

CONSENSUS ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE: STRUMENTO PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI E PER LA RIDUZIONE DELLE INEGUAGLIANZE SOCIALI



Definizione di Alimentazione Complementare Metodologia della Consensus

Maria Carmen Verga
Napoli 26 Aprile 2019

Di cosa parleremo e, soprattutto,
come ne parleremo

L'alimentazione complementare, tra...

...rotocalchi

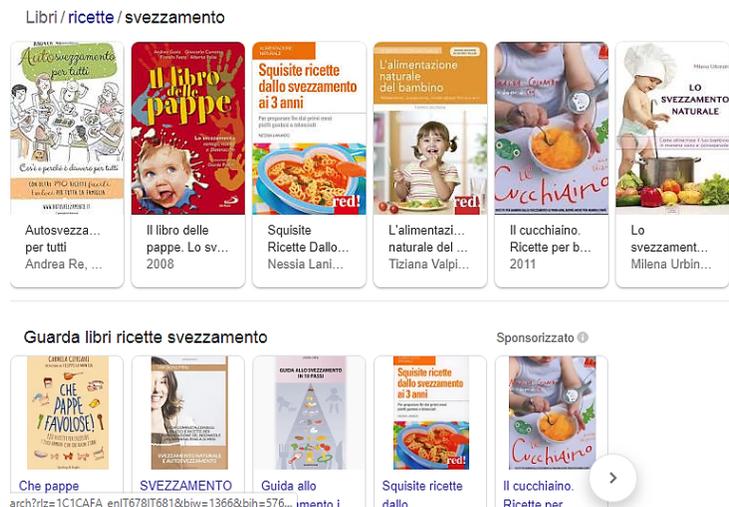


...blog



... editoria divulgativa

... tradizioni familiari

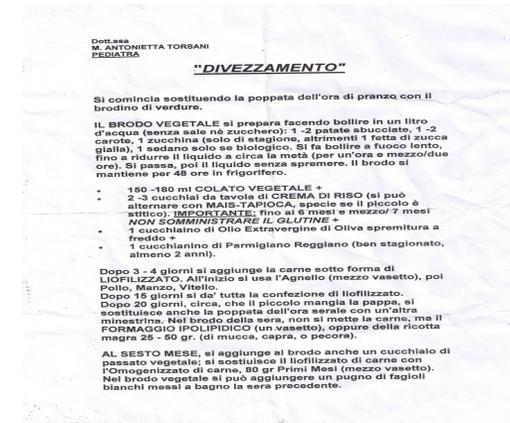


ma anche...

...industria



...medicalizzazione



... mode alimentari



...ecologia



Ne parleremo da Pediatri

- identificando i **quesiti più frequenti** relativi alla salute del bambino
- dando loro risposta **sulla base delle evidenze scientifiche**
- tenendo conto del **contesto, delle risorse, delle preferenze e dei valori dei pazienti e delle loro famiglie**





*Le parole sono importanti.
Chi parla male, pensa male*

Definizione di Alimentazione Complementare

ovvero *l'atto, il fatto, il modo di definire....tale da individuare di quella parola o espressione le qualità peculiari e distintive*

Svezzamento

Di tutti i termini possibili, il più usato dalle famiglie, ma anche il meno adeguato dal punto di vista medico.

Con tale termine, infatti, le scienze mediche identificano tutte quelle attività con cui si disabitua un paziente rispetto ad un farmaco, una sostanza stupefacente, un apparecchio: così, ci si “svezza” dalla terapia cortisonica di lunga durata, dall’eroina, dalla C-PAP.

Divezzamento

Anch’esso collegato con “vezzo”, “vizio”, dunque sia svezzamento che divezzamento indicano la stessa cosa: “allontanamento da un vizio”.

Quindi allattamento al seno inteso come «vizio»



“sevrage” (dal lt. separare)



“destete” (da de = distacco + teta = mammella)



“desmame” (vd. spagnolo),



“ablaktation” (da ab = allontanare + laktation),



l'inglese “weaning” (dalle antiche lingue inglesi, sassone, germanica, norrena: wenen/wenian, wennian, giwennen, venja = abituare [con assunzione di significato opposto]).



World Health
Organization

L'allattamento non è un vizio né un vezzo e non c'è nulla da disabituare



“complementary feeding” o “alimentazione complementare”

Anche questo termine non è del tutto esatto, dal momento che l'alimentazione complementare (AC) è tale, cioè un complemento dell'allattamento, solo all'inizio del processo.

Successivamente, col crescere d'importanza nutrizionale ed energetica degli alimenti “altri” rispetto al latte, l'AC dovrebbe esser definita, più correttamente **“alimentazione complementata”**, dal momento che il latte materno finisce per assumere un ruolo secondario rispetto ai restanti cibi

1. è un “periodo transitorio”, ovvero ha un inizio e una fine: non può avvenire in un solo giorno, né durare all’infinito;
2. origina da un altro periodo in cui “l'alimento esclusivo” era il latte;
3. quel latte è “preferibilmente materno ma anche artificiale”;
4. il latte viene “gradualmente” sostituito da altri alimenti, dunque la progressione graduale attraverso il processo ha una sua rilevanza;
5. così come ha rilevanza la consistenza dei cibi, che dovrebbero essere costituiti inizialmente “da un pasto semisolido e poi da cibi solidi”.

Qual è quindi la miglior definizione che ne possiamo dare?

..... il processo che comincia quando il latte materno - o artificiale - non è più sufficiente da solo a soddisfare le esigenze nutritive del lattante ed è quindi necessario affiancare a questo altri alimenti.

Il suo avvio, normalmente, coincide con un interesse verso il cibo da parte del lattante; la durata della transizione dal solo latte a una alimentazione simile a quella del resto della famiglia ha tempi variabili.

SSR dell'Emilia Romagna (SaperiDoc 2019)

Un termine alternativo è stato di recente proposto da uno di noi, anche se difficilmente entrerà nell'uso: **“avvezzamento”**, termine che tra l'altro riprende il significato originario dell'inglese “to wean”, riflesso nell'inglese moderno in **“to wean on/onto” = abituare a qualcosa**

L'interesse del bambino non è sufficiente per giustificare l'inizio dell'AC in quanto sono necessarie altre caratteristiche di sviluppo psicomotorio, cognitivo e relazionale (come vedremo in altri capitoli di questo documento), ma è senza dubbio importante il riconoscimento che **non di soli aspetti nutrizionali si può parlare.**



Metodologia della Consensus



fimp



**“ALIMENTAZIONE COMPLEMENTARE
Strumento per la prevenzione delle malattie
croniche non trasmissibili e per la riduzione delle
ineguaglianze sociali”.**

Coordinatori dell’iniziativa

Dott.ssa Margherita Caroli, prof. Andrea Vania, pof, Vito Leonardo Miniello, prof. Vassilios Fanos, dott.ssa Teresa Cazzato

Perché scrivere una Consensus sull'alimentazione complementare?

- Perché è un compito di lavoro quotidiano per il pediatra.
- Perché molti pediatri richiedono un aggiornamento «scientifico» al tema.
- Perché le raccomandazioni delle istituzioni nazionali ed internazionali sono a volte contraddittorie o insufficienti.
- Perché l'alimentazione complementare (predominante dall'anno in poi) è responsabile in gran parte della salute futura del soggetto.
- Perché spesso si guarda un solo aspetto dell'alimentazione (allergologia, gastroenterologia, psicologia, ecc.), dimenticando e sottovalutando gli altri.
- Perché sono comparse alcune pubblicazioni molto parziali sul tema.
- Perché il tema è oggetto di interesse da parte della OMS.

AUTORI: A Antignani, M Baldassarre, S Barberi, L Bernardo, M Bergamini, G Bona, D Careddu, M Caroli, S Castellaneta, T Cazzato, E Chiappini, R De Franchis, I Dello Iacono, GC Del Vecchio, A Dessì, L Diaferio, D Di Mauro, F Di Mauro, A D'Onofrio, M Doria, V Fanos, M Fiore, R Francavilla, A Frassinetti, S Genovesi, DG Ghiglioni, P Giordano, M Giussani, A Giusti, A Gritti, R Grosso, D Iafusco, A Lamborghini, M Lo Giudice, L Mariotti, A Martelli, VL Miniello, E Miraglia Del Giudice, F Palma, F Pastore, D Peroni, R Piazzolla, A Polimeni, G Saggese, F Salerno, S Scaglioni, I Scotese, G Simeone, V Spanevello, M Squicciarini, F Tancredi, G Tezza, GF Trapani, E Troiano, AG Ugazio, GR Umano, A Vania, L Venturelli, MC Verga.

COORDINATORI: Margherita Caroli, Teresa Cazzato, Vassilios Fanos, Vito Leonardo Miniello, Andrea Vania

GRUPPO EBM: Marcello Bergamini, Giovanni Simeone, Maria Carmen Verga, vari Volontari Precettati

REVISORI ESTERNI:

COORDINAMENTO EDITORIALE: Giuseppe Di Mauro, Margherita Caroli

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il documento viene proposto come strumento pratico e aggiornato per il pediatra generalista (pediatra di famiglia, specialista ambulatoriale o ospedaliero) ed è stato strutturato in modo da consentire tre livelli di consultazione

1. nella **Sintesi delle raccomandazioni**, nei **Good Practice Points** e nei **Key points** sono riportate solo le indicazioni pratiche conclusive relative ai vari quesiti e capitoli

La **Sintesi delle raccomandazioni** e **gli eventuali Good Practice Points** costituiscono la parte iniziale del documento, mentre i **Key Points** sono inseriti all'inizio dei singoli capitoli

2. i **capitoli** trattano l'argomento *in extenso*.
3. **Box, Appendici e Quesiti**, sviluppati come *Critically Appraised Topics* (CATs), in base alla ricerca, all'analisi e alla sintesi delle evidenze scientifiche disponibili, offrono approfondimenti di interesse specifico.

La struttura standard delle *Consensus* è la seguente

INDICE

GRUPPO DI LAVORO

ELENCO DEGLI ACRONIMI

INTRODUZIONE

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

STRATEGIA DI RICERCA

ANALISI DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI

Capitoli.....

CRITICALLY APPRAISED TOPICS

I PASSI RAGIONATI PER IL PEDIATRA

APPENDICE

**SVOLGIMENTO DI CRITICALLY APPRAISED TOPICS
(CATS) IN RISPOSTA AI VARI QUESITI CLINICI**

A. A. A. A.

Ricomincio da 4

Practicing EBP – the 4 A's

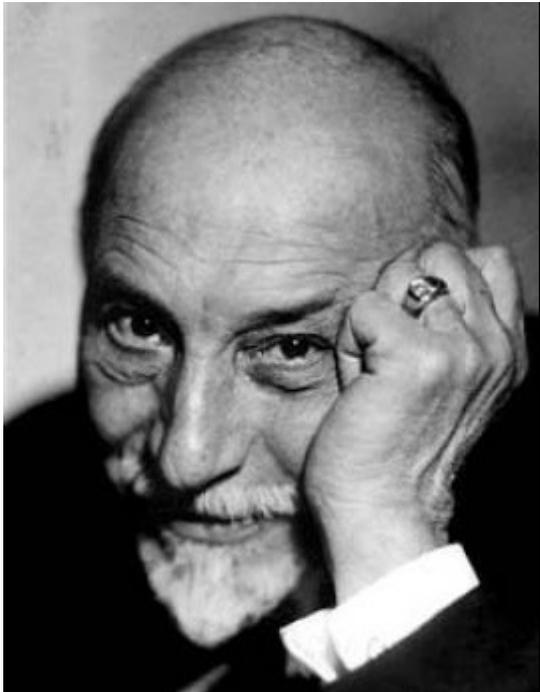


L' alimentazione complementare responsiva è in grado di influenzare lo sviluppo di obesità in età successiva?

L'alimentazione complementare tradizionale è in grado di influenzare lo sviluppo di obesità in età successiva?

Definire con precisione i termini del quesito.

Il P.I.C.O.



E come possiamo intenderci se nelle parole che io dico metto il senso e il valore delle cose che sono dentro me; mentre chi le ascolta, inevitabilmente, le assume col senso e il valore che hanno per sè del mondo che egli ha dentro?

Luigi Pirandello

QUESITO CLINICO STRUTTURATO [PICO o PIO]

(secondo la metodologia della Medicina Basata sulle Prove di Efficacia degli Interventi in campo sanitario)

1

P... **Nel lattante sano** (Popolazione, Paziente) ...

I. ... l'alimentazione complementare responsiva (**Intervento, Fattore di esposizione**) ...

C. ... rispetto all'alimentazione complementare tradizionale (**Confronto**)

O. ... **comporta un diverso rischio di sviluppare obesità nelle età successive?** (**Outcome**)

Marcello Bergamini

Perché il PICO?

La scelta delle parole chiave



Practicing EBP – the 4 A's



P... Nel lattante sano (Popolazione, Paziente) ...

(eventuale filtro)

I. ... l'alimentazione complementare responsiva (Intervento, Fattore di esposizione) ...

**“responsive feeding”
baby led weaning” OR “self-weaning” OR “auto-weaning”
satiety-responsiveness**

C. ... rispetto all'alimentazione complementare tradizionale (**Confronto**)

...

**“non responsive feeding”
(forcing/pressuring/restricting food intake) and (indulgent feeding)
and (uninvolved feeding)**

O. ... comporta un diverso rischio di sviluppare obesità nelle età successive? (**Outcome**)

- **“Obesity”[Mesh] OR**
- **“Pediatric obesity[MeSH]” OR**
- **“Body Mass Index”[Mesh] OR**
- **“Body Weight”[Mesh] OR**
- **“Body Composition”[Mesh] OR**
- **“Overweight”[Mesh] OR**
- **“fat body”[MeSH Terms] OR “adipose tissue”[MeSH Terms] OR body fat[Text Word]**
- **adiposity rebound**

Marcello Bergamini

- Ricerca delle **Linee Guida (LG) evidence-based** sui maggiori siti internazionali e sui siti delle Società Scientifiche
- Ricerca di **Revisioni Sistematiche (RS)** sui database Cochrane Library e DARE (Database of Abstract of Review of Effect), su PubMed (con gli opportuni tools), su EMBASE
- Ricerca degli **studi primari** pubblicati successivamente alla chiusura della ricerca bibliografica nelle RS incluse
- Ricerca senza limiti per gli studi primari in mancanza di LG o di RS valide
- **Ricerca “manuale”** di lavori presenti nella bibliografia degli studi già rilevati

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 esposti
- **Lingua di pubblicazione:** nessun limite
- **Popolazioni:**
 - lattanti che assume l'alimentazione complementare.
- **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, PubMed

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con criteri di Grilli e con AMSTAR

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Formulazione di conclusioni preliminari basate sulle LG e RS incluse

PubMed per studi pubblicati successivamente

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Valutazione qualitativa con i tools per gli studi primari

Studi primari inclusi

Analisi dei risultati

Conclusioni definitive

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

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

Cochrane, DARE, PubMed

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con criteri di Grilli e con AMSTAR

LG-EB e RS incluse

Analisi dei risultati

Conclusioni basate sulle LG e RS incluse

PubMed per studi successivamente pubblicati

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Valutazione qualitativa con i tools per gli studi primari

Studi primari inclusi

Analisi dei risultati

Conclusioni definitive

Ricerca con esiti negativi per il quesito clinico

Ricerca di studi primari senza limiti di tempo

SELEZIONE GERARCHICA DEGLI STUDI

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

Cochrane, DARE, PubMed

LG-EB e RS pertinenti

Valutazione qualitativa con criteri di Grilli e con AMSTAR

LG-EB e RS incluse

Per ogni quesito

PubMed per studi successivamente pubblicati

Ricerca di studi RC, osservazionali, altri (pertinenti)

Valutazione qualitativa con i tools per gli studi primari

Studi primari inclusi

Analisi dei risultati

Conclusioni definitive

Ricerca con esiti negativi per il quesito clinico

Ricerca di studi primari senza limiti di tempo

STRATEGIE ADOTTATE PER AUMENTARE ULTERIORMENTE LA SENSIBILITA' DELLA RICERCA

- Stringhe di ricerca multiple per ogni singola Key Question
- Più di uno strumento (PubMed standard; Clinical Queries; stringhe prederminate dal sistema di PubMed, EMBASE)

ESEMPIO (ricerca per AC responsiva e obesità)

1. (*"responsive feeding" OR "baby led weaning" OR "self-weaning" OR "auto-weaning" OR satiety-responsiveness*) AND (*"Obesity"[Mesh] OR "Body Mass Index"[Mesh] OR "Body Weight"[Mesh] OR "Body Composition"[Mesh] OR "fat body"[MeSH Terms] OR "adipose tissue"[MeSH Terms] OR body fat[Text Word] OR "adiposity rebound"*)

Article types (Guideline, Practice guideline)

Publication dates (5 years)

Practicing EBP – the 4 A's



ANALISI DELLE EVIDENZE SCIENTIFICHE

Criteria minimi di validità delle LG (3) :

- Multidisciplinarietà del panel, ricerca sistematica delle evidenze, grading delle raccomandazioni

Analisi delle Revisioni Sistematiche:

- Check-List AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

Criterion minimo di validità: punteggio ≥ 5 (da 0 a 11)

Studi Randomizzati:

- Users' Guide to the Medical Literature
- Analisi dei rischi di bias mediante lo strumento validato "Assessment of Risk of Bias" della Cochrane Collaboration.

Studi osservazionali: Checklist Newcastle Ottawa Scale per studi di coorte, caso-controllo e cross-sectional. Criterion minimo di validità: assenza di bias rilevanti

Esempio di analisi critica /Appraisal di Linee Guida pertinenti

DIETE VEGETARIANE IN GRAVIDANZA ED IN ETÀ EVOLUTIVA

Crescita

Linea Guida	Valutazione metodologica			
	Multidisciplinarietà del panel	Ricerca sistematica delle evidenze	Grading delle raccomandazioni	Valutazione complessiva LG
AU 2012 _infant_feeding_guidelines	SI	SI	SI	Buona qualità metodologica
AU 2013 n55_australian_dietary_guidelines	SI	SI	SI	Buona qualità metodologica
AU 2012 preventive activity redbook	SI	SI	SI	Buona qualità metodologica
EFSA 2012 proteine	SI	NO	NO ma le raccomandazioni sono ben motivate	Buona qualità metodologica
EFSA 2013 infant e children	SI	NO	NO ma le raccomandazioni sono ben motivate	Buona qualità metodologica
NAT/ENA/FISPGHAN Consensus 2015 Follow-Up Formula	NO	SI	NO ma le raccomandazioni sono ben motivate	Buona qualità metodologica
NICE 2015 Healthy weight NG7	SI	SI	SI	Buona qualità metodologica
USPSTF 2015 Screening Iron deficiency	SI	SI	SI	Buona qualità metodologica

Criteria minimi di validità delle LG:

- Multidisciplinarietà del panel, ricerca delle evidenze, grading raccomandazioni

Analisi delle Revisioni Sistematiche:

- Check-List AMSTAR 2 (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

Criterio di esclusione: qualità metodologica *critically low*

Studi Randomizzati:

- Users' Guide to the Medical Literature
- Analisi dei rischi di bias mediante lo strumento validato "Assessment of Risk of Bias" della Cochrane Collaboration.

Esempio di analisi critica /Appraisal di RS pertinenti

REVISIONI SISTEMATICHE							
AMSTAR 2 To cite this tool: Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. <i>BMJ</i> . 2017 Sep 21;358:j4008.							
Items critici # 2, 4, 7, 9, 11, 13, 15							
Revisione Sistematica	JTFPP 2017	Seresirikachorn 2018	Khattiyawittayakun 2019	Khattiyawittayakun 2018 #2	Valenzuela 2019	Rivera Ramirez 2018	Juel-Berg 2017
1. Did the research questions and inclusion criteria for the review include the components of PICO? (Yes/No)	SI	SI	SI	SI	SI		SI
2. Did the report of the review contain an explicit statement that the review methods were established prior to the conduct of the review and did the report justify any significant deviations from the protocol? (Yes/Partial yes/No)	SI	NO	NO	NO	NO		SI
3. Did the review authors explain their selection of the study designs for inclusion in the review? (Yes/No)	SI	SI	SI	SI			SI
4. Did the review authors use a comprehensive literature search strategy? (Yes/Partial yes/No)	SI	PARZIALE SI	PARZIALE SI	PARZIALE SI	SI		SI
5. Did the review authors perform study selection in duplicate? (Yes/No)	SI	SI	SI	SI	SI		SI
6. Did the review authors perform data extraction in duplicate? (Yes/No)	SI		SI	SI	SI		SI
7. Did the review authors provide a list of excluded studies and justify the exclusions? (Yes/Partial yes/No)	NO	NO	NO	NO	NO		SI
8. Did the review authors describe the included studies in adequate detail? (Yes/Partial yes/No)	SI	PARZIALE SI	PARZIALE SI	PARZIALE SI	SI		PARZIALE SI
9. Did the review authors use a satisfactory technique for assessing the risk of bias (RoB) in individual studies that were included in the review? (Yes/Partial yes/No/Includes only NRSI-RCTs)	SI	SI	SI	SI	SI		SI
10. Did the review authors report on the sources of funding for the studies included in the review? (Yes/No)	NO	NO	NO	NO	NO		NO

Criteri minimi di validità delle LG:

- Multidisciplinarietà del panel, ricerca delle evidenze, grading raccomandazioni

Analisi delle Revisioni Sistematiche:

- Check-List AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

Criterio minimo di validità: punteggio ≥ 5 (da 0 a 11)

Studi Randomizzati:

- Users' Guide to the Medical Literature
- Analisi dei rischi di bias mediante lo strumento validato "Assessment of Risk of Bias" della Cochrane Collaboration.

Studi osservazionali: Checklist Newcastle Ottawa Scale per studi di coorte, caso-controllo e cross-sectional. Criterio minimo di validità: assenza di bias rilevanti

Esempio di analisi critica /Appraisal di RCT

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other bias
Nelson 2018	?	?	+	-	+	-	?
Sher 2017	?	?	-	-	+	-	-

Risk of bias summary: review authors' judgements about each risk of bias item for each included study

Criteri minimi di validità delle LG:

- Multidisciplinarietà del panel, ricerca delle evidenze, grading raccomandazioni

Analisi delle Revisioni Sistematiche:

- Check-List AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Reviews)

Criterio minimo di validità: punteggio ≥ 5 (da 0 a 11)

Studi Randomizzati:

- Users' Guide to the Medical Literature
- Analisi dei rischi di bias mediante lo strumento validato "Assessment of Risk of Bias" della Cochrane Collaboration.

Studi osservazionali: Checklist Newcastle Ottawa Scale per studi di coorte, caso-controllo e cross-sectional. Criterio minimo di validità: assenza di bias rilevanti

Esempio di analisi critica /Appraisal di studi di Coorte e di studi Cross-sectional

Newcastle Quality Assessment Scale - COHORT STUDIES								
	Selezione				Comparabilità	Outcome		
Studio	Rappresentatività della coorte esposta	Selezione della coorte non esposta	Accertamento dell'esposizione	Dimostrazione che l' <i>outcome</i> di interesse non è presente all'inizio dello studio	Comparabilità delle coorti sulla base del disegno o dell'analisi	Valutazione dell' <i>outcome</i>	Il <i>follow-up</i> è stato abbastanza lungo affinché l' <i>outcome</i> si verifichi?	Adeguatezza del <i>follow-up</i> delle coorti
Dagnelie 1989	1	1	1	0	1	1	1	1
Van Dusseldorf 1992	1	Unclear	1	1	unclear	1	1	1

Newcastle Quality Assessment Scale - CROSS-SECTIONAL STUDIES							
	Selezione				Comparabilità	Outcome	
Studio	Rappresentatività del campione	Numerosità campionaria	Non rispondenti	Accertamento dell'esposizione	Comparabilità dei gruppi, i fattori confondenti sono controllati	Valutazione dell' <i>outcome</i>	Test statistico
Laskowska-Klita 2011	Unclear	1	1	Unclear	1	1	1
Rona 1987	1	1	1	Unclear	1	1	1
Miller 1991	1	1	1	Unclear	0	1	1
Thane 2000	1	Unclear	1	Unclear	1	1	1

Sulla base di queste valutazioni sono state determinate :

- LA QUALITÀ DELLE EVIDENZE (per la risposta ad ogni quesito)
 - LA FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI (per la risposta ad ogni quesito)
- secondo il Metodo GRADE (Grading of Recommendations Assessment and Evaluation)

Metodo GRADE (Grading of Recommendations Assessment and Evaluation)^{6,7,8}

Graduazione della qualità delle prove

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

Criteria for the increase (*upgrading*) or the decrease (*downgrading*) of the quality judgment (high, moderate, low, very low) of the evidence

Tipo di prove	<u>Studio controllato e randomizzato = alta</u> <u>Studio osservazionale = bassa</u> <u>Qualsiasi altro tipo di informazione = molto basso</u>	
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 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) 	
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) 	

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)**



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

GOOD PRACTICE POINTS

In mancanza di studi clinici analizzabili, il Panel ha classificato le prove disponibili come:

- **convincenti** - **probabili** - **limitate** - **improbabili**

Le prove convincenti e probabili sono alla base delle raccomandazioni.

Autore/i:
 Data:
 Domanda: [Il trattamento topico con CSI e antistaminici nasali] rispetto a [soli CSI] in [pazienti in età pediatrica con rinite allergica]
 Setting: ambulatoriale
 Bibliografia:

Certainty assessment							N° di pazienti		Effetto		Certainty	Importanza
N° degli studi	Disegno dello studio	Rischio di distorsione	Mancanza di riproducibilità dei risultati	Mancanza di generalizzabilità	Imprecisione	Ulteriori considerazioni	[Il trattamento topico con CSI e antistaminici nasali]	[soli CSI]	Relativo (95% CI)	Assoluto (95% CI)		
Total Nasal Symptom Score												
9	studi randomizzati	non importante	non importante	non importante	serio ^a	nessuno	0/0	0/0	non aggregato	vedi commento	⊕⊕⊕○ MODERATA	CRITICO
Total Ocular Symptom Score												
5	studi randomizzati	serio ^{a,b}	non importante	non importante	serio ^a	nessuno			non aggregato	vedi commento	⊕⊕○○ BASSA	CRITICO
Qualità della vita												
5	studi randomizzati	serio ^b	non importante	non importante	non importante	nessuno			non aggregato	vedi commento	⊕⊕⊕○ MODERATA	IMPORTANTE

CI: Confidence interval

Explanations

- a. In alcuni studi comparativi con farmaci la rilevanza scarsa rilevanza clinica ed in alcuni casi risultati discordanti
 b. Alcuni studi in aperto o singolo cieco, risultati self-reported con questionari, non specificato l'allocation concealment

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

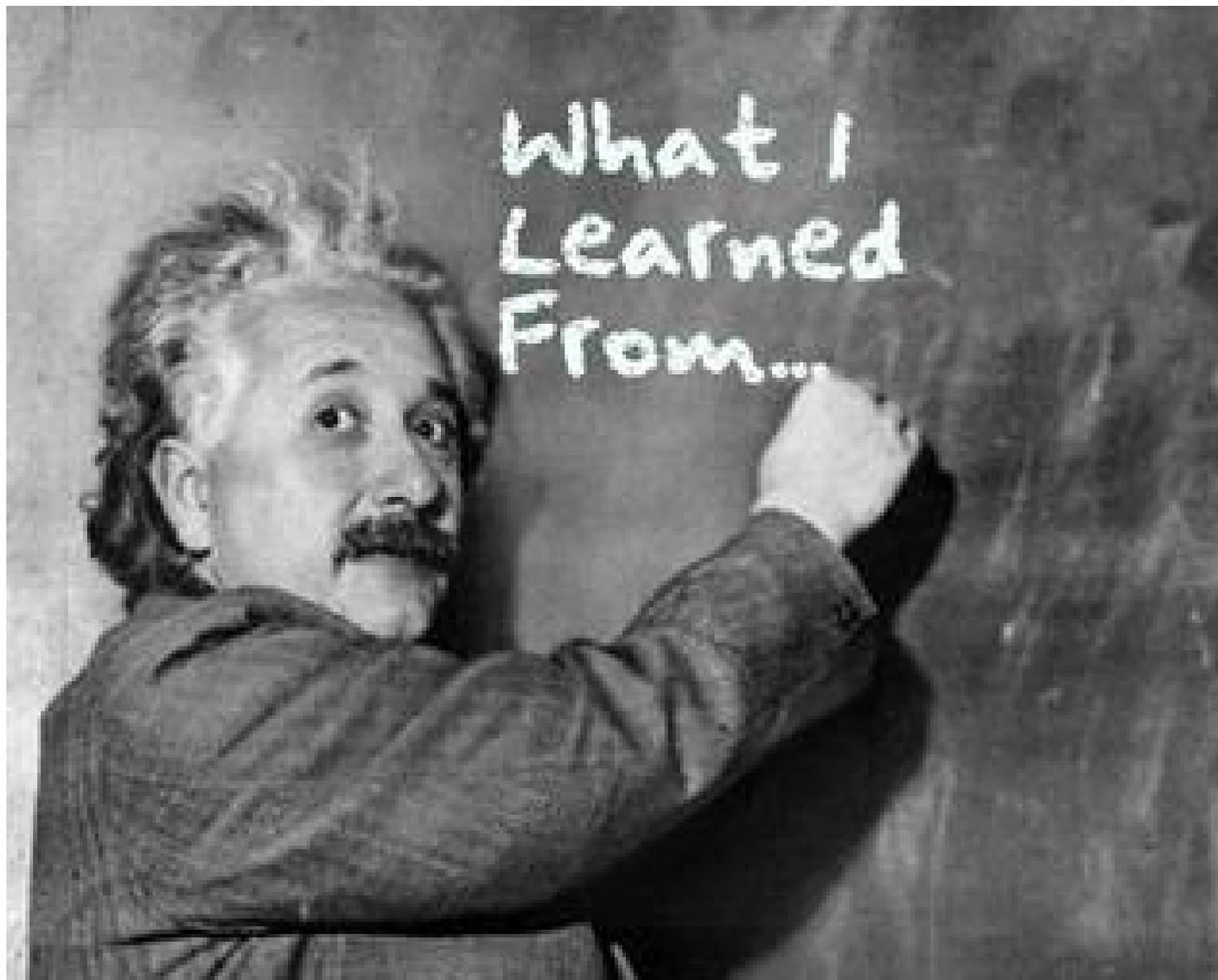
Practicing EBP – the 4 A's



.... per arrivare poi all'applicazione con il proprio paziente nel proprio contesto



Conclusioni





- La nutrizione, ed in particolare la nutrizione nell'età evolutiva, costituisce uno dei più importanti determinanti di salute.
- In particolare, nel bambino deve soddisfare tre esigenze principali: l'accrescimento fisico secondo programma genetico, lo sviluppo neuropsicologico ottimale e il mantenimento dello stato di salute a breve, medio e lungo termine.
- Tali obiettivi possono essere raggiunti se la nutrizione del bambino è adeguata sin dalla gravidanza, nell'utero materno, oltre alla fase di allattamento e di AC, per continuare nelle età successive



- L'approccio all'AC deve quindi tener conto di numerosi fattori, tutti ugualmente importanti: Lo sviluppo psicofisico del bambino, le evidenze scientifiche, il contesto, le esigenze e le abitudini della famiglia



Grazie

