANTI DELLA FORZA DI UNA RACCOMANDAZIONE

- 1) **Qualità delle prove**
- 2) **Bilancio tra effetti desiderabili e non desiderati**
- 3) **Considerazione dei valori e delle preferenze**
- 4) **Costi (allocazione di risorse)**

A red rectangular stamp with the word "GRADE" in bold, uppercase letters. The stamp has a slightly distressed, ink-like appearance with some white highlights and shadows.

VALUTAZIONI DELLA FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE

Forte raccomandazione *a favore* dell'intervento

Debole raccomandazione *a favore* dell'intervento

Forte raccomandazione *contro* l'intervento

Debole raccomandazione *contro* l'intervento

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

GRADE

- ✓ Nel sistema GRADE “l’opinione degli esperti” non è una delle categorie della qualità dell’evidenza (*uno dei gradini più bassi*)
- ✓ in quanto **sempre necessaria** sia per contestualizzare, analizzare e valutare l’evidenza, sia dal punto di vista clinico che metodologico
- ✓ **sia per definire al meglio la forza della raccomandazione**

XXX

CONGRESSO NAZIONALE
SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA
PREVENTIVA E SOCIALE



BAMBINI DI IERI, OGGI E DOMANI...
LA NOSTRA CARE, IL NOSTRO CUORE

TEATRO DI ORTIGIA • 7 - 10 GIUGNO 2018
SIRACUSA

CONSENSUS SIPPS-FIMP-SINUPE SULL'ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE

Grazie