

GUIDA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI BUONE PRATICHE

basata sui risultati della JA CHRODIS PLUS sull'uso in 8 paesi europei delle
RACCOMANDAZIONI E CRITERI (QCR) definiti dalla JA CHRODIS

Versione breve

Autori: Gruppo di scrittura per conto dei partner del WP7

Ottobre, 2020

Questo documento nasce dalla Joint Action CHRODIS+ che affronta le malattie croniche attraverso iniziative transnazionali, identificate nella JA CHRODIS, per ridurre il carico delle malattie croniche assicurando la sostenibilità e la reattività dei sistemi sanitari che ha ricevuto un finanziamento dalla Commissione europea nell'ambito del programma "Health programme 2014-2020. Unico responsabile è l'autore e la Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency non è responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni contenute nel documento.

INTRODUZIONE

Questo opuscolo è una versione breve della **Guida all'implementazione delle Raccomandazioni e Criteri della Joint Action (JA) CHRODIS** (in breve: la Guida), che è stata definita nella JA **CHRODIS PLUS**, una iniziativa triennale (2017-2020) finanziata dalla Commissione Europea e cofinanziata dalle 42 organizzazioni partecipanti di 20 paesi europei. Lo scopo di CHRODIS PLUS era quello di affrontare il crescente carico causato dalle malattie croniche promuovendo l'attuazione di buone politiche e pratiche.



La Guida fornisce, passo a passo, un tutorial per l'implementazione delle Raccomandazioni e Criteri originalmente sviluppati nella JA CHRODIS (2014-2017) usando il diabete tipo2 (T2DM) come modello di patologia cronica, e successivamente sono stati applicati e valutati nella JA CHRODIS PLUS - Work Package 7: Fostering quality of care for people with chronic diseases. Raccomandazioni e Criteri sono stati implementati in setting diversi attraverso iniziative pilota, in Bulgaria, Croazia, Finlandia, Germania, Grecia, Serbia, Slovenia, Spagna. Che hanno sviluppato pratiche innovative nel campo della prevenzione, promozione della salute e assistenza/cura. Le pratiche sono state orientate al diabete tipo 1 e 2, al tinnito e a condizioni croniche complesse.

L'esperienza ha mostrato la potenziale applicabilità delle Raccomandazioni e Criteri alle malattie croniche, in diversi contesti in paesi con diversa organizzazione politica, amministrativa, sociale e sanitaria.

La Guida, sviluppata sulla base di queste esperienze, fornisce un sostegno pratico a tutti coloro che guideranno lo sviluppo, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione di buone pratiche nel campo della promozione della salute, della prevenzione delle malattie croniche e della cura delle persone con malattie croniche.

La Guida si è rivelata utile come impianto 'top-down' per il Gruppo di leadership centrale quando debba essere presa in considerazione un'implementazione a largo raggio. Tuttavia, come sperimentato dai partner, l'uso della Guida favorisce anche la partecipazione attiva e significativa di un'ampia varietà di stakeholder che sono o saranno in qualche modo influenzati dalla pratica e/o saranno coinvolti nella sua sostenibilità e scalabilità.



ELEMENTI CHIAVE DELLA GUIDA

JA CHRODIS

Raccomandazioni e Criteri

- Lista delle Raccomandazioni e dei criteri definiti nella JA CHRODIS con una rappresentazione grafica della struttura.

Passi del processo per l'implementazione

- Definizione del Gruppo di leadership centrale e del Gruppo di lavoro per l'implementazione
- Definizione dello scopo della pratica
- Analisi di base della situazione e del contesto
- Pianificazione dell'azione pilota
- Monitoraggio e valutazione dell'implementazione
- Relazione sui risultati
- Pianificazione della sostenibilità della pratica e delle azioni per aumentare il potenziale di scale-up



JA CHRODIS - RACCOMANDAZIONI E CRITERI

In questa sezione vengono presentate le Raccomandazioni e i Criteri (QCR) definiti nella JA CHRODIS che descrivono i diversi aspetti che si sono rivelati utili per lo sviluppo, l'attuazione, il monitoraggio e la valutazione delle buone pratiche.

Sono rappresentati visivamente come nove petali di un fiore, poiché caratterizzano tutti insieme una buona pratica.



1- Progettazione della pratica

Il progetto dovrebbe: specificare chiaramente scopi, obiettivi e metodi; essere basato su dati pertinenti, teorie, analisi di contesto, evidenze e pratiche precedenti, inclusi studi pilota. La struttura, l'organizzazione e i contenuti della pratica sono definiti e stabiliti insieme alla popolazione target, che è chiaramente identificata (criteri di inclusione ed esclusione, numero stimato di partecipanti). Le risorse umane e materiali devono essere adeguatamente stimate in relazione alle attività previste. Le dimensioni dell'equità devono essere adeguatamente prese in considerazione e affrontate.

2- Promozione dell'Empowerment della Popolazione Target

La pratica dovrebbe promuovere attivamente l'empowerment della popolazione target utilizzando meccanismi appropriati, come supporto all'autogestione, processo decisionale condiviso, istruzione-informazione o analisi dei valori individuali e di comunità, partecipazione attiva al processo di pianificazione, partecipazione attiva alla formazione professionale e considerazione delle esigenze degli stakeholder in termini di miglioramento/acquisizione delle giuste competenze, conoscenze e comportamenti.



3- Definizione di un Piano di Monitoraggio e Valutazione

I risultati della valutazione dovrebbero essere collegati ad azioni per promuovere l'apprendimento continuo e/o il miglioramento e/o il rimodellamento della pratica. I risultati della valutazione e del monitoraggio dovrebbero essere condivisi tra le parti interessate e collegati agli scopi e agli obiettivi dichiarati, tenendo conto degli aspetti sociali ed economici sia dalla popolazione target sia dalle prospettive dei caregiver formali e informali.

4- Complessività della Pratica

La pratica dovrebbe prendere in considerazione le prove su efficacia, rapporto costi-benefici, qualità, sicurezza, i principali indicatori contestuali e i rischi sottostanti della popolazione target utilizzando strumenti validati per la valutazione del rischio individuale.

5- Istruzione e Formazione

La pratica dovrebbe includere elementi educativi per promuovere l'empowerment della popolazione target (rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria, l'autogestione, la gestione dello stress, ecc.). Professionisti ed esperti sono formati per sostenere l'empowerment della popolazione target, e i formatori/educatori sono qualificati in termini di conoscenza, tecniche e approcci.

6- Considerazioni Etiche

La pratica dovrebbe essere implementata in modo equo (cioè proporzionale alle esigenze). Gli obiettivi e la strategia sono trasparenti per la popolazione target e per le parti interessate coinvolte. I potenziali oneri (psicosociali, economicità, accessibilità, ecc.) dovrebbero essere affrontati per raggiungere un equilibrio tra benefici e oneri. La popolazione target ha il diritto di essere informata, di partecipare e decidere in merito alla propria cura. Il diritto alla riservatezza dovrebbe essere rispettato e rafforzato.

7- Governance

L'intervento dovrebbe includere elementi organizzativi, individuando le azioni necessarie per rimuovere barriere legali, gestionali, finanziarie o di competenza con il contributo, opportunamente programmato, e sostenuto anche con risorse adeguate della popolazione target, dei caregiver e di professionisti. C'è una strategia definita per allineare incentivi e motivazioni del personale con gli obiettivi della pratica. L'intervento dovrebbe offrire un modello di leadership efficace, e dovrebbe creare un senso di appartenenza tra la popolazione target e le diverse parti interessate attraverso partnership e alleanze multidisciplinari, multi/intersectoriali, se appropriate. Le migliori evidenze disponibili e la documentazione a sostegno dell'intervento (linee guida, protocolli, etc.) dovrebbero essere facilmente disponibili per gli stakeholder (es. professionisti e popolazioni target) che dovrebbero sostenere l'approccio multidisciplinare alla pratica. L'intervento dovrebbe essere sostenuto da sistemi informativi (cartelle cliniche informatizzate, software per l'implementazione di screening, social media, ecc) e deve essere definita la procedura per garantire l'accettabilità delle tecnologie per gli utenti (professionisti e popolazione target) per consentire il loro coinvolgimento nel processo di cambiamento.

8- Interazioni con Sistemi Regolari e Pertinenti

La pratica dovrebbe essere integrata o interagente con l'assistenza sanitaria regolare e/o altri sistemi pertinenti, consentendo collegamenti efficaci tra i decisori e le parti interessate, e migliorando e sostenendo la capacità delle popolazioni target di interagire efficacemente con i sistemi pertinenti regolari.

9- Sostenibilità e Scalabilità

La continuazione della pratica dovrebbe essere assicurata attraverso l'ancoraggio istituzionale e/o il senso di proprietà da parte delle parti interessate o delle comunità pertinenti, nonché sostenuta da coloro che l'hanno implementata. La strategia dovrebbe considerare una serie di fattori contestuali (es., politiche sociali e sanitarie, questioni di sesso e genere, innovazione, tendenze culturali, economia generale e tendenze epidemiologiche) che definiscono il potenziale impatto sulla popolazione target.



PASSI DEL PROCESSO D'IMPLEMENTAZIONE

Definizione del Gruppo di leadership centrale e del Gruppo di lavoro per l'implementazione

Il primo passo del processo d'implementazione richiede che vengano considerati vari aspetti della governance e della leadership. In questa fase, è necessario definire chi guiderà e coordinerà lo sviluppo e l'implementazione della pratica. **Il Gruppo di leadership** è centrale nella identificazione degli stakeholder che dovranno essere coinvolti nelle varie fasi del processo, delineando i loro ruoli e responsabilità. È il Gruppo che pianifica, organizza, monitora, condivide, riferisce e fornisce sostegno durante il perseguimento degli obiettivi della pratica. È qui che deve essere stabilita una leadership efficiente e vengono gettate le basi per creare un senso di proprietà condivisa tra la popolazione target e tutti gli stakeholder coinvolti. Questo è il motivo per cui questo gruppo deve porre un'enfasi particolare sulla condivisione delle informazioni o sul consentire un facile accesso alle informazioni e alle prove a sostegno dell'implementazione pilota (ad esempio linee guida, documenti, protocolli, ecc.). Stabilire opportunità per lo scambio continuo di informazioni promuove un approccio multidisciplinare e incentiva le persone coinvolte

Quando si definisce il Gruppo di lavoro per l'implementazione, il Gruppo di leadership deve identificare gli stakeholder da includere e a quale livello: individui, istituzioni o organizzazioni che sono in qualche modo coinvolti o influenzati dall'attività, programma, intervento o politica implementata, o sono ritenuti importanti per la sostenibilità o la scalabilità dell'azione implementata. Gli stakeholder possono rappresentare istituzioni, organizzazioni o individui con conoscenze ed esperienze distintive nei settori della salute, dell'istruzione, del sociale, dell'occupazione, della ricerca e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), ONG, associazioni di pazienti e società civile. Sebbene i team possano variare in termini di dimensioni e composizione, l'implementazione trarrebbe maggiori benefici dalle persone che possono rappresentare diverse prospettive. I membri possono essere coinvolti come organizzatori, esperti, decisori, stakeholder in prima linea, implementatori e rappresentanti del gruppo target. Altri stakeholder identificati potrebbero non essere inclusi nel Gruppo di lavoro per l'implementazione, ma possono essere consultati su questioni specifiche, attivamente informati o solo informati, e possono feedback.

In funzione della specifica pratica, nel tempo potrebbero emergere nuovi obiettivi, bisogni e attività. Il Gruppo di leadership dovrebbe essere in grado di identificarli tempestivamente e quindi adattare il Gruppo di lavoro per l'implementazione in accordo alla situazione e al contesto. Di solito i pazienti e gli altri utenti dei servizi sanitari sono direttamente o indirettamente coinvolti dalle pratiche sanitarie. Se possibile (e in base al contesto), valutare la possibilità di coinvolgere i rappresentanti della popolazione target nel Gruppo di lavoro per l'implementazione. Ciò può influenzare sostanzialmente le dinamiche di gruppo, renderlo più costruttivo con un linguaggio più chiaro e più centrato sul paziente. In questo l'attenzione al coinvolgimento della popolazione target può essere mantenuta durante lo sviluppo e l'implementazione della pratica.



- 1. Governance
- 7. Progettazione della pratica



Definizione dello Scopo della pratica

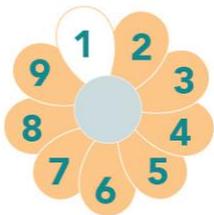
Il passo successivo è quello di definire lo scopo della pratica. Il Gruppo di lavoro per l'implementazione, guidato dal Gruppo di leadership, delinea in questa fase il problema che la pratica affronterà, ne definisce lo scopo e il coinvolgimento della popolazione target e seleziona le Raccomandazioni e i Criteri (1) della JA CHRODIS ritenuti fondamentali per il successo dell'implementazione.

Descrizione del Problema: sulla base delle conoscenze disponibili viene delineata la natura e il significato del problema locale da affrontare. Riassume ciò che è noto sul problema con riferimento anche a studi precedenti.

Obiettivo generale: l'obiettivo generale deve essere chiaro e definito insieme a tutti membri del Gruppo di lavoro per l'implementazione; deve riflettere i bisogni della popolazione target.

Popolazione Target: nel definire la popolazione target dovrebbero essere adeguatamente prese in considerazione le dimensioni rilevanti dell'equità (es. genere, status socioeconomico, etnia, area rurale-urbana, gruppi vulnerabili) e devono essere chiaramente specificate le loro caratteristiche (criteri di inclusione/esclusione, numero stimato di partecipanti) e il ruolo nell'intervento.

Primo schema d'implementazione: l'implementazione viene descritta brevemente, considerando ogni Criterio. È consigliabile tenere conto di tutti i Criteri, anche se alcuni potrebbero non essere applicabili all'implementazione specifica. In questo caso, è un buon esercizio cercare di descrivere il motivo per cui alcuni criteri non possono essere presi in considerazione.



1. - 9. Tutti

1. Con particolare enfasi sulla Progettazione della pratica

Analisi di base della situazione e del contesto

Prima che il piano d'azione sia sviluppato in dettaglio, è necessario identificare i fattori contestuali rilevanti che potrebbero influenzare l'implementazione stessa. Per eseguire l'analisi di base può essere utilizzato un metodo quantitativo, qualitativo o misto. Gli stessi principi possono essere applicati per il monitoraggio e la valutazione dell'attuazione.

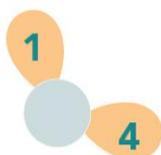
Metodo quantitativo: i dati possono essere raccolti da registri di dati, questionari o altri moduli che producano dati numerici. L'analisi dei dati comprende procedure statistiche (descrittive, univariate, multilivello, multivariate) o costruzione di punteggi. I prodotti sono statistiche inferenziali, modelli multilivello e/o multivariate. In molti casi il contesto viene analizzato usando dati secondari.

Metodo qualitativo: i dati vengono solitamente raccolti con questionari a risposta aperta, interviste semi-strutturate, osservazione partecipativa e sessioni interattive (ad esempio workshop, analisi SWOT (2), "World cafe" (3)) o tramite estrazione di dati da fonti scritte. I dati (principalmente sotto forma di trascrizioni e promemoria) vengono solitamente analizzati utilizzando la codifica, l'analisi del contenuto o la teoria Grounded.



L'analisi SWOT è un metodo qualitativo che può essere utilizzato per descrivere il contesto dal punto di vista del Gruppo di lavoro per l'implementazione. Questo metodo: coinvolge tutti i partecipanti al gruppo e non richiede conoscenze specialistiche per eseguire l'analisi; consente una discussione strutturata tra i partecipanti al Gruppo che è sintetizzata in uno specifico diagramma che descrive i punti di forza e di debolezza, interni all'intervento, le minacce e le opportunità esterne all'intervento ma che possono favorirne/ostacolarne lo sviluppo.

L'analisi SWOT può essere eseguita considerando tutte le Raccomandazioni e Criteri della JA CHRODIS (1) o solo prendendo in considerazione i criteri ritenuti più rilevanti. È, tuttavia, consigliabile riportare i motivi per cui alcuni criteri non sono stati considerati rilevanti.



1. *Progettazione della pratica*
2. *Complessività della pratica*

Pianificazione dell'azione pilota

L'analisi di base (situazione e contesto) aiuta a delineare il problema locale specifico in modo dettagliato. In questa fase è opportuno rivedere lo scopo dell'intervento ed effettuare, se necessario, adeguamenti sulla base delle informazioni acquisite dall'analisi.

Il passo successivo è quello di definire il piano dell'azione pilota. Nel piano vengono definiti: obiettivi, attività, responsabilità, tempistiche e indicatori chiave di attuazione.

Obiettivi specifici: la formulazione degli obiettivi specifici deve essere coerente con lo scopo dell'azione pilota, e devono essere trasparenti per la popolazione target e le parti interessate coinvolte.

Attività: per ogni obiettivo specifico, deve essere definita una o più attività.

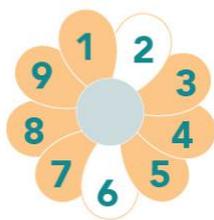
Responsabilità: deve essere chiaro chi sia il responsabile dell'attuazione di ogni particolare attività. Il piano d'azione deve creare responsabilità e senso di proprietà tra la popolazione target e i diversi portatori di interessi considerando, a seconda dei casi, partnership e alleanze multidisciplinari, multisettoriali/intersettoriali.

Tempistica: l'implementazione di ogni attività deve essere realistica in termini di durata. Usualmente, le attività prendono più tempo di quanto previsto inizialmente.

Indicatori chiave di attuazione: gli indicatori vengono usati per valutare il processo (le attività implementate), i prodotti (delle attività) e i risultati (cambiamenti ottenuti).

La pratica dovrebbe essere implementata in modo equo (cioè proporzionale alle esigenze) e devono essere compiuti tutti gli sforzi necessari per assicurare la trasparenza degli obiettivi e della strategia per la popolazione target e per le altre parti interessate. Devono, inoltre, essere considerati i potenziali oneri della pratica (es. psicosociali, accessibilità economica, accessibilità, ecc.) anche in relazione ai potenziali benefici. Deve essere rispettato e garantito il diritto della popolazione target di essere informata (regolarmente e dopo che la pratica è stata messa in atto), di partecipare attivamente, di decidere in merito al percorso di cura, garantendo la riservatezza.





1. - 9. *Tutti, con particolare enfasi sull'empowerment della popolazione Target*
 6. *Considerazioni etiche*

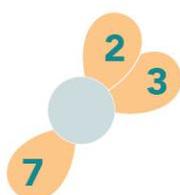
Monitoraggio e valutazione dell'implementazione

Deve essere definito il primo giorno del processo di implementazione. È consigliabile utilizzare il diagramma di Gantt (vedere 5) o altri metodi visivi per descrivere la sequenza temporale e identificare potenziali errori nella pianificazione.

Può essere adottata la metodologia PDSA (plan-do-study-act) (6) per delineare uno o più cicli di implementazione. Questo metodo consente modifiche del piano originale, sulla base delle informazioni raccolte e analizzate e include la valutazione intermedia dell'intervento.

La valutazione intermedia dell'intervento può essere eseguita utilizzando le Raccomandazioni e i Criteri della JA CHRODIS (1). I partner hanno valutato l'attuazione della pratica dopo diversi mesi, analizzando in dettaglio i vari Criteri, e descrivendo, se necessario, idee/piani/azioni concrete per eventuali cambiamenti nel piano d'azione originale. La valutazione intermedia comprende anche la valutazione degli indicatori chiave di prestazione e può tradursi in un adattamento del piano. È possibile eseguire più di un ciclo PDSA. La valutazione finale a conclusione dell'intervento può avere la stessa struttura.

I risultati della valutazione dovrebbero essere in ogni fase collegati alla promozione dell'apprendimento continuo e/o al miglioramento e/o al rimodellamento della pratica. I risultati devono essere condivisi tra le parti interessate, mostrando il collegamento agli obiettivi definiti. La valutazione deve affrontare gli aspetti sociali ed economici sia della popolazione target, sia dei caregiver, se applicabile.



2. *Empowerment della popolazione target*
 3. *Valutazione*
 7. *Governance*



Relazione sui risultati

Quando l'intervento è concluso, è molto utile che il Gruppo di lavoro per l'implementazione rifletta sul lavoro svolto e scriva una relazione sull'intero processo di implementazione che trasmetta, anche, informazioni e messaggi fondamentali alla comunità scientifica, professionale e alla società civile, nonché ai decisori. La relazione costituisce, inoltre, un elemento costruttivo essenziale per la sostenibilità e la scalabilità.

La relazione dovrebbe essere strutturata e allineata alle linee guida utilizzate nelle pubblicazioni scientifiche e professionali. I partner di JA CHRODOS PLUS hanno utilizzato le linee guida SQUIRE 2.0 (7). Nella relazione devono essere inclusi i seguenti elementi:

- Titolo
- Abstract
- Breve riassunto
- Introduzione (*Perché?*)
 - descrizione del problema
 - conoscenza disponibile
 - rationale
 - obiettivi specifici
- Metodi (*Come? Che cosa?*)
 - contesto
 - intervento
 - studio dell'intervento
 - misure
 - progettazione dell'azione pilota
 - analisi
 - considerazioni etiche
- Risultati (*Cosa è stato trovato?*)
- Discussione (*Quale significato?*)
 - processo d'implementazione
 - sommario
 - interpretazione
 - limitazioni
- Conclusioni

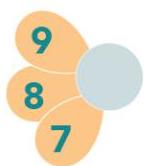


Pianificazione della sostenibilità della pratica e delle azioni per aumentare il potenziale di scale-up

Gli aspetti relativi alla sostenibilità e scalabilità della pratica dovrebbero essere considerati in tutte le fasi dell'implementazione: nell'analisi di base e nell'analisi di contesto, nella fase di pianificazione delle attività e durante le valutazioni intermedie e finali, con particolare enfasi nella relazione finale. Le esperienze dei nostri partner hanno mostrato che a volte sono necessari importanti aggiustamenti delle attività pianificate per aumentare il potenziale di sostenibilità.

Perché la pratica sia sostenibile, dovrebbe esserci un ampio sostegno da parte di coloro che l'hanno implementata o di coloro che intendono farlo. La continuazione della pratica può essere assicurata attraverso l'ancoraggio istituzionale e/o la proprietà da parte degli stakeholder o della comunità, facilitata dal Gruppo di lavoro per l'implementazione e/o dal Gruppo di leadership. La strategia per la sostenibilità dovrebbe essere definita tenendo conto dei fattori contestuali (es. politiche sanitarie e sociali, innovazione, tendenze culturali ed economia generale, tendenze epidemiologiche). Dovrebbe essere, inoltre, valutato il potenziale impatto su una più ampia popolazione target.

Un altro meccanismo importante per costruire la sostenibilità e il potenziale di scalabilità è stabilire e/o promuovere collegamenti con i decisori e la comunità locale. Quando possibile, questi stakeholder devono essere coinvolti nel processo d'implementazione e i risultati (e le informazioni significative) dovrebbero essere condivisi con loro e discussi organizzando, ad esempio, un "dialogo politico" - una discussione strutturata con i decisori, gli esperti e i rappresentanti della popolazione target. È necessario identificare le aspettative comuni, cercare il sostegno tra le parti interessate e delineare insieme i possibili passi successivi. I rappresentanti dei pazienti e della popolazione target dovrebbero essere coinvolti in modo continuo e significativo e dovrebbe essere definito e sostenuto,, da tutte le parti interessate il responsabile del processo futuro.



- 7. Governance
- 8. Interazione con sistemi regolari e pertinenti
- 9. Sostenibilità e scalabilità



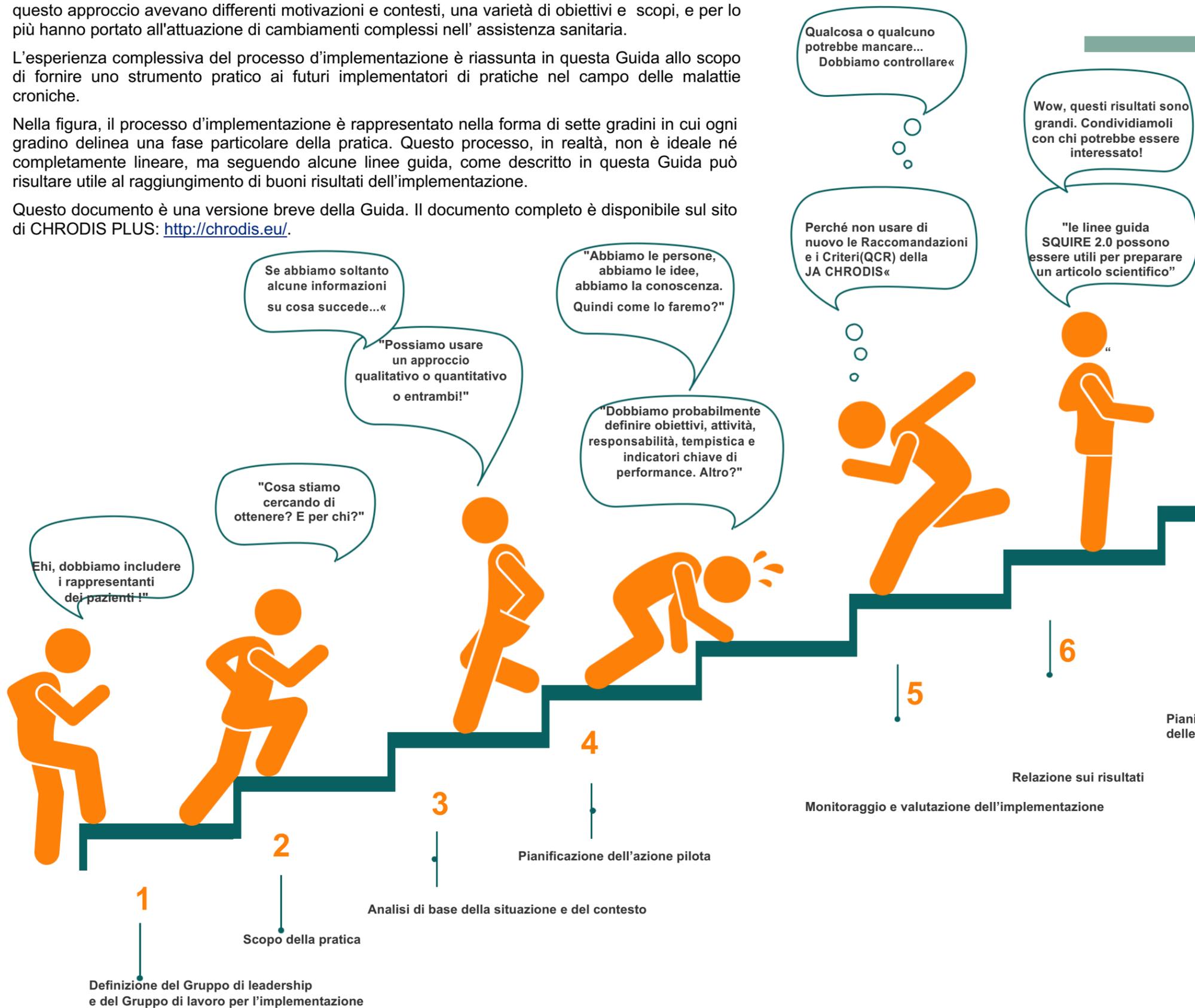
CONCLUSIONI

Come osservato nella JA CHRODIS PLUS, le azioni pilota in otto diversi paesi che hanno usato questo approccio avevano differenti motivazioni e contesti, una varietà di obiettivi e scopi, e per lo più hanno portato all'attuazione di cambiamenti complessi nell'assistenza sanitaria.

L'esperienza complessiva del processo d'implementazione è riassunta in questa Guida allo scopo di fornire uno strumento pratico ai futuri implementatori di pratiche nel campo delle malattie croniche.

Nella figura, il processo d'implementazione è rappresentato nella forma di sette gradini in cui ogni gradino delinea una fase particolare della pratica. Questo processo, in realtà, non è ideale né completamente lineare, ma seguendo alcune linee guida, come descritto in questa Guida può risultare utile al raggiungimento di buoni risultati dell'implementazione.

Questo documento è una versione breve della Guida. Il documento completo è disponibile sul sito di CHRODIS PLUS: <http://chrodis.eu/>.



BIBLIOGRAFIA

- (1.) Zaletel J. and Maggini M. Fostering the Quality of Care for People with Chronic Diseases, from Theory to Practice: The Development of Good Practices in Disease Prevention and Care in JA CHRODIS PLUS Using JA CHRODIS Recommendations and Quality Criteria. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17; 951: doi: 10.3390/ijerph17030951
- (2.) van Wijngaarden J., Scholten G. and van Wijk K. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. *Int J Health Plann Manage.* 2010; 27(1): 34–49 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full>; accessed 5 March 2020).
- (3.) Brown J. und Isaacs D. *The World Café. Shaping Our Futures Through Conversations That Matter.* McGraw-Hill Professional, 1995.
- (4.) Flick U., Ed. *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis.* SAGE Publications: Los Angeles, London, New Delhi, Singapore and Washington DC, 2014.
- (5.) Kumar, P. Pradeep. Effective use of Gantt chart for managing large scale projects. *Cost Engineering.* 2005; 47 (7): 14–21. ISSN 0274-9696.
- (6.) ATC Academy. *Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement.* Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools (<https://improvement.nhs.uk/documents/2142/plan-do-study-act.pdf>; accessed 10 February 2020).
- (7.) Ogrinc G. et al. SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): Revised Publication Guidelines from a Detailed Consensus Process. *Perm J.* 2015 Fall; 19(4): 65–70 (doi: 10.7812/TPP/15-141; accessed 8 February 2020).
- (8.) <https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/>; accessed 20 March 2020.



Ringraziamenti

Gruppo di scrittura: Denis Oprešnik (NIJZ), David Somekh (EHFF), Lyudmil Ninov (EPF), Jelka Zaletel (NIJZ)

WP7 leader: ISS (Istituto Superiore di Sanità): Marina Maggini, Bruno Caffari, Angela Giusti, Flavia Pricci, Emanuela Salvi, Marika Villa.

WP7 co-leader: NIJZ (National institute of public health, Slovenia): Jelka Zaletel, Denis Oprešnik, Dejan Bahc.

Partner con azioni pilota: **BULGARIA:** NCPHA (National Center of Public Health and Analyses): Plamen Dimitrov, Mirela Strandzheva, Doroteya Velikova. **CROATIA:** CIPH (Croatian Institute of Public Health): Verica Kralj, Mario Šekerija, Maja Silobričić Radić, Tamara Poljicanin, Marijan Erceg, Ivana Brkić Biloš, Ivan Pristaš, Marko Brkić, Domina Vusio, Marija Švajda; MoH (Ministry of Health, Croatia): Dunja Skoko Poljak, Sanja Kiš; CHIF (Croatian Health Insurance Fund): Tatjana Bekić; KoHOM (Croatian Family Physicians Coordination): Vjekoslava Amerl Šakić; DNOOM (Croatian Association of Teachers in General Practice/ Family Medicine): Valerija Bralić Lang; HSDU (Croatian Diabetes Patients Associations): Zrinka Mach. **GREECE:** CERTH (Centre for Research and Technology - Hellas): Konstantinos Votis, Vassilis Koutkias, Dimitrios Tzovaras, Eleftheria Polychronidou; AUTH (Aristotle University of Thessaloniki, AHEPA University Hospital): Christos Savopoulos, Ilias Kanellos, Georgia Kaiafa, Paraskevi Leonida, Panagiotis Skantzis, Elena Matopoulou, Spyros Fotiadis, Dimitris Konstantinidis, Addo Tesfaye, Triantafyllos Diddagelos, Mariam Jaber, Elena Fotiadou, Dimitris Konstantinidis, Parthena Giannoulaki, Maria Kourbeti, Nikolaos Tsokos, Konstantina Stavropoulou, Apostolos Hatzitolios; IHU – ATEIT (International Hellenic University - Alexander Technological Educational Institute of Thessaloniki): Dimitrios Theofanidis, Antigoni Fountouki; TDGHS (Thoracic Diseases General Hospital Sotiria): Angellos Vontetsianos, Theodoros Vontetsianos, Dimitra Gennimata; EUC (European University of Cyprus): Ioannis Patrikios, Ilias Kanellos, Konstantinos Lampropoulos, Georgios Papaioannou; NHA (Naval Hospital of Athens): Spyros Papaioannou, Nikolaos Papaioannou; TGHP (Tzaneio General Hospital of Pireus): Stylianos Handanis; KGH (Kozani General Hospital): Stefanos Poullos, Stylianos Lampropoulos, Stamatios Sofoulis, Konstantinos Stokos, Eirini melidou. **GERMANY:** UHREG (University Hospital Regensburg): Patrick Neff, Jorge Simões, Winny Schlee; OVGU (Otto-von-Guericke University Magdeburg): Myra Spiliopoulou, Miro Schleicher, Vishnu Unnikrishnan, Yash Shah, Sachin Nandakumar; UULM (Ulm University): Rüdiger Pryss, Johannes Schobel, Michael Winter, Manfred Reichert. **FINLAND:** THL (Finnish Institute for Health and Welfare): Idil Hussein, Jaana Lindström, Katja Wikström, Eeva Virtanen. **SERBIA:** UBEO (Faculty of Medicine University of Belgrade, Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Clinical Centre of Serbia: Nebojša Lalić, Katarina Lalic, Aleksandra Jotić, Ljiljana Lukić, Tanja Milčić, Marija Macešić, Jelena Stanarčić Gajović, Milica Stojković; (Faculty of Medicine University of Belgrade, Institute of Social Medicine): Vesna Bjegovic Mikanovic, Jovana Todorovic, (Centre for International Collaboration, Faculty of Medicine) Natasa Ognjanovic, MoH (Ministry of Health Republic of Serbia): Ljubica Pakovic; IPHS (Institute of Public Health of Serbia): Verica Jovanović, Darija Kisić Tepavcević, Ivana Rakočević, Natasa Mickovski Katalina; PHCC (Primary health care centre Palilula) Aleksandar Stojanović; (Primary health care centre Stari Grad): Vesna Janjušević; (Primary health care centre Savski venac): Dubravka Miljuš; (Primary health care centre Zemun): Aleksandra Cvetković; (Primary health care centre Rakovica) Dobriča Vasić; (Primary health care centre Uzice): Danijela Marinković, (Primary health care centre Novi Sad): Veselin Bojat; (Primary health care centre Kragujevac): Vasilije Antić; DAS (Diabetes Association of Serbia): Aleksandar Opačić. **SLOVENIA:** SBNM (General Hospital Novo mesto): Milivoj Piletič, Ljubinka Počrvina, Marjan Matešič, Sabina Klemenčič, Miloš Potkonjak, Marjetka Matoh, Andreja Žnidaršič, Milanka Markelič, Simona Volf; ZDNM (Community Health Centre Novo mesto): Alenka Simonič, Mila Mršič, Jana Mrvar, Darja Brudar, Sonja Seničar, Nastja Florjančič Lobe, Elizabeta Grill, Katja Šinkovec, Breda Cetina; DDNM (Patient Diabetes Association Novo mesto): Dušan Jukič; NIJZ (National Institute of Public Health Slovenia): Radivoje Pribaković Brinovec, Branko Gabrovec; MZ RS (Ministry of Health Republic of Slovenia): Vesna Kerstin Petrič. **SPAIN:** CSC (Consejería de Sanidad de Cantabria) and SCS (Servicio Cantabro de Salud): Carlos Fernández-Viadero, Abraham Delgado Diego, Verónica García Cernuda, Patricia Rodríguez Fernández, Iñaki Lapuente Heppe, Marta López Cano, Concha Sastre García, Jose Antonio García del Río; Asociación Cantabra de Diabéticos and Federación Española de Diabetes (FEDE).

Altri partner: DCHE (Danish Committee for Health Education), Charan Nelander, Lars Münter; EHFF (European Health Futures Forum): David Somekh, Basia Kutryba, Ales Bourek, Rui Louriero; EPF (European Patient Forum): Lyudmil Ninov, Valentina Strammiello; Kronikgune (Institute for Health Services Research Kronikgune): Ane Fullaondo, Jon Txarramendieta, Esteban de Manuel Keenoy.

Supporto esterno: Mirca Barbolini.

Questo lavoro è in accordo con le linee guida della JA CHRODIS PLUS per la pre-implementazione, implementazione e post-implementazione, definite da KRONIKGUNE in collaborazione con tutti i partner della JA CHRODIS PLUS, e adattate per il WP7 da leader e co-leader del WP7 insieme ai partner del WP.

