



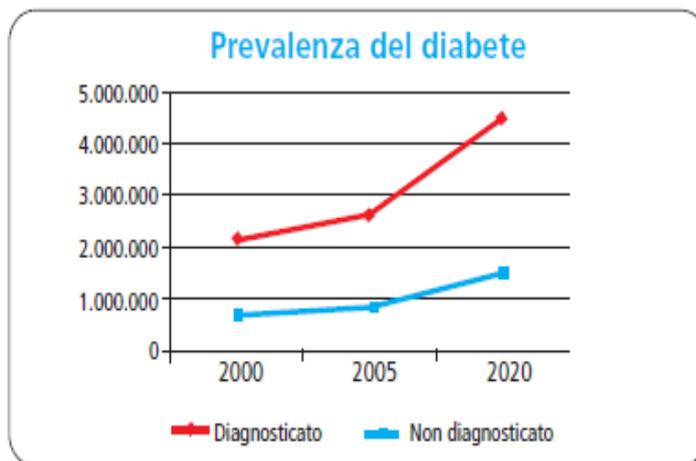
**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE  
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE  
I° CONGRESSO NAZIONALE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE  
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE  
DIPARTIMENTO  
AREA METABOLICA - DIABETE**

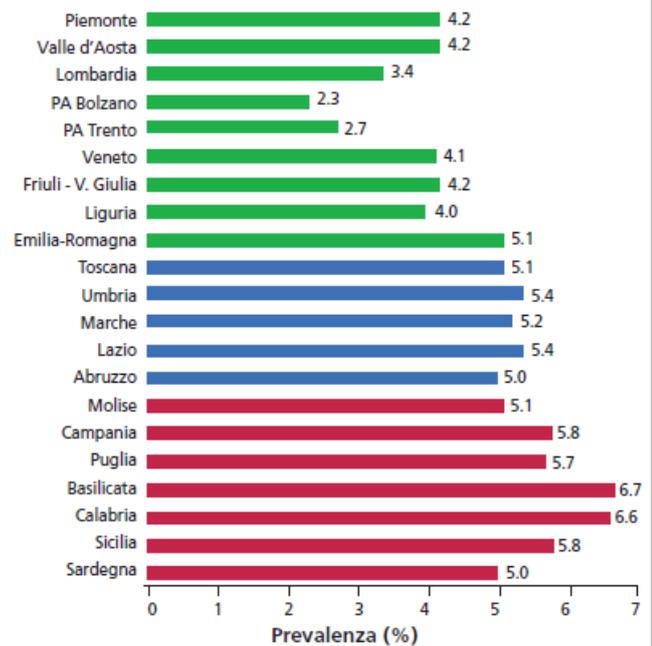
## 1. INTRODUZIONE

In tutto il mondo il numero di persone cui viene diagnosticato il diabete aumenta ad una velocità allarmante. Questo rapido incremento è alimentato dall'invecchiamento della popolazione e dalla sempre maggiore diffusione di stili di vita non salutari, caratterizzati da cattiva alimentazione e diminuzione dell'attività fisica. E l'Italia non fa eccezione: in base alle stime dell'IDF, nel 2010 si raggiungeranno i 4 milioni di persone di età fra i 20 e i 79 anni affette da diabete.

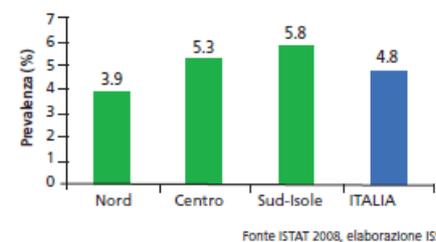
I dati di prevalenza della malattia indicano inoltre un andamento in continua e rapida crescita. In base ai dati ISTAT, nell'arco di soli 5 anni, dal 2000 al 2005, la prevalenza del diabete in Italia è cresciuta dal 3,7% al 4,5 %, mentre fra i soggetti di età  $\geq 65$  anni si è verificato un incremento dal 12,5% al 14,5%. Dati desunti dalle cartelle informatizzate della Medicina Generale documentano una prevalenza ancora più elevata, con aumento dal 5% al 6.2% dal 2003 al 2007 (dati Health Search). E' inoltre presente una notevole variabilità geografica e il diabete rappresenta un problema particolarmente frequente nelle regioni del Sud e nelle Isole.



### Prevalenza del diabete nelle regioni italiane



### Prevalenza del diabete per area geografica



Il diabete non è una malattia curabile, ma si può trattare. Con una terapia adeguata, è possibile ridurre e persino prevenire le complicanze del diabete. Le terapie tradizionali per il diabete prevedono la somministrazione di insulina per iniezione, i farmaci orali, la dieta e l'esercizio fisico. Il medico individuerà la terapia più adatta ad ogni persona.

A lungo andare, l'iperglicemia può causare gravi problemi di salute. Il diabete è stato associato a:

- Malattie cardiovascolari
- Attacco di cuore
- Ictus
- Malattie renali
- Danni al sistema nervoso
- Problemi digestivi
- Malattie degli occhi
- Malattie di denti e gengive

È possibile prevenire le principali complicanze con un autocontrollo regolare.

È importante scegliere i cibi corretti e mantenersi attivi con l'esercizio. Se la dieta e l'attività fisica non sono sufficienti per riportare la glicemia al range di riferimento, il medico prescriverà dei farmaci anti-diabetici. Il tipo di farmaco dipende dal tipo di diabete, dal piano di cura e dalle condizioni di salute.

### **Il diabete di tipo 1**

È una forma di diabete che si manifesta prevalentemente nel periodo dell'infanzia e nell'adolescenza, anche se non sono rari i casi di insorgenza nell'età adulta. Per questa ragione fino a poco tempo fa veniva denominato diabete infantile. In questo articolo potrete leggere quali sono i sintomi e le cause.

Il diabete mellito di tipo 1 rientra nella categoria delle malattie autoimmuni perché è causata dalla produzione di autoanticorpi (anticorpi che distruggono tessuti ed organi propri non riconoscendoli come appartenenti al corpo ma come organi esterni) che attaccano le cellule Beta che all'interno del pancreas sono deputate alla produzione di insulina. Come conseguenza, si riduce, fino ad azzerarsi completamente, la produzione di questo ormone il cui compito è quello di regolare l'utilizzo del glucosio da parte delle cellule. Si verifica, pertanto, una situazione di eccesso di glucosio nel sangue identificata con il nome di iperglicemia.

La mancanza o la scarsità di insulina, quindi, non consente al corpo di utilizzare gli zuccheri introdotti attraverso l'alimentazione che vengono così eliminati con le urine. In questa situazione l'organismo è costretto a produrre energia in altri modi, principalmente attraverso il metabolismo dei grassi, il che comporta la produzione dei cosiddetti corpi chetonici. L'accumulo di corpi chetonici nell'organismo, se non si interviene per tempo, può portare a conseguenze molto pericolose fino al coma.

Il diabete di tipo 1 viene suddiviso in: Diabete mellito autoimmune (fino a poco tempo fa conosciuto con il nome di diabete insulino-dipendente). Si manifesta nella stragrande maggioranza dei casi durante l'infanzia o l'adolescenza (diabete infantile), ma non sono rari nemmeno i casi tra gli adulti. È causato dalla distruzione delle cellule Beta da parte di anticorpi. La velocità di distruzione di tali cellule è variabile: in alcuni soggetti è molto rapida, in altri molto lenta. La forma a progressione rapida si manifesta principalmente, ma non esclusivamente, nei bambini; la forma lentamente progressiva tipicamente negli adulti e talvolta viene definita come diabete autoimmune latente dell'adulto (LAD). Alcuni pazienti, soprattutto bambini ed adolescenti, possono presentare come primo sintomo della malattia una chetoacidosi; altri una modesta iperglicemia a digiuno che può rapidamente trasformarsi in iperglicemia severa e chetoacidosi in presenza di altre situazioni di stress.

### **Diabete mellito idiopatico:**

È una forma molto rara di diabete di tipo 1 che si manifesta principalmente nei soggetti di etnia africana o asiatica. Si presenta con una carenza di insulina permanente accompagnata da chetoacidosi, ma nessuna evidenza di autoimmunità. Le cause del diabete mellito idiopatico non sono ancora note.

## Le cause

Le cause del diabete di tipo 1 non sono ancora state individuate con certezza. Di sicuro ci sono dei fattori che contribuiscono alla sua comparsa: - fattori genetici (ereditari) - fattori immunitari (legati ad una particolare difesa del nostro organismo contro le infezioni) - fattori ambientali (dipendono dall'azione contro il nostro organismo di batteri, virus, sostanze chimiche, etc.)

I dati attualmente disponibili indicano che ci sono soggetti geneticamente predisposti a sviluppare malattie autoimmuni (e quindi anche il diabete di tipo 1), ma devono verificarsi altri eventi (fattori immunitari e/o fattori ambientali) perchè la malattia si sviluppi.

## Il diabete di tipo 2

Il diabete mellito di tipo 2 è di gran lunga la forma di diabete più frequente (interessa il 90% dei casi) ed è tipico dell'età matura.

È caratterizzato da un duplice difetto: non viene prodotta una quantità sufficiente di insulina per soddisfare le necessità dell'organismo (deficit di secrezione di insulina), oppure l'insulina prodotta non agisce in maniera soddisfacente (insulino-resistenza).

Il risultato, in entrambi i casi, è il conseguente incremento dei livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia). Questo tipo di diabete è detto non insulino-dipendente perché l'iniezione di insulina esterna, a differenza del diabete di tipo 1, non è di vitale importanza.

Le cause alla base dell'insorgenza della malattia vanno generalmente ricercate in fattori ereditari ed ambientali. Attraverso studi approfonditi si è evidenziato che esiste un fattore di trasmissione ereditario, non ancora ben chiarito, che espone alcune popolazioni o addirittura alcune famiglie a tale patologia.

Alla ereditarietà si affiancano aspetti caratteristici della persona quali l'obesità: le cellule hanno bisogno di zucchero per vivere, tanto maggiore è il numero di cellule da alimentare tanto maggiore sarà il fabbisogno di insulina. Nelle persone obese, quindi, l'insulina viene prodotta ma non in quantità sufficiente.

La vita sedentaria, lo stress e alcune malattie ricadono nell'elenco dei fattori ambientali scatenanti. Esse impongono al pancreas un lavoro aggiuntivo poiché aumentano il fabbisogno di glucosio e quindi di insulina. Qualora il pancreas fosse indebolito da una predisposizione ereditaria al diabete, queste cause accelerano l'insorgenza del disturbo. Anche l'età gioca il suo ruolo: l'invecchiamento dell'organismo si riflette sulla funzionalità di tutti gli organi, non ultimo il pancreas che, invecchiando, non è più in grado di rispondere prontamente alla richiesta di insulina ricevuta.

Non bisogna sottovalutare alcuni fattori di rischio che rendono alcune persone più predisposte di altre a sviluppare il diabete di tipo 2. I principali fattori di rischio sono: - Obesità (BMI maggiore o uguale a 25 kg/m<sup>2</sup> per il DM2) - Inattività fisica. - Ipertensione (PAS maggiore o uguale a 140 mmHg e/o PAD maggiore o uguale a 90mmHg) - Colesterolo HDL (minore o uguale a 35 mg/dl) - Trigliceridi (maggiori o uguali a 250 mg/dl).

La persona affetta da diabete di tipo 2 è quindi generalmente una persona della seconda o terza età, con un peso superiore a quello ideale, spesso con parenti di primo grado diabetici. I sintomi non sono generalmente evidenti come nel diabete di tipo 1, vengono facilmente ignorati e la scoperta del diabete può avvenire in modo del tutto casuale, ad esempio durante un check-up. La diagnosi di questa forma di diabete, pertanto, può essere anche molto tardiva (mesi o anni) e, per questo motivo, è facile riscontrare al momento della diagnosi la presenza di complicanze in stato avanzato.

Lo studio, condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni, i responsabili delle aziende sanitarie e le società scientifiche, presentato il primo ottobre, all'ISS nel corso del convegno "Servizi diabetologici in Italia. Indicazioni degli utenti", ha evidenziato

che ben sette diabetici su dieci risultano in sovrappeso, che solamente cinque su dieci svolgono abitualmente attività fisica e che sono ancora troppi, uno su quattro, quelli che fumano. Pochi, inoltre, conoscono il 'piede diabetico', ovvero l'importanza di controllare quotidianamente la condizione dei propri piedi per evitare ulcere e lesioni che potrebbero portare all'amputazione.

Insomma, la complessità della gestione della malattia sembra mettere ancora in difficoltà molte delle persone afflitte da diabete, che potrebbero avere bisogno di maggiori informazioni, del supporto di un counselling mirato e, soprattutto, di quella rivoluzione di atteggiamento che fa oggi del malato cronico il protagonista del proprio mantenimento in salute. Ed è questa, probabilmente, la cosa più difficile, se è vero, come evidenziano i dati, che talvolta il malato non modifica il proprio atteggiamento pur essendo consapevole della pericolosità di determinati comportamenti e stili di vita: circa un diabetico su tre, infatti, ha affermato di aver sofferto almeno di una complicanza della malattia e uno su cinque di aver subito un ricovero ospedaliero nell'ultimo anno. Diversa la percezione dell'assistenza ricevuta, complessivamente buona per l'80% dei pazienti.

Lo studio, che si inserisce nel Piano di lungo termine realizzato per far fronte alle quattro priorità sanitarie indicate dal Ministro della Salute, una delle quali è appunto il diabete, è il primo ad aver analizzato il problema dal punto di vista dei pazienti, coinvolgendo più di 3200 persone, residenti nelle 21 Regioni italiane e Province autonome, scelte tra i diabetici di età compresa tra i 18 e i 64 anni (affetti in maggioranza da diabete di tipo II). Si tratta, inoltre, della prima ricerca sullo stato di cura del diabete estesa a tutto il territorio nazionale.

## 2. TERAPIA

**Farmaci orali:** Molti soggetti affetti da diabete di tipo 2 producono insulina, ma in quantità insufficiente, oppure il loro organismo non riesce a usarla efficacemente.

Spesso, la prima terapia prescritta dai medici si limita a una dieta corretta e alla pratica di attività fisica. Se questo approccio non è sufficiente, il medico prescriverà farmaci orali. Se neanche i farmaci permettono di controllare i livelli di glicemia, il medico potrà aggiungere una terapia insulinica.

I farmaci orali odierni offrono più opzioni per il trattamento del diabete di tipo 2. Dato che i vari farmaci agiscono in modo diverso, i medici potranno combinare più medicinali per ottenere il miglior risultato. Durante la medicazione orale del diabete, la misurazione regolare del livello di glicemia permette di valutare se il farmaco funziona correttamente.

**Terapia insulinica:** L'insulina è un ormone naturale prodotto dal pancreas. Ha la funzione di trasportare gli zuccheri (glucosio nel sangue) dal flusso sanguigno alle cellule. Se l'organismo non è in grado di produrre insulina, dovrà riceverla dall'esterno per mantenere livelli glicemici equilibrati. In questi casi, l'insulina viene introdotta nel flusso sanguigno. L'insulina può essere iniettata mediante una siringa o penna, oppure usando un microinfusore per insulina. L'insulina non può essere assunta per via orale perché gli acidi dello stomaco la scinderebbero.

Esistono diversi tipi, marche e fonti di insulina. In genere vengono prescritti 2 tipi di insulina: l'insulina per i pasti e l'insulina basale. L'insulina dei pasti (bolo) serve per controllare la glicemia dopo il consumo di cibi. L'insulina basale copre le esigenze dell'organismo nell'arco del giorno e della notte.

**Il monitoraggio in continuo della glicemia:** permette, attraverso l'uso di particolari dispositivi che misurano i livelli di glucosio nel sangue 24 ore su 24, di fornire misurazioni ogni pochi minuti.

I dispositivi funzionano attraverso l'inserimento di un piccolo sensore sotto la cute che rileva i livelli glicemici del liquido interstiziale a intervalli di pochi secondi. Le informazioni vengono poi trasmesse via wireless ad un altro dispositivo che permette di visualizzare l'andamento del glucosio nel sangue.

E' importante sottolineare che il monitoraggio in continuo non sostituisce la misurazione tradizionale con pungidito, ma la integra per fornire un quadro più completo dell'andamento del glucosio nel sangue ed avere maggior consapevolezza dei propri valori e di come essi variano.

*I vantaggi del monitoraggio in continuo della glicemia:* E' possibile visualizzare e memorizzare i livelli glicemici durante il giorno e la notte.

Si ottengono e informazioni sulla velocità di variazione della glicemia in modo da aiutare il paziente a mantenere i livelli glicemici nella norma.

C'è la possibilità di essere avvisati quando le concentrazioni glicemiche non rientrano nell'intervallo obiettivo impostato.

### **Altre opzioni di trattamento:**

#### **Altri metodi di iniezione**

Oltre all'insulina e ai farmaci per via orale, oggi sono disponibili altri tipi di farmaci iniettabili che sono stati sviluppati per impedire i picchi glicemici dopo i pasti. Queste terapie funzionano con l'insulina prodotta dall'organismo e non ne sono un sostituto.

#### **Trapianto delle isole pancreatiche**

Il pancreas si trova nella parte inferiore dell'addome. Questo organo produce insulina ed enzimi che favoriscono la digestione e l'assorbimento del cibo. Nel pancreas si trovano gruppi di cellule chiamate isole di Langerhans, costituite da diversi tipi di cellule, fra cui le cellule beta che sono responsabili per la produzione di insulina.

Il trapianto delle isole pancreatiche è una procedura sperimentale che prevede l'estrazione delle cellule pancreatiche da un donatore sano deceduto. Le isole sono purificate, trattate e trapiantate nel paziente diabetico. Dopo il trapianto, le cellule beta iniziano a produrre e rilasciare insulina. I ricercatori auspicano che questo tipo di trapianto possa permettere ai soggetti affetti da diabete di tipo 1 di non dover più assumere insulina dall'esterno.

L'obiettivo del presente studio è quello di individuare le criticità dei pazienti, in termini di informazione e conoscenza della patologia, terapie possibili e accessibilità alle stesse; attraverso un approccio multidisciplinare.

### **3. Normativa di riferimento**

Una legge dedicata specificamente alle "Disposizioni per la prevenzione e la cura del diabete mellito" esiste in Italia dal 16 marzo 1987 e rappresenta una esperienza originale in Europa, alla quale altri Paesi guardano con interesse. Proposta da un gruppo di deputati (primo firmatario l'onorevole Aldo Pastore), dopo una lunga preparazione a cui molto ha contribuito la Fand-Associazione nazionale diabetici, la normativa è una legge-quadro, di principi generali, dei quali affida poi alle Regioni e alle Province autonome la concreta attuazione attraverso i Piani sanitari regionali. La legge 115 definisce il diabete una patologia "di alto interesse sociale" e stabilisce alcuni obiettivi fondamentali da realizzare: prevenzione e diagnosi precoce; miglioramento della cura attraverso una rete di assistenza specializzata; prevenzione delle complicanze; inserimento dei diabetici nella scuola, nel lavoro, nello sport; miglioramento dell'educazione sanitaria e della conoscenza tra la popolazione; aggiornamento del personale sanitario; individuazione della popolazione a rischio; distribuzione gratuita dei fondamentali presidi diagnostici e terapeutici; l'istituzione della tessera personale del diabetico. La normativa indica inoltre le caratteristiche base della struttura della rete diabetologica che le Regioni e le Province autonome sono tenute ad allestire. In particolare, all'articolo 8 chiarisce esplicitamente che il diabete privo di complicanze invalidanti "non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico e privato, salvo i casi per i quali si richiedano specifici, particolari requisiti

attitudinali". La legge 115 è stata incorporata nel Piano sanitario nazionale 1999. A tutt'oggi però non tutte le Regioni hanno dato piena attuazione al dettato della normativa.

#### 4. Il punto di vista dei pazienti

La rilevazione effettuata presso alcune regioni consente di svolgere un'analisi comparata su alcuni aspetti della presa in carico e della "gestione integrata" della persona affetta da diabete. I dati confermano la diffusione su tutto il territorio nazionale di un approccio integrato al trattamento del diabete attraverso percorsi diagnostico-terapeutici, anche se con tempi di approvazione ed avvio differenziati nel tempo. Un dato importante dal punto di vista del cittadino riguarda l'accesso ad alcuni presidi (striscette reattive), per i quali le associazioni hanno più volte segnalato l'esistenza di comportamenti difformi tra territori diversi e criticità di erogazione.

##### 4.1 Accessibilità terapie/ausili

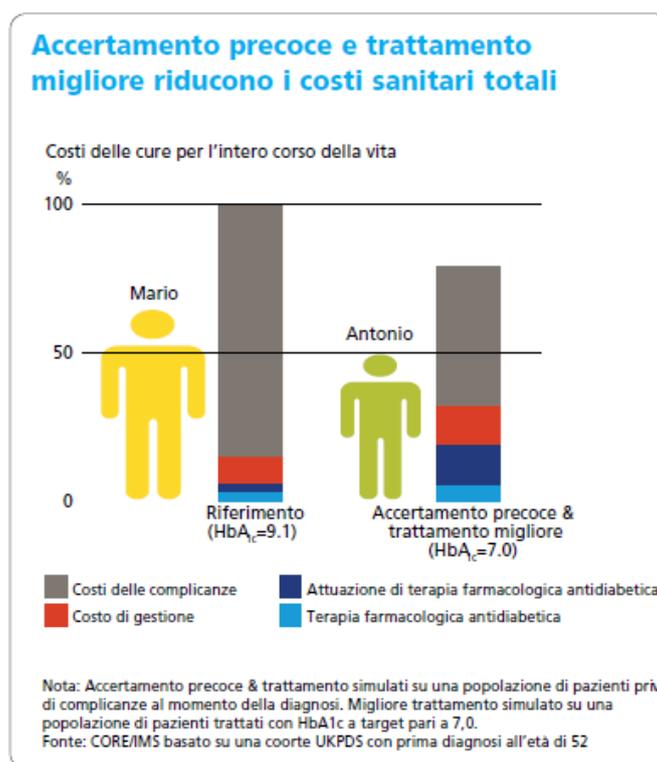
Un'indagine realizzata nel corso del 2007 ha preso come parametri i 14 diritti proclamati nella Carta Europea dei Diritti del Malato. Ha coinvolto 60 centri di diabetologia in 58 città, 292 pazienti, 292 medici di medicina generale.

Nonostante sia ampiamente dimostrata la centralità della prevenzione nella patologia diabetica, non sempre le viene attribuito il giusto peso e valore (infatti la partecipazione a programmi di prevenzione è ancora molto bassa e non supera il 50%).

I pazienti intervistati dichiarano di ritenersi non autosufficienti nel 14% dei casi. Questa mancata autosufficienza causa già, nella ordinaria attività giornaliera, difficoltà tali da dover essere costretti a ricorrere a un sostegno esterno nel 36% dei casi. L'aiuto per gestire meglio la propria patologia purtroppo nell'80% dei casi è completamente a carico del paziente e della sua famiglia.

#### 5. ANALISI DEI DATI

Il numero di decessi attribuiti al diabete è già alto, ma molte più persone muoiono per le complicanze, soprattutto cardiovascolari, legate alla malattia (*Relazione sullo stato sanitario del Paese, 2007-2008*).



##### L'INVESTIMENTO INIZIA

Anche se i costi iniziali saranno leggermente

più elevati, i benefici ricevuti da Antonio superano quelli del diabete. Così,

mantenendosi in salute più a lungo, egli sarà afflitto dalle complicanze del diabete più tardi o, comunque, non con il grado di gravità prevedibile in caso di trattamento meno efficace. E poiché, come abbiamo visto, la maggior parte dei costi generati dal diabete è rappresentata dal trattamento delle complicanze, in realtà i costi complessivi di Antonio saranno inferiori. Proiettando l'approccio terapeutico usato con Antonio alla popolazione nel suo complesso, si raggiunge un punto di equilibrio economico in circa 6-8 anni. Dopodiché, un'efficace gestione del diabete porta ad una riduzione complessiva dei costi assistenziali.

Di conseguenza, investire su una buona gestione del diabete tramite un trattamento precoce e migliore, riduce i costi.

## **BIBLIOGRAFIA**

- [1] Diabete.net
- [2] Ministero della Salute
- [3] ISTAT, 2008
- [4] Accu-Chek.it
- [5] Novo Nordisk, "changing diabetes"

## LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

### ANALISI DELLE CRITICITÀ

- Il punto di vista dei pazienti
- Il punto di vista legale
- Evidenziare l'impatto sociale, economico e clinico del diabete
- Sostenere "il manifesto dei diritti della persona con diabete"
- Eliminare le carenze nella legislazione corrente
- Assicurare l'accesso ai presidi
- Garantire l'accesso ai farmaci innovativi
- Assicurare un team di cura multidisciplinare
- Gestire e prevenire le complicanze invalidanti
- Assicurare una corretta gestione del diabete in gravidanza
- Dare un ruolo dell'educazione terapeutica
- Fornire supporto psicologico alla persona con diabete
- Promuovere la prevenzione attraverso i corretti stili di vita
- Diabete: aderenza alla terapia
- Varie ed eventuali

### SOLUZIONI E SOSTENIBILITÀ: sintesi

#### 1. Diritti della persona con diabete

*I diritti di coloro che hanno il diabete sono gli stessi diritti umani e sociali delle persone senza diabete.*

*I diritti comprendono la parità di accesso all'informazione, all'educazione terapeutica, al trattamento del diabete e alla diagnosi e cura delle complicanze.*

*Il sistema sanitario deve garantire alla persona con diabete l'uso di metodi diagnostici e terapeutici appropriati, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.*

*Il diritto delle persone con diabete a vivere una vita sociale, educativa, lavorativa alla pari delle persone senza diabete deve essere considerato l'obiettivo primario delle azioni di governo.*

Occorre pertanto:

- Sostenere la persona con diabete e i familiari nel superare gli ostacoli, i pregiudizi e le diffidenze attraverso l'impiego di strumenti informativi, formativi, educativi e sociali con la responsabilizzazione e il concorso attivo delle istituzioni, del sistema socio-sanitario, delle società scientifiche e delle associazioni di volontariato alle persone con diabete.
- Aumentare la consapevolezza sociale nel mondo della scuola, in quello del lavoro, nei luoghi in cui si pratica attività sportiva, nelle strutture sanitarie e nelle organizzazioni sociali per evitare discriminazioni e preclusioni personali e professionali.
- Istruire gli operatori socio-sanitari, gli insegnanti e gli istruttori sportivi e sensibilizzare i colleghi di lavoro su come prevenire, riconoscere e trattare le eventuali situazioni di urgenza.
- Affermare che avere il diabete non preclude la possibilità di perseguire gli obiettivi personali, familiari, lavorativi, sportivi e sociali.
- Garantire uniformità di accesso al sistema sanitario su tutto il territorio in modo
- Sostenere e diffondere il Manifesto dei diritti della persona con diabete
- Promuovere in tutte le regioni l'identificazione dei soggetti a rischio per garantire una diagnosi precoce di intolleranza glucidica e di diabete mellito.

## 2. Dialogo medico-persona con diabete

*Per realizzare un'efficace gestione del diabete è indispensabile che il medico curante e il gruppo multidisciplinare di riferimento conoscano non solo gli aspetti biomedici ma anche quelli psicologici, relazionali e sociali della persona, le sue percezioni, le sue aspettative, i suoi bisogni, gli ostacoli ed integrino tali elementi nel piano assistenziale.*

*Allo stesso modo deve essere garantito alla persona con diabete un contesto nel quale esprimere le proprie opinioni e riferire la propria condizione.*

Occorre pertanto:

- Indurre gli operatori sanitari ad avere una vera e propria alleanza terapeutica con la persona con diabete e i familiari che comprenda: l'ascolto attivo, una comunicazione empatica, un dialogo aperto e la regolare verifica non solo dello stato di salute ma anche della qualità del servizio erogato.
- Invitare gli operatori sanitari a sostenere la persona con diabete nell'acquisizione di una piena consapevolezza della propria condizione e della propria cura.
- Analizzare le abitudini e le dinamiche individuali e familiari che possono favorire comportamenti a rischio.
- Aumentare le possibilità di accesso e la disponibilità di contatti con operatori sanitari, attraverso mezzi di comunicazioni complementari, quali linee telefoniche e telematiche.
- Facilitare quanto più possibile, la continuità di rapporto tra lo stesso gruppo multidisciplinare e la persona con diabete all'interno dei centri specialistici e verificare che ciò si realizzi anche attraverso la partecipazione civica.

## 3. Associazionismo responsabile

*L'associazionismo volontario no profit nel campo del diabete in Italia in passato ha contribuito a raggiungere traguardi di assoluto rilievo, come ad esempio la Dichiarazione di Saint Vincent e l'approvazione della legge di iniziativa popolare 115/87.*

*Il raggiungimento di risultati legislativi e regolatori, a livello nazionale e locale, appare condizione qualificante dell'azione delle associazioni impegnate a promuovere il diabete quale priorità su cui agire.*

*Appare altrettanto insostituibile il ruolo di collegamento esercitato dalle associazioni tra il sistema sanitario, le persone con diabete, i familiari e la società.*

Occorre pertanto:

- Considerare l'associazionismo una risorsa e una componente importante nelle strategie di tutela della persona con diabete.
- Facilitare la collaborazione tra le associazioni di volontariato delle persone con diabete e loro familiari, le organizzazioni civiche e i rappresentanti della comunità scientifica.
- Prevedere la formazione certificata e l'accreditamento specifico delle associazioni di volontariato delle persone con diabete e loro familiari e delle associazioni civiche.
- Facilitare l'inserimento di persone con diabete immigrate all'interno delle associazioni.
- Considerare l'associazionismo e le organizzazioni civiche, attraverso persone formate allo scopo, quale parte attiva nei percorsi di informazione e formazione su diritti e tutela sociale delle persone con diabete.
- Avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato delle persone con diabete e loro familiari e delle organizzazioni civiche nelle attività di prevenzione del diabete.
- Sostenere l'azione di volontariato attraverso strumenti legislativi e regolatori.
- Definire un codice etico di autoregolamentazione e caratteristiche comuni che costituiscano un modello di riferimento per le associazioni.
- Valorizzare nei colloqui tra operatore sanitario e persona con diabete e suoi familiari l'attività delle associazioni di volontariato delle persone con diabete, consigliando di partecipare alla vita associativa.