

COME SCRIVERE UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

a cura di Luisa Saiani & Anna Brugnolli
elaborata gennaio 2010

1° FASE - Preparazione di una revisione della letteratura

- A) Scegliere l'argomento, delimitare il problema e formulare il quesito.
- B) Identificare e selezionare gli articoli da includere
- C) Organizzare gli articoli inclusi
 - Tavole riassuntive di estrazione dei dati per l'analisi
 - Elaborazione di una mappa di concetti
- D) Selezionare la modalità di citazione

2° FASE - Scrivere la revisione

- A) introduzione
- B) corpo centrale della revisione
- C) conclusioni
- D) definire il titolo
- E) gestire citazioni e referenze

3° FASE Controllare la revisione

- A) revisione dei contenuti
- B) scrivere la revisione con un buon stile

Allegati

Bibliografia

- Polit D.F., Hungler B.P. (2004). *Nursing Research Principles and Methods*. (7th Ed.) Philadelphia: JB Lippincott.
- Oermann MH. (2002). *Writing for Publication in Nursing*. Philadelphia: JB Lippincott .
- Sandelowski M.(2008) Reading writing and systematic review. *Journal of Advanced Nursing* **64**(1), 104-110
- Hanningan B.,Burnard P. (2001). Preparing and writing and under graduate dissertation. *Nurse Education in Practice* **1**,175-180
- Siwek J.,Gourlay M.L.,Slawson D.C.,Shaughnessy A.F. (2002). How to Wright an Evidence-Based Clinical Review Article. *American Family Physician* **65**(2),251-258

"Le informazioni e i dati contenuti in questo documento sono soggetti ai diritti di proprietà intellettuale di Luisa Saiani e Anna Brugnolli e sono tutelati dalle leggi in vigore.

Tutti i diritti di traduzione, di riproduzione, di diffusione, di distribuzione, di elaborazione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi microfilm e copie fotostatiche), anche a scopo didattico sono coperti da copyright.

La riproduzione con qualsiasi mezzo analogico o digitale può essere effettuata solo con il consenso scritto degli Autori "

Revisione della Letteratura

Con il termine “**revisione o rassegna**” si intende una **sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento** e svolge una funzione fondamentale in ambito sanitario, che è quella di offrire una revisione della letteratura finalizzata all’aggiornamento su un determinato argomento.

Le rassegne sono l’esempio più classico di quelle che sono definite “*pubblicazioni secondarie*”, così dette in quanto chi le redige ricava i dati da studi svolti in precedenza (pubblicati o meno), ne riassume i risultati e trae le proprie conclusioni.

Nell’ultimo decennio, il movimento della evidence - based practice (EBP) ha ritenuto opportuno suggerire agli operatori sanitari un atteggiamento vigile nei confronti delle rassegne di tipo “narrativo”, in quanto spesso incapaci di distinguere le evidenze dalle opinioni. Allo stesso tempo, ha adottato ed ulteriormente sviluppato un tipo nuovo di rassegne basate sulle evidenze che sono le **revisioni sistematiche** (*Systematic Review*). Queste si basano sull’analisi rigorosa delle evidenze che scaturiscono dall’attenta valutazione della migliore letteratura disponibile su un argomento, secondo criteri di qualità ormai unanimemente condivisi.

La preparazione di revisioni sistematiche presuppone la padronanza di una metodologia di lavoro per certi aspetti complessa; anche per tale ragione, in questa sede forniremo suggerimenti ed indicazioni limitatamente alla stesura di **rassegne di tipo “narrativo”** ma, utilizzando alcune procedure di preparazione di una *Systematic Review* che possono rivelarsi preziose nel dare maggiore rigore metodologico anche ad una rassegna narrativa.

Ogni buona rassegna:

- si apre con l’enunciazione di una questione possibilmente controversa
- prosegue con l’analisi dettagliata e sistematica della letteratura esistente
- chiude suggerendo risposte e/o soluzioni ed eventualmente sollecitando ulteriori ricerche sulla base di rinnovati interrogativi.

La preparazione di una revisione scritta comprende numerose tappe che sono riconducibili a 3 fasi come di seguito descritte :

1° FASE - Preparazione di una revisione della letteratura

- D) Scegliere l’argomento, delimitare il problema e formulare il quesito.
- E) Identificare e selezionare gli articoli da includere
- F) Organizzare gli articoli inclusi
 - Tavole riassuntive di estrazione dei dati per l’analisi
 - Elaborazione di una mappa di concetti
- D) Selezionare la modalità di citazione

2° FASE - Scrivere la revisione

- introduzione
- corpo centrale della revisione

- conclusioni
- definire il titolo
- gestire citazioni e referenze

3° FASE Rileggere e controllare la revisione

- revisione dei contenuti
- scrivere la revisione con un buon stile

Nella Figura 1 viene proposto in modo schematico il processo di lavoro di una revisione narrativa della letteratura

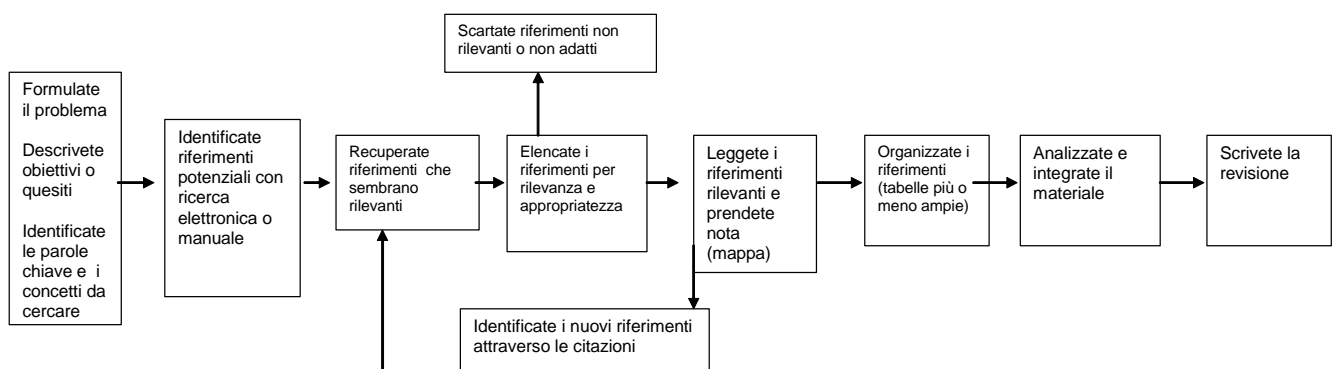


Figura 1. Flusso delle tappe in una revisione bibliografica

Ogni tappa sarà di seguito descritta. Tuttavia il modo migliore per imparare lo stile, il contenuto, e l'organizzazione delle revisioni della letteratura è leggere numerose revisioni che appaiono nella letteratura professionale.

1° fase

Percorso di preparazione di una revisione della letteratura

- A. Scegliere l'argomento, delimitare il problema e formulare il quesito.
- B. Identificare e selezionare gli articoli da includere
- C. Organizzare gli articoli inclusi
 - C1. Tavole riassuntive di estrazione dei dati per l'analisi
 - C2. Elaborazione di una mappa di concetti
- D. Selezionare la modalità di citazione

Dalla scelta dell'argomento → alla delimitazione del problema → alla formulazione del quesito

Il primo passo da affrontare, spesso il più difficile, è quello di scegliere un argomento e di focalizzarlo bene, operazione difficile se si conosce poco.; per superare questa difficoltà si possono intraprendere 2 strade: la prima selezionare argomenti su temi di cui si abbia familiarità e si possieda una conoscenza di fondo, la seconda qualora non si conosca la tematica studiarla sui testi prima di sceglierla come argomento di revisione.

I due errori più frequenti di questa tappa sono il non definire un argomento in modo chiaro e all'interno di questo il non delimitare un problema preciso, spesso una modalità utile per chiarire l'argomento della revisione può essere quello di trasformarlo in quesiti. Al fine di estrarre gli elementi specifici collegati ad un particolare argomento può essere utile oltre alla consultazione di libri di testo, effettuare una ricerca "grezza" della letteratura e consultare esperti.

Una "prima" revisione di articoli e/o testi sull'argomento può essere utile per delimitare l'argomento attorno a "concetti" chiave. Con questi elementi collegati al problema si possono formulare uno o più quesiti.

E' necessario via via porsi anche le seguenti domande:

- la questione che voglio affrontare nella revisione ha una reale valenza scientifica?
- qual è la rilevanza clinica e assistenziale di quanto mi accingo ad approfondire?
- è stato già pubblicato qualcosa di simile?

Quest'ultima domanda introduce un argomento di importanza cruciale nella produzione di una rassegna, perché a monte della stesura c'è un importante lavoro di consultazione della letteratura, che richiede un'organizzazione il più precisa e sistematica.

Nella dispensa di EBN si possono approfondire gli aspetti metodologici della ricerca della letteratura.

Durante questo percorso è consigliato **tenere un diario** per documentare tutte le fasi della ricerca e le scelte operate.

Esempio

Argomento - LE DIMISSIONI DEI PAZIENTI

Che cosa è la dimissione pianificata? Gli episodi di dimissione non preparata e improvvisa sono "incidenti critici" o sporadici? Cosa modifica/migliora pianificare la dimissione? Serve a tutti pazienti?

L'argomento è ancora ampio e non ben definito, pertanto si deve approfondire: consultando testi aggiornati, (es. Potter Perry (Ed Ital.), rubriche di aggiornamento professionale di riviste rilevanti, 1 o 2 esperti selezionati in base all'esperienza dello specifico ambito es. coordinatori di percorso o addetti alla dimissioni, oppure esperti perché docente di quella tematica o che hanno pubblicato articoli di ricerca o di esperienze.

Procedere contenzualmente anche ad una ricerca grezza (con parole libere) su Pubmed.

Ridefinire il problema

Dalla consultazione di questi fonti si è chiarito l'argomento delle dimissioni pianificate e sono stati delimitati 3 problemi:

- *la mancanza di una dimissione pianificata provoca riammissioni, eventi critici a domicilio e scarsa aderenza alle terapie*
- *nelle unità operative esiste una elevata variabilità su tempi e modi di gestire le dimissioni;*
- *la necessità di selezionare i pazienti più a rischio di dimissione difficile.*

Questi 3 problemi sono percepiti come rilevanti dagli esperti e sono spesso oggetto di dibattito tra gli addetti ai lavori e dalla prima ricerca grezza risulta che ci sono molti studi su queste problematiche (conferma di fattibilità quindi per una revisione!!)

Considerata l'ampiezza dei problemi e la ricchezza della letteratura disponibile si può decidere di trasformare i 3 problemi in quesiti o di selezionarne alcuni.

Quesiti

- *La dimissione pianificata negli anziani da ospedale verso casa riduce il numero di riammissioni e migliora la compliance nei pazienti anziani e/o affetti da malattia cronica?*
- *Operatori dedicati a preparare la dimissione migliorano la compliance alle terapie e riducono le riammissioni?*
- *Quali sono le variabili da considerare per selezionare i pazienti a rischio di dimissione difficile e quindi bisognosi di un piano personalizzato? Esistono scale di screening specifiche?*

Identificazione e selezione degli articoli da includere

Condurre una revisione della letteratura implica molto tempo, sia per la ricerca manuale che computerizzata delle fonti.

Le fonti di informazione disponibili per una revisione sono:

1. Revisioni sistematiche – meta analisi dalle quali si estrae il periodo di ricerca utilizzato
2. Abstract e indici di Database (PubMed, CINAHL, qualora ci sia una revisione sistematica la data di partenza per la ricerca di fonti primarie sarà successiva al periodo utilizzato dalla revisione (diverso da quella della pubblicazione)

Esempio: Shepperd S, Parkes J, McClaran J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD000313. DOI: 0.1002/14651858.CD000313.pub2.

La revisione è stata aggiornata utilizzando gli studi fino all'agosto 2002

B. Identificare e selezionare gli articoli da includere

In questa fase ci si può trovare di fronte a molta o poca letteratura.

Nel caso di *scarsa letteratura* lo scrittore deve rimodificare la propria strategia di ricerca o ampliare la propria area di interesse con ulteriori quesiti. In questo caso si può ampliare l'analisi del problema di interesse analizzandolo da diverse prospettive: come è stato analizzato questo problema in letteratura? da quali prospettive? con quali modalità/metodi? su quali popolazioni?

Nel caso in cui ci si trovi di fronte ad una *ricchezza di studi* il revisore può specificare meglio il problema ma anche analizzare in profondità come l'argomento è stato studiato, su quali popolazioni, con quali modalità e con quali risultati. In quest'ultimo caso è necessario definire criteri di inclusione ed esclusione della letteratura, ad esempio questi possono essere:
criteri di inclusione

- tempo di pubblicazione
- principale focus dell'articolo
- disegno di ricerca (es. solo RCT quasi sperimentali e comparativi qualora il quesito sia di efficacia)
- gli esiti misurati

criteri di esclusione

- età partecipanti allo studio (es. esclusi bambini)
- caratteristiche di alcune popolazioni (esclusi studi che comprendevano pazienti psichiatrici)

Il processo di selezione degli studi si applica a partire dai titoli e dagli abstract verificando che nel loro contenuto ci siano elementi pertinenti al nostro quesito, ad esempio l'area di intervento ricercata , o l'outcome atteso, e contenga eventuali criteri di inclusione o esclusione predefiniti. Successivamente lo stesso processo si applica all'articolo completo.

C. Organizzare gli articoli selezionati

A conclusione della ricerca della letteratura un'ulteriore attività è quella di **organizzare le informazioni raccolte**. Diversi sistemi possono essere d'aiuto.

Quando la letteratura su un argomento è estesa, può essere utile organizzare ciò che si è trovato in **tavole riassuntive chiamate anche "tavole estrazione dati"**. Queste tavole possono essere formate da colonne che ne elencano autore, numero di elementi, tipo di progetto, metodo per la misurazione delle variabili e risultati chiave. Una tavola di questo genere vi permette di avere una visione riassuntiva di una quantità enorme di informazioni.

Inoltre può essere utile lavorare con uno **schema – mappa dei concetti** collegati al quesito da sviluppare. Se la revisione è lunga e complessa, è utile tracciare una mappa in modo da avere in mente una struttura prima di cominciare a scrivere. La mancanza di organizzazione è una debolezza comune negli studenti che fanno il loro primi tentativi di scrivere una revisione della letteratura.

C1. Tavole riassuntive di estrazione dei dati per l'analisi

Il processo di **estrazione dei dati** è il processo attraverso il quale lo scrittore della revisione ottiene le informazioni necessarie sulle caratteristiche e i risultati degli studi inclusi; solitamente vengono estratte le seguenti informazioni:

- Informazioni generali : referenze (autore, articolo, giornale, anno pubblicazione) paese dove si è svolto lo studio),
- Caratteristiche dello studio: obiettivo, disegno, randomizzato/non, criteri di esclusione
- Caratteristiche dei partecipanti: età media, genere, comorbidità, e altre pertinenti al quesito della revisione
- Intervento / esposizione e setting: il contesto nel quale l'intervento e/o l'esposizione è avvenuta , la descrizione degli interventi effettuati
- Esiti misurati : la definizione degli esiti e eventuali strumenti usati per misurarli
- Risultati : rispetto agli esiti estrarre i principali (es. Odds Ratio, RR,NNT, p value, intervallo confidenza, ..)

Possono essere aggiunte anche altre colonne, per esempio una dedicata ai commenti, in cui il revisore si annota osservazioni o riflessioni utili al suo quesito.

Di seguito vengono riportati degli esempi di tavole estrazione dati di studi sperimentali, di una revisione sistematica e di uno studio qualitativo. Lo scopo di questi esempi è di fornire una esemplificazione di quali informazioni estrarre per organizzare preventivamente gli articoli a disposizione.

Le tavole non vengono effettuate per compendia, testi, documenti e linee guida, queste fonti solitamente sono utilizzate nella revisione per l'inquadramento del problema, l'interpretazione e analisi critica, discussione

Esempio di “tavola di estrazione dati “ di più studi sperimentali (per quesiti di efficacia)

STUDY	Shorten et al. (1991 [11])	Ackerman (1993 [2])	Bostick & Wendelgass (1987 [4])	Beeram & Dhanireddy (1992 [3])	Hagler & Traver (1994 [6])
PURPOSE	Physiologic effect of NSS and suction on infants	Effect of O ₂ sats with NSS bolus	Effect on PaO ₂ and secretion wt with NSS bolus	Effect of NSS bolus on lung mechanics in neonates	Effect of NSS on bacteria growth
SETTING	NICU	MICU, SICU, & CICU of federal teaching hospital	Surgical CCU of university medical center	NICU of a university hospital	Two critical care units
SUBJECTS	n = 28 neonates 14 M, 14 F	n = 40 Males only > 40 yrs old	n = 45 > 18 yrs old	n = 18 neonates RDS n=9 MAS n=9	n = 10 >18 yrs old
SAMPLE CRITERIA FOR INCLUSION	ETT, ventilator; No congenital abnormalities; Six criteria, i.e., no sedation	Trach or ETT; Critically ill	Cuffed ETT; On vent > 12 hrs; No frequent suction > 2.5-3 hrs; Several respiratory diseases excluded	No chromosomal or congenital abnormalities	ETT > 48 hrs
DESIGN	Quasi-experimental; Counter-balanced factorial	Quasi-experimental; Single case counter-balanced	Experimental	Quasi-experimental	Quasi-experimental
INDEPENDENT VARIABLES	NSS bolus	NSS bolus	NSS bolus	NSS bolus	NSS bolus; Suction catheter
DEPENDENT VARIABLES	HR, ABG's; Calculated PaO ₂ /aO ₂	O ₂ saturation	PaO ₂ ; Secretion amount (Wt)	Pulmonary mechanics, O ₂ sats, HR, BP	Bacterial colony count
INSTRUMENTATION	Bedside monitor, cardiac electrodes, transducer; Blood gas analyzer	Noninvasive pulse oximeter; Accuracy +/- 1.5 - 2.1 %	Blood gas analyzer calibrated q 8 hr; Balance scale calibrated each measure	Differential pressure transducer, computer software, bedside monitor, pulse oximeter, pneumotachometer	Blood agar MacConkey plates
STATISTICAL SIGNIFICANCE	No significant change in HR, BP with NSS instillation; Significant change in HR, BP over time with NSS instillation; No change in a/APO ₂ ; Sample too small	Significant drop in O ₂ saturation with NSS bolus; Change < 1%; Better oxygenation after suctioning without NSS bolus; Noninvasive pulse oximeter not accurate with poor perfusion; Sample too small	No significant difference with or without NSS bolus; Secretions from Group II (5 mL NSS bolus) significantly higher than Group III (10 mL NSS bolus), inability to measure the percentage of NS comprising secretions from suctioning; Study needs to be refined for future studies	In MAS neonates, less airway resistance after NSS bolus; Analysis for ventilated breaths not spontaneous breaths	Significantly different results with suction catheter and NSS bolus procedures; Results may be an over-estimation of bacterial colony count

Esempio di “tavola estrazione dati “ per una Revisione sistematica (quesiti di efficacia come nell’esempio sotto riportato o quesiti di diagnosi/etiologici)

Autore e tipo di studio	Materiali e Metodi	Principali risultati
<p>Bennett et al., 2009</p> <p>Revisione sistematica di RCT</p>	<p><u>Obiettivo</u> Determinare l’efficacia degli interventi educativi individuali al paziente nella gestione del dolore oncologico attivo</p> <p><u>Criteria inclusione studi primari :</u> RCT e Trials non randomizzati su adulti con dolore oncologico e che misuravano l’intensità del dolore Periodo : 1997- al 2007</p> <p><u>Definizione concettuale della variabile:</u> con Intervento educativo si intende informazione, le istruzioni comportamentali e i consigli collegati alla gestione del dolore da cancro attraverso mezzi verbali, scritti, audio o videotape o tramite computer, che venivano date da professionisti sanitari e pari come pazienti esperti. Non erano considerati interventi educativi i metodi che utilizzavano la meditazione, il rilassamento o tecniche di coping.</p> <p><u>Outcome</u> = conoscenza e attitudini e intensità del dolore</p>	<p>Sono stati inclusi 21 studi, (3501 pazienti totali) di cui 19 RCT, da sei paesi, 9 studi riportavano una singola esposizione all’intervento 7 singola esposizione all’intervento con un follow up telefonico 5 studi multiple esposizione all’intervento educativo</p> <p><u>Outcome</u> conoscenza e attitudini verso il dolore : 9 studi adatti per la metanalisi 5 studi non dimostrano alcuna differenza statisticamente significativa e 4 un effetto positivo sulla conoscenza del paziente c’è una significativa eterogeneità statistica</p> <p>Intensità del dolore : 12 studi adatti all’inclusione nella metanalisi Nel gruppo che ha ricevuto l’intervento si è avuta una riduzione statisticamente significativa del dolore medio massimo e peggiore di almeno 1 punto, sul dolore percepito in quel momento non si è registrata una riduzione statisticamente significativa .</p> <p><u>Conoscenza e intensità del dolore in relazione al tipo di intervento educativo :</u></p> <p><i>intervento educativo singolo</i> : migliora conoscenza e atteggiamenti riguardo al dolore: (WMD =differenza media pesata)+1,02 (p = 0.0001) , non riduce l’intensità del dolore medio: (WMD) -0.59 (p = 0.09) ,riduce l’intensità del dolore massimo: WMD -1.38 (p< 0.0001)</p> <p><i>Intervento educativo singolo seguito da telefonata di Follow Up:</i> non migliora conoscenza e atteggiamenti riguardo al dolore (WMD)+0.03 (p = 0.75) ,riduce l’intensità del dolore medio (WMD) -0.54 (p = 0.02), non riduce l’intensità del dolore massimo WMD -0.23 (p=0.53)</p> <p><i>Interventi educativi multipli:</i> non migliora conoscenza e atteggiamenti riguardo al dolore (WMD*)+6 (p = 0.24) ,riduce l’intensità del dolore medio: (WMD) -2.01 (p = 0.05) ,riduce l’intensità del dolore massimo WMD -0.98 (p=0.0007)</p>
<p>XXX et al</p>		

Nota: L’estrazione dati da una revisione sistematica di RCT può anche seguire l’esempio precedente (tavola di estrazione dati di RCT)

Per uno **studio qualitativo l'estrazione dei dati** prevede:

- referenze (autore, anno pubblicazione)
- tipologia dello studio (paese dove si è svolto lo studio),
- quesiti di ricerca
- contesto nel quale si è sviluppata la ricerca,
- partecipanti e loro caratteristiche
- metodi di raccolta dati (osservazione, diario, intervista, *focus group*);
- metodi di analisi dei dati
- risultati: temi, sottotemi, categorie, antecedenti ,concetti

Autori + data (Autore et al.) Tipologia di studio	quesito	Contesto	Caratteristiche partecipanti	Metodi di raccolta dati, postura del ricercatore	Metodo di analisi dei dati	Temi e concetti emersi
Wallengren et al (2008) . Fenomenologico in 2 Stroke Unit della Svezia	Quale è il significato del passaggio dall'essere un familiare al diventare un familiare di una vittima di stroke?	Non descritto	16 familiari che stavano vivendo l'esperienza di un parente con diagnosi recente di stroke 6 coniugi, 8 figli, 1 figlio acquisito, 1 amico; 13 femmine 3 maschi, età media 58 anni	Intervista a domande aperte che venivano registrate: durata dai 30 ai 90 minuti, trascritte poi in un secondo momento. I parenti erano incoraggiati a descrivere loro esperienze vissute.	Con metodo di Reocour in 3 fasi Lettura ripetuta dei testi Analisi strutturale Comprensione globale	2 temi principali: essere nel caos, cercare di far ordine nel caos 8 sottotemi: <i>essere nel caos</i> 1- Non riconoscere più i parenti più stretti 2- Sentire dolore e sconforto 3- Non comprendere il mondo che sta attorno 4- Sentirsi come un'ombra che cammina <i>cercare di far ordine nel caos</i> 5- Essere pronti a prendersi la responsabilità 6-Considerare le alternative riguardanti il futuro 7- Cercare di capire cosa sta succedendo 8- Avere bisogno degli operatori sanitari <i>NB. Questa descrizione è sintetica, a fianco di ogni sottotema si potrebbe riportare qualche dettaglio in più per facilitare la comprensione dei risultati.</i>
XXXX et al (2009)						

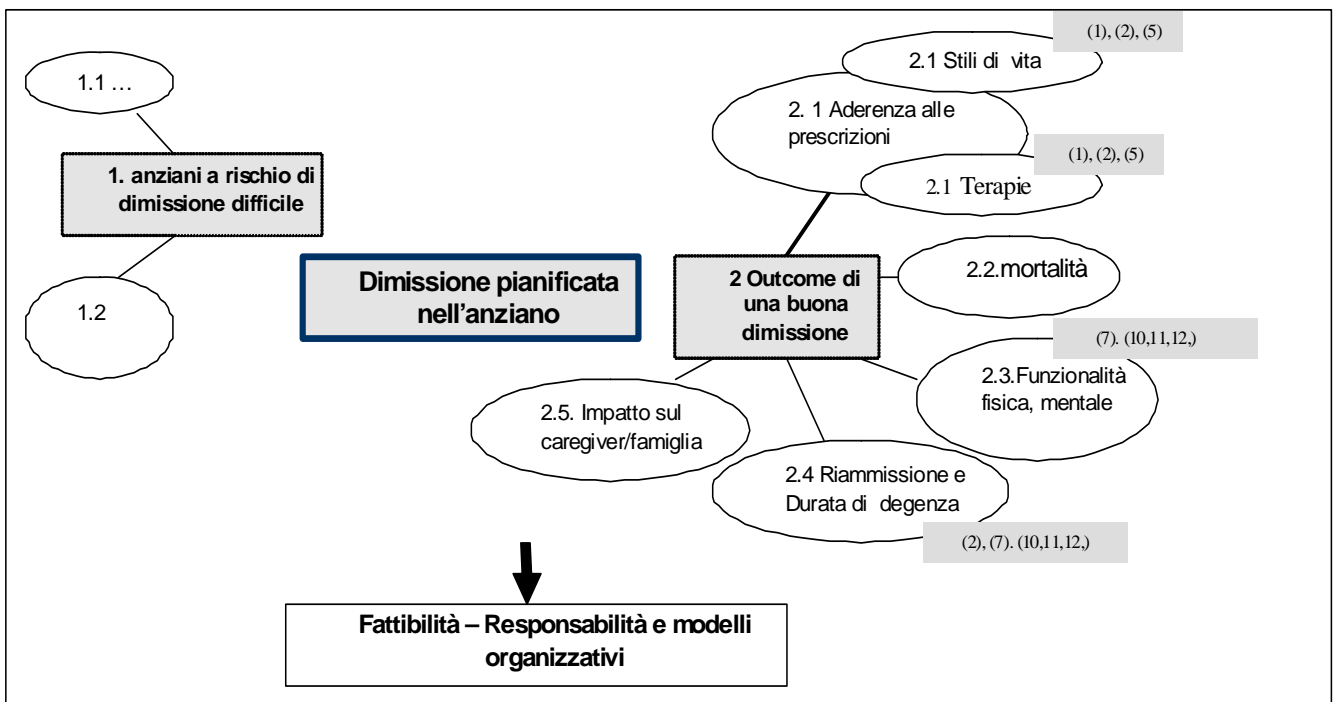
La referenza completa dell'articolo va riportata in bibliografia non nella tabella

C2. Costruire una mappa di concetti

A questo punto è necessario abbozzare un iniziale indice che include i contenuti, concetti e sotto concetti che possono essere usati nella revisione, facilita l'autore a focalizzarsi sui contenuti e lo orienta nel selezionare quali risultati inserire. Prima di costruire l'indice è necessario aver preso visione del materiale, preso appunti, estratti i contenuti e avere una visione di insieme sul quesito che guiderà la revisione.

Tutto questo aiuta il revisore a possedere una visione generale di come possono essere organizzati i contenuti e in particolare su quali concetti e relazioni tra essi si dovranno sviluppare.

E' importante costruirsi a questo fine **una mappa delle idee/ concetti principali**. E' uno schema che mette in relazione i concetti chiave, questo aiuta a collegare le idee chiave e ad organizzarle in modo logico, l'idea principale è messa al centro della mappa e gli altri concetti raggruppati attorno ad esso. Questi concetti possono essere numerati in modo tale che l'autore man mano che scrive può porre gli stessi sul margine esterno del manoscritto (la sua bozza) che lo aiuterà nella trattazione logica dei vari concetti e a fianco di ogni concetto si inseriscono anche i riferimenti bibliografici



Mappa dei concetti "organizzati per outcome" sulla dimissione pianificata negli anziani

D. Selezionare la modalità di citazione

Prima di scrivere la revisione è importante decidere il metodo di citazione delle fonti lungo il testo Metodo Harvard o metodo Vancouver.

Si consiglia, a prescindere dal metodo scelto, nella fase di stesura della bozza del manoscritto il sistema di citazione Harvard che permette di effettuare inserimenti e modifiche al testo senza alterare la progressione delle citazioni. Il sistema Vancouver che richiede una progressione numerata della citazione lungo il testo richiede nella fase di stesura di bozza l'uso di un programma informatico come *Reference Manager*. Per ovviare all'utilizzo di questo sistema si utilizza il metodo Harvard in prima fase e successivamente a testo finito il metodo Vancouver qualora si sia scelto tale metodo.

2° fase

Scrivere la revisione

- A) introduzione
- B) risultati (sono il corpo centrale della revisione)
- C) conclusioni
- D) definire il titolo
- E) gestire citazioni e referenze

A. Introduzione

L'introduzione dovrebbe delineare il problema, lo scopo e la struttura della revisione. E' importante ricordare che l'introduzione non deve anticipare le conclusioni.

Inoltre alla fine dell'introduzione si possono descrivere i metodi , o fare una sezione ad hoc, in cui si illustra brevemente come è stata condotta la ricerca della letteratura e le maggiori fonti utilizzate ed eventualmente indicare i criteri predeterminati utilizzati per includere o escludere gli studi .

Negli articoli di revisione allegati alla dispensa si possono leggere diversi tipi di introduzione

Esempio di introduzione per un argomento assistenziale

descrivere problema

rilevanza (epidemiologica, come viene comunemente affrontato nella pratica, incoerenze e suo impatto clinico)

circoscrivere il problema

definendone le dimensioni
come si sviluppa
quali fattori entrano in gioco

riferimento all'esperienza del nostro contesto (i nostri pazienti, famigliari, le difficoltà degli operatori) oltre alla letteratura

evidenziare se ci sono spinte-motivazioni-direttive che ne sollecitano la soluzione (costi,leggi,linee guida, direttive OMS, piani, documenti professionali)

Si riporta di seguito l'introduzione di una revisione della letteratura sull'utilizzo della soluzione salina nell'aspirazione endotracheale. Come si può notare l'introduzione presenta la finalità di questa procedura, i rischi connessi per il sistema respiratorio e aspetti di incoerenza relativi alla tecnica. Il revisore nell'introduzione descrive le basi per lo sviluppo di una argomentazione relative alle prove di efficacia a favore e contro tale manovra (introduce ma non le tratta qui).

Esempio di introduzione

tratto da Blackwood B. Normal saline instillation with endotracheal suctioning;: primum non nocere (first do no harm) J Adv Nurs 1999;29:928-34

“..Introduzione . Durante la fase critica della malattia i pazienti possono richiedere una ventilazione meccanica per mantenere una normale funzione respiratoria e a tal fine si utilizzano dei tubi endotracheali per via orale o nasale o tramite tracheotomia. Il tubo endotracheale bypassa la normale funzione protettiva di umidificazione e filtro dell'aria e questo può determinare un aumento della viscosità e secchezza delle secrezioni. Inoltre nei pazienti critici può essere compromesso il normale funzionamento immunitario, l'azione delle cellule ciliate nel tratto respiratorio e il riflesso della tosse nel rimuovere le secrezioni. Tutti questi elementi rappresentano un problema

frequente per i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica e che richiedono l'aspirazione delle secrezioni endotracheali. Lo scopo dell'aspirazione tracheo bronchiale è di massimizzare la quantità di secrezioni rimosse e minimizzare i rischi associati con questa procedura.

Un'azione che accompagna l'aspirazione tracheo bronchiale è l'instillazione di un bolo di soluzione salina all'interno del tubo endotracheale prima dell'aspirazione. Nei testi di infermieristica l'instillazione della soluzione salina viene descritta come un intervento da attuare per facilitare la rimozione delle secrezioni (Blodgett 1980, Wade 1982, Pritchard & Mallett 1992). Comunque questa manovra è praticata in modo incoerente in quanto la sua utilità è controversa e non è supportata da prove di efficacia.

Questo articolo revisiona la letteratura sulla instillazione di soluzione salina prima dell'aspirazione tracheo bronchiale al fine di tracciare le motivazioni contro o a favore di tale manovra. Verranno discusse le prove derivanti dalla ricerca sulla sua efficacia nel rimuovere le secrezioni e sugli effetti, sul funzionamento fisiologico e di benessere.

Un nursing moderno dovrebbe abbondare pratiche di routine come l'instillazione della soluzione salina a meno che non sia supportata da prove di efficacia che dimostrino i benefici per il paziente. Nei testi di infermieristica in uso l'instillazione di soluzione salina è considerata utile nel rimuovere le secrezioni sulla base delle seguenti motivazioni:

- la soluzione salina diluisce le secrezioni e aumenta la quantità di secrezione rimosse
- la soluzione scioglie e rimuove le secrezioni
- l'instillazione di un bolo di soluzione salina irrita la mucosa e stimola il paziente a tossire e così facendo rimuove le secrezioni
- la soluzione salina lubrifica il tubo tracheale.

Queste affermazioni possono sembrare plausibili, ma derivano dalla conoscenza convenzionale come l'esperienza e la pratica professionale, non ci sono prove scientifiche che le supportano.

La seguente revisione della letteratura vuole ricercare evidenze a sostegno e non di queste affermazioni.

B. Scrivere i risultati che sono il corpo centrale della revisione

La parte centrale della revisione **presenta i risultati a partire da una descrizione sintetica degli studi** considerati e successivamente dei **sottotemi del focus**.

B1. Descrizione sintetica degli studi

Nello scrivere la revisione, l'autore dovrebbe descrivere e sottolineare gli studi importanti e dichiarare perché essi sono significativi. Dovrebbero essere evidenziati e discussi gli studi fondamentali soprattutto per come essi hanno contribuito a rispondere al quesito o hanno determinato una progressione di sviluppo "conoscitivo" su quel tema/argomento. Per presentare gli studi si procede ad una descrizione sintetica di quelli inclusi, del loro disegno, le caratteristiche delle popolazioni studiate, gli esiti primari e secondari misurati (se revisione sull'efficacia di un intervento o trattamento), e descrizione degli interventi effettuati e dei setting/contesti.

Si riporta **un esempio di presentazione degli studi**, modificato, tratto da una revisione sull'efficacia e sicurezza dell'installazione di soluzione salina prima dell'aspirazione tracheo bronchiale nei pazienti intubati pubblicata nel 2009 sulla Rivista *Physiotherapy*

"...In questa revisione sono stati inclusi diciassette articoli, cinque RCT (Ridling, Martin, Bratton, 2003; Ackerman, Mick, 1998; Bostick, Wendelgass, 1987; Drew, Padoms, Clabburn, 1986; Caruso, Denari, Ruiz et al., 2009) otto studi randomizzati crossover (O'Neal, Grap, Thompson et al., 2001; Akgul, Akyolcu, 2002; Shorten, Byrne, Jones, 1991; Ackerman, 1993; Beeram, Dhanireddy, 1992; Gray, Macintyre, Kronenberger, 1990; Hudak, Bond-Domb, 1996), uno studio crossover (Hagler, 1994) uno studio osservazionale (Kinloch, 1999) e due revisioni quasi sistematiche (Blackwood, 1999; Brooks, Anderson, Carter et al., 2001).

Le caratteristiche chiave degli studi sono sintetizzate nella **tabella 1**. Quattro studi (Ridling, Martin, Bratton, 2003; Drew, Padoms, Clabburn, 1986; Shorten, Byrne, Jones, 1991; Beeram, Dhanireddy, 1992), sono stati condotti con pazienti pediatriche e neonatali e 10 studi (Ackerman, Mick, 1998; Bostick, Wendelgass, 1987; Caruso, Denari, Ruiz et al., 2009; O'Neal, Grap, Thompson et al., 2001; Akgul, Akyolcu, 2002; Ackerman, 1993; Gray, Macintyre,

Kronenberger,1990), sono stati condotti con pazienti adulti. Tredici studi coinvolgevano pazienti ventilati in unità di terapia intensiva, uno studio era condotto in una unità neurochirurgica (Hudak, Bond-Domb,1996), e uno era un benchtop study.

L'età media dei partecipanti degli studi condotti sugli adulti era 61.7 anni (range 20 a 87 anni).

Dei quattro studi pediatrici, Ridling et al. (2003) ha studiato bambini (età media 4 ± 4.8), mentre gli altri 3 studi clinici (Drew, Padoms, Clabburn,1986; Shorten,Byrne,Jones,1991; Beeram,Dhanireddy,1992) studiavano neonati (età gestazionale media 33.08 settimane, range 25 to 40 settimane).

Dei cinque RCT, quattro comparavano l'instillazione di soluzione salina con nessuna soluzione Ridling, Martin, Bratton,2003; Ackerman, Mick,1998; Drew, Padoms, Clabburn,1986; Caruso, Denari, Ruiz et al., 2009). Bostick & Wendelgass (1987) hanno analizzato tre gruppi: nessuna soluzione salina, 5 ml e 10 ml. Tutti, eccetto uno, dei soggetti inclusi negli studi crossover comparavano l'instillazione di soluzione salina con nessuna soluzione. Ji et al. (2002) hanno analizzato tre gruppi - nessuna soluzione e 2 ml e 5 ml - di normale soluzione salina

Dei 15 studi primari 9 di questi utilizzavano la pre-ossigenazione prima dell'aspirazione e solo 2 studi (Ackerman, Mick,1998), (Hudak & Bond-Domb,1996), non includevano questo intervento nel loro protocollo. In uno studio non era riportato se veniva usata o meno la pre-ossigenazione (Drew, Padoms, Clabburn,1986). La maggior parte degli studi utilizzavano una procedura di aspirazione con sistema aperto, 4 studi usavano un sistema chiuso (Ackerman, Mick,1998; Caruso, Denari, Ruiz et al.,2009; O'Neal, Grap, Thompson et al, 2001; Ackerman,1993), tre studi non specificavano il dispositivo utilizzato.

La pressione di aspirazione variava da 90 a 200 mmHg nei pazienti adulti e da 40 a 100 mmHg nei neonati in base all'età gestazionale e al peso.

Gli esiti misurati, descritti nella tabella 1, comprendono: quantità di secrezioni aspirate, parametri emodinamici, il grado di ossigenazione misurata attraverso la saturazione e la pressione dell'ossigeno e il grado di discomfort. Nessun studio ha analizzato gli effetti sulla pressione intracranica.

Nel testo gli Autori hanno rinvio il lettore alla tabella 1 che sintetizza le caratteristiche principali degli studi inclusi nella loro revisione. Questa scelta è opportuno farla nelle revisioni in cui si utilizzano molti studi.

Tabella 1 – Descrizione degli studi inclusi

Autor/anno	Disegno dello studio	Popolazione	Numero	Età media (SD)	Sistema aspirazione	Pre-ossigenazione
Ackeman,1993	Randomizzato cross over	Adulti in ICU Ventilati meccanicamente	40	65,4 (8,7)	chiuso	Fi O2 100%
Drew,1996	RCT	Neonati in ICU, neonati pretermine e termine ventilati meccanicamente con malattia della membrana jalina	86(+19 dropout)	31,1 settimane (3,4)	aperto	Non riportata
Kinloch,1999	osservazionale	Adulti in ICU, ventilati meccanicamente con bypass coronarico emodinamicamente stabili	35(+5 dropout)	60,4 (10,5)	Non dichiarato	Fi O2 100%
Caruso, 2009	RCT	Adulti in ICU medica di un ospedale oncologico	132 ontrollo 138 salina	61,4 (15,3)	chiuso	Fi O2 100%

..... La tabella continua con altri 15 studi

RCT, trial randomizzato controllato;SD, deviazione standard, ICU, Unità di Cure intensive; FiO2, frazione di ossigeno inspirato;

B.2 Scrivere i risultati della revisione

E' importante per questo processo **avere in mente una struttura** prima di cominciare a scrivere in modo che la presentazione sia scorrevole e significativa. Se avete utilizzato le mappe concettuali mentre facevate l'analisi degli studi sarete aiutati a presentare i risultati in modo logico e organizzato. La mancanza di organizzazione è una debolezza comune negli studenti che fanno i loro primi tentativi di scrivere una revisione della letteratura

Le revisioni possono essere **scritte:**

A) in modo cronologico, con un riassunto della storia della ricerca in quel campo, ma questo è utile solo se si possono individuare nel tempo chiare tendenze.

B) per variabili dipendenti, indipendenti, e poi una combinazione delle due, seguita dalle ricerche sui fattori che influenzano il rapporto tra le due. Anche se gli aspetti specifici dell'organizzazione differiscono da argomento a argomento, lo scopo generale è di strutturare la revisione in modo che *la presentazione sia logica, coerente e significativa*, ed esponga chiaramente tutto quello che si conosce sull'argomento.

Il processo scrittura della letteratura, nel quale gli studi vengono aggregati per concetti o per variabili,.. mettendo in evidenza sia le similitudini che le differenze dei risultati, è la fase più importante di una revisione. E' in questa fase che si esprime l'abilità di "scrittura e presentazione" dell'autore. E' importante parafrasare, o riassumere una fonte di riferimento con le vostre parole. La revisione dovrebbe dimostrare che avete considerato attentamente il materiale. Mettere insieme "affermazioni" da vari documenti indica che la ricerca e le considerazioni sull'argomento non sono state assimilate e comprese.

Quando la letteratura su un argomento è estesa si possono inserire nel testo **delle tabelle delle evidenze** (articolo di Salgarello allegato tab 1, 2) organizzate per variabili dipendenti o per variabili indipendenti per dare al lettore una visione riassuntiva di una quantità enorme di informazioni. Queste tabelle sono elaborate a partire dalle tabelle riassuntive predisposte nella fase di preparazione della revisione, non però vanno confuse con queste ultime.

Questo è il modo in cui la letteratura dovrebbe essere sintetizzata e presentata. Una revisione scritta della letteratura **non dovrebbe essere:**

- a) una serie di citazioni,
- b) una serie di abstract o riassunti delle fonti usate,
- c) un elenco di singole pubblicazioni [*il primo studio ...(...) Il secondo o lo studio di...(..)*]

Gli studi che hanno uno o più esiti misurati paragonabili sullo stesso problema possono essere raggruppati e brevemente riassunti, come negli esempi che seguono:

I risultati di vari studi osservazionali hanno riscontrato che l'incidenza di flebiti è direttamente correlata al metodo di somministrazione dell'infusione endovenosa e a certi parametri di materiali usati nell'infusione (Dayton, 1998; Stainback, 1996; Whitman e Coxe, 1997).

Vari studi condotti su pazienti sottoposti a trattamento chemioterapico prima del trapianto di midollo osseo evidenziano una forte associazione tra mucosite orale e dolore nell'80-90% dei pazienti e che tale dolore raggiunge un massimo di intensità tra il 5° e il 10° giorno dal trapianto (Kolbinson et al 1988; Chapko et al. 1989; McGuire et al. 1993; Mackil, Coda, Hill 1991; Zimmermann 1992). I risultati di tutti gli studi analizzati mostrano la necessità di un trattamento farmacologico per questo problema. In particolare, nello studio di Kolbinson et al. il 70% dei pazienti necessitava di farmaci oppioidi mentre in due studi successivi, di McGuire e al. Mackil, et al., i risultati dimostrano che non c'è correlazione tra la severità del dolore e severità della mucosite. Nel primo i pazienti con ulcerazione del cavo orale non riportavano più dolore di quelli con solo eritema, nel secondo i pazienti riferivano livelli intensi di dolore, difficoltà a mangiare e parlare, già nelle fasi iniziali di mucosite.

Un altro fattore da tenere presente è che la revisione **deve essere più oggettiva possibile**. Gli studi che entrano in conflitto con i valori personali non devono essere tolti dalla revisione. Allo stesso modo, la revisione non deve ignorare deliberatamente una ricerca semplicemente perché i suoi risultati contraddicono altre ricerche. Analizzate i risultati contraddittori, e valutate le prove che li sostengono nel modo più oggettivo possibile.

Gli articoli fondamentali per lo sviluppo della revisione dovrebbero essere trattati in profondità. Se non si analizza la letteratura dettagliatamente, e non si identifica la relazione tra le pubblicazioni precedenti, la qualità della revisione sarà scarsa. Un'analisi e una sintesi inadeguate della letteratura generano una revisione formata solo da una serie di paragrafi slegati, che richiamano i risultati degli studi precedenti. Progettando la revisione, invece, si potrà presentare un'argomentazione coerente, strutturata e logica che serve a ricerche successive, o a una valutazione dell'attuale stato delle conoscenze.

Esempio di corpo centrale della “revisione” di Kuriakose, 2008

Nei passati 30 anni sono stati condotti vari studi che hanno identificato come la pratica di utilizzare l'instillazione di soluzione salina per l'aspirazione endotracheale può determinare effetti avversi nei pazienti in ventilazione meccanica. Questi effetti dannosi includono la polmonite, la riduzione della saturazione dell'ossigeno, la dispnea e l'aumento della pressione intracranica (Figura 1).

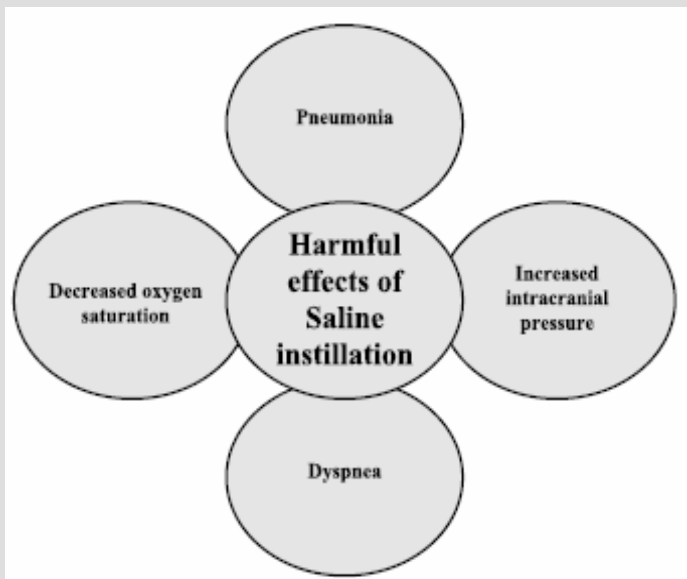


Fig 1. Effetti avversi dell'instillazione di soluzione salina

Effetti della soluzione salina nel diluire le secrezioni

(...)

Effetti della soluzione salina sull'ossigenazione e dispnea

(...)

Effetti della soluzione salina sulla pressione intracranica

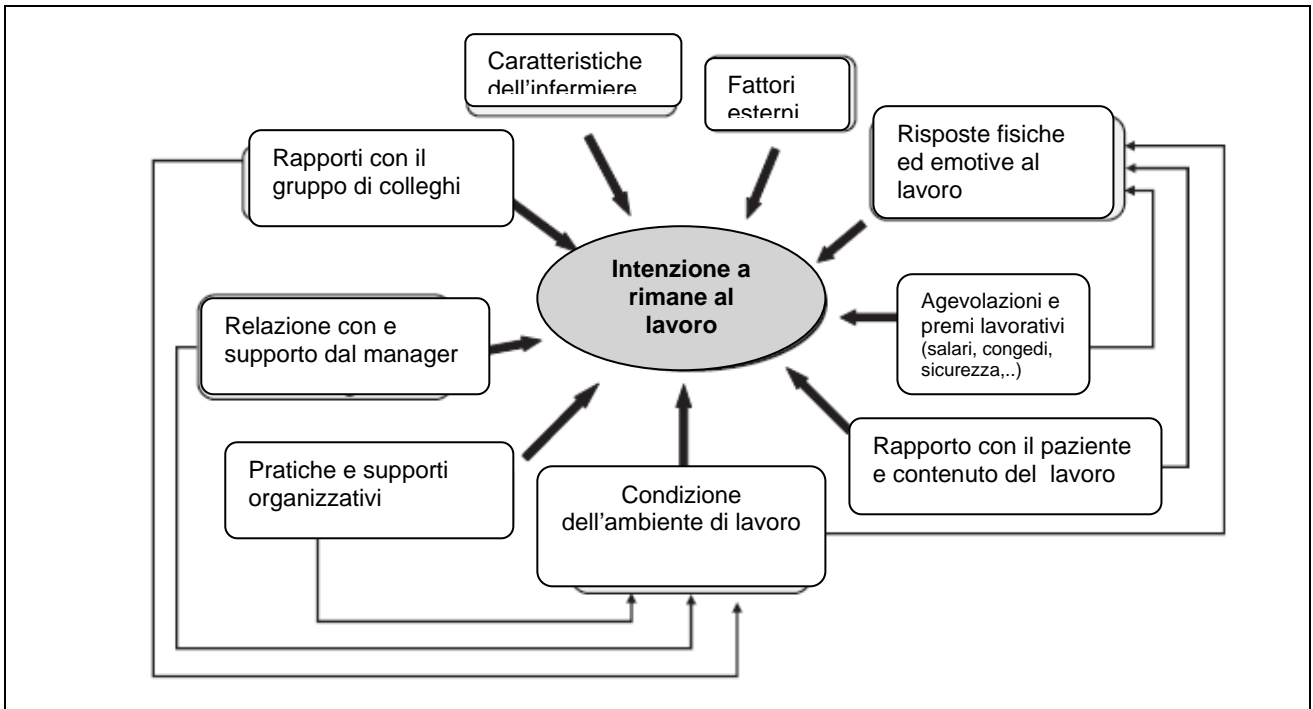
(...)

Effetti della soluzione salina sui polmoni

Hagler and Traver (1994) nel loro studio riportavano un incremento della colonizzazione delle basse vie respiratorie dopo instillazione di soluzione salina. Questi ricercatori hanno valutato la colonizzazione batterica sui tubi endotracheali rimossi da 10 pazienti dopo 48 ore di intubazione. Il numero di batteri dislocati nelle basse vie respiratorie dovuto all'inserzione di un catetere per l'aspirazione endotracheale incrementava di cinque volte nei pazienti in cui veniva utilizzata l'instillazione di soluzione salina rispetto a quelli in cui non veniva utilizzata. Nel 2003, altri ricercatori hanno evidenziato che l'uso della soluzione salina disperde i microrganismi nelle basse vie. (Freytag , Thies , Konig, Weltr 2003). In nessuna delle ricerche condotte su questa pratica (.....) viene raccomandato l'uso dell'instillazione di soluzione salina nel tubo endotracheale, anzi emergono scarsi benefici e frequentemente la pratica nelle conclusioni dei vari studi è sconsigliata nella pratica standard di routine.

(..)

Alcune tematiche, come ad esempio quelle organizzative e/o plurifattoriali possono essere sintetizzate in una revisione attraverso una rappresentazione grafica che sintetizza i diversi fattori che influenzano il fenomeno studiato e le relazioni tra questi. In queste revisioni di solito non vengono utilizzate tabelle delle evidenze. Di seguito viene riportato un esempio di figura che rappresenta i determinanti che influenzano l'intenzione di rimanere al lavoro degli infermieri ospedalieri



C. Scrivere le conclusioni della revisione

Le conclusioni richiedono un giudizio critico riguardo l'estensione e la affidabilità dell'informazione sull'argomento.

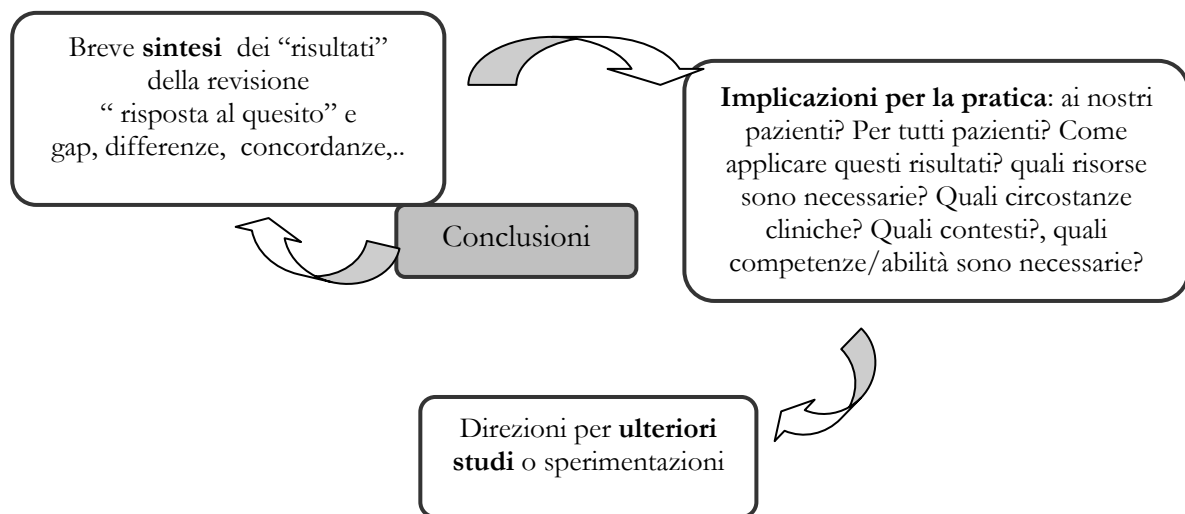
La revisione della letteratura dovrebbe concludersi con una **sintesi** dell'attuale stato di conoscenza sull'oggetto preso in esame. Il riassunto dovrebbe chiarire ciò che è stato studiato e se le ricerche sono state adeguate, ma dovrebbe anche evidenziare se ci sono gap o zone in cui la ricerca è lacunosa.

Le conclusioni dovrebbero includere le **implicazioni per la pratica assistenziale, per esempio ponendosi domande quali** : *i nostri pazienti sono simili a quelli degli studi ? L'intervento è realistico nella nostra situazione?* Si possono considerare alcuni dei seguenti fattori:

- gli studi si sono svolti in altri Paesi con caratteristiche demografiche diverse?
- si sono svolti in una situazione clinica differente (pazienti ricoverati, assistenza domiciliare, clinica universitaria, pronto soccorso, pazienti ambulatoriali, medicina di base,..)?
- alcuni interventi, in particolare i test diagnostici, possono essere non accessibili o lenti nella risposta?
- Il trattamento (e intervento educativo) da chi era realizzato, richiedeva una specifica competenza o preparazione?
- L'opzione di trattamento al paziente sarà differente dalla situazione della sperimentazione? Questo può influire sull'aderenza del paziente

Gli esiti sono appropriati per i nostri pazienti? Cosa ne pensano i pazienti? Alcuni trattamenti richiedono una aderenza a vita per mantenere la loro efficacia. L'intervento incontra i valori e le preferenze del paziente?

Al termine si possono tracciare possibili interrogativi e possibili **direzioni future di ricerca**



D. Definire il titolo

Il titolo costituisce la presentazione, la facciata del lavoro. Esso è una specie di sintesi brevissima che ne condensa l'argomento e il significato. Deve essere semplice, chiaro, non enfatico. Deve attirare l'attenzione del lettore con l'evidenza obiettiva del suo contenuto. Nel sempre crescente numero di pubblicazioni, tale caratteristica assume notevole importanza. È quindi necessaria molta cura nella scelta. Può essere opportuno abbozzare un titolo all'inizio. Ciò può riuscire utile per inquadrare l'obiettivo del lavoro e indirizzarne la stesura. Esso dovrà poi essere verificato alla fine, per controllare se corrisponde veramente al contenuto ed eventualmente modificato in rapporto a come questo è stato esposto. Dato che è scontato che ciò che si presenta in un articolo scientifico non è stato descritto in precedenza, evitare di utilizzare nel titolo il termine "nuovo".

E. Gestire le referenze e le citazioni

Le referenze in un articolo, *Paper* o manoscritto documentano la letteratura revisionata dagli autori e permette al lettore di ripercorrere il lavoro svolto o di integrarlo.

Nella redazione di una bibliografia devono essere rispettate le **regole etiche** fondamentali che presiedono allo scrivere in medicina e collegate all' onesta intellettuale:

- si citano le fonti realmente consultate in modo integrale (full text)
- in presenza di una fonte secondaria (revisione sistematica, revisione narrativa,...) si cita quest'ultima e non le sue fonti primarie

Le riviste hanno vari formati – stili per la citazione delle referenze; i due stili maggiormente utilizzati nelle riviste scientifiche sono:

- il sistema nome-anno conosciuto come “ Harvard system”
- il sistema citazione – sequenza conosciuto come “ Vancouver system”

Il primo è denominato **Harvard Style o Harvard System** ed è utilizzato soprattutto dalle pubblicazioni a carattere economico, sociologico e umanistico. Prevede la citazione nel testo di Autore ed anno, separati da una virgola e posti tra parentesi. La bibliografia in calce al testo riporterà l'elenco delle voci bibliografiche ordinate per autore/anno. La seconda modalità è quella definita nel 1978 in un incontro a Vancouver che vide la partecipazione dei direttori delle più importanti riviste biomediche internazionali. Le norme stilate nel corso del meeting e pubblicate nel 1979 sono ormai largamente condivise all'interno della comunità medico-scientifica, così che il **Vancouver Style** costituisce oggi lo standard di riferimento per quanto riguarda la letteratura biomedica.

Il sistema nome-anno o Harvard

CITAZIONE: le **citazioni nel testo** includono il cognome dell'autore seguito dalla data di pubblicazione tra le parentesi. Di solito sono tutte e due tra parentesi, a meno che il nome dell'autore non sia parte integrante della frase.

<p><i>Smith (2000) ha riscontrato una relazione significativa tra lo stress degli studenti in tirocinio e performance.</i> oppure <i>Una relazione significativa è stata riscontrata tra stress degli studenti in tirocinio e performance (Smith,2000).</i></p>	
Situazioni	Modalità di citazione nel testo
<p>Una volta che la referenza è citata in un <u>paragrafo</u> le successive referenze <u>nello stesso paragrafo</u> non includono la data di pubblicazione</p>	<p><i>Smith (2000) ha riscontrato una relazione significativa tra lo stress degli studenti in tirocinio e performance. Alti livelli di stress determinano bassi livelli di performance nelle abilità cliniche. I risultati dello studio di Smith evidenziano inoltre che lo stress influenza significativamente</i></p>
<p><u>Pubblicazioni con più autori</u> vengono seguiti diversi principi per la loro citazione nel testo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le pubblicazioni che hanno <u>due autori</u> si citano entrambi con la “e” o con la “&” in base alla modalità di citazione del cognome e anno nel testo: 	<p><i>Smith e Jones (2000) hanno riscontrato una relazione significativa tra lo stress degli studenti in tirocinio e performance.</i> Oppure <i>Una relazione significativa è stata riscontrata tra stress degli studenti in tirocinio e performance (Smith & Jones, 2000).</i></p>

<p>Situazioni (continua)</p> <p>- le pubblicazioni da <u>3 a 5 autori</u> devono essere inclusi tutti i cognomi la prima volta che è citata nel testo ma nelle successive citazioni si include solo il primo cognome (primo autore) seguito da “ et al.” E anno di pubblicazione</p> <p>- le pubblicazioni <u>con sei o più autori</u> viene citato solo il cognome del primo autore seguito da “et al.”</p>	<p>Modalità di citazione nel testo</p> <p><i>Smith, Jones, Brown e Dowd (2000) hanno riscontrato una relazione significativa tra lo stress degli studenti in tirocinio e performance. Alti livelli di stress determinano bassi livelli di performance nelle abilità cliniche. (prima citazione nel testo) (il testo prosegue ...)</i></p> <p><i>Smith et al. (2000) riportano che</i></p> <p><i>Smith et al. (2000)</i></p>
<p>Se la citazione si riferisce ad una parte <u>specificata di un lavoro originale</u>, una affermazione o definizione o .. su una particolare pagina si include nella citazione anche il numero della pagina</p>	<p>(Smith, 2000, p. 24).</p>
<p>pubblicazioni dello <u>stesso autore o stessi co-autori nello stesso anno</u></p>	<p>(Smith, 2000a) (Smith, 2000b) (Smith& Thompson, 2000a) (Smith, & Thompson , 2000b)</p>

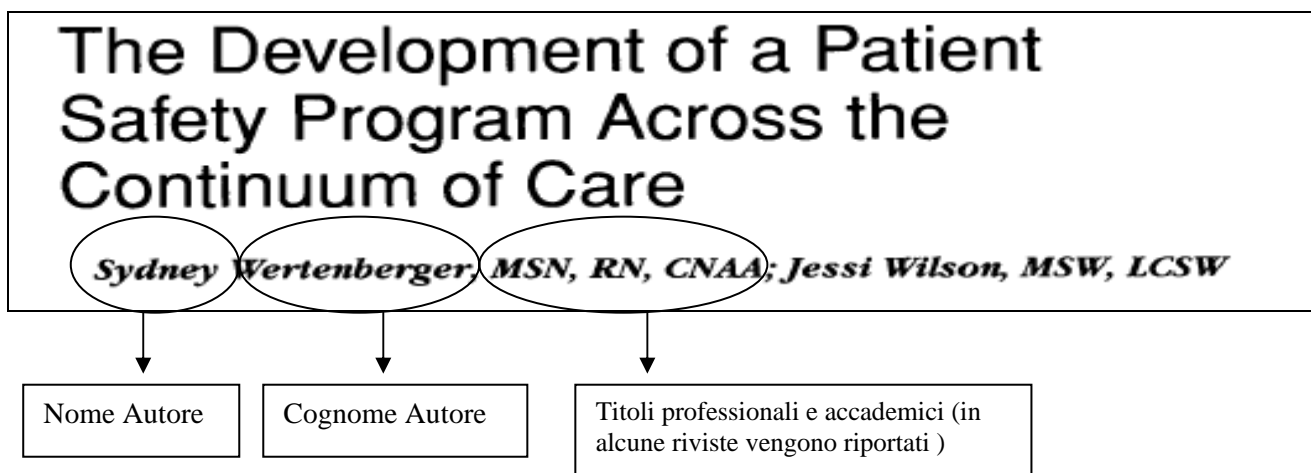
LISTA delle **REFERENZE** – **scritta alla fine dell’articolo, manoscritto o paper** in ordine alfabetico sulla base del cognome del primo autore.

Situazioni	Stile di Citazione
Articolo di rivista	Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., Sochalski J. & Silber J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. <i>Journal of the American Medical Association</i> 288 (16), 1987–1993
Articolo di rivista con sei o più autori	Dunn S.V., Lawson D., Robertson S., Underwood M., Clark R., Valentine T., Walker N., Wilson-Row C., Crowder, K., & Herewane D. (2000). The development of competency standards for specialist critical care nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , <i>31</i> , 339–346.
Articolo in rivista impaginata in fascicoli	Kennedy-Schwarz J. (2000). Pain management: A moral imperative. <i>American Journal of Nursing</i> , <i>100</i> (8), 49–50.
Articolo di rivista senza autore	A new code of ethics for nurses: ANA’s Code of Ethics Project Task Force (2000). <i>American Journal of Nursing</i> , <i>100</i> (7), 69–72.
Articolo di rivista con una Organizzazione come Autore	American Association of Colleges of Nursing (2000). Distance technology in nursing education: Assessing a new frontier. <i>Journal of Professional Nursing</i> , <i>16</i> , 116–122.
Libri	Polit D.F., Hungler B.P. (2004). <i>Nursing Research Principles and Methods</i> . (7th Ed.) Philadelphia: JB Lippincott. Oermann MH. (2002). <i>Writing for Publication in Nursing</i> . Philadelphia: JB Lippincott . Kovner A.R., & Jonas S. (Eds.). (1999). <i>Jonas and Kovner’s health care delivery in the United States</i> (6th ed.). New York: Springer. Oermann M.H., & Gaberson K. (1998). <i>Evaluation and testing in nursing education</i> . New York: Springer. Zemke R., Raines C. & Filipczak B. (2000) <i>Generations at Work: Managing the Veterans, Boomers, Xers, and Nexters in your Workplace</i> . Amacom, New York.
Capitolo di un libro	Weitzman B.C. (1999). Improving quality of care. In Kovner A.R., & Jonas S. (Eds.), <i>Jonas and Kovner’s health care delivery in the United States</i> (6th ed., pp. 370–400). New York: Springer.
Documento elettronico	Canadian Nurses Association (2002) The nursing shortage – the nursing workforce. Retrieved from http://www.cna-aic.ca/CNA/issues/hhr/default_e.aspx on 5 January 2009.

Referenze di leggi, documenti, atti, siti

D.Lgs. del 23 marzo 2003 n° 32. Disposizioni urgenti per contrastare gli illeciti nel settore sanitario (G.U., Serie Generale, 4 marzo 2003 n° 52).

Attenzione all'individuazione del cognome e nome degli Autori all'interno del titolo dell'articolo perché talvolta si utilizzano I titoli accademici per le iniziali del nome o si riportano nelle citazioni. Si riporta un esempio di individuazione delle componenti degli Autori.



Vancouver Style o sistema a sequenza di citazione

Non erano molti i direttori di riviste mediche che si riunirono a Vancouver nel 1978. Fu, dunque, in un meeting del tutto informale che si costituì quello che ancora oggi viene chiamato il Vancouver Group. Furono messe a punto delle norme che avrebbero dovuto regolare la preparazione dei dattiloscritti (allora sì che si poteva usare questo termine) da sottoporre alla valutazione delle riviste mediche.

Il Vancouver System si differenzia dall'Harvard Style soprattutto perché:

- sostituisce un numero progressivo al nome dell'Autore citato nel corpo del testo;
- le bibliografie sono elencate secondo l'ordine in cui sono citate.

Un testo preparato secondo il Vancouver Style potrà avere questo aspetto:

“The author has discussed the implications of these proposals on the National Health Service in another paper¹. Other writers have commented on related issues, notably Pesce²”.

Le voci bibliografiche saranno citate in questa maniera:

- (1) Annas GJ. Reefer madness-the federal response to California's medical-marijuana law. N Engl J Med 1997;337:435-9.
- (2) Pesce A, Tovagliari D, Chezzi D, Schito GC. Low level resistance to fosfomycin trometamol in Italian uropathogens: results of a three year discentric study. Presented at the 7th International Congress for Infectious Diseases, Hong Kong, 10-13 June 1996. Abstract 70.008, p.181

Il **vantaggio del Vancouver Style** rispetto all'Harvard Style è nel fatto che la *lettura* di un testo non interrotto dalla citazione di (Autore, anno) è più facile. Solitamente, i rimandi alla

bibliografia sono affidati a numeri posti ad esponente: in questo modo 2³. Molte direzioni di riviste mediche sembrano preferire questa opzione.

Senza contare che risulta più facile e più rapido ritrovare una fonte cercando un numero che cercando un cognome.

Lo **svantaggio del Vancouver Style** rispetto all'Harvard Style è nella citazione lungo il testo durante la stesura della revisione. La numerazione nella fase di redazione delle "bozze" richiede o l'uso di un programma informatico (reference manger) o del sistema Autore (Harvard) per permettere modifiche e revisioni che garantiscano la sequenza numerica (1,2,3,4)

Il *Vancouver Style* prevede:

- iniziali dei nomi degli autori **senza punto**, inserite **dopo il cognome**;
- abbreviazioni delle **testate delle riviste**, quando devono essere abbreviate, **senza punto**.
- titolo del volume o dell'articolo in tondo, **mai in corsivo**;
- iniziale maiuscola **solo** per la prima parola del titolo del lavoro;
- numeri di pagina senza ripetizione delle centinaia o delle decine se queste non variano (ad esempio: 312-5 e **non** 312-315; 645-62 e **non** 645-662). Quest'ultima regola, però, non è universalmente accettata dalle redazioni che adottano il *Vancouver Style*;
- la lista delle voci bibliografiche deve essere presentata nell'ordine in cui le singole voci vengono citate nel testo, con numerazione araba, senza parentesi.

3° fase

Revisionare la revisione

A. Revisione dei contenuti

B. Scrivere la revisione con un buon stile

A. Revisione dei contenuti

Rileggete il vostro scritto e domandatevi:

_ *Il problema oggetto della rassegna è stato risolto/analizzato?* Definiti esattamente gli obiettivi del contributo, è bene verificare se essi siano stati raggiunti, se sia stata indicata esaurientemente la “soluzione” del problema.

_ *Il testo ha una struttura logica ed è ben ripartito?* Per evitare un’esposizione non sufficientemente chiara dei problemi affrontati nella rassegna, è il caso di valutare attentamente la struttura che avete dato al testo e che riguarda (e non è questione irrilevante) anche la gerarchia delle informazioni e dei dati.

_ *Può essere suddiviso in più sezioni?* Per migliorare la chiarezza e comprensibilità di quanto avete esposto, nonché la facilità della lettura, considerate la possibilità di suddividere gli argomenti in sotto-sezioni tematiche.

_ *Il testo della revisione può essere accorciato? Se sì, cosa va eliminato?* Attenzione alla ridondanza e all’eccesso espositivo: è bene verificare se c’è qualcosa di troppo.

_ *I dati presi in considerazione sono sufficienti? Sono omogenei?* I dati selezionati, la loro rilevanza e coerenza devono confermare che valesse la pena preparare la rassegna. Sinceratevi che tutti i dati disponibili siano stati considerati. Siate certi di esservi impegnati a reperire dati ed elementi esistenti ma non considerati in precedenti review. Evitate di cadere nell’errore di affezionarvi ad un’ipotesi al punto da utilizzare i dati da voi citati per dimostrare una tesi preconstituita.

_ *I risultati sono descritti chiaramente e ben interpretati?* Avete seguito delle regole evidence-based?

_ *Alcuni dati possono essere raccolti in grafici e/o tabelle?* Spesso è molto utile ricorrere a grafici e tabelle per riassumere, accorpare e confrontare dati e informazioni (perlopiù numerici): Va’ pensiero vi ragguaglierà presto sull’argomento.

_ *Sono state omesse informazioni importanti?* Mai dire mai...

_ *Si è dato sufficiente spazio alle conclusioni? Le conclusioni sono coerenti con quanto esposto nella rassegna?*

È una parte del testo molto importante e spesso, paradossalmente, trascurata. Evitate conclusioni troppo concise e... “tirate per i capelli”. Prestate la massima attenzione a formulare il vostro parere senza generare confusione. Immaginiamo, ad esempio, di dover concludere che “non vi è evidenza di efficacia” di un determinato intervento assistenziale,...; attenzione a non affermare che “il trattamento studiato non è efficace”. A ben vedere, infatti, le due frasi hanno significati sostanzialmente differenti.

B. Scrivere la revisione con un buon stile

Uno dei problemi più comuni per chi deve scrivere una revisione per la prima volta, è quella di impadronirsi dello stile in cui vengono scritte le revisioni.

✚ imparare ad usare questo linguaggio esplorativo nel presentare una revisione della letteratura

le ipotesi non sono provate, ma sono supportate dai risultati delle ricerche; le teorie non sono verificate o confermate, ma possono essere provvisoriamente accettate se ci sono prove evidenti che dimostrano la loro legittimità. Colui che scrive una revisione deve

Vari studi *hanno riscontrato che....*
I risultati *suggeriscono che ...*
I risultati dello studio di, considerato cardine da vari autori, *indicano che*
I dati supportano l'ipotesi che..
Ci sono delle forti evidenze che *suggeriscono*
Appare essere fortemente evidente che...

✚ Evitare di dispensare opinioni liberamente sui risultati delle ricerche.

Una revisione dovrebbe usare le opinioni con molta cautela, o non riferirle affatto, e dovrebbe chiarire la fonte dell'opinione. La descrizione del punto di vista di un individuo influente e aggiornato può essere utile per stabilire la necessità di studiare il problema o fornire una prospettiva sull'argomento, ma dovrebbe occupare uno spazio molto limitato nella revisione. Le opinioni del ricercatore non fanno parte di una revisione, fatta eccezione per la valutazione sulla qualità degli studi esistenti.

La colonna di sinistra della tabella che segue presenta alcuni esempi di affermazioni scorrette sul piano stilistico e nella colonna di destra si propone una riformulazione più adatta per una review

Tab. Esempi di difficoltà stilistiche nelle revisioni di ricerca

STILE O VOCABOLI NON APPROPRIATI	SCelta CONSIGLIATA
1.Si sa che le aspettative deluse generano ansia	Numerosi esperti (Abraham 1999; Lawrence, 1998) sostengono che le aspettative deluse generano ansia
2. La donna che non partecipa al corso pre parto tende a manifestare un alto grado di stress durante il parto	Studi precedenti indicano che le donne preparate al parto manifestano minor stress durante il parto di quelle che non hanno fatto il corso (Klotz, 1997; Reynolds 1998; McTygue,1997)
Alcuni studi mettono in evidenza che il risultato finale relativo allo spezzare la compressa è determinato principalmente dalla morfologia della compressa stessa.	<i>Uno studio</i> mette in evidenza che il risultato finale relativo allo spezzare la compressa è determinato principalmente dalla morfologia della compressa stessa. (McDevitt, Gurst e Chen, 1998).
Queste difficoltà portano i pazienti disfagici a ridurre l'introito alimentare e l'assunzione di liquidi. Nella popolazione disfagica diminuisce l'interesse per il cibo fino ad un totale rifiuto: il 50% mangia meno, il 44% perde peso, il 41% sperimenta ansia o panico durante i pasti, il 55% dichiara che mangiare non è gradevole (Ekberg, Hamdy, Woisard, Wuttge-Hannig & Ortega, 2002).	<i>Nella parte in cui viene riportato lo studio l'affermazione “ Nella popolazione disfagica.....” sembra che l'autore si riferisca a più studi che gli permettono una generalizzazione, in realtà si riferisce ad un unico studio, pertanto i testo va modificato come segue</i> “Queste difficoltà possono creare nei pazienti disfagici una riduzione dell'introito alimentare e dell'assunzione di liquidi. Nello studio di Ekberg et al. (2002) è emerso che nella popolazione disfagica diminuisce l'interesse per il cibo fino ad un totale rifiuto: il 50% mangia meno, il 44% perde peso, il 41% sperimenta ansia o panico durante i pasti, il 55% dichiara che mangiare non è gradevole.

<p>Nel secondo studio di Ravasco et al. (2005b) il campione era composto da pazienti affetti da cancro del colon-retto. I risultati evidenziano un incremento significativo dell'apporto calorico-proteico subito dopo la radioterapia nei gruppi sottoposti a <i>nutritional counseling</i> (p=0.002) e a supporto nutrizionale con integratori alimentari (p=0.04) e ridotto nel gruppo 3 che assumeva dieta libera (p<0.01), mentre a tre mesi solo il gruppo sottoposto a <i>nutritional counseling</i> ha mantenuto un buon introito calorico-proteico. Per quanto riguarda la sintomatologia è stato riscontrato un miglioramento nel gruppo 1 come pure per la qualità di vita che ha visto un beneficio per tutti i punti della scala di misurazione utilizzata, nel gruppo 2 solo alcuni sintomi sono migliorati e la qualità di vita solo per alcuni dei parametri della scala di misurazione, nel gruppo 3 la qualità di vita è rimasta bassa e tutti i punti sono peggiorati. Sembra quindi emergere dall'analisi di questi studi che le strategie di supporto alimentare quali <i>nutritional counseling</i> e integratori alimentari permettono l'aumento dell'apporto calorico proteico e un miglioramento della sintomatologia quale nausea, vomito, anoressia, xerostomia e disgeusia, sebbene a medio termine solo il <i>nutritional counseling</i> porti dei benefici in questi termini; sembra però che nonostante l'apporto calorico-proteico aumenti non vi siano evidenze che questo si ripercuota positivamente sulla stabilizzazione del peso o sul miglioramento dello stato nutrizionale, sebbene dalla revisione di Brown (2002) emerga che in uno studio il calo ponderale progressivo si sia stabilizzato.</p>	<p>Commento</p> <p>Nella descrizione a fianco prevale la descrizione della modalità di uno studio ma non vengono riportati i risultati. Manca pertanto uno stile aggregativo dei risultati attorno all'intervento di <i>nutritional counseling</i> e integratori alimentari, oggetto della revisione.</p> <p>Si riporta una possibile riformulazione che si propone di assemblare gli studi e si concentra sui risultati e non sulla conduzione dello studio (nel momento in cui si cita che è RCT è sotteso che c'è un gruppo di controllo oltre a quello sperimentale).</p> <p><i>Recentemente due trial clinici randomizzati e controllati (Ravasco, et al 2005a; Ravasco et al 2005b) hanno valutato l'efficacia del nutritional counseling e degli integratori alimentari su pazienti affetti da tumore capo-collo (Ravasco, et al 2005) e colon retto sottoposti a radioterapia(Ravasco et al 2005b).</i></p> <p><i>Nel primo studio i risultati evidenziano un incremento significativo nell'apporto calorico sia nel gruppo sottoposto al nutritional counseling che nel gruppo che assumeva gli integratori . Nel secondo studio vi è un incremento significativo dell'apporto calorico proteico nei primi 3 mesi, mentre successivamente solo il gruppo sottoposto al nutritional counseling ha mantenuto un buon introito calorico proteico (.....)</i></p>
---	---

Usare un buon stile grammaticale e linguistico

Nello scrivere è bene evitare

- Termini ridondanti ed ambigui.
- Neologismi che non hanno riscontro sul dizionario e che possano essere resi con una perifrasi.
- Le frasi troppo lunghe e complesse, ricche di subordinate ed incisi. Molti periodi possono essere divisi in frasi brevi, d'immediata comprensibilità.
- Lange et al nel 2000 ~~ha scritto~~ → Lange et al nel 2000 *hanno scritto*
- La sequenza di frasi non legate da preposizioni che chiariscano la relazione tra le parti.
- I bruschi passaggi d'argomento.
- L'uso incoerente delle terminologie tecniche e delle abbreviazioni. Evitate l'uso di abbreviazioni fantasiose nel testo. È preferibile limitarsi alle abbreviazioni più comuni. Evitare, ad esempio, di abbreviare "pazienti" con pz. o "autori" con AA.
- Le sigle utilizzate per le unità di misura non devono essere accompagnate dal punto e solitamente avranno l'iniziale minuscola
- L'uso eccessivo di verbi passivi (per traduzione letterale dall'inglese).
- L'uso a catena di troppi pronomi che possono essere confusi tra di loro.

Utilizzare correttamente i termini scientifici o tecnici

- utilizzare gli acronimi con parsimonia e solo per quelli internazionalmente riconosciuti La prima volta che si incontra nel testo l'espressione successivamente "ridotta" ad acronimo, è necessario citare per esteso tutti i termini della locuzione, facendoli seguire dall'acronimo tra parentesi. L'acronimo racchiuso tra parentesi sostituirà, dopo questa sua prima citazione, la frase descrittiva es Educazione Continua in Medicina (ECM)
- Sono evitati stereotipi, modi impersonali come ad es.: *il diabetico, l'iperteso* anziché la persona affetta da diabete, la persona con ipertensione; la prima persona ad esempio dallo studio *ho evidenziato* che ... anziché *i risultati dello studio evidenziano che...*; il gergo, i termini abbreviati ad esempio: valori di *lab* anziché valori di *laboratorio*, il *pz* anziché il *paziente*, *obtv* anziché *obiettivo*? Evitare le abbreviazioni (solitamente è da evitare l'utilizzo delle abbreviazioni comunemente utilizzate in una specialità eccetto che per le abbreviazioni standard e approvate dalla comunità scientifica), comunque nel titolo e nel riassunto non può essere utilizzata alcuna abbreviazione.

	Allegati al fascicolo
Corso di Laurea triennale	Mucosite Assistenza Infermieristica e Ricerca 1997 Valutazione dolore persona con demenza AIR, 2007 Estubazioni non pianificate, 2004 See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate AIR, 2008
Master clinici	See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate AIR, 2008 Audit Rumore in Ospedale, Journal of Clinical nursing, 2009 Valutazione dolore persona con demenza AIR, 2007
Master Coordinamento e Laurea Specialistica	Ospedali magnete AIR, 2008 Esiti sensibili alle cure infermieristiche AIR, 2008 Audit Rumore in Ospedale Journal of Clinical nursing 2009