

## Una rinnovata rivista per gli internisti ospedalieri Un'ulteriore opportunità di “crescita nella continuità”

R. Nardi

Editor in Chief dell'*Italian Journal of Medicine (IJM)*,  
Organo Ufficiale della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)

La nomina a *Editor in Chief* dell'*Italian Journal of Medicine*, Organo Ufficiale della FADOI, con il mandato di articolare il piano editoriale, coordinare il board scientifico e supervisionare tutte le attività editoriali dell'Associazione, costituisce per me un grande onore, ma anche una grande responsabilità. Prima di esplicitare le ragioni fondanti che mi hanno convinto ad accettare questa sfida, a partire, comunque, dai valori primari di un senso di appartenenza e di servizio nella nostra Società Scientifica, desidero ringraziare Sandro Fontana, amico e persona stimata da tutti noi, per il proficuo lavoro svolto in questi anni, che si è realizzato nella creazione *de novo* della rivista degli internisti ospedalieri, e nella cura del suo sviluppo fino a oggi.

### Ambiti operativi ed esigenze di formazione dell'internista

L'aggiornamento del medico attiene sostanzialmente a due ambiti di esigenze:

- un aggiornamento sistematico, auspicabilmente facile da fruire, sulle patologie particolarmente rilevanti per epidemiologia;
- il bisogno individuale di ogni singolo professionista di corrispondere alla risoluzione dei problemi nella sua interazione con il “*paziente reale*, al letto dell'ammalato”.

Una medicina basata sulle evidenze riferite a una singola malattia (*Disease Oriented Evidence*, DOE) non è sufficiente. Un approccio del tipo *Patient Oriented Evidences that Matters* (POEMs) dovrebbe essere utile per la pratica clinica e riguardare interventi sanitari su end-point clinicamente significativi per il paziente (mortalità, morbilità, qualità di vita). In realtà, le cose non sono così semplici. L'applicazione del metodo PICO (*Patient/population, Intervention, Comparison, Outcome*) nella ricerca di informazioni in medicina interna non sempre sortisce effetti utili ai fini dell'assistenza, dato che molti criteri di esclusione dei grandi trial clinici attengono alle caratteristiche proprie delle persone ricoverate nei nostri reparti [1].

La medicina moderna, caratterizzata da una miriade di nuove acquisizioni scientifiche e da tecnologie sempre più

sofisticate, ha bisogno di recuperare il suo aspetto umanistico, dando valore alla centralità del paziente e dei suoi reali, giusti bisogni, di contro alla ridondanza di richieste ed erogazione di prestazioni strumentali, frequentemente inappropriate, di volta in volta proposte o effettuate nelle diverse articolazioni delle subspecialità mediche. Nel contesto epidemiologico attuale, contrassegnato dalla polimorbilità, dalla complessità e dalla prevalenza di malattie cronico-degenerative riferite a un paziente “condiviso” tra diversi setting assistenziali, mettere al centro dell'assistenza medica la persona ammalata significa avere la capacità di selezionare, nell'ambito di patologie multiproblematiche coesistenti nello stesso individuo, le priorità manifeste o sottese in funzione dei principali bisogni attivi, e saper condizionare, anche rispetto a decisioni con implicazioni rilevanti per il paziente e per la struttura, i percorsi clinico-assistenziali più appropriati [2-7].

Per questa competenza, apparentemente semplice, è necessario disporre di professionisti esperti, motivati, fortemente orientati all'eccellenza clinica, in grado di esercitare quotidianamente una professionalità variegata, sistemica, versatile, polivalente, flessibile, etica ed economica, dato che il paziente internistico è un malato non solo complesso, ma anche fragile, “a rischio”, con malattie misconosciute, spesso “difficile”, con elevato rischio di danno iatrogeno e di complicanze “a cascata” [8,9]. Le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo delle migliori prove scientifiche (quando disponibili) relativamente all'accuratezza dei test diagnostici, alla potenza dei fattori prognostici, all'efficacia/sicurezza dei trattamenti preventivi, terapeutici e riabilitativi [10]. Conoscenza, capacità decisionale e di gestione, con l'impiego avveduto delle migliori evidenze scientifiche disponibili per il trattamento del singolo paziente, costituiscono le basi per una medicina interna di eccellenza.

Nella stragrande maggioranza dei casi, in medicina interna, si riscontrano ampie zone grigie, in cui esiste incertezza sull'efficacia di un intervento diagnostico-terapeutico e/o delle sue alternative. Nell'indispensabile selezione di priorità, che altro non è che “la regina di ogni singolo caso”, la valutazione del paziente è un elemento fondamentale,

passaggio ineludibile per la scelta delle decisioni e per un'efficace gestione dei pazienti. Essa non può essere autoreferenziale, in quanto legata a un ruolo iperspecialistico.

La complessità dei pazienti internistici rende la pratica medica una scienza probabilistica, dato che gli elementi predittivi e i fattori confondenti sono numerosi, le decisioni devono essere assunte in contingenze di tempo limitato e di conoscenza incerta, con possibili errori conseguenti. Il medico deve essere in grado di estrapolare, dal problema del paziente e dal contesto complessivo, la strutturazione del quesito prevalente, deve saper stabilire una gerarchia dei problemi attivi, individuare la *best available evidence*, possedere la capacità di valutazione critica della validità e trasferibilità delle informazioni (*critical appraisal*) al paziente "reale", proporre una medicina sicura, frugale, economica e auspicabilmente efficace, anche per evitare il rischio di ingiustificati e possibili costi incrementali.

### Aggiornamento, formazione e metodologia clinica

L'*aggiornamento* ha lo scopo di *acquisire le conoscenze più recenti*, sostituendole a quelle divenute obsolete: attiene pertanto alle attività prevalentemente cognitive (sapere). La *formazione* ha lo scopo di *modificare i comportamenti del soggetto*, rendendoli operativamente più efficaci, contestualizzandoli nel setting assistenziale attuale (saper fare, saper essere, saper far fare). Negli ultimi anni è stata molto criticata una formazione basata solamente sul sapere. Si è posta grande enfasi sulle abilità pragmatiche, spesso esaltate di per sé come fine anziché riconosciute come mezzo, quasi rinnegando il valore fondante della cultura del medico (si rimanda, in proposito, al magistrale articolo di Vito Cagli e alla lucida analisi storico-critica di Roberto Caltadi Amatriain nel presente numero della rivista).

Nel mondo reale, gran parte del procedimento diagnostico – e quindi la decisione terapeutica – è il risultato di una ricerca personale attiva, ragionata e ponderata sul singolo paziente. Il "buon medico" deve saper rilevare i sintomi, valutarli, coordinarli e ricavarne la diagnosi, per poi, in base a questa, prescrivere gli approfondimenti diagnostici e la terapia. Fare queste operazioni e farle bene non sempre è facile. Il cosiddetto "occhio clinico" (ovvero il "buonsenso") non è che la risultante di tali operazioni, che emerge quasi istantaneamente in un intelletto ben dotato dalla natura e ben educato dall'istruzione (cultura) e dall'esperienza. Per fare bene occorre possedere una tecnica adeguata, ma soprattutto conoscere il procedimento, in sostanza, il "metodo clinico". Tutto ciò, nell'accezione moderna, si esprime, nella pratica reale, nelle capacità del "buon medico" di esercitare effettivamente una medicina antropologica, assumendo le decisioni mediante una valutazione ponderata, non influenzata da conflitto di interesse alcuno, non solamente sulla base delle conoscenze scientifiche e delle prove disponibili, ma anche in funzione dell'esperienza, del contesto reale oggettivo e delle condizioni sociofamiliari, tenendo

conto delle scelte e dei diritti del paziente, anche dal punto di vista etico.

### **Vision: un interesse "variegato" della rivista**

La rivista dovrebbe riflettere la complessità e la variabilità dei casi che l'internista deve affrontare nella pratica quotidiana, quando "fa il giro della visita, da un letto all'altro". Questa è la sostanziale motivazione su cui si fonda la scelta di non affrontare problemi monotematici e/o monospécialistici in ciascuno dei fascicoli pubblicati nella pianificazione editoriale annuale. Temi specifici potranno trovare riscontro in eventuali supplementi.

### **Mission: promuovere la sincronizzazione culturale degli internisti ospedalieri nel mondo reale**

La ragione di esistere dell'*JJM* si definisce attraverso i suoi obiettivi:

- promuovere l'eccellenza nella pratica clinica della medicina interna ospedaliera (**Box 1**);
- promuovere e divulgare la ricerca clinica nei reparti ospedalieri di medicina interna;
- promuovere cambiamenti organizzativi utili per la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti dalla medicina interna ospedaliera;
- favorire l'integrazione e la comunicazione interprofessionale;
- promuovere la visibilità e l'aggiornamento del medico internista ospedaliero su temi generali relativi alla sanità pubblica, compresi quelli di ordine etico, legale, economico e di politica sanitaria.

In sostanza, l'intento generale della rinnovata rivista è promuovere la medicina interna negli ospedali, pubblicando lavori di rilevanza e interesse per i medici di area medica, *al servizio dei medici e degli internisti ospedalieri, per l'interesse primario dei pazienti appartenenti al "mondo reale"*.

### **Destinatari**

I naturali destinatari della rivista sono, ovviamente, i medici internisti. In realtà essa dovrà estendere il suo ambito d'interesse anche ad altri professionisti: geriatri, specialisti di area medica, specializzandi in medicina interna e in altre discipline mediche. Il target ultimo è quello dei cosiddetti *hospitalists*, il cui profilo professionale viene riferito ai medici che si occupano dell'assistenza dei pazienti adulti ricoverati in ospedale, del coordinamento delle cure, dell'insegnamento, della ricerca, in possesso di specifiche competenze e abilità tecnico-professionali, gestionali e comunicative, idonee a operare in un sistema complesso per pazienti complessi (**Box 2**).

L'approccio interprofessionale e multidisciplinare del medico internista richiede una serie di relazioni complesse, che coinvolgono diversi attori dell'assistenza. Come naturali interlocutori, di conseguenza, ulteriori potenziali fruitori

**Box 1**

Nel linguaggio della comunicazione dei politici e dei gestori, ma anche di alcuni gruppi professionali, il termine “eccellenza” è spesso associato alla disponibilità di procedure tecnologiche complesse o di tecniche diagnostiche ultramoderne, oppure all’impiego di nuovi farmaci, a volte destinati a curare una malattia rara. Ogni ospedale o azienda ospedaliera deve avere sia l’“abito da cerimonia” (i cosiddetti centri di eccellenza superspecialistici) sia gli “abiti di tutti i giorni” (le medicine e le chirurgie generali), senza dimenticare che i primi si indossano ogni tanto e i secondi tutti i giorni. Fuor di metafora, i centri di eccellenza possono vivere e prosperare all’interno delle aziende e degli ospedali perché i reparti generalisti si fanno carico delle patologie più comuni, ma non per questo meno severe, che affliggono le nostre popolazioni.

L’*Italian Journal of Medicine* dovrebbe promuovere il concetto di eccellenza della quotidianità, senza la quale non si può offrire un adeguato servizio pubblico di tutela e promozione della salute. Eccellenza intesa non come risultato di procedure sofisticate e/o ad alto costo, ma di un quotidiano, paziente lavoro finalizzato alla risoluzione dei problemi dei pazienti, in base ai valori fondanti: *tempestività, accuratezza, appropriatezza, efficacia, accessibilità, sicurezza, efficienza, efficacia informativa*.

dell’*IJM* potranno essere i medici di medicina generale, i gestori/amministratori, gli infermieri e gli stessi pazienti.

**Struttura editoriale**

L’architettura della rivista si basa su 10 sezioni (**Tab. 1**). Tutti i contributi scientifici presentati per ogni sezione, a parte l’Editoriale, devono essere corredati di titolo e riassunto in inglese. Per gli articoli originali, in particolare, è necessario rispettare alcune regole sostanziali, che i *referees* utilizzeranno per la valutazione ai fini della pubblicazione (**Fig. 1**).

**Box 2**

Il termine *hospitalists* è stato utilizzato per la prima volta da Wachter nel 1996 [11] per indicare un nuovo tipo di medico ospedaliero, nella maggioranza dei casi con una formazione culturale di base in medicina interna e con caratteristiche specifiche riguardo a *modus operandi*, esperienza professionale e responsabilità. Le sue competenze sono riferite sia all’ambito tecnico-operativo (nel trattamento/gestione dei pazienti acuti, subintensivi, cronici, postacuti, nelle cure palliative e degli anziani) sia a quello gestionale e relazionale (visione sistemica, competenze organizzative ed economico-sanitarie, conoscenza della struttura e dei processi ospedalieri ed extraospedalieri, tensione verso l’appropriatezza, dimestichezza con i temi della qualità, gestione del rischio, capacità comunicative) [12].

**Il piano editoriale**

Il piano editoriale è iniziato con la progettazione della struttura dell’*IJM* e la definizione del numero delle pagine, del piano di lavoro e della sua periodicità. Esso si completerà, in corso d’opera, con la scelta collegiale, nell’ambito del board editoriale, degli argomenti che trimestralmente compariranno nei diversi numeri. Anche in questo caso si dovrà tendere ad alcuni fondanti elementi di riferimento: informazioni nuove, aggiornate e di valore, corrispondenza al “mondo reale” della medicina interna, aspetti specifici di riferimento ai “naturali” interlocutori degli internisti, modalità relazionali, comunicative e gestionali connesse con il paziente complesso ricoverato in medicina interna. Per poter ottemperare a tali promesse, si dovranno valorizzare, oltre agli aspetti di contenuto e di merito, anche alcune regole imprescindibili per la stesura degli articoli da pubblicare, proprio per evitare errori tali da inficiare la qualità dei lavori inviati (**Tab. 2**).

**Organigramma dell’*Italian Journal of Medicine*: responsabilità, compiti e risultati attesi**

L’organigramma dell’*IJM* è definito in **Tab. 3**. La scelta degli *Editorial Assistants* in un ambito geografico delimitato (Emilia Romagna) non è, evidentemente, casuale, ma correlata alla necessità di agevolare le interazioni per il coordinamento/controllo operativo del processo editoriale con l’*Editor in Chief*. Nella definizione dell’organigramma della rinnovata rivista *IJM* e nelle interrelazioni con le Aree di Studio si dovrà tendere all’identificazione di una corresponsabilizzazione degli attori individuati come referenti per le rispettive aree di competenza. Compiti e responsabilità, nello specifico, sono riportati in **Tab. 4**.

**Sviluppo e innovazione: Centro Studi FADOI, Aree di Studio e *Italian Journal of Medicine***

Quando nasce una rivista, molte sono le aspettative di un cambiamento radicale. Per i fatti, però, non sono sufficienti le idee. È indispensabile l’efficace contributo di tutti.

Nell’implementazione della rinnovata rivista uno dei risultati attesi è un rafforzamento dell’interazione e delle sinergie tra il Comitato Esecutivo, il Centro Studi FADOI e rispettive Aree di Studio, le Associazioni regionali e l’*IJM*. È necessario individuare, per ciascuna delle sezioni che strutturano la rivista, alcune persone che si rendano referenti di un progetto complessivo (**Fig. 2**), con un disegno editoriale contrassegnato dalla sistematica interattività tra i diversi attori, in un vero e proprio “lavoro di squadra” (**Fig. 3**). Esso dovrà precipuamente mirare, attraverso l’attiva selezione delle problematiche bio-mediche di specifico interesse per la medicina interna, a far individuare a ogni internista, che in modo unico e insostituibile conosce direttamente i bisogni del paziente, la reale applicabilità clinica delle informazioni acquisite, integrando, nel suo complesso, il processo formativo.

**Tabella 1** Struttura della rivista, norme editoriali e contenuti tematici

Sezione	Norme editoriali e contenuti tematici
1. Editoriale/i	Al massimo 2 per numero Auspicabilmente brevi, corredati da non più di 15 voci bibliografiche Preferibilmente correlati alla <i>mission</i> della rivista e/o ad articoli originali pubblicati nello stesso fascicolo Commissionati dall' <i>Editor in Chief</i> (EiC) e/o dalla FADOI a collaboratori interni/esterni
2. Revisioni sistematiche, rassegne (review)	Solitamente richieste dall'EiC agli esperti giudicati più autorevoli, a seconda delle tematiche trattate Con, al massimo, 50 voci bibliografiche di riferimento Meglio se congruenti con i case-report del fascicolo Le review possono riguardare: problematiche di pratica clinica quotidiana problematiche clinico-organizzative aspetti di inquadramento nosologico, diagnostico e/o diagnostico differenziale aspetti fisiopatologici aggiornati
3. Serie, seminari	Riguardano prevalentemente argomenti complessi, non esauribili in un unico articolo, che richiedono: una messa a punto sistematica delle tematiche in causa un update sulla base degli elementi acquisiti dalla letteratura/linee guida recenti La strutturazione di questa sezione dovrebbe corrispondere ai seguenti criteri: patologie epidemiologicamente rilevanti, in funzione del setting assistenziale quesiti più frequentemente posti all'internista snodi decisionali accertamenti da suggerire farmaci che bisogna conoscere bene errori da evitare <i>learning points</i> per chi richiede la consulenza
4. Articoli originali	Devono testimoniare una ricerca clinica Non dovrebbero superare le 2.700 parole Non dovrebbero prevedere più di 5 tabelle o illustrazioni Dovrebbero riportare, al massimo, 30 voci bibliografiche Devono prevedere un Sommario articolato in maniera dettagliata e sistematica secondo lo schema IMRaD: introduzione, metodi, risultati e discussione
5. Casi clinici (case-report, brief report)	Sono riferiti all'illustrazione (con discussione) di casi clinici (con un massimo di 5 pazienti) interessanti per gli internisti: per le modalità di presentazione per gli aspetti diagnostici per l'appropriatezza degli interventi
6. Trial clinici e revisione critica della letteratura	Sulla base di un giudizio di valutazione di efficacia e applicabilità nei "reali" pazienti internistici complessi
7. Farmacovigilanza	Analisi critica aggiornata sui nuovi farmaci, revisione sulla sicurezza/efficacia di farmaci di uso corrente (anche in riferimento a casi clinici)
8. Immagini in medicina clinica	Utilità, valore aggiunto e/o limiti dell'imaging medico in medicina interna
9. Malattie croniche	Modalità di valutazione, diagnosi, trattamento e gestione delle malattie croniche (manifeste o sottese), particolarmente frequenti nel paziente internistico, e delle loro riacutizzazioni e/o presentazioni atipiche
10. Management sanitario	Aspetti di pratica quotidiana nelle scelte dell'internista: punti di vista valutazione di metodi e procedure gestione, organizzazione, integrazione, coordinamento, comunicazione appropriatezza, qualità, medicina basata sulle evidenze nursing terapia subintensiva aspetti medico-legali problemi etici politica ed economia sanitaria

<p>Premessa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Covering letter</i> di presentazione all'Editor in Chief</li> <li>• Background dello studio</li> <li>• Razionale dello studio</li> <li>• Ipotesi dello studio</li> <li>• Valore aggiunto che lo studio implica rispetto alle conoscenze già consolidate</li> </ul> <p>Studio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pazienti interessati</li> <li>– Centro coordinatore</li> <li>– Setting assistenziale e Centri partecipanti</li> <li>– Ricercatori</li> <li>– Sponsor e contributi</li> <li>– Proprietà dei dati</li> <li>• Impegno a rendere disponibili i dati all'Editore</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocollo e disegno dello studio</li> <li>• Durata dello studio</li> <li>• Durata del follow-up</li> <li>• Eventuale farmaco in causa</li> <li>• End-point <ul style="list-style-type: none"> <li>– Primario</li> <li>– Secondario</li> <li>– Terziario</li> <li>– Obiettivi (surrogati, <i>hard</i>, molteplici?)</li> </ul> </li> <li>• Numerosità del campione</li> <li>• Criteri di inclusione/esclusione <ul style="list-style-type: none"> <li>– Inclusione <ul style="list-style-type: none"> <li>Applicabilità nella pratica reale in pazienti non selezionati</li> <li>Applicabilità nei due sessi</li> </ul> </li> <li>– Esclusione <ul style="list-style-type: none"> <li>Condizioni dipendenti dal paziente</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Storia clinica o malattie concomitanti significative</p> <p>Farmaci concomitanti e altre terapie non farmacologiche</p> <p>Farmaci precedenti</p> <p>Trattamenti interferenti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metodologia statistica di valutazione dei risultati</li> <li>• Discussione</li> <li>• Conclusioni</li> <li>• Messaggi chiave e/o problemi aperti e/o prospettive per il futuro (in un box)</li> <li>• Documentazione <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comitato Etico di riferimento che ha validato lo studio</li> <li>– Dichiarazione degli autori sul conflitto di interessi</li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

**Figura 1** Articoli originali: schema di valutazione per la pubblicazione

**Tabella 2** Errori da evitare

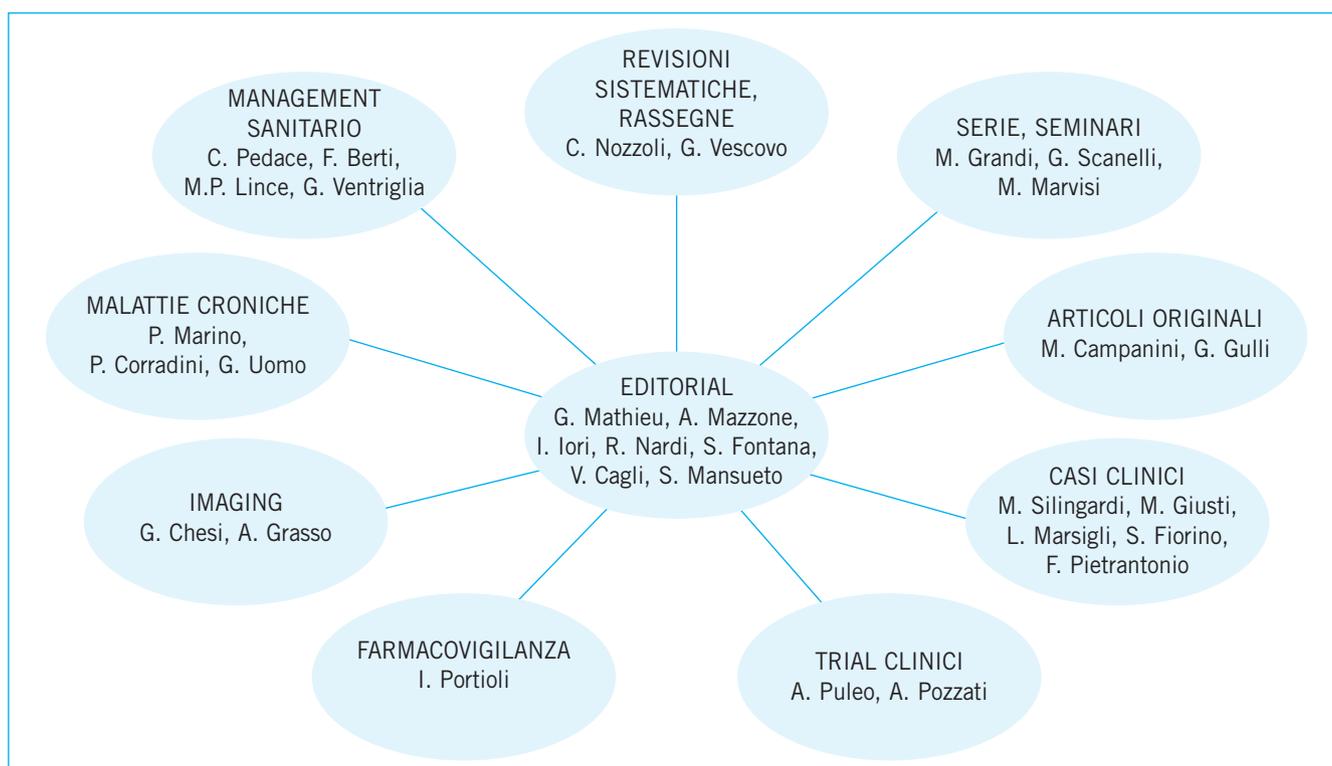
Titolo	Non sufficientemente esplicativo Non cattura l'attenzione del lettore Inadeguato ai contenuti Troppo lungo
Sommario	Non è articolato in maniera congrua Non descrive esaurientemente il lavoro Non è sufficientemente informativo
Introduzione	Non fornisce il background di conoscenze Non definisce gli obiettivi Non orienta il lettore
Corpo centrale del documento	Non segue un percorso logico Materiali e metodi inadeguati I titoli non sono descrittivi o sono collocati in maniera incongrua L'approfondimento è inappropriato e/o sproporzionato
Enfasi sui risultati	Non è adeguata I risultati sono anticipati nelle premesse e nell'introduzione
Discussione	Troppo scarna o ridondante Incongruente con i risultati
Conclusioni	Non sono analitiche Non "chiudono" bene
Appendici	Ulteriori parti del testo vivrebbero meglio come "Appendici" perché non sono introdotte nel testo o sono ridondanti
Bibliografia	Alcuni riferimenti importanti non risultano citati I riferimenti utilizzati nelle fonti di tabelle e figure non sono riportati nella bibliografia generale
Acronimi, abbreviazioni, unità di misura	Privi di legenda Incomprensibili Non conformi alle norme

**Tabella 3** Organigramma dell'*Italian Journal of Medicine*

Board editoriale	Presidente FADOI e Presidente Eletto FADOI Componenti Comitato Esecutivo Presidenti Regionali FADOI Direttore Centro Studi FADOI Responsabile Scientifico-Direttore Medico Centro Studi FADOI Responsabili Aree di Studio
Editor in Chief	Roberto Nardi – Bologna
Associate Editor Emeritus	Sandro Fontana – Biella
Emeritus Editors	Vito Cagli – Roma Serafino Mansueto – Palermo Italo Portioli – Reggio Emilia Roberto Cataldi Amatriain – Buenos Aires (Argentina)
Co-Editors	Giuseppe Chesi – Reggio Emilia Massimo Giusti – Torino Carlo Nozzoli – Firenze Giovanni Gulli – Reggio Calabria
Associate Editors	Franco Berti – Roma Mauro Campanini – Novara Paolo Corradini – Grosseto Alessandro Grasso – Savona Pietro Marino – Legnano (MI) Claudio Pedace – Arezzo Aurelio Puleo – Palermo Filomena Pietrantonio – Roma Generoso Uomo – Napoli Giuseppe Ventriglia – Pinerolo (TO) Giorgio Vescovo – Vicenza
Editorial Assistants	Sirio Fiorino – Budrio (BO) Marco Grandi – Modena Lorenzo Marsigli – Bologna Maurizio Marvisi – Fiorenzuola d'Arda (PC) Cristina Morelli – Bologna Andrea Pozzati – Bologna Giovanni Scanelli – Ferrara Mauro Silingardi – Reggio Emilia

**Tabella 4** Attribuzioni e responsabilità dei diversi ambiti individuati

Organo istituzionale	Compiti e responsabilità
Board editoriale	Pianificazione strategica
Editor in Chief	Supporto alla pianificazione strategica; pianificazione, coordinamento e controllo tattico-operativo
Associate Editor Emeritus	Supporto all'Editor in Chief per la pianificazione e il coordinamento tattico-operativo
Emeritus Editors	Supporto al board editoriale e all'Editor in Chief per la pianificazione strategica e la <i>vision</i>
Co-Editors	Supporto all'Editor in Chief per la pianificazione, il coordinamento e il controllo tattico-operativo
Associate Editors	Supporto per il coordinamento tattico-operativo
Editorial Assistants	Supporto per la gestione, il coordinamento e il controllo operativo
Referenti per le singole sezioni	Implementazione, sintesi, proposizione, coordinamento e controllo operativo sulle specifiche tematiche di interesse

**Figura 2** Co-editors e referenti individuati per le sezioni

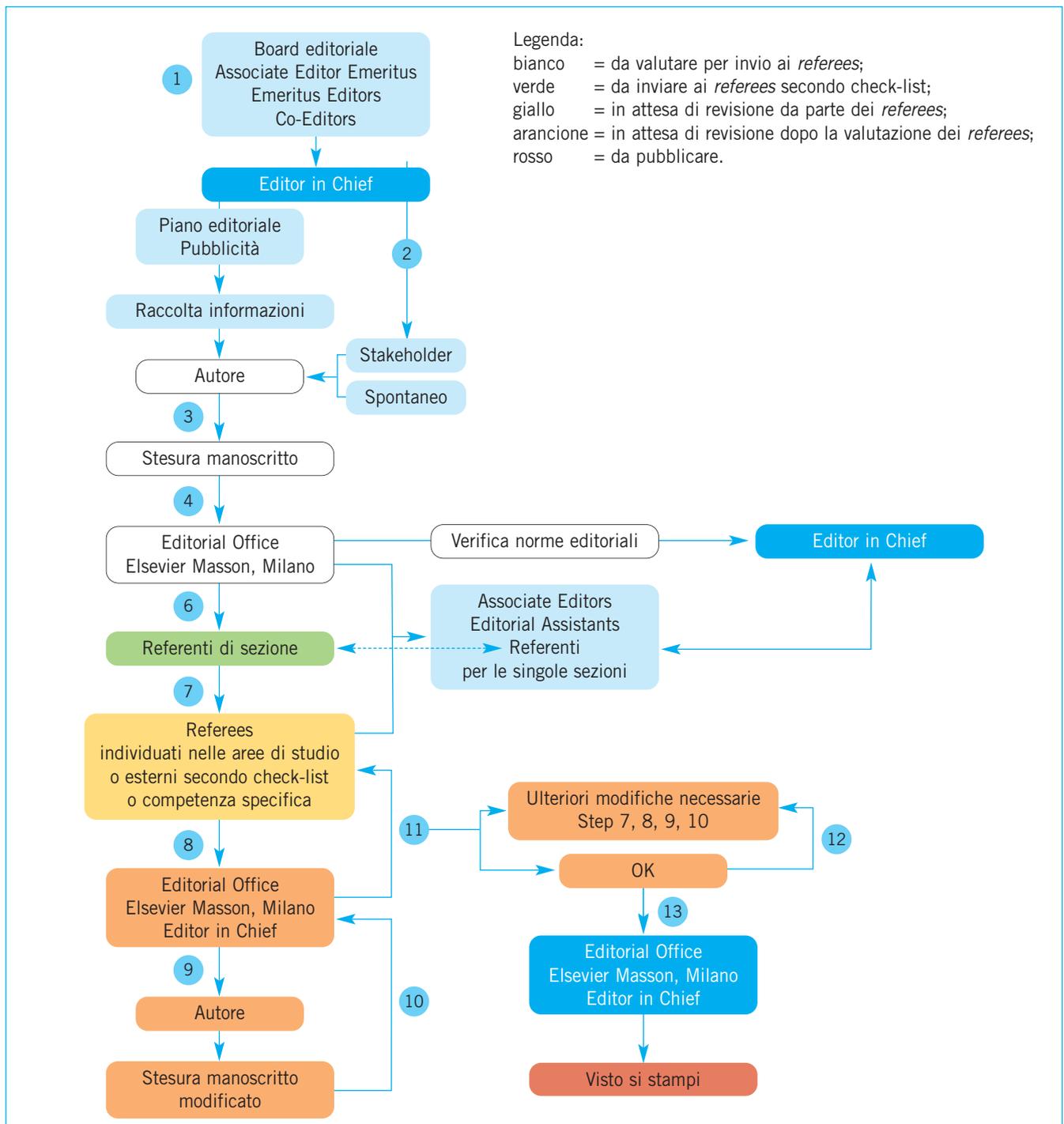
## Conclusioni

Nello sviluppo di un giornale scientifico sono necessarie molta fantasia e immaginazione per proporre argomenti e tagli di ricerca sempre nuovi [13,14]. La rivista è lo specchio, riflesso all'esterno, di tutti noi. S'impone pertanto una sollecitazione a tutti i Soci, in particolare a quelli più giovani, a sostenere attivamente l'*IJM* con la presentazione di lavori originali, rassegne e discussioni di casi clinici, nonché di valutazioni, suggerimenti e commenti, anche critici.

La partecipazione, quanto più allargata possibile, del maggior numero di internisti *competenti, responsabili e interessati* è lo strumento chiave per cogliere questa ulteriore occasione di crescita per la nostra rivista e per la nostra Società Scientifica.

## Bibliografia

- [1] Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions. *ACP J Club* 1995;123(3):A12-3.
- [2] Borman E. Promoting good medical care. *Eur J Intern Med* 2004;15(8):540-5.
- [3] Larson EB, Fihn SD, Kirk LM, et al. The future of general internal medicine. Report and recommendations from the Society of General Internal Medicine (SGIM) Task Force on the Domain of General Internal Medicine. *J Gen Intern Med* 2004;19(1):69-77.
- [4] Larson EB, Grumbach K, Roberts KB. The future of generalism in medicine. *Ann Intern Med* 2005;142(8):689-90.
- [5] Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med* 2005;142(8):700-8.
- [6] Schwartz MD, Basco WT Jr, Grey MR, Elmore JG, Ruben-



**Figura 3** Il processo editoriale: dall'autore alla pubblicazione

- stein A. Rekindling student interest in generalist careers. *Ann Intern Med* 2005;142(8):715-24.
- [7] Weiner SJ, Barnet B, Cheng TL, Daaleman TP. Processes for effective communication in primary care. *Ann Intern Med* 2005;142(8):709-14.
- [8] Wilson T, Holt T, Greenhalgh T. Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ* 2001;323(7314):685-8.
- [9] Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatriain R. Comorbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Int Med*. Submitted.
- [10] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
- [11] Wachter RM, Goldman L. The emerging role of "hospitalists" in the American health care system. *N Engl J Med* 1996;335(7):514-7.
- [12] Society of Hospital Medicine, [www.hospitalmedicine.org](http://www.hospitalmedicine.org)
- [13] Shaughnessy AF, Slawson DC, Bennett JH. Becoming an information master: a guidebook to the medical information jungle. *J Fam Pract* 1994;39(5):489-99.
- [14] Smith R. Scientific articles have hardly changed in 50 years. *BMJ* 2004;328(7455):1533.