



---

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ - ΓΝΩΣΗ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ**  
**INFORMATION - KNOWLEDGE - EDUCATION - PREVENTION**

---

Αθήνα, 29/10/2019

Αρ. Πρωτ.: 500

**Προς: Πρόεδρο Ειδικής Επιστημονικής Επιτροπής,  
κ. Παυλίνα Καρασιώτου**

**Κοιν.:** Πίνακας αποδεκτών

**Θέμα: Προτάσεις της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ για τροποποιήσεις επί του νέου Ενιαίου Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας (ΦΕΚ Β' 5987/31.12.2018)**

Αξιότιμη κυρία Πρόεδρε,

Η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ), η οποία είναι μέλος της Εθνικής Συνομοσπονδίας των Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑμεΑ) και της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF), εκπροσωπεί τους ανθρώπους με Σακχαρώδη Διαβήτη στη χώρα μας και αριθμεί στη δύναμή της **27 πρωτοβάθμια σωματεία/συνδέσμοι** σε όλη την Ελλάδα.

Φέτος συμπλήρωσε **22 χρόνια αδιάλειπτης και συνεχούς παρουσίας στη χώρα μας**, με κύριο στόχο αφενός την **ενημέρωση, πρόληψη και εκπαίδευση** των ατόμων με Διαβήτη, των οικογενειών τους, αλλά και του γενικότερου πληθυσμού, αφετέρου την **προστασία και διεκδίκηση των αυτονόητων και νόμιμων δικαιωμάτων των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη**.

Ως μέλος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑΜΕΑ), ενημερωθήκαμε από τους εκπροσώπους μας στην Ειδική Επιστημονική Επιτροπή σχετικά με την πρόταση χαρακτηρισμού των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου MODY 5 ως ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, υπό προϋποθέσεις, προκειμένου να ενταχθούν σε πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης βαριάς αναπηρίας, το οποίο θα συζητηθεί στη συνεδρίαση της Ειδικής Επιστημονικής Επιτροπής του Υπουργείου Εργασίας την Τετάρτη 30 Οκτωβρίου 2019. Για το λόγο αυτό, σας αποστέλλουμε τις προτάσεις της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ για το συγκεκριμένο θέμα, καθώς επίσης και το σύνολο των προτάσεών μας που αφορούν τα προβλήματα που υπάρχουν στον αναθεωρημένο Ενιαίο Πίνακα Προσδιορισμού Ποσοστού Αναπηρίας (ΕΠΠΠΑ) που δημοσιεύτηκε με ΦΕΚ Β' 5987/31.12.2018 και τα οποία είναι αναγκαίο να διαφοροποιηθούν.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ:

### 1. ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ

- **Περίπτωση Δ: Άλλοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη (π.χ. μονογονιδιακός διαβήτης-MODY, παγκρεατογενής διαβήτης)**

#### Περίπτωση Δ1: Μονογονιδιακός διαβήτης MODY

Οι υποκατηγορίες του διαβήτη τύπου MODY, εκτός από την υποκατηγορία τύπου MODY 2, χαρακτηρίζονται ως Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου MODY, με ευκρινή την υποκατηγοριοποίησή τους, και είτε χρειάζονται μόνο βασική ινσουλίνη (με ή χωρίς αντιδιαβητικά δισκία), είτε ακολουθούν σχήμα εντατικοποιημένης θεραπείας με ινσουλίνη (basal-bolus, πλήρως ινσουλινοεξαρτώμενοι) μπορούν να λάβουν ποσοστό αναπηρίας 50% και να έχουν τα ευεργετήματα του νόμου όπως ακριβώς τα άτομα με ΣΔ τύπου 1.

Στην περίπτωση της υποκατηγορίας τύπου MODY 2, αυτός χαρακτηρίζεται ως έχει (Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου MODY 2), παίρνει ξεχωριστό ποσοστό το οποίο δεν μπορεί να υπερβαίνει το 20%.

#### Περίπτωση Δ2: Παγκρεατογενής διαβήτης

Οι ασθενείς κρίνονται ως αυτοί με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Όταν ο παγκρεατογενής ΣΔ γίνει αμιγώς ινσουλινοθεραπεύμενος οι ασθενείς κρίνονται όπως ο ινσουλινοθεραπεύμενος με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2.

#### ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ:

Σύμφωνα με την πρόταση του Τμήματος Μη Μεταδοτικών Νοσημάτων και Διατροφής του Υπουργείου Υγείας, έπειτα από εισήγηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, προτείνονται τα κάτωθι:

«Οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου MODY 5 μπορούν να χαρακτηριστούν όπως και οι ασθενείς με ΣΔτ1 με τις εξής προϋποθέσεις:

1. Να αφορά άτομα ηλικίας κάτω των 20 ετών, τα οποία να είναι είτε ινσουλινοθεραπεύμενα είτε (να) αντιμετωπίζονται ως ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.
2. Άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου MODY 5 μεγαλύτερα των 20 ετών εντάσσονται στα ισχύοντα ανάλογα είτε ΣΔ τύπου 1, είτε ΣΔ τύπου 2.»

Ο μονογονιδιακός Διαβήτης τύπου MODY ο οποίος αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή Σακχαρώδους Διαβήτη εμφανίζεται ως διαταραχή **πριν από την ηλικία των 25 ετών**, είναι μια κληρονομική επικρατής αυτοσωμική μετάλλαξη και δεν παρουσιάζει κετοσικό επεισόδιο, όπως συμβαίνει στο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Είναι σαφές, σε όλες τις ερευνητικές μελέτες που έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο ζήτημα, **ότι υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη** στις παρουσιάσεις Διαβήτη τύπου 1, Διαβήτη τύπου 2, και μονογονιδιακού Διαβήτη, έτσι ώστε οι μονογενείς τύποι του Σακχαρώδη Διαβήτη να διαγιγνώσκονται εσφαλμένα και να αντιμετωπίζονται εσφαλμένα.

**Η πλήρης περιγραφή αλλά και επιστημονική τεκμηρίωση προκύπτει από τα GUIDELINES του ISPAD 2018 που είναι αναρτημένα και δημοσιευμένα στο διαδίκτυο. Συνημμένα σας τα παραθέτουμε.**

Με τα αυξημένα περιστατικά του τύπου 2 Διαβήτη στους νέους παγκοσμίως, πολλοί τέτοιοι ασθενείς, με μονογονιδιακούς τύπους Διαβήτη, ταξινομούνται λανθασμένα ως Διαβήτης τύπου 2 (Awa WL, Schober E, Wiegand S, et al. Reclassification of diabetes type in pediatric patients initially classified as type 2 diabetes mellitus: 15 years follow-up using routine data from the German/Austrian DPV database. Diabetes Res Clin Pract. 2011;94:463-467).

Όταν κατά τη διάγνωση υπάρχουν συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά, θα πρέπει να πραγματοποιείται περαιτέρω έλεγχος προκειμένου να διευκρινιστεί αν πρόκειται για μονογονιδιακό τύπο Διαβήτη, όπως περιγράφεται παρακάτω στον Πίνακα 3.

**TABLE 3** Clinical characteristics of type 1 diabetes, type 2 diabetes, and monogenic diabetes in children and adolescents

| Characteristic                                | Type 1                  | Type 2  | Monogenic  |
|---|-------------------------|---|--|
| Genetics                                      | Polygenic               | Polygenic   | Monogenic  |
| Age of onset                                  | >6-12 mo                | Usually pubertal (or later)                           | Often post pubertal except for GCK-MODY2) and neonatal diabetes (onset <6-12 mo) |
| Clinical presentation                         | Most often acute, rapid | Variable; from slow, mild (often insidious) to severe | Variable (frequently incidental in GCK-MODY2)                                    |
| <b>Associations</b>                           |                         |   |  |
| Autoimmunity                                  | Yes                     | No  | No   |
| Ketosis                                       | Common                  | Rare  | Common in neonatal diabetes, rare in other forms                                 |
| Obesity                                       | Population frequency    | Increased frequency                                   | Population frequency   |
| Acanthosis nigricans                          | No                      | Yes   | No   |
| Frequency (% of all diabetes in young people) | Usually 90%+            | Most countries <10% Japan 60%-80%)                    | 1-6%   |
| Parent with diabetes                          | 2-4%                    | 80%   | 90%+TF <sup>a</sup>  |

<sup>a</sup> Mutations may occur de novo.

Επιπλέον, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου MODY κατηγοριοποιείται στους εξής τύπους:

**Heterozygous**

MODY is inherited in an autosomal dominant fashion, and most patients therefore have other members of the family with diabetes; penetrance differs between the types (from 40% to 90%).

| Type                                 | OMIM                       | Gene/protein                 | Description   |
|--------------------------------------|----------------------------|------------------------------|---|
| MODY 1                               | 125850                     | hepatocyte nuclear factor 4α | Due to a loss-of-function mutation in the HNF4α gene. 5%–10% cases.   |
| MODY 2                               | 125851                     | glucokinase                  | Due to any of several mutations in the GCK gene. 30%–70% cases. Mild fasting hyperglycemia throughout life. Small rise on glucose loading. Patients do not tend to get diabetes complications and do not require treatment. <sup>[7]</sup>                        |
| MODY 3                               | 600496                     | hepatocyte nuclear factor 1α | Mutations of the HNF1α gene (a homeobox gene). 30%–70% of cases. Most common type of MODY in populations with European ancestry. <sup>[8]</sup> Tend to be responsive to sulfonylureas. Low renal threshold for glucose.  |
| MODY 4                               | 606392                     | insulin promoter factor-1    | Mutations of the IPF1 homeobox (Pdx1) gene. < 1% cases. Associated with pancreatic agenesis in homozygotes and occasionally in heterozygotes.   |
| MODY 5                               | 137920                     | hepatocyte nuclear factor 1β | One of the less common forms of MODY, with some distinctive clinical features, including atrophy of the pancreas and several forms of renal disease. Defect in HNF-1 beta gene. 5%–10% cases.   |
| MODY 6                               | 606394                     | neurogenic differentiation 1 | Mutations of the gene for the transcription factor referred to as neurogenic differentiation 1. Very rare: 5 families reported to date.   |
| MODY 7                               | 610508                     | Kruppel-like factor 11       | KLF11 has been associated with a form of diabetes <sup>[9]</sup> that has been characterized as "MODY7" by OMIM. <sup>[10]</sup>  |
| MODY 8                               | 609812                     | Bile salt dependent lipase   | CEL has been associated with a form of diabetes <sup>[11]</sup> that has been characterized as "MODY8" by OMIM. <sup>[12]</sup> It is very rare with five families reported to date. It is associated with exocrine pancreatic dysfunction.                       |
| MODY 9                               | 612225                     | PAX4                         | Pax4 is a transcription factor. MODY 9 is a very rare medical condition.  |
| MODY 10                              | 613370                     | INS                          | Mutations in the insulin gene. Usually associated with neonatal diabetes. Rare < 1% cases.  |
| MODY 11                              | 613375                     | BLK                          | Mutated B-lymphocyte tyrosin kinase, which is also present in pancreatic islet cells. Very rare.  |
| Permanent neonatal diabetes mellitus | 606176                     | KCNJ11 and ABCC8             | A newly identified and potentially treatable form of monogenic diabetes is the neonatal diabetes caused by activating mutations of the ABCC8 or KCNJ11 genes which encode subunits of the K <sub>ATP</sub> channel. < 1% cases. Tend to respond to sulfonylureas. |
| Transient neonatal diabetes mellitus | 601410<br>610374<br>610582 | ABCC8                        | Some forms of neonatal-onset diabetes are not permanent. < 1% cases. Tend to respond to sulfonylureas.  |

Όπως συμπεραίνει κανείς από τα παραπάνω, μόνο ο Διαβήτης τύπου MODY 2 θα μπορούσε με απόλυτη ασφάλεια να χαρακτηριστεί ως μη Διαβήτης τύπου 1.

Όλοι οι άλλοι τύποι MODY χρειάζονται υποστήριξη με φαρμακευτική αγωγή που στις περισσότερες των περιπτώσεων εξελίσσονται και κρίνεται αναγκαία η χορήγηση ινσουλίνης.

Εν κατακλείδι, ο Σακχαρώδης Διαβήτης MODY δεν μπορεί να ενταχθεί σε συγκεκριμένο πλαίσιο χαρακτηρίζοντας τους μισούς τύπους του ως Διαβήτη τύπου 1 και τους άλλους ως τύπου 2. Πρέπει η κάθε κατηγορία να έχει δικαιώματα μέσα από συγκεκριμένα ποσοστά αναπηρίας, και όλες οι κατηγορίες του πρέπει να αναγνωρίζονται γιατί αφορούν κυρίως παιδιά μικρής ηλικίας και ιδιαίτερων αναγκών.

Ωστόσο, διαβάζοντας την πρόταση από το ΚΕΣΥ, εκτός του ότι δεν καταλαβαίνουμε σε ποιες επιστημονικές μελέτες στηρίζονται, είναι ακατανόητα, καθώς δεν βγαίνει κανένα ευκρινές νόημα για την τελική τους πρόταση. Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται το εύλογο ερώτημα, ποιος Ιατρός των επιτροπών των ΚΕΠΑ θα κατανοήσει την περιγραφή και θα κατηγοριοποιήσει σωστά ένα άτομο με Διαβήτη τύπου MODY 5 την ώρα που δεν είναι ξεκάθαρο και κατανοητό στην εισήγηση του ΚΕΣΥ.

## **2. ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ**

- **Περίπτωση Α. Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος):**

«Η ύπαρξη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 τεκμηριώνεται με την έκθεση νοσηλείας, στην οποία θα καταγράφεται το ιστορικό, τα κλινικά συμπτώματα, τον εργαστηριακό έλεγχο, την εμφάνιση ή μη κετοξέωσης και το φαινότυπο (φυσιολογικό ή χαμηλό σωματικό βάρος, απουσία ευρημάτων συμβατών με αντίσταση στην ινσουλίνη (πχ υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, μελανίζουσα ακάνθωση, τα οποία παραπέμπουν σε ΣΔ τύπου 2). Οι τιμές των αυτοαντισωμάτων και του C-πεπτιδίου νηστείας αξιολογούνται μόνο σε περίπτωση πρώτης έναρξης και σύμφωνα με τις διεθνείς επιστημονικές οδηγίες. Σε περίπτωση που δεν απαιτείται νοσηλεία στο νοσοκομείο, η ύπαρξη του σακχαρώδη διαβήτη τεκμαίρεται με όλα τα παραπάνω (ιστορικό, κλινικά συμπτώματα, εργαστηριακό έλεγχο, το φαινότυπο), εκτός της έκθεσης νοσηλείας».

### **ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ**

1. Οφθαλμολογικές:

α) παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια

β) οπτική οξύτητα <5/10

γ) ωχροπάθεια

Συνολικό ..... Π.Α. ≥67% (για 3 έτη) [Πρόταση ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ]

Σε περίπτωση οπτικής οξύτητας κάτω από 1/20 βλέπε οφθαλμικές παθήσεις

2. Διαβητική νεφρική νόσος (GFR<40) : συνολικό ..... Π.Α. ≥67% (για 3 έτη) [Πρόταση ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ]

3. Διαβητικό πόδι: Ενεργό έλκος, παραμόρφωση (π.χ. Charcot) και διαταραχές λειτουργικότητας ..... Π.Α. ≥67% (για 2 έτη)

4. Στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειακή νόσος, νευροπάθεια:

Προστίθεται το ποσοστό βάσει των αντιστοιχών κεφαλαίων

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάδειξη των επιπλοκών η πλήρης συμπλήρωση της εισηγητικής έκθεσης για τον ΣΔ και των εργαστηριακών εξετάσεων που απαιτούνται.



## **ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ:**

Στον νέο ΕΠΠΠΑ συνεχίζεται ο διαχωρισμός σχετικά με την ηλικία διάγνωσης αφενός σε παιδιά (πριν την εφηβεία) και αφετέρου σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. **Τι ακριβώς σημαίνει πριν την εφηβεία ή νεαροί ενήλικες; Πώς αυτό θα κριθεί από τους ιατρούς των ΚΕΠΑ, χωρίς να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα σε σχέση με την ηλικία του ατόμου που εξετάζεται;**

Τι γίνεται στις περιπτώσεις που κάποιος έχει διαγνωστεί με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 σε κάποια από τις ηλικιακές ομάδες που εσείς έχετε θέσει στον ΕΠΠΠΑ και σήμερα είναι, για παράδειγμα, 60 ετών; Ποιες εξετάσεις θα πρέπει να καταθέσει, καθώς υπάρχει πιθανότητα να μη διαθέτει την έκθεση νοσηλείας; Καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις, όπως έχει δείξει η πραγματικότητα, οι ιατροί των ΚΕΠΑ ζητούν σε πολλές περιπτώσεις την εξέταση c – πεπτιδίου με δοκιμασία γλυκαγόνης, χωρίς καν να λαμβάνουν υπόψη τους τις υπόλοιπες εξετάσεις και γνωματεύσεις των θεραπόντων ιατρών που προσκομίζει ο άνθρωπος με Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Θεωρούμε ότι δεν υπάρχει κανένας απολύτως λόγος να τίθεται ο συγκεκριμένος διαχωρισμός, ο οποίος είναι ασαφής και δημιουργεί πλείστα προβλήματα.**

Και επιπλέον, εφόσον στον νέο ΕΠΠΠΑ έχει μεταφερθεί επακριβώς η γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ, για ποιο λόγο το ΚΕΣΥ δεν έχει ζητήσει από τον ΕΟΠΥΥ την αποζημίωση των εξετάσεων, όπως είναι τα αυτό-αντισώματα anti-GAD και anti-IA2 και/ή «*επί αμφιβολίας η διενέργεια εξέτασης c-πεπτιδίου με δοκιμασία γλυκαγόνης*»;

Οι προαναφερθείσες εξετάσεις, μολοντί σε αρκετές περιπτώσεις ζητούνται μέχρι και σήμερα από τους πάσχοντες που προσέρχονται στις Επιτροπές και ιδιαίτερα από εκείνους που πάσχουν από πολλών ετών, δεν αποζημιώνονται και επιβαρύνουν οικονομικά τους πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Αναρωτιόμαστε, λοιπόν, για ποιο λόγο δεν είναι αρκετή, σε κάθε περίπτωση, για τις Επιτροπές η εξέταση c–πεπτιδίου νηστείας, όπως προβλέπει ο τροποποιημένος νόμος και επιπλέον για ποιο λόγο δεν λαμβάνονται υπόψη οι υπόλοιπες εξετάσεις και γνωματεύσεις των θεραπόντων ιατρών που προσκομίζει ο πάσχων, για την πιστοποίηση του Σακχαρώδη Διαβήτη;**

Η ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, μάλιστα, έχοντας εντοπίσει από την πρώτη στιγμή τα σοβαρά προβλήματα και τις αστοχίες του ΕΠΠΠΑ, κατέθεσε στο ίδιο το ΚΕΣΥ και στο Υπουργείο προτάσεις βασισμένες σε διεθνείς μελέτες, προκειμένου να διορθωθούν τα κακώς κείμενα του ΕΠΠΠΑ και να προστατευτούν οι άνθρωποι που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη από την άσκοπη ταλαιπωρία, αλλά και από την οικονομική επιβάρυνση, στην οποία υποβάλλονται άδικα και χωρίς ουσιαστικό λόγο!

Από την άλλη, στις περιπτώσεις των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων αναφέρεται ότι θα πρέπει να τεκμηριώνεται, αρχικώς, με το ιστορικό και την πιστοποιημένη θεραπευτική αγωγή με σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας. Είναι εντελώς ασαφές τι σημαίνει η φράση: «πιστοποιημένη θεραπευτική αγωγή με σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας», εφόσον μιλάμε για νεοδιαγνωσμένες περιπτώσεις. Επιπρόσθετα, αναρωτιόμαστε ποιος είναι ο υπεύθυνος να πιστοποιήσει τη θεραπευτική αγωγή: ο θεράπων ιατρός δημόσιου νοσοκομείου, ιδιώτης ή κάποιος έτερος;

**Επίσης, στις περιπτώσεις των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων δίνεται η δυνατότητα επί αμφιβολίας να διενεργείται η εξέταση c-πεπτιδίου μετά από δοκιμασία γλυκαγόνης.**

**Δεν καταλαβαίνουμε για ποιο λόγο συνεχίζεται η κατάσταση αυτή, τη στιγμή που είναι επιστημονικά παραδεκτό πως η συγκεκριμένη εξέταση δεν αποτελεί κριτήριο για τη διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1.**

Σύμφωνα με τα guidelines της Διεθνούς Ομοσπονδίας για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (IDF), τα οποία σας παραθέτουμε συνημμένα, γίνεται φανερό ότι **«η εξέταση c-πεπτίδιο μετά από δοκιμασία γλυκαγόνης» δεν αποτελεί εξέταση πιστοποίησης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1.** Το ίδιο υποστηρίζει και η επιστημονική μελέτη του 2016 της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, που δημοσιεύτηκε στο έγκριτο περιοδικό «Diabetes Care» (Impact Factor: 11,857) και την οποία, επίσης, σας επισυνάπτουμε συνημμένα. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, η εξέταση c-πεπτίδιο μετά από δοκιμασία γλυκαγόνης δεν χρησιμοποιείται για την πιστοποίηση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, αλλά ούτε και για κάποιον άλλο τύπο Σακχαρώδη Διαβήτη.

Επιπλέον, η εξέταση c-πεπτίδιο μετά από δοκιμασία γλυκαγόνης μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την υγεία των ατόμων που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη, καθώς η εξέταση αυτή πραγματοποιείται με τη χρήση σκευάσματος γλυκαγόνης που κυκλοφορεί στη χώρα μας, το οποίο, όμως, δεν έχει ένδειξη για ενδοφλέβια χορήγηση. Αυτός είναι και ένας από τους κύριους λόγους, αλλά όχι ο μοναδικός, που η ιατρική κοινότητα στέκεται απέναντι σε αυτήν τη δοκιμασία και σε πολλές περιπτώσεις δεν επιθυμεί να αναλάβει την ευθύνη για λόγους ευνότητος.

Επισημαίνουμε, επίσης, ότι όλες οι εξετάσεις που ζητούνται πλέον από τον ΕΠΠΠΑ για την απόκτηση ποσοστού αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ, πρέπει να αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ και να μην επιβαρύνονται οικονομικά οι πάσχοντες προκειμένου να έχουν πρόσβαση στα ευεργετήματα που έχει θεσπίσει ο νομοθέτης για τη χρόνια πάθησή τους.

Τέλος, στον ΕΠΠΠΑ δίνεται χρονική διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης για μία μόνο επιπλοκή στο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1, το Διαβητικό Πόδι. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 με επιπλοκές δεν ορίζεται χρονική διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης και επαναπροσδιορισμού του ποσοστού αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ.

### **3. ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ**

- **Περίπτωση Β: Ασθενείς με ΣΔ τύπου 2**

«3. Εντατικοποίηση ινσουλινοθεραπείας: ..... Π.Α. 50%» (για 3 έτη).

#### **ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ:**

Στον νέο ΕΠΠΠΑ το ποσοστό αναπηρίας των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 που βρίσκονται σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, μειώθηκε αδικαιολόγητα από 50% σε 30%. Στην επιστολή μας προς την Ειδική Επιστημονική Επιτροπή (Αρ. Πρωτ. 68/22.2.2016), την οποία σας αποστέλλουμε συνημμένα, είχαμε συμπεριλάβει το νομοθετικό πλαίσιο των κάτωθι χωρών: Ιταλία, Γερμανία, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Γαλλία και Μεγάλη Βρετανία. Στις χώρες αυτές, όπως και σε πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ο Σακχαρώδης Διαβήτης χαρακτηρίζεται ως **μία μόνιμη βλάβη ενός οργάνου του σώματος**. Για το λόγο αυτό, ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας αντιμετωπίζεται όπως ακριβώς ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, **παίρνοντας ποσοστό 50%**, όπως για παράδειγμα στη Γερμανία.

Βάσει όλων των παραπάνω, θα πρέπει να υπάρχει ορθότερη βαθμονόμηση στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζεται με εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας και το ποσοστό να επανέλθει στο 50%.

Επιπλέον, στον ΕΠΠΑ δίνεται χρονική διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης για μία μόνο επιπλοκή στον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, το Διαβητικό Πόδι. Στην περίπτωση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, ινσουλινοθεραπευόμενου, σε εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία, χωρίς επιπλοκές, δεν ορίζεται χρονική διάρκεια ισχύος της γνωμάτευσης και επαναπροσδιορισμού του ποσοστού αναπηρίας από τα ΚΕΠΑ.

#### 4. ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ

- **Περίπτωση Γ: Ασθενείς με ΣΔ τύπου LADA**

«(α) Με ανάλογο φαινότυπο, θετικά αντισώματα, τιμές C-πεπτιδίου νηστείας που είναι ενδεικτικές ινσουλινοπενίας και χρειάζονται σχήμα εντατικοποιημένης θεραπείας με ινσουλίνη (basal-bolus, πλήρως ινσουλινοεξαρτώμενοι) χαρακτηρίζονται ως Σακχαρώδης Διαβήτη τύπου LADA, λαμβάνουν ποσοστό αναπηρίας 50% και μπορούν να έχουν τα ευεργετήματα του νόμου όπως ακριβώς τα άτομα με ΣΔ τύπου 1.

(β) Με ανάλογο φαινότυπο, θετικά αντισώματα, αλλά φυσιολογικές τιμές C-πεπτιδίου νηστείας και οι οποίοι χρειάζονται μόνο βασική ινσουλίνη (με ή χωρίς αντιδιαβητικά δισκία), χαρακτηρίζονται ως ΣΔ τύπου LADA, λαμβάνουν συγκεκριμένο ποσοστό αναπηρίας (το οποίο πρέπει να καθορισθεί) και μέχρι αυτοί να μεταπέσουν σε πλήρες σχήμα ινσουλινοθεραπείας (basal/bolus), μετά το οποίο θα εμπίπτουν στην κατηγορία (α) του παρόντος, κρίνονται από τις υγειονομικές επιτροπές των ΚΕΠΑ ανά τριετία.

#### ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ:

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου LADA ή Λανθάνων Αυτοάνοσος Διαβήτης σε Ενήλικες (Latent Autoimmune Diabetes in Adults – LADA), όπως είναι και ο επίσημος επιστημονικός όρος, είναι μια υποκατηγορία του Διαβήτη τύπου 1. Σύμφωνα και με επιστημονική μελέτη που έχει δημοσιευτεί στο έγκριτο περιοδικό «Diabetes Care», την οποία και σας επισυνάπτουμε, πρόκειται για «αυτοάνοσο Διαβήτη σε ενήλικες με αργή προσδευτική βλάβη κυττάρων». Λόγω της καθυστερημένης ανάπτυξής του, διαγιγνώσκεται αρχικά από τους γιατρούς λανθασμένα ως Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2. **Αυτό το γεγονός δεν αναιρεί το ότι πρόκειται για μία υποπερίπτωση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, δηλαδή για ένα αυτοάνοσο νόσημα σε ενήλικους.**

Θεωρούμε εντελώς **παράλογο να χαρακτηρίζεται, στην περίπτωση (β), ο Διαβήτης τύπου LADA ως Διαβήτης τύπου 2.** Πώς, λοιπόν, θα γίνεται, σε αυτές τις περιπτώσεις, η μετάβαση από την περίπτωση (β), που ο πάσχων θα χαρακτηρίζεται ως «Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2», σύμφωνα με τη γνωμοδότηση του ΚΕΣΥ, στην περίπτωση (α), δηλαδή ως «Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1»; Ποια επιτροπή ιατρών του ΚΕΠΑ θα αναλάβει την ευθύνη να χαρακτηρίσει ένα άτομο ως Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, μόνο «*με τιμές c-πεπτιδίου νηστείας που (θα) είναι ενδεικτικές ινσουλινοπενίας και (θα) χρειάζονται εντατικοποιημένης θεραπείας με ινσουλίνη*»; Καμία! Αποτέλεσμα; Οι πάσχοντες από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου LADA δεν θα χαίρουν στην πραγματικότητα καμίας πρόνοιας από την Πολιτεία, παρόλο που ο νόμος θα τους δίνει αυτό το δικαίωμα!

Για το λόγο αυτό για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου LADA θα πρέπει να ισχύσει ό,τι ακριβώς ισχύει και για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στην περίπτωση που

αντιμετωπίζεται με εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας. Στην περίπτωση που αντιμετωπίζεται με βασική ινσουλίνη, με ή χωρίς τη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων, και για όσο διάστημα ισχύει αυτό μέχρι να μεταπέσουν σε εντατικοποιημένο σχήμα θεραπείας με ινσουλίνη, να χαρακτηρίζεται ως «Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου LADA», να υπάρχει καθορισμός συγκεκριμένου ποσοστού που θα λαμβάνουν οι πάσχοντες και να γίνεται επανεξέταση ανά τριετία.

## 5. ΠΡΟΤΑΣΗ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ

- *Περίπτωση Ε: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 σε παιδιά*

Στο νέο ΕΠΠΠΑ θα πρέπει να προστεθεί και μία πέμπτη περίπτωση, αυτήν της εμφάνισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 σε παιδιά, κάτι που παγκοσμίως, όπως και στη χώρα μας, παρατηρείται και μάλιστα λαμβάνει αυξανόμενες διαστάσεις. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να ισχύουν ότι και για τον τύπου 2 Σακχαρώδη Διαβήτη.

## 6. Διόρθωση του εισηγητικού φακέλου για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1

Στον εισηγητικό φάκελο για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 παραμένει η εξής επισήμανση: «Αντισώματα, C-πεπτίδιο (με test γλυκαγόνης): αφορά άτομα με ΣΔΤ1 με διάγνωση μετά την ηλικία των 16 ετών». Αυτό δημιουργεί ακόμη περισσότερες παρερμηνείες του νόμου με αποτέλεσμα πολλοί εκ των ιατρών των ΚΕΠΑ να μη δέχονται να γνωματεύσουν αν δεν προσκομιστούν απαραίτητα οι παραπάνω εξετάσεις, παρά το γεγονός ότι ο νόμος έχει αλλάξει.

**Οι προτάσεις μας για την τροποποίηση του ΕΠΠΠΑ είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, δεν κοστίζουν περαιτέρω στο Σύστημα Υγείας και στοχεύουν, κυρίως, στην εύρυθμη λειτουργία των ΚΕΠΑ, καθώς και στην αποφυγή της ταλαιπωρίας των πασχόντων που προσέρχονται στις Επιτροπές Αξιολόγησης και στις πλείστες των περιπτώσεων καλούνται να αποδείξουν με περιττές εξετάσεις, αλλά και με οικονομική και ψυχολογική επιβάρυνση, τα αυτονόητα: τη χρόνια πάθησή τους!**

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία ή διευκρίνιση.

Με εκτίμηση,  
Για το Δ.Σ. της Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ.

Ο Πρόεδρος

Η Γενική Γραμματέας



Χρήστος Δαραμήλας  
6941611221

Μαρία Τριανταφύλλου  
6943764168

### ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ:

- Μέλη ΔΣ ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ
- Φορείς – Μέλη ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ