

Il valore dei KPI nel contesto del trapianto: Wits Donald Gordon Centre, Johannesburg

Jackie Thomson - Wits Donald Gordon Cellular and Immunotherapy Centre, Johannesburg, Sudafrica

Pubblicato: 20/03/2026 | DOI: 10.82098/icmed-mag.2026.06.006

ABSTRACT

Nei contesti di trapianto ad alta complessità, gli indicatori tradizionali di esito come mortalità, recidiva e GVHD sono fondamentali, ma intrinsecamente retrospettivi e poco utili per la gestione operativa quotidiana. Questo articolo propone un cambio di paradigma verso un framework di KPI basato sulle lead measures, in grado di influenzare gli esiti prima che si verifichino eventi avversi. Basandosi sui principi delle 4 Disciplines of Execution, viene descritto un approccio pratico applicato a un programma di trapianto misto (pediatrico e adulto) in Sudafrica. Il modello si concentra su processi critici e sensibili al tempo — tra cui il tempo dalla lista al trapianto, il completamento del workup, la valutazione del rischio pre-trapianto e la gestione dei posti letto — con obiettivi misurabili, responsabilità chiare e monitoraggio continuo tramite dashboard e revisioni periodiche. Le lag measures vengono mantenute per la validazione dei risultati e l'allineamento con gli standard di accreditamento, garantendo coerenza tra miglioramento operativo ed esiti clinici. Attraverso una roadmap di implementazione per fasi, l'articolo evidenzia il ruolo centrale della governance, della standardizzazione dei dati e del coinvolgimento del team. L'integrazione delle lead measures nella pratica quotidiana consente di ridurre la variabilità, migliorare l'efficienza e contribuire in modo concreto al miglioramento degli esiti clinici, anche in contesti caratterizzati da vincoli di risorse.

In qualità di direttore del Wits Donald Gordon Centre for Cellular and Immunotherapy, guido un programma di trapianto che coinvolge pazienti pediatriche e adulti in un contesto sudafricano. Siamo impegnati nel conseguimento dell'accREDITAMENTO JACIE, che richiede una governance rigorosa, sicurezza del paziente e miglioramento continuo.

Recentemente, mentre mi preparavo per il prossimo meeting trimestrale, mi sono reso conto che stavo osservando metriche che non posso modificare. Sebbene sia importante conoscere il tasso di mortalità a 30 o 100 giorni, questo non può essere influenzato perché è una misura di risultato (lag measure). Ho improvvisamente realizzato che, per guidare efficacemente il mio team, ho bisogno di metriche che possano prevenire il verificarsi di esiti avversi. Questo mi ha fatto pensare alle parole di Steven Covey nel suo libro "The 4 Disciplines of Execution" e di John Doerr nel suo libro "Measure What Matters": agire sulle lead measures per cambiare il risultato delle lag measures.

Un fattore che può determinare esiti inferiori è il ritardo nel tempo al trapianto dopo l'inserimento in lista, con conseguente aumento del rischio di recidiva e passaggio dei pazienti a cure palliative a causa della resistenza alla malattia. Questo è particolarmente evidente nel nostro contesto, dove vincoli di risorse e considerazioni di equità influenzano l'accesso; le lead measures possono offrire una soluzione per ridurre la variabilità e garantire sicurezza e qualità costanti tra i pazienti. Se implemento un sistema come il 4DX, possiamo ridurre il tempo al trapianto e, auspicabilmente, migliorare gli esiti.

Ma come possiamo tradurre tutto questo nella pratica quotidiana di un servizio di trapianto ad alto rischio con popolazione mista? Questo articolo descrive un framework pratico di KPI basato sulle lead measures, adattato al nostro centro, con obiettivi concreti, responsabilità assegnate e una roadmap di implementazione che pone al centro i processi sensibili al tempo: dalla lista all'autorizzazione, al workup e al trapianto, insieme alla valutazione del rischio pre-trapianto e alla gestione dei posti letto.

1) Perché le lead measures sono importanti

Le lag measures come mortalità, recidiva e GVHD sono indispensabili per validare le performance, ma il loro valore si manifesta solo dopo che gli eventi si sono verificati. Le lead measures illuminano i processi quotidiani su cui possiamo intervenire per evitare esiti avversi, ridurre il tempo verso le fasi critiche e standardizzare la cura lungo i diversi percorsi.

2) Tradurre il 4DX nel nostro contesto

Inizierò spiegando la metodologia 4DX. Si sceglie un obiettivo estremamente importante (WIG), ad esempio ridurre del 5% la mortalità a un anno nei trapianti da donatore non correlato per il periodo 2026.

Come possiamo farlo? Scegliendo alcuni sotto-obiettivi, ad esempio: workup tempestivo dopo l'inserimento in lista, preparazione pre-trapianto, gestione efficiente dei posti letto per supportare il conditioning e il trapianto senza ritardi evitabili.

A questo punto scegliamo le lead measures e le assegniamo al membro del team responsabile. Per esempio, possiamo misurare il tempo tra l'inserimento in lista e la presentazione del piano terapeutico con la scelta delle date.

Supponiamo che il nostro target sia di 5 giorni lavorativi e che i coordinatori siano responsabili di questo compito.

Mantenendo uno scoreboard chiaro e visibile, possiamo analizzare questa misura su base settimanale e, durante il nostro meeting settimanale (huddle), individuare modalità di miglioramento se siamo in ritardo. In questo modo manteniamo l'intero team responsabile. Ogni membro assume un impegno settimanale per migliorare il tempo al trapianto.

Altre lead measures che possono essere scelte includono il completamento della valutazione del rischio pre-trapianto e del workup prima dell'inizio del conditioning. Questo è importante perché una stratificazione precoce del rischio guida la profilassi infettiva, la pianificazione del conditioning e l'allocazione delle risorse. In questo caso, il nostro target dovrebbe essere il 100% di completamento prima dell'inizio del conditioning; la completezza deve essere verificata tramite una checklist integrata. Qualsiasi paziente con workup incompleto entro la finestra temporale prevista attiva un'escalation automatica e una riallocazione delle attività.

3) Lag measures per validazione e allineamento all'accreditamento

Sebbene le lead measures guidino l'azione quotidiana, le lag measures restano essenziali per confermare i miglioramenti e sostenere l'accreditamento.

Le nostre principali metriche di risultato rimangono:

- Mortalità correlata al trapianto a 100 giorni e a 1 anno
- Incidenza di GVHD acuta e cronica
- Sopravvivenza libera da recidiva nelle patologie maligne
- Durata della degenza e tassi di riammissione a 30 giorni
- Outcome riportati dai pazienti/genitori e soddisfazione

Continueremo a utilizzare i dati di risultato per validare l'efficacia delle lead measures, identificare eventuali colli di bottiglia residui e ricalibrare i target quando necessario.

4) Governance, architettura dei dati e implementazione

Per implementare un sistema di questo tipo, sarà necessario dedicare tempo a garantire che il sistema informativo raccolga accuratamente i dati necessari per le metriche. Ancora più importante, sarà necessario standardizzare e condividere le definizioni di termini come "autorizzazione", "inizio del workup", "rilascio nei tempi previsti" e garantire una raccolta dati coerente tra percorsi pediatrici e adulti.

Dovremo anche chiarire ruoli e responsabilità; ho spesso osservato ritardi nelle azioni perché si pensava che una responsabilità fosse stata assegnata, mentre in realtà non lo era e nessuno

esegua il compito. È molto utile disporre di una piattaforma IT che assegni tali attività e monitori i ritardi; il nostro team sta attualmente lavorando all'implementazione di un sistema di questo tipo. È fondamentale assegnare un responsabile per ogni lead measure con accountability esplicita e percorsi di escalation.

Un altro aspetto da considerare è la costruzione di una dashboard visibile a tutti, con colori semplici e chiari per indicare le performance, ad esempio rosso, ambra e verde. Dovremo comunicare durante i meeting settimanali per rivedere le lead measures e organizzare una revisione mensile della leadership per valutare i progressi, condividere apprendimenti e ricalibrare.

Infine, ma forse ostacolo più importante, è il coinvolgimento del team. Se non condividono l'obiettivo principale, i sotto-obiettivi, le lead measures e i meeting settimanali, potrebbero percepire lo scoreboard come uno strumento punitivo utilizzato per metterli in difficoltà. È quindi fondamentale ottenere il coinvolgimento dell'intero team prima dell'implementazione.

5) Roadmap di implementazione (per fasi)

Esempio di possibile roadmap:

- **Fase 1 (Settimane 1-4):** Definire 1-2 WIG e selezionare 4-6 lead measures per ciascun WIG. Finalizzare definizioni dei dati, responsabili, performance baseline e flussi di raccolta dati.
- **Fase 2 (Settimane 5-10):** Costruire uno scoreboard semplice; avviare un pilot di 6-8 settimane in una singola unità (es. servizio trapianto adulti) per testare la fattibilità e raccogliere feedback operativo.
- **Fase 3 (Settimane 11-20):** Estendere all'unità pediatrica; armonizzare le misure; introdurre meeting settimanali di esecuzione e revisioni mensili delle performance a livello di centro.
- **Fase 4 (Settimane 21+):** Allineare con reportistica esterna, audit JACIE e cicli di miglioramento continuo; integrare i KPI nei piani annuali di qualità e nelle attività di preparazione all'accredimento.

Guidare un'unità di trapianto con popolazione mista richiede un approccio disciplinato e focalizzato sul lavoro operativo. Ponendo il framework dei KPI sulle lead measures — in particolare tempo dall'inserimento in lista all'autorizzazione, valutazione del rischio pre-trapianto, preparazione del workup e gestione dei posti letto — possiamo tradurre i principi di Covey e Doerr in miglioramenti concreti per pazienti pediatrici e adulti.

Un piano di implementazione semplice e per fasi, basato su una governance solida e responsabilità chiare, ci manterrà allineati verso l'accreditamento continuo e, soprattutto, verso migliori esiti per i pazienti.

Citazione suggerita:

Thomson J. Il valore dei KPI nel contesto del trapianto: Wits Donald Gordon Centre, Johannesburg. ICMED Magazine. 2026;2026(6). doi:10.82098/icmed-mag.2026.06.006