

Te le do io le competenze

Conversazione con una pediatra, un cardiologo e un palliativista

Possiamo riuscire a nascondere la sensazione di inadeguatezza sembrando addirittura super sicuri delle nostre capacità? Questo dubbio era il filo rosso che legava le storie proposte in un libro uscito qualche anno fa negli Stati Uniti che raccoglieva le testimonianze di cento medici in formazione. "In-training; stories from tomorrow's physicians" è una lettura illuminante, che svela i vissuti di chi attraversa la fase di passaggio tra l'essere studente di medicina e l'essere medico che ha bisogno di studiare. Forward ha chiesto ad alcuni medici di spiegare quali siano i bisogni informativi più sentiti, le lacune avvertite, le competenze ancora da acquisire all'ingresso della professione.

Abbiamo trovato molta disponibilità ma anche qualche barriera di chi ha declinato l'invito spiegando di non aver avuto l'autorizzazione da parte dei dirigenti dell'unità operativa o dei vertici delle società scientifiche di riferimento. In altre parole, qualcuno ha deciso che le persone che avevamo scelto di ascoltare non fossero sufficientemente... competenti. Questo ci ha convinto che ancora una volta avevamo azzeccato la parola chiave su cui ragionare in questo approfondimento.

Quali competenze un medico sente solitamente di dover acquisire al termine del proprio percorso formativo?

Filippo Zilio. Al cardiologo che oggi si affaccia alla professione viene spesso chiesto di essere al contempo iperspecialista e poliedrico. Iperspecialista nel saper gestire al meglio terapie sempre più complesse e innovative, ad esempio nel campo dello scompenso cardiaco o delle malattie rare cardiologiche (che probabilmente sono meno rare di quanto non si pensasse fino a pochi anni fa); nell'affrontare procedure complesse su pazienti fragili, in sala di emodinamica o di elettrofisiologia; nel valutare il paziente ad elevato rischio di eventi avversi e bisognoso di approcci talora ibridi, farmacologici ed interventistici, in Unità di cure intensive cardiologiche; nel saper porre indicazione alle diverse metodiche di approfondimento per indagare le diverse patologie cardiologiche e nel saper interpretare un imaging sempre più sofisticato. Ma deve essere anche poliedrico perché può trovarsi a dover gestire più problematiche concomitanti nello stesso paziente o può trovarsi a dover cambiare rapidamente contesto lavorativo. Inoltre, la necessità di saper gestire pazienti instabili è prioritaria, per non trovarsi in difficoltà durante un turno di guardia, soprattutto in strutture con pochi specialisti. In quest'ottica, il cardiologo alla fine del suo percorso formativo deve avere in primis delle ottime basi fisiopatologiche. Su di queste deve poi radicare conoscenze diagnostiche, farmacologiche e tecniche e infine deve essere aggiornato sulle ultime novità che emergono dalla ricerca, che in questo campo è davvero florida.

Luciano Orsi. Le competenze che un professionista sanitario che opera all'interno di un'équipe di cure palliative (che d'ora in poi, indipendentemente dal suo profilo professionale, definiremo come palliativista) sente di dover acquisire sulla spinta della realtà clinico-assistenziale quotidiana sono sinteticamente riconducibili a tre tipologie: etico-deontologica e giuridica, comunicativo-relazionale e, infine, organizzativa. Le competenze etico-deontologiche sono indispensabili per poter analizzare e gestire correttamente i frequenti problemi etici che si incontrano quotidianamente: pensiamo ad esempio alla comunicazione della diagnosi e della prognosi, all'attuazione di una reale informazione che conduca a un consenso consapevole, alla pianificazione anticipata/condivisa delle cure, all'attuazione di una doverosa modulazione terapeutica che prevenga l'over-treatment. Nel caso di malati privi della capacità mentale/capacità di agire, risulta poi indispensabile una corretta implementazione di criteri etico-decisionali come il giudizio sostitutivo e il best interest. Senza disporre di queste competenze etiche non si può affrontare il fondamentale problema del "chi decide in medicina?", soprattutto nel contesto italiano che permane impregnato di un vetusto paternalismo medico e di un tenace familismo mediterraneo che tendono a sottrarre al malato informazioni essenziali per poter acquisire un vero ruolo decisionale nelle scelte che riguardano il suo percorso di cura. Anzi, in tal proposito è essenziale che le équipe di cure palliative svolgano un'azione controcorrente, opponendosi al paternalismo medico e al familismo per affermare, nel rispetto della centralità del malato, un modello di medicina centrato sulle scelte condivise.

Al cardiologo che oggi si affaccia alla professione viene spesso chiesto di essere al contempo iperspecialista e poliedrico. — Filippo Zilio

È essenziale che le équipe di cure palliative affermino un modello di medicina centrato sulle scelte condivise. — Luciano Orsi

Interviste a



Luciano Orsi
Società italiana di cure
palliative



Federica Zanetto
Associazione
culturale
pediatri



Filippo Zilio
Ospedale Santa Chiara,
Trento

Questo sembra essere un punto particolarmente importante: possiamo approfondirlo?

Orsi. La filosofia fondante le cure palliative si ispira a una piena valorizzazione del principio etico di autonomia (autodeterminazione) che risulta avere la priorità su una generica beneficiabilità e non maleficabilità; questi ultimi due millenari principi etici devono essere decodificati e tradotti nella concezione personale del malato che, alla luce dei suoi valori esistenziali e delle sue preferenze, deve essere messo in grado, se lo desidera, di declinare ciò che per lui è bene o male. L'azione di supporto nel percorso decisionale che caratterizza ogni fase avanzata e terminale di malattia messa in atto dall'équipe palliativistica non consente solo l'empowerment del malato, ma risulta efficace nel prevenire il *moral distress* che insorge tra i professionisti o i familiari quando emergono dubbi sulla liceità etica delle scelte. Sapere e sentire di compiere scelte eticamente fondate permette di compiere tali scelte, spesso complesse e difficili, con maggiore tranquillità "sapendo di aver fatto la cosa giusta".

La filosofia fondante le cure palliative si ispira a una piena valorizzazione del principio di autodeterminazione. — Luciano Orsi

A maggior ragione valgono le stesse considerazioni per le competenze giuridiche, poiché una buona conoscenza della legge 219/17 permette di praticare un valido consenso informato, un'efficace pianificazione condivisa delle cure, il ricorso alle disposizioni anticipate di trattamento, una doverosa prevenzione della sproporzione terapeutica, un ineludibile controllo delle sofferenze e un'adeguata rivalutazione del ruolo decisionale dei minori di età e dei malati mentalmente incapaci. Essendo l'impianto etico della legge 219/17 in piena sintonia con quanto precedentemente espresso e con i codici deontologici delle principali professioni presenti nell'équipe di cure palliative, questa legge deve ispirare lo stile di cura di stampo palliativistico. Anzi, i palliativisti devono farsi promotori della conoscenza di tale legge in tutti gli ambiti di cura, degenziali e territoriali, perché, purtroppo, tale ottima e fondamentale legge è ancora molto poco conosciuta. Una maggior conoscenza di tale legge permetterebbe non solo di praticare una medicina che sia davvero rispettosa dei bisogni e delle preferenze della persona malata (realizzando così l'auspicato passaggio dal modello di medicina disease-oriented verso il modello patient-centered), ma anche di contrastare efficacemente la devianza rappresentata dalla medicina difensiva che inevitabilmente produce overtreatment in spregio a tutti i principi etici, compreso quello della giustizia.

L'ascolto attivo, la comunicazione delle cattive notizie, la consapevolezza del ruolo predominante del linguaggio non verbale, la gestione delle emozioni sono esempi di competenze indispensabili. — Luciano Orsi

Dottor Orsi, prima ci diceva delle competenze comunicativo-relazionali: perché sono così importanti?

Credo siano indispensabili per supportare il malato e la sua rete affettiva nel percorso verso la terminalità oltre che per poter lavorare in équipe. L'ascolto attivo ed empatico, la comunicazione delle cattive notizie, la consapevolezza del ruolo predominante del linguaggio non verbale, la gestione delle emozioni proprie e altrui sono esempi di competenze indispensabili anche per implementare le competenze etico-deontologiche e giuridiche di cui dicevo in precedenza. Infine, anche le competenze organizzative finiscono per essere una tipologia di competenze trasversali a ogni figura dell'équipe di cure palliative poiché sempre più spesso queste devono costruire le reti di cure palliative e operare all'interno di queste in modo collaborativo con altre équipe sanitarie, come per esempio quelle dei reparti specialistici, delle rsa/rsd, con la medicina territoriale e così via. La crescente attività di consulenze palliativistiche in ospedale o di partecipazione alla stesura di pdta ne rappresenta un'efficace esemplificazione.

Una pediatria si riconosce nel quadro che stiamo delineando?

Federica Zanetto. Inizierei a rispondere con un ricordo personale. Qualche tempo fa, durante un incontro con la clinica universitaria di riferimento per la programmazione annuale di eventi formativi con il locale gruppo dell'Associazione culturale pediatri (Acp), alcuni pediatri in formazione avevano dichiarato in modo esplicito la loro impreparazione sulla gestione di un allattamento e in generale sul tema dell'alimentazione del bambino nel primo anno di vita; altri avevano chiesto con insistenza un incontro dedicato alle vaccinazioni in età pediatrica, altro grande capitolo raramente oggetto dei percorsi formativi nelle scuole di specialità. In effetti, come si legge anche nel documento sulla formazione prodotto dalla Acp (nella versione del 2019), l'occasione del "Riordino delle scuole di specializzazione di area sanitaria" con la riorganizzazione delle classi e tipologie di corsi di specializzazione medica ha rappresentato in Italia una forte spinta alla riflessione sul modello di formazione dei medici. Anche se riflessioni e interventi spesso non sono stati basati su argomenti pedagogici e su una visione chiara e condivisa di quale medico si volesse formare, soprattutto nel settore delle cure primarie, con la particolare necessaria attenzione ai cambiamenti in atto nella nostra società (cronicità, dolore, migrazioni).

I modelli organizzativi nella pediatria delle cure primarie, e non solo, si caratterizzeranno sempre più per la relazione interprofessionale e multiprofessionale. — Federica Zanetto

L'attuale formazione continua di fatto a svolgersi quasi esclusivamente nel setting ospedaliero (gli specializzandi restano forza lavoro indispensabile nella clinica universitaria, come mi ha detto un direttore di scuola di specialità). Resta prevalente l'orientamento alle cure specialistiche, all'approccio biomedico, all'applicazione di competenze tecniche. Scarsa la valutazione del contesto di vita del paziente. Scarse le competenze nel lavoro di gruppo, nell'approccio ai problemi e alla continuità assistenziale. Mentre i modelli organizzativi nella pediatria delle cure primarie, e non solo, si caratterizzeranno sempre più per la relazione interprofessionale e multiprofessionale con continue ridefinizioni degli obiettivi comuni e dei ruoli. →

→ In pediatria, quanto è importante saper comunicare?

Zanetto. In momenti di confronto anche informali con i pediatri in formazione questo tema emerge spesso come uno degli aspetti cruciali. È fondamentale la comunicazione con il bambino nelle diverse età, da rendere partecipe al processo di cura con la costruzione di un rapporto di fiducia tale per cui si senta legittimato a esprimere il proprio parere. E, in un'ottica sistemica, al pediatra in formazione occorrono competenze sulle modalità comunicative più adatte all'ascolto dei genitori e di tutti coloro che fanno parte del sistema di riferimento del bambino: un lavoro sul prendersi cura e su abilità quali ascolto, empatia, solidarietà, disponibilità, dubbi e domande che emergono nel lavoro quotidiano che richiede una particolare attenzione anche nella formazione dei tutor.

È fondamentale la comunicazione con il bambino, da rendere partecipe al processo di cura con la costruzione di un rapporto di fiducia.

— Federica Zanetto

Altro "tema difficile" riguarda la rete di connessione e le competenze che essa richiede sui diversi aspetti dello sviluppo del bambino: il pediatra come garante del "nascere e crescere sano"; la rete che comincia dentro la sanità stessa; la visita domiciliare come "reticolo" a difesa dei vulnerabili; le vulnerabilità maggiori (per esempio i bambini nella migrazione) e vulnerabilità ignorate (penso alla "età invisibile" o poco vista dei ragazzi tra 11 e 14 anni); lo sviluppo neuropsicologico del bambino legato a un contesto di sistemi relazionali che formano il suo ambiente e che condizionano lo sviluppo del suo potenziale cognitivo, relazionale e sociale, con risultati ben documentabili anche a distanza e in età adulta.

La società scientifica deve promuovere anche a livello locale la formazione interdisciplinare.

— Federica Zanetto

Quindi, tornando alla domanda iniziale: acquisire la capacità di saper usare un insieme strutturato di conoscenze, abilità pratiche e attitudini in uno specifico contesto professionale e sviluppare doti di flessibilità rispetto al continuo mutare dei contenuti lavorativi nella vita professionale. In una bella sintesi di Fabrizio Consorti: "L'abitudine all'uso giudizioso di conoscenze, ragionamento clinico, abilità tecniche, capacità comunicative, emozioni e valori da ripensare continuamente nella pratica quotidiana per il beneficio dell'individuo e della comunità di cui ci si occupa"¹.

Quale contributo dà una società scientifica alla soddisfazione di questi bisogni?

Zilio. Le società scientifiche hanno un ruolo fondamentale: sono infatti un vettore privilegiato delle conoscenze di cui il giovane cardiologo ha bisogno. Attraverso gli eventi formativi e le campagne educative, grazie anche alle nuove tecnologie, possono favorire l'aggiornamento costante, sulle singole condizioni o sulle strategie diagnostiche o terapeutiche innovative; possono poi contribuire a divulgare le linee guida internazionali, o discuterne eventuali limiti di applicabilità, nonché aiutare a costruire percorsi diagnostico-terapeutici contestualizzati alla realtà italiana o locale. Hanno anche l'opportunità di divulgare casi clinici, stimolando il ragionamento che poi è cruciale "sul campo". Ragionamento che è anche favorito dai dibattiti che caratterizzano gli eventi formativi. Infine, l'opportunità di presentare contributi scientifici in forma di abstract o casi clinici ai congressi è uno sprone alla ricerca scientifica, che a sua volta rappresenta un'importante occasione di crescita culturale.

Zanetto. Posso riferirmi all'esperienza Acp, ai documenti di indirizzo via via aggiornati, all'impegno di un gruppo di lavoro dedicato, alle proposte formative che sono state elaborate nel tempo (dalla newsletter alla rivista) come possibili risposte a domande ancora e sempre attuali: come definire priorità e bisogni formativi veri nei singoli contesti, al di là della percezione del bisogno del singolo (soggettiva, non necessariamente generalizzabile)? E secondo quali criteri? Quelli del clinico? Quelli della famiglia? Quelli della sanità pubblica? Sono sufficienti le nostre conoscenze sul divario tra pratica quotidiana e prove di efficacia e su quali interventi mettere in campo per superare criticità e disomogeneità dei percorsi formativi e assistenziali?

La società scientifica deve promuovere anche a livello locale la formazione interdisciplinare intesa non solo come integrazione tra le diverse anime della pediatria (pediatri di famiglia, ospedalieri, specializzandi) ma anche come percorsi di condivisione con le altre professionalità dell'area materno infantile e da sottoporre a valutazione formale in termini di appropriatezza ed efficacia. Nelle attività di formazione organizzate a livello di asl o Regione, la società scientifica deve "esserci", con questi obiettivi e nei diversi passaggi, a partire dalla preparazione del progetto di formazione e con la partecipazione attiva al coordinamento scientifico-didattico.

Le società scientifiche hanno un ruolo fondamentale: sono un vettore privilegiato delle conoscenze di cui il giovane cardiologo ha bisogno.

— Filippo Zilio

Una società scientifica pediatrica ha tra i propri obiettivi formativi anche quello della ricerca volta a produrre informazione scientifica affidabile e indipendente sui bisogni veri della salute del bambino. Come tale, implica un'attenzione costante e partecipata in ogni tappa del percorso, in quanto "ricerca nella pratica", aggiornamento, acquisizione di competenze, sguardo allargato a tutto il contesto di vita del bambino. L'identificazione di quesiti pertinenti, il coordinamento del percorso e il suo corretto svolgimento, gli eventi di accompagnamento, le analisi dei dati e la loro discussione non possono prescindere dal collegamento e dalla collaborazione con istituti e team che si occupano istituzionalmente di ricerca e che hanno competenze tecniche specifiche, in stretta connessione con una segreteria dedicata in ambito associativo.

Un'esperienza concreta e interessante è la sorveglianza attiva e costante della letteratura in piccolo gruppo, da tempo attiva in Acp e finalizzata alla elaborazione e stesura della newsletter pediatrica: percorso formativo efficace, strutturalmente metodologicamente corretto, occasione di confronto, discussione, analisi, apporto di conoscenze ed esperienze personali inerenti la propria pratica professionale di tutti i giorni. Il gruppo di pediatri, che partecipa a una rete di sorveglianza sistematica della letteratura, cerca di analizzare i problemi e consultare correttamente le fonti bibliografiche e prova a operare una sintesi il più possibile pertinente ed equilibrata fra evidenze criticamente valutate e la propria esperienza clinica. Cosa che fa la differenza nell'approccio, non sempre facile, alle evidenze disponibili e che garantisce ricchezza e novità all'esperienza formativa del singolo pediatra partecipante, attivo nelle cure primarie, o ospedaliero, o in formazione. Anche i percorsi di formazione a distanza devono riferirsi alla formazione per competenze e devono prevedere – compito anche questo della società scientifica – la cura dei contenuti, della progettazione didattica (da centrare su contenuti e conoscenze da mobilitare e fare proprie per essere in grado di svolgere e trattare efficacemente compiti e situazioni complesse), della struttura dei materiali di apprendimento (guida, definizione precisa degli obiettivi, accuratezza dei percorsi principali e delle loro sezioni di approfondimento).

[Federica Zanetto]

Incentrare la didattica e la valutazione non solo sul “conoscere” i contenuti ma anche sul “saperli usare in un contesto professionale” è la molla per qualsiasi evoluzione efficace del sistema formativo nei corsi di laurea, nelle specializzazioni e nell’educazione continua successiva. In tale luce un gruppo di lavoro dedicato sta elaborando e definendo una proposta formativa Acp strutturata, cui riferirsi nelle realtà universitarie in cui è già previsto il contributo Acp (Genova, Modena, Roma, Napoli) e da condividere con i direttori delle scuole di specialità sempre nella forte consapevolezza che ai pediatri in formazione va rivolta una particolare cura e attenzione, anche locale, in termini di offerta formativa di qualità.

Quale contributo giunge solitamente dalle aziende sanitarie o ospedaliere di riferimento per soddisfare queste esigenze di conoscenza?

Orsi. Il contributo che le aziende sanitarie o ospedaliere generalmente erogano per la formazione nelle tipologie di competenza che ho prima segnalato è molto modesto e quasi sempre episodico e frammentario, con la sola eccezione della competenza comunicativo-relazionale che compare abbastanza frequentemente nei programmi formativi aziendali. Peraltro, quest’ultima è, purtroppo, oggetto di una formazione teorica, poco esperienziale e spesso condotta da professionisti che, per dire, non comunicano abitualmente le cattive notizie e non conoscono le dinamiche dei vari setting di cura (per esempio quello domiciliare). Peraltro molti corsi o eventi aziendali su queste tematiche sono condotti privilegiando l’aspetto giuridico rispetto a quello etico, rivelando l’obiettivo principale di tali formazioni: ridurre il contenzioso giuridico, piuttosto che quello, almeno altrettanto auspicabile, di migliorare le relazioni tra il malato/familiari e l’équipe. Infine, ciò che viene insegnato non è spesso armonizzato e coerente con le regole organizzative dominanti, che sono improntate a un aziendalismo esasperato, ove la produzione di prestazioni conta sempre molto di più della qualità delle relazioni connesse alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

L’indirizzo in tema di deontologia, bioetica, vita professionale è prerogativa degli Ordini dei medici: in quale misura lei ritiene che questo compito sia effettivamente assolto?

Zilio. Gli Ordini dei medici sono cruciali nell’affrontare questi temi, avvalendosi ove necessario di esperti e stimolando il confronto. Credo che la pandemia covid-19 ne abbia inoltre accentuato il ruolo, dal momento che ha obbligato improvvisamente il singolo professionista a confrontarsi con realtà inattese, per molti versi imprevedibili, e con molti risvolti complessi sia nella deontologia e nella bioetica sia nei rapporti con i colleghi e con le istituzioni.

Zanetto. Non c’è in generale una programmazione dedicata con la proposta di iniziative e percorsi strutturati per la formazione di un professionista consapevole dei valori in gioco nelle decisioni cliniche e nella tutela della salute di quel bambino, che appartiene a quella famiglia e a quel determinato contesto. Sono approfondimenti ancora molto affidati all’iniziativa personale e più da ricercare in testi dedicati o oggetto di contributi nelle riviste pediatriche o di relazioni in eventi congressuali.

Anche il metodo formativo è un elemento importante da considerare nell’acquisizione di competenze in questi ambiti che sono irrinunciabili nella buona pratica clinica. È efficace e da privilegiare la formazione che parte da storie e problemi concreti, dal sapere riconoscere e analizzare, dalla ricerca di cosa è appropriato o non appropriato fare, allenandosi a confrontare le proprie posizioni con altre differenti. E considerando che, accanto all’appropriatezza clinica e alle preferenze personali espresse, le scelte si devono collocare sempre di più in una prospettiva che

tenga conto del buon uso di risorse spesso limitate, della solidarietà in situazioni di fragilità, dell’attenzione ai determinanti sociali e ambientali del concetto di salute. La presenza di noi pediatri nelle commissioni cultura e aggiornamento degli Ordini dei medici è necessaria per ripensare il tema della salute anche in quest’ottica e per lavorare a percorsi efficaci intorno a nuovi modelli cui abbiamo ancora molta difficoltà a riferirci.

È efficace e da privilegiare la formazione che parte da storie e problemi concreti, da sapere riconoscere e analizzare, alla ricerca di cosa è o non è appropriato. — Federica Zanetto

Orsi. Purtroppo anche in questo caso gli Ordini professionali manifestano un’insufficiente attenzione ai temi etico-deontologici. Un esempio eclatante è dato dall’attenzione rivolta alla diffusione della conoscenza della legge 219/17 che è stata mediamente scarsa e, soprattutto, quasi priva di iniziative volte a favorire la sua effettiva implementazione nella pratica clinica quotidiana. Laddove gli Ordini si occupano di temi etico-deontologici lo fanno con un eccessivo orientamento al setting ambulatoriale, trascurando quindi quello degenziale o domiciliare e, spesso, con un’impronta troppo ispirata a un assetto libero-professionale del medico nella relazione, che viene vista e trattata secondo il superato modello relazione medico-paziente. Viene pertanto sottovalutata la reale dinamica della relazione nella cura che vede, invece, coinvolti l’équipe multiprofessionale da un lato e la diade malato-familiari dall’altro.

Gli Ordini professionali manifestano un’insufficiente attenzione ai temi etico-deontologici. — Luciano Orsi

Peraltro, i temi deontologici vengono prevalentemente trattati in modo poco comprensibile, risultando privi di fascino a causa di una lettura eccessivamente giuridico-formale, ispirata prevalentemente agli aspetti medico-legali e non incarnata nella complessità della pratica clinica quotidiana.

L’intensa collaborazione delle società scientifiche con alcune istituzioni pubbliche (governo, Ministero, Regioni, ecc.) o con industrie farmaceutiche è un’opportunità da valorizzare o potrebbe essere un limite alla loro indipendenza?

Zanetto. Rispondo subito con questa una citazione: “È solo ripartendo da un’azione culturale che accompagni i professionisti – sin dalla loro formazione – a ragionare su rischi e opportunità che si potrà creare un substrato solido, in grado di riconoscere le situazioni che possono mettere d’accordo l’oggettività delle scelte e l’integrità dei comportamenti”².

Adottare e seguire alcune regole che servano a evitare, o almeno a limitare, le interferenze con l’attività e il giudizio del medico, nella convinzione che il rapporto tra professionisti, associazioni mediche, sistema sanitario e industria debba essere impostato sulla base di principi di indipendenza e trasparenza, ha un duplice obiettivo: da una parte quello di offrire una garanzia d’indipendenza da interessi commerciali e istituzionali a tutela del bambino e della famiglia, del medico stesso e dei suoi colleghi, e del servizio sanitario; dall’altra quello di promuovere rapporti istituzionali e con l’industria che mirino a obiettivi utili e rilevanti, sia nel campo assistenziale che in quello della formazione e della ricerca. Una collaborazione i cui termini devono essere chiaramente definiti e rispettati.

Da ormai più di venti anni l’Acp si è dotata di un codice di comportamento che riguarda anche il rapporto con l’industria e che investe l’Associazione e i singoli soci. L’iniziativa, accompagnata da un dibattito interno lungo e molto travagliato, ha accresciuto poco per volta e nel lungo periodo la consapevolezza sulle diverse questioni connesse a interferenze e mancanza di trasparenza. E da 15 anni ormai *Quaderni Acp* esce senza inserzioni pubblicitarie. Un’altra scelta frutto di un lungo travaglio, pur riconoscendo schiettezza e correttezza reciproca nei rapporti con le industrie fino ad allora presenti nella rivista. Impegni e scelte che non vogliono demonizzare rapporti e collaborazioni ma, invece, valorizzarli una volta stabilite chiare, reciproche regole.

A cura della redazione di Forward

1. Consorti F. Dai contenuti alle competenze. *Recenti Progr Med* 2015;106:69-71.
2. Dirindin N, Rivoiro C, De Fiore L. Conflitti di interesse e salute. *Il Mulino*, 2018.

Il punto di vista della persone intervistate non impegna le società scientifiche e le istituzioni di appartenenza.