

[ L'EDITORIALE ]

# Clinical Governance

di **Luciana Indinnimeo**  
direzione.areapediatrica@sip.it

**I**L TERMINE “CLINICAL GOVERNANCE” non vuol dire “governo clinico” né tantomeno “governo dei clinici”, bensì “gestione operativa (governance) dell’ambiente sanitario”, dove svariate discipline professionali concorrono quotidianamente alla soluzione dei problemi di salute.

Nella terminologia anglosassone “clinical” non è riferito esclusivamente all’insegnamento e all’applicazione della diagnostica e della terapia medica, ma comprende l’ambiente in cui si esercitano le arti sanitarie.

La Clinical Governance esprime quindi un principio organizzativo che vede al centro il/la cittadino/a con i suoi problemi di salute che non si limitano alle malattie, ma includono la prevenzione delle affezioni morbose e i sistemi di comunicazione, formazione, educazione e programmazione sanitaria. Già Ippocrate diceva: “è molto più importante sapere che tipo di persona la malattia ha, piuttosto che sapere quale malattia la persona ha”.

Il concetto di Clinical Governance si applica sia a strutture di grandi dimensioni, come un’azienda sanitaria o un polo scientifico, sia a sottostrutture di piccole dimensioni che le compongono, come i reparti di un ospedale, sia ancora alle piccole



strutture autonome dalla dotazione finanziaria limitata, come i poliambulatori. In questo ambito i diversi operatori professionali e le organizzazioni sanitarie mettono a frutto le loro competenze, possono sviluppare le rispettive autonomie e sono chiamati dai pazienti e dalle comunità locali a rispondere delle loro scelte e del loro modo di operare.

Anche l’Immunoallergologia pediatrica, disciplina di cui mi occupo, dovrà uniformarsi ai paradigmi e ai meccanismi della Clinical Governance per la gestione delle malattie allergiche.

Un esempio dell’importanza che riveste la Clinical Governance è rappresentato dall’asma che è la malattia cronica più frequente in età pediatrica. Si tratta di un importante problema di salute pubblica che interessa oltre 300 milioni di individui nel mondo, con una prevalenza in crescita nei paesi occidentali durante gli ultimi trenta anni. Gli attuali progressi in ambito clinico e biologico impongono una rivisitazione delle patologie “asmatiche” alla luce della identificazione di fenotipi multipli e di nuove acquisizioni molecolari “omiche” (geno-

mica, trascrittomica, epigenomica, proteomica, metabolomica). Sarà sempre più diffusa la definizione di profili e di classificazioni con lo scopo di caratterizzare e trattare le affezioni asmatiche, come sono oggi trattate ad esempio le leucemie. I rapidi progressi di tecnologie come il *next generation sequencing* per lo studio del genoma e le innovazioni bioinformatiche forniranno marker utili per definire terapie “su misura” per il paziente asmatico.

Quindi per l’asma, ma anche per altre patologie immunoallergiche, si svilupperà sempre più la medicina personalizzata, che mette in correlazione le acquisizioni molecolari con i dati clinici e le informazioni fenotipiche. Grazie a queste acquisizioni, le decisioni e i comportamenti del pediatra allergologo saranno il frutto della convergenza tra nuovi e più articolati processi cognitivi e metodi legati all’esperienza clinica tradizionale.

A questo scopo è necessario considerare la formazione, l’educazione scientifica, informatica ed organizzativa degli specialisti perché questi siano in grado di utilizzare al meglio le risorse disponibili, creare un clima di costante e aperto confronto con gli altri operatori sanitari, e comprendere le esigenze dei pazienti ■