

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ.

ΜΟΥΚΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ

ΛΙΟΚΑ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Περιεχόμενα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Ορισμοί – Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί.....	9
1.1 Ορισμός της Κοινωνικής Πολιτικής.....	9
1.2 Η έννοια της Υγείας	10
1.3 Η έννοια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ο ρόλος της στην άσκηση δημόσιας διοίκησης	11
1.4 Ορισμοί της αναπηρίας.....	12
1.5 Ορισμός κατά τον Π.Ο.Υ.(Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας).....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Κοινωνική Πολιτική Υγείας.....	17
2.1 Περαιτέρω εννοιολογικοί προσδιορισμοί για την Κοινωνική Πολιτική.....	18
2.2 Ιστορική εξέλιξη Κοινωνικού Κράτους – Κράτους Πρόνοιας	19
2.3 Το Κοινωνικό Κράτος στην Ελλάδα	20
2.4 Κοινωνική Πολιτική για την Υγεία	21
2.4.1 Ποιοτικό εκσυγχρονισμός του προνοιακού συστήματος της χώρας	21
2.4.2 Κοινωνική πρόνοια.....	25
2.4.3 Η κοινωνική ασφάλιση	26
2.5 Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	26
2.6 Δημόσια Υγεία.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής των Ατόμων με Αναπηρία	32
3.1 Η Ελληνική- Εθνική νομοθεσία των ΑμεΑ.....	32
3.1.1 Το Συνταγματικό Πλαίσιο Νομικής Προστασίας των ΑμεΑ	33
3.1.2 Συνταγματική αναγνώριση κοινωνικών δικαιωμάτων	35
3.1.3 Νομοθεσία στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης.....	37
3.2 Νομοθεσία Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Αναπηρία.....	40
3.2.1 Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης	41
3.2.2 Μια δέσμευση για το κοινωνικό πρότυπο	44
3.3 Η νομοθεσία των ΑμεΑ στις Ευρωπαϊκές χώρες	45
3.4 Θέσπιση 3ης Δεκεμβρίου ως Εθνικής Ημέρας ΑμεΑ και αναγνώριση της ΕΣΑμεΑ ως Κοινωνικού Εταίρου.....	49
3.5 Σύμβαση για τα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες.....	50
3.6 Κοινωνική υποστήριξη για ένταξη και αυτονομία των ατόμων με αναπηρία.....	53
3.6.1 Μέτρα για την προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης.....	54
3.6.2 Μέτρα για την στήριξη των οικογενειών με παιδιά/άτομα με αναπηρία.....	59

3.7 Ανάπτυξη προγραμμάτων στην κοινότητα.....	64
3.7.1 Προγράμματα Πρόληψης της Αναπηρίας.....	65
3.7.2 Προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικής συμμετοχής	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα	67
4.1 Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	67
4.1.1 Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας	68
4.1.2 Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)	68
4.1.3 Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας	69
4.2 Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	70
4.2.1 Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας	70
4.2.2 Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας	72
4.3 Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	72
4.3.1 Υπηρεσιακή Ένταξη και Οργανική Διάρθρωση.....	73
4.4 Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο	74
4.4.1 Αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που αφορούν στην Δημόσια Υγεία.....	74
4.4.2 Δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας από Υπηρεσίες Υγείας	75
4.4.3 Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας	75
4.5 Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5° Οργάνωση και Λειτουργία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	92
5.1 Ευρώπη.....	92
5.2 Στην Ελλάδα.....	95
5.2.1 Ιστορική εξέλιξη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα	95
5.2.2 Η Οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην σύγχρονη Ελλάδα.....	96
5.2.3 Η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση	97
5.2.4 Δήμοι- Κοινότητες.....	98
5.2.5 Άλλες μορφές οργάνωσης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	99
5.3 Επίπεδα δράσεις του Εθνικού Αναπηρικού κινήματος ανά βαθμίδα οργάνωσης του.....	100
5.3.1 Εθνικό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος.....	101
5.3.2 Περιφερειακό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος.....	101
5.3.3 Νομαρχιακό και Τοπικό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος	102
5.4 Τα κύρια χαρακτηριστικά των Ο.Τ.Α.....	102
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° Η Μεταρρύθμιση στην Τοπική Αυτοδιοίκηση	103
6.1 Η πορεία προς την μεταρρύθμιση- το σχέδιο Καποδίστρια	103
6.2 Το σχέδιο «Καλλικράτη»	104
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	107

1) Αντικείμενο της έρευνας.....	107
2) Τεχνικές και εργαλεία έρευνας.....	108
3) Οδηγός συνέντευξης.....	112
4) Επιλογή δείγματος.....	114
4) Δυσκολίες κατά την έρευνα	115
6) Κοινωνικό-Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων	116
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ	118
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	141
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	146
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	154
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	169

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγγραφή της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Η Κοινωνική Πολιτική Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση για τα Άτομα με Αναπηρίες. Η περίπτωση του Νομού Δράμας.» εκπονήθηκε στα πλαίσια των υποχρεώσεων μας για την ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μας στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κρήτης.

Η έρευνα για την παρούσα πτυχιακή εργασία υποκινήθηκε από την επιθυμία μας να διερευνήσουμε σε τοπικό επίπεδο την Κοινωνική Πολιτική των Ατόμων με Αναπηρία στο Νομό Δράμας, κρίνοντάς το ως ένα ενδιαφέρον κοινωνικό θέμα των ημερών μας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνετέλεσαν στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας. Ένα μεγάλο "ευχαριστώ" οφείλουμε στην επιβλέπουσα της μελέτης μας κ. Λιμνιάτη Αικατερίνη. Τέλος ξεχωριστές ευχαριστίες θα θέλαμε να εκφράσουμε προς τους φορείς υπηρεσιών ΑμεΑ για την παροχή σημαντικών πληροφοριών καθώς και για την άριστη συνεργασία που είχαν μαζί μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολιτική υγείας είναι ένας τομέας άμεσα εξαρτώμενος από ποικίλους παράγοντες. Τέτοιοι είναι οι ιδιαιτερότητες των προτύπων κάθε κοινωνίας, τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, οι θεσμικές και οργανωτικές δομές, οι εξελίξεις στον τομέα της πολιτικής και της οικονομίας, οι κοινωνικές και συντεχνιακές πιέσεις καθώς επίσης και η μορφή του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Λίγες είναι οι χώρες που αξιολογούν την πολιτική υγείας ως πολύ σοβαρό θέμα επιχειρώντας να τη συντονίσουν σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο και αναπτύσσοντας την κοινωνική συμμετοχή στην κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας. (Abel –Smith 1994: 59-60)

Τόσο η πολιτική υγείας όσο και η κοινωνική πολιτική στην Ευρώπη προέκυψαν με τρόπο αποσπασματικό. Τα κράτη- μέλη επιλέγουν τους στόχους που επιθυμούν να εκπληρώσουν, όπως η ισότητα και η αποδοτική φροντίδα, αλλά πρέπει έπειτα να καθορίσουν μηχανισμούς που να είναι συμβατοί με την ευρωπαϊκή νομοθεσία ώστε να είναι εφικτή η επίτευξη των παραπάνω στόχων. (Μόσιαλος, Οικονόμου 2004:26)

Ειδικότερα για την Ελλάδα, η αργοπορημένη αναγνώριση του ύψιστου αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και η αργόσυρτη διαδικασία ενσωμάτωσης της πολιτικής υγείας στη συλλογική κρατική κοινωνική ευθύνη οφείλονται σε ιστορικές, πολιτισμικές και πολιτικές αιτίες (Venieris 1997)

Σε αυτό λοιπόν το ερευνητικό αντικείμενο εστιάζει την ενασχόληση της η παρούσα πτυχιακή εργασία. Ειδικότερα η δομή της διορθώνεται σε τρία μέρη: το θεωρητικό, το ερευνητικό και τέλος τον οδηγό δομών-υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης του Νομού Δράμας.

Πιο συγκεκριμένα το θεωρητικό μέρος αποπειράται μια αποσαφήνιση των όρων της κοινωνικής πολιτικής, της πολιτικής υγείας των ατόμων με αναπηρία καθώς επίσης και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της τοπικής αυτοδιοίκησης. Στην παρούσα έρευνα θα μελετηθούν βιβλιογραφικά οι συνιστώσες - παράμετροι της κοινωνικής πολιτικής υγείας αλλά και η οργάνωση και οι λειτουργίες της τοπικής αυτοδιοίκησης τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα. Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι μεταρρυθμίσεις στην τοπική αυτοδιοίκηση και συγκεκριμένα το καποδιστριακό σχέδιο όπως επίσης και το

σχέδιο "Καλλικράτης". Τέλος θα διερευνηθούν τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής των Ατόμων με Αναπηρία.

Περνώντας στο ερευνητικό μέρος θα αναφερθούμε στη μεθοδολογία έρευνας, στο σκοπό και στους στόχους της, όπως επίσης και στους θεματικούς άξονες της συνέντευξης. Επιπλέον, θα καταγραφούν ο τρόπος επιλογής του δείγματος, οι δυσκολίες κατά την έρευνα καθώς και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συνεντευξιαζόμενων. Πιο συγκεκριμένα ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την κοινωνική πολιτική υγείας όπως αυτή εφαρμόζεται στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης στην περίπτωση του Νομού Δράμας.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι: α) η διερεύνηση των μέτρων κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα με αναπηρία, β) η μελέτη της κοινωνικής πολιτικής υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας, γ) η ανεύρεση της οργάνωσης της τοπικής αυτοδιοίκησης, δ) η εξέταση των προγραμμάτων υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, ε) η διερεύνηση των δράσεων υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, στ) η αναζήτηση επαρκών Δομών-Υπηρεσιών για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση στον Νομό Δράμας και ζ) η αναδίφηση της εφαρμογής των μέτρων κοινωνικής πολιτικής για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση.

Με αφορμή την ενασχόληση και διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος θεωρήσαμε χρήσιμο και αναγκαίο να δημιουργήσουμε έναν οδηγό δομών – υπηρεσιών κοινωνικής αλληλεγγύης για το Νομό Δράμας καθώς κρίνουμε πως θα είναι κάτι καινοτόμο αφού δεν υπάρχει τέτοιου είδους εγχειρίδιο το οποίο θα συμπληρώσει και θα ολοκληρώσει την εργασία αυτή.

Τέλος, παρατίθενται τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία της έρευνας. Οι πηγές που χρησιμοποιήσαμε προέρχονται από βιβλιογραφική και ηλεκτρονική αναζήτηση.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Ορισμοί – Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνονται οι ορισμοί των εννοιών και των φορέων που θα μας απασχολήσουν στην συνέχεια. Τέτοιοι είναι οι ορισμοί της Κοινωνικής Πολιτικής, της Υγείας, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και τέλος της αναπηρίας, ειδικά για την οποία παρατίθεται και ο ορισμός του Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας).

1.1 Ορισμός της Κοινωνικής Πολιτικής

Η χρήση του όρου «Κοινωνική Πολιτική» αναφέρεται στην ύπαρξη ενός φάσματος ή συνόλου δραστηριοτήτων με αντικείμενο τις κάθε είδους υπηρεσίες, παροχές και επιδοτήσεις προς το κοινωνικό σύνολο. (Λιαρόπουλος, 2007)

Κατά έναν άλλο ορισμό, αυτόν του Titmuss, η κοινωνική πολιτική είναι αναφαίρετο κομμάτι της κοινωνίας το οποίο εξελίσσεται σε συνάρτηση και σε στενότερη συνάφεια με τα άλλα κοινωνικά πεδία. Ο Midgley από τη άλλη το 1997, διατύπωσε ένα συνθετικό ορισμό, όπου περιλαμβάνονται τέσσερις κατευθύνσεις δράσης: **α)** η περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων **β)** η ανάλυση και εξήγηση των αιτιακών παραγόντων που επηρεάζουν τις κοινωνικές συνθήκες και παροχές **γ)** η διατύπωση θεωρητικής βάσης για παρέμβαση και ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων **δ)** η προώθηση της κοινωνικής ευημερίας. (Μακαρώνης, 2008)

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από το ESSPROS (Εναρμονισμένο Ευρωπαϊκό Σύστημα Στατιστικών Κοινωνικής Προστασία), την κοινωνική πολιτική συνθέτει το σύνολο των παροχών σε χρήμα ή σε είδος από προγράμματα κοινωνικής προστασίας, με στόχο την αντιμετώπιση ενός συγκεκριμένου συνόλου κινδύνων και αναγκών ενώ σε μελέτη του ΙΤΑ αναφέρεται ως «καταγραφή, ιεράρχηση και αντιμετώπιση κοινωνικών κινδύνων και αναγκών, ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως η υγεία, ασφάλιση, απασχόληση, στέγαση και προνοιακές υπηρεσίες». (Κοντιάδης κ συν, 2006).

Ακόμα, σύμφωνα με την Σχολή Κοινωνικής Διοίκησης, η κοινωνική πολιτική συντίθεται από το σύνολο της διοίκησης, της πρόνοιας και των κρατικών υπηρεσιών που αναλαμβάνουν την επίλυση συγκεκριμένων κοινωνικών προβλημάτων, ενώ μια πιο θεωρητική αντίληψη των πραγμάτων εκλαμβάνει την κοινωνική πολιτική ως « ένα

σχέδιο για την διαχείριση και αλλαγή της κοινωνίας, ώστε να είναι εφικτή η υλοποίηση κοινωνικών στόχων. Τέτοιοι είναι: η ισότητα, η ευημερία και η ασφάλεια των πολιτών μέσω υπηρεσιών που άπτονται των κοινωνικών και πολιτικών συγκρούσεων, της οικονομίας και της πολιτικής.»

1.2 Η έννοια της Υγείας

Ανατρέχοντας στο παρελθόν θα παρατηρούσε κάποιος ότι ο εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας υπήρξε πηγή προβληματισμού για τους ειδικούς και έχει επιδεχθεί αρκετές τροποποιήσεις. Κατά ένα μεγάλο ποσοστό, η έλλειψη σαφούς, συνεχούς και διακρατικά αποδεκτού τρόπου ορισμού της υγείας ερμηνεύει και τη διαφορετική κάθε φορά προσέγγισή της, καθώς - σύμφωνα και με τα όσα η Unesco ανέφερε το 1972- με το πέρασμα ετών μεταβάλλεται σημαντικά τόσο ο τρόπος με τον οποίο άνθρωπος την συλλαμβάνει, όσο και οι γνώσεις και οι προσδοκίες μας γύρω απ' αυτήν (Λιαρόπουλος, 2007).

Ως ορισμό της λέξης "υγεία" η κλασική προσέγγιση από ιατρικής πλευράς αποδέχεται την "απλή απουσία νόσου". Το αρνητικό στοιχείο αυτού του ορισμού είναι ότι στην πραγματικότητα επιρρίπτει την απόλυτη ευθύνη για την απουσία νόσου στην ιατρική και στους γιατρούς.(Λιαρόπουλος, 2007, ΙΤΑ, 2009). Στο Oxford English Dictionary το 1933, οριζόταν η υγεία ως «η ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά» (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Η προβληματική που αναπτύχθηκε έκτοτε, οδήγησε στην αναζήτηση ενός πλατύτερου ορισμού, ο οποίος να ανταποκρίνεται στα κοινωνικά δεδομένα. Κάτω από αυτή την οπτική γωνία, δόθηκε το 1946 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) στην ιδρυτική του διακήρυξη, ο ορισμός της υγείας ως μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο ως απουσίας νόσου ή αναπηρίας. (Λιαρόπουλος, 2007). Δυο νέες παραμέτρους στην υγεία αποδέχτηκε και συμπεριέλαβε ο ορισμός αυτός: από τη μία πλευρά την απουσία ασθένειας και την ύπαρξη της ευεξίας και από τη άλλη την ύπαρξη κοινωνικής και ψυχικής διάστασης, εκτός της σωματικής. Αυτός ο ορισμός αναφέρεται συχνά και ως ο θετικός ορισμός της υγείας.

1.3 Η έννοια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ο ρόλος της στην άσκηση δημόσιας διοίκησης

Η ίδια η έννοια της αυτοδιοίκησης προϋποθέτει πως από την πλευρά των διοικουμένων υπάρχει ίδια βούληση στην άσκηση της δημόσιας διοίκησης. Σύμφωνα με μια διαφορετική διατύπωση, η αυτοδιοίκηση είναι « η άσκηση δημόσιας διοίκησης, από τους αυτοδιοικούμενους οργανισμούς δημόσιας διοίκησης, με προσωπική τους ευθύνη, με τα δικά τους όργανα κατά παραχώρηση του κράτους» (Σαρκόπουλος, 1993).

Επομένως η τοπική αυτοδιοίκηση συνίσταται στη διαχείριση των τοπικών υποθέσεων από τοπικά όργανα, που εκλέγονται από το τοπικό εκλογικό σώμα, διαμένουν στο συγκεκριμένο χώρο και ασκούν εξουσία με δική τους ευθύνη (Σαρκόπουλος, 1993). Με άλλα λόγια η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελείται από ένα πλέγμα δράσεων των τοπικών αρχών, που στόχο έχουν να αποπερατώνουν τις τοπικές υποθέσεις και την εξυπηρετούν τους δημότες.

Ο συνδετικός ρόλος που επωμίζεται η τοπική αυτοδιοίκηση προκειμένου να αμβλύνει το χάσμα ανάμεσα στην κεντρική διοίκηση και το τοπικό στοιχείο, καθιστά αναγκαία την ύπαρξη της. Η τοπική αυτοδιοίκηση έχει τη δυνατότητα να προσφέρει ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία της κρατικής μηχανής, ενώ σε τοπικό επίπεδο επιλαμβάνεται των τοπικών θεμάτων και έχει την ευθύνη για τον βέλτιστο τρόπο επίλυσης τους. Επιπλέον, μπορεί να οργανώσει καλύτερα τη μέθοδο επίλυσης των προβλημάτων εστιάζοντας στην αρχή της δημιουργίας τους ώστε να διευκολύνει την κεντρική διοίκηση στο έργο της. Επιπρόσθετα, η τοπική αυτοδιοίκηση μπορεί να αποτελέσει ανασχετικό μηχανισμό σε πιθανές τάσεις των οργάνων κεντρικής εξουσίας για κατάχρηση της δύναμης τους, καθώς και να συμβάλει στην πολιτικοποίηση των πολιτών, προσφέροντας τους τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (Σαρκόπουλος, 1993).

Όπως αναφέρει και ο Stewart(2003), «... η αποτελεσματική τοπική αυτοδιοίκηση είναι απαραίτητη για την καλή διακυβέρνηση της κοινωνίας..... η αποτελεσματική διακυβέρνηση αποκτάει αξία ως μέσω εκπλήρωσης των διαφόρων αναγκών και στόχων, συσχετίζοντας εθνικές πολιτικές με τοπικές συνθήκες και προωθώντας προτάσεις και καινοτομίες σε τοπικό επίπεδο. Επίσης, η τοπική αυτοδιοίκηση δίνει αξία στο γενικότερο σύστημα διακυβέρνησης, δημιουργώντας δυνατότητες πολυφωνίας στα πλαίσια του». Για να συνεχίσει παρακάτω, «Μια αποτελεσματική τοπική αυτοδιοίκηση προϋποθέτει τοπικές επιλογές. Προϋποθέτει τοπικές αρχές ικανές να

ανταπεξέρχονται σε συγκεκριμένα προβλήματα, να λαμβάνουν υπόψη τις τοπικές συνθήκες και επίσης να επιτρέπουν και να προωθούν προγράμματα και καινοτομίες, στηρίζοντας έτσι την ύπαρξη της πολυφωνίας που προάγει η τοπική αυτοδιοίκηση και της ομοιογένειας, που ενισχύει η εθνική διακυβέρνηση». (Χατζηπαντελής κ. συν, 2008).

1.4 Ορισμοί της αναπηρίας

Με δεδομένο ότι οι ορισμοί περιέχουν πολιτικό λόγο και κοινωνικές απόψεις από διαφορετικά πολιτικά και κοινωνικά στρώματα είναι φανερό πως η ανάλυση των ορισμών είναι βέβαια μία πολύπλοκη αλλά ταυτόχρονα σημαντική διαδικασία (Βλάχου 1997 στο Κουτάντος 2000). «Έτσι, υπάρχουν διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίες εξετάζουν τον όρο «αναπηρία» και τις επιπτώσεις του στα άτομα με αναπηρία» (Κουτάντος 2000: 65).

«Η διαφορετική χρήση ορολογιών γύρω από το φαινόμενο της αναπηρίας συχνά προκαλεί σύγχυση ως προς τον ορισμό ή καλύτερα την περιγραφή της. Η αιτία που προκαλεί τις αμφιβολίες είναι η απουσία μίας αρχής ή αναφοράς με καθολική εφαρμογή, με βάση την οποία να γίνεται εφικτή η αξιολόγησή της» (Κουτάντος 2000:66.).

Η αναπηρία δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί και να οριοθετηθεί, διότι είναι ένας όρος, που δεν επιδέχεται απλή εννοιολογική εξήγηση (Kaplan & Sadock, 1981 στο Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη 2005). Η όποια προσπάθεια οριοθέτησης βρίσκεται σε άμεσο συσχετισμό με το σύνολο των λειτουργιών του ατόμου, με τη γενική εικόνα που έχει σχηματίσει η κοινωνία για τον άνθρωπο, με τις υφιστάμενες κοινωνικές και παραγωγικές σχέσεις, τους θεσμούς, το ισχύον σύστημα των αξιολογικών κατηγοριών, τον τρόπο κοινωνικής διάρθρωσης, τα πρότυπα που επικρατούν στην κοινωνία, την κοινωνική θέση του ατόμου, έτσι όπως αυτή επηρεάζεται από την σχέση μεταξύ των αντικειμενικών ιστορικό – κοινωνικών συνθηκών μέσα στις οποίες ζει και ενεργεί ο κάθε πολίτης (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη 2005).

« Τέλος το ιατρικό- βιολογικό μοντέλο, αλλά και το κοινωνικό μοντέλο, για τα οποία εκτενέστερος λόγος γίνεται παρακάτω οδηγούν στους εννοιολογικούς προσδιορισμούς της αναπηρίας. Το ιατρικό-βιολογικό μοντέλο ορίζει την αναπηρία εστιάζοντας στην παθολογία και στην ανατομία της βλάβης, ενώ το κοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει την αναπηρία δίδοντας έμφαση στις δυσκολίες που συνδέονται με το

περιβάλλον του ανάπηρου ατόμου και του στερούν τη δυνατότητα να συμμετάσχει ισότιμα στις κοινωνικές δραστηριότητες» (Κοτσιάτου & Παναγιώτου 2004: 6).

Έχοντας τα παραπάνω ως βάση, θα επιχειρήσουμε να παραθέσουμε ορισμούς, που στηρίζονται είτε στο ένα είτε στο άλλο μοντέλο και οι οποίοι προσπαθούν να προβάλουν μία διαφορετική όψη της αναπηρίας. Ενώ παλιότερα υπήρχε η πεποίθηση ότι όλα τα άτομα με κάποια αναπηρία έχουν τον ίδιο, κακότεροπο χαρακτήρα, ωστόσο στη σύγχρονη εποχή έχει αποδειχτεί ότι κάτι τέτοιο είναι ανεδαφικό. Πράγματι η έλλειψη κάποιου μέλους δεν συνεπάγεται πάντα αναπηρία. Αντιθέτως αυτή είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, όπως είναι ο χαρακτήρας του ατόμου και η σοβαρότητα του προβλήματος. (ΠΑ.ΣΥ.Π.Κ.Α. 2007).

Ο Fulcher (1989 στο Κουτάντος 2000) επισημαίνει ότι η αναπηρία είναι μία κατηγορία, σύμφωνα με την οποία το κράτος πρόνοιας ρυθμίζει, κανονίζει την ζωή κάποιων πολιτών, των οποίων μάλιστα ο αριθμός παρουσιάζει αύξουσα τάση. Με αυτή την έννοια, η αναπηρία είναι πολιτικό και κοινωνικό κατασκευασμα που χρησιμοποιείται για να ρυθμίζει, σε ένα μεγάλο αριθμό, την ζωή των πολιτών αυτών. Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, «ο όρος αναπηρία είναι ένας γενικός όρος, που σηματοδοτεί την επικοινωνία σε σχέση με τα άτομα με λιγότερες ευκαιρίες, λόγω των φυσικών/σωματικών και διανοητικών τους προσόντων». Αυτή η διαφορά σε ευκαιρίες-προσόντα έχει προσεγγιστεί με διαφορετικούς τρόπους από διαφορετικά συστήματα (Λεπίδα 2003: 5), τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια: (παράρτημα 2)

«Κάθε μία από τις παραπάνω οπτικές μέσω των δυαδικών κωδικών της, παραβλέπει τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία, όσα δηλαδή δεν συμφωνούν με τους κώδικες που χρησιμοποιεί. Οι περιγραφές της κάθε οπτικής δεν μεταφράζονται σε περιγραφές οποιασδήποτε άλλης οπτικής, π.χ. η περιγραφή/κώδικας «άρρωστος», δεν μπορεί να αποδοθεί με ακρίβεια σε κάποια από τις περιγραφές των υπόλοιπων οπτικών» (Λεπίδα 2003: 7).

Ο Jantzen (1974) από την πλευρά του υιοθετεί την άποψη πως η αναπηρία δεν μπορεί να εκληφθεί ως ένα φυσικό φαινόμενο, προσδίδοντάς της έτσι έναν κοινωνικό – κριτικό χαρακτήρα. Γίνεται εμφανής και αρχίζει να υφίσταται ως αναπηρία μόνο εφόσον ορισμένα γνωρίσματα και χαρακτηριστικές εκδηλώσεις των γνωρισμάτων ενός ατόμου συγκριθούν με τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται κάθε φορά σχετικά με το ελάχιστο των υποκειμενικών και των κοινωνικών ικανοτήτων.

Ένας ορισμός, ο οποίος προσπαθεί να αλληλοσυνδέσει την αναπηρία με την κοινωνική διάστασή της, είναι αυτός του Χαρτοκόλλη (1981), που υποστηρίζει ότι «αναπηρία σημαίνει μία ανίατη λειτουργική βλάβη, έλλειψη ή ανωμαλία, φυσική ή επίκτητη, συνήθως αποτέλεσμα ή κατάλοιπο ασθένειας ή ατυχήματος, μία ανωμαλία, που να παρακωλύει κατά κάποιο τρόπο την πραγματοποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών, όπως η μετακίνηση και η απασχόληση». (Χαρτοκόλλη 1981 στο Κουτσούπη & Μοσχονησώτη 2002:10).

Ακόμη, σύμφωνα με τον Δημητρόπουλο (1995), ανάπηρο είναι το άτομο εκείνο το οποίο αδυνατεί να λαμβάνει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλα τα αγαθά που παρέχει στα υπόλοιπα μέλη της η κοινωνία στην οποία ζει, εξαιτίας των χαρακτηριστικών του είτε αυτά είναι ψυχοσωματικά είτε κοινωνικά. (Δημητρόπουλος 1995 στο Μακρή & Μιχαήλ 2007).

«Κλείνοντας, αξιοσημείωτο είναι πως τις τελευταίες δύο δεκαετίες άρχισε να δίνεται προτεραιότητα στην κοινωνική διάσταση της αναπηρίας. Αυτή η διαφοροποίηση στον τρόπο προσέγγισης γίνεται αντιληπτή μέσα από διάφορα κείμενα και διακηρύξεις, όπως η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων των Ανάπηρων Ατόμων. Με αυτήν επιβεβαιώνεται η πίστη στα ανθρώπινα δικαιώματα και τις βασικές ελευθερίες ενώ γίνεται έκκληση για εθνική και διεθνή δραστηριοποίηση, προκειμένου να προασπιστούν αυτά τα δικαιώματα χρησιμοποιώντας της ίδια ως κοινή βάση και πλαίσιο αναφοράς» (Ο.Η.Ε. 1994: 7).

1.5 Ορισμός κατά τον Π.Ο.Υ.(Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας)

Το 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σχεδίασε δύο βασικά «ανταγωνιστικά» πλαίσια αντίληψης και ανάλυσης της αναπηρίας. Το αρχικό ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) και το πιο πρόσφατο ICIDH-2 (International Classification of Impairments, Activities and Participation) (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2008).

«Σύμφωνα με το αρχικό πλαίσιο, τρία ξεχωριστά αλλά αλληλοσυνδεόμενα είναι τα μέρη από τα οποία αποτελείται η αναπηρία και ορίζονται ως εξής:

→ με τον όρο βλάβη/περιορισμός (impairment) ορίζεται η κάθε απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής δομής ή λειτουργίας.

→ με τον όρο ανικανότητα (disability) ορίζεται η κατάσταση, που αντιστοιχεί σε μερική ή ολική μείωση της ικανότητας στην εκτέλεση μίας δραστηριότητας με ένα συγκεκριμένο τρόπο ή μέσα στα όρια του φυσιολογικού.

→ με τον όρο μειονεξία/αναπηρία (handicap) εννοείται η απώλεια ή ο περιορισμός των ευκαιριών κάποιων ατόμων να συμμετέχουν στην ζωή της κοινότητας ισότιμα με άλλους ανθρώπους.

Η σχέση που διαγράφεται μεταξύ αυτών των στοιχείων απεικονίζεται στο σχήμα 1 που ακολουθεί:

Σχήμα 1: Σχέση μεταξύ βλάβης, ανικανότητας και αναπηρίας.

Ανωμαλία/αρρώστια → βλάβες ↔ αναπηρίες ↔ μειονεξίες.



(Οι μορφές αναπηρίας σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση του ICDH).

Πηγή: Π.Ο.Υ., 2008:1

Σε μια πιο πρόσφατη προσπάθεια του Π.Ο.Υ. να ορίσει την αναπηρία της έδωσε το εξής περιεχόμενο: πρόκειται για το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντολογικών αιτιών, που αποκλείουν την πρόσβαση σε σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και γενικά η συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα (Μακρή & Μιχαήλ 2007:8).

Οι εμπειρίες που πρόσφερε το πρώτο αυτό πλαίσιο αναφοράς σε συνδυασμό με την ανάγκη να ανταποκριθεί στις κριτικές που δέχτηκε οδήγησαν στην προσπάθεια βελτίωσής του. Έτσι σχεδιάστηκε ένα δεύτερο πλαίσιο αναφοράς σύμφωνα με το οποίο η αναπηρία αποτελεί έναν γενικότερο όρο, που καλύπτει τρεις επιμέρους διαστάσεις του:

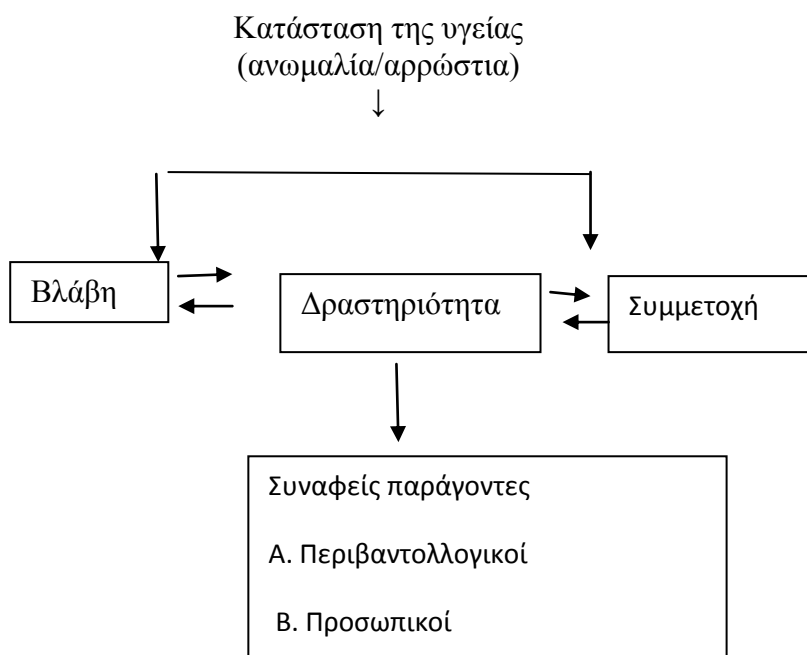
→ σωματικές δομές και λειτουργίες, δηλαδή η διάσταση του σώματος συνδέεται με μία απώλεια ή ανωμαλία της σωματικής δομής ή με μία φυσιολογική ή ψυχολογική λειτουργία, π.χ. απώλεια νεφρού.

→ ατομικές δραστηριότητες, δηλαδή η δραστηριότητα είναι η φύση και η έκταση της λειτουργικότητας σε ατομικό επίπεδο. Οι δραστηριότητες μπορούν να μειωθούν στην φύση τους, στην διάρκεια ή στην ποιότητά τους π.χ. αυτοεξυπηρέτηση, διατηρώντας την εργασία κ.τ.λ.

→ συμμετοχή στην κοινωνία αναφέρεται, δηλαδή στην φύση και στην έκταση της συμμετοχής του ατόμου σε καθημερινές καταστάσεις, που έχουν σχέση με δραστηριότητες και άλλους παράγοντες. Η συμμετοχή είναι δυνατό να περιοριστεί στην φύση της, στην διάρκεια και στην ποιότητα της, π.χ. συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας, όπου ζει το άτομο, απόκτηση άδειας οδήγησης κ.τ.λ.


Η σχέση μεταξύ αυτών των στοιχείων απεικονίζεται στο σχήμα 2:


Σχήμα 2: Σχέση μεταξύ σωματικών δομών, ατομικών δραστηριοτήτων και συμμετοχής στην κοινότητα.



(Η κατηγοριοποίηση και αλληλεπίδραση των νέων τριών διαστάσεων της αναπηρίας)» (Π.Ο.Υ. 2008:8).

Τέλος, στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει μία αποσαφήνιση γύρω από του όρους ανικανότητα και αναπηρία. Η ανικανότητα θεωρείται ως το αποτέλεσμα της έκπτωσης όσον αφορά την απόδοση και την ικανότητα του ατόμου για δράση και είναι ανεξάρτητη από το πλαίσιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Η αναπηρία αντίθετα, δηλώνει την διάκριση, στην οποία εκτίθεται το άτομο, ως αποτέλεσμα της έκπτωσης ή της ικανότητας. Επομένως η ανικανότητα συνυπάρχει στο άτομο, ενώ η αναπηρία είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών παραγόντων. Έτσι, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004), τόσο η έκπτωση όσο και η ανικανότητα δεν αποτελούν αναγκαίες αιτίες αναπηρίας. Στην περίπτωση όμως της ύπαρξης αναπηρίας ισχύει το αντίθετο το άτομο που φέρει αναπηρία είναι βέβαιο ότι έχει έκπτωση/ανικανότητα.

Αν το άτομο έχει μειονέκτημα/έκπτωση και επομένως αναπηρία.  Το άτομο είναι πιθανό να έχει αναπηρία στο περιβάλλον που ζει.

Αν το άτομο θεωρείται ότι έχει αναπηρία  Τότε θεωρείται σίγουρο ότι έχει μειονέκτημα/ανικανότητα

Μετά την ολοκλήρωση της παράθεσης των παραπάνω ορισμών, θα ακολουθήσει στο επόμενο κεφάλαιο η παρουσίαση της Κοινωνικής Πολιτικής στη χώρα μας από το ξεκίνημά της μέχρι τη σύγχρονη εποχή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Κοινωνική Πολιτική Υγείας

Μέσα στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνονται ειδικότεροι εννοιολογικοί προσδιορισμοί για την Κοινωνική Πολιτική Υγείας και μέσα από μια ιστορική ανάδρομη απεικονίζεται η εξέλιξη του Κοινωνικού κράτους. Στη συνέχεια περιγράφεται η Κοινωνική Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα, στους τομείς της πρόνοιας και της ασφάλισης. Ακόμη, παρουσιάζεται η Πρωτοβάθμια και η Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας καθώς και ο τομέας της Δημόσιας Υγείας.

2.1 Περαιτέρω εννοιολογικοί προσδιορισμοί για την Κοινωνική Πολιτική

Η κοινωνική πολιτική, όπως έγινε ως τώρα φανερό, υπάγεται στις κρατικές πολιτικές και θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα τους. Επομένως συνδέεται άρρηκτα με τις γενικότερες πολιτικές δομές καθώς επίσης και με το ευρύτερο περιβάλλον της κοινωνίας (Κωνσταντοπούλου, 2009).

Η κοινωνική πολιτική εντάσσεται στον ευρύτερο κοινωνικό τομέα, ο οποίος φέρει το εξής ιδιαίτερο χαρακτηριστικό: η παροχή υπηρεσιών δεν καθορίζεται από τους μηχανισμούς των τιμών ούτε από το νόμο του κέρδους. Η άσκησή της γίνεται μέσω ενός ανατροφοδοτούμενου συστήματος που αποτελείται από το «σύνολο των παρεμβάσεων στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού, τομεακής εξειδίκευσης και χωρικής προσαρμογής, υλοποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης κάθε μορφής δημόσιας δράσης από φορείς που υπάγονται σε διαδοχικά διοικητικά επίπεδα, από το ευρύτερο στο τοπικότερο». Το σύστημα αυτό ονομάζεται αλυσίδα κοινωνικής πολιτικής (Κοντιάδης κ. συν.2006).

Η κοινωνική πολιτική και γενικά όλες οι δημόσιες πολιτικές και οι κοινωνικοί θεσμοί αποτελούν το κοινωνικό κράτος. Το βαθύτερο νόημα και η έκφραση κοινωνικής πολιτικής αλλά και του κοινωνικού κράτους εκδηλώνεται μέσα από την αλληλεγγύη προς τους αδύνατους, τους άπορους, τους άνεργους, τους αναξιοπαθούντες κλπ. Τα μέσα που έχει στη διάθεση της η κοινωνική πολιτική για να ασκήσει το έργο της είναι: η αναδιανομή του εισοδήματος, είτε από το κράτος προς τους πολίτες είτε από γενεά σε γενεά, οι παρεμβάσεις της νομοθεσίας για την ρύθμιση των κοινωνικών σχέσεων και η

επιχείρηση ένταξης της κοινωνικής πολιτικής στο χώρο της αγοράς (Σακελλαρόπουλος 2008).

Όσον αφορά την οργάνωση του κράτους πρόνοιας, αυτή αποτυπώνεται στη θεσμική οργάνωση όλων των υπηρεσιών που εξυπηρετούν την κοινωνική πολιτική. Εξάλλου, το κράτος πρόνοιας αποτελεί καθολικό τύπο οργάνωσης όλων των βιομηχανικών χωρών καθώς συνδέεται άμεσα με το καπιταλιστικό σύστημα (Κατρούγκαλος, 2004).

Τέλος ανάγοντας την κοινωνική πολιτική σε καθαρά τοπικό επίπεδο, διαπιστώνει κανείς πως το έργο της συνίσταται σε ένα «σύνολο από κοινωνικές λειτουργίες με στόχο την προστασία, αναπαραγωγή και ανάπτυξη των ατομικών και συλλογικών εργασιακών δεξιοτήτων» όπως επίσης και προνοιακές υπηρεσίες αλλά και υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευσης κατάρτισης κλπ. (Κοντιάδης, 2006 β). Ειδικότερα οι προνοιακές υπηρεσίες προσωπικού χαρακτήρα στοχεύουν στο να επιλύσουν προβλήματα τα οποία δεν επιτρέπουν στα άτομα, πρώτον, να απολαμβάνουν ένα ελάχιστο επίπεδο ποιότητας διαβίωσης και δεύτερον να είναι παραγωγικά».

2.2 Ιστορική εξέλιξη Κοινωνικού Κράτους – Κράτους Πρόνοιας

Η γένεση των συγχρόνων συστημάτων κοινωνικής φροντίδας έχει τις ρίζες της σε παλαιότερες θρησκευτικές δομές. Τέτοιες ήταν η μόρφωση των πιστών ώστε να έχουν πρόσβαση στα ιερά κείμενα, η φιλανθρωπία, η προστασία της τρίτης ηλικίας, η ίδρυση ενάγων ιδρυμάτων π.χ. πτωχοκομεία. Η εδραίωση της έννοιας του κοινωνικού κράτους ανάγεται στην περίοδο 1930-70 όποτε και θεμελιώθηκε μέσα από πρωτοβουλίες του κράτους προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά προβλήματα. Πάνω σε αυτή τη βάση πρόεκυψαν οι σημερινές κοινωνικές πολιτικές που αφορούν τους τομείς της υγείας, της πρόνοιας, της απασχόλησης και της ασφάλισης.

Ωστόσο στη δεκαετία του '80 το κοινωνικό κράτος βρέθηκε στο επίκεντρο της από τη νεοφιλελεύθερη θεωρία. Η τελευταία θεωρώντας το κοινωνικό κράτος ως ανασταλτικό παράγοντα της οικονομικής προόδου, αντιπρότεινε το μοντέλο του κοινωνικού φιλελευθερισμού. Σύμφωνα με αυτό οι παθητικές επιδοματικές πολιτικές έδωσαν τη θέση τους στις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης (και η έννοια του κοινωνικού κινδύνου στην ευκαιρία).

Τα τελευταία χρόνια η παραπάνω θεωρία δέχτηκε έντονη κριτική ενώ παράλληλα άρχισαν να καθιερώνονται νέα μοντέλα σχετικά με τον χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής. (Νέο Κοινωνικό Ζήτημα) έπαψε να είναι η κατάσταση της εργατικής τάξης (κάτι που συνέβαινε κατά το 19^ο αιώνα) και είναι πλέον και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Ο όρος αυτός που σχετίζεται με την απώλεια δικαιωμάτων στέγασης, εργασίας, μόρφωσης, κοινωνικής ασφάλισης και υγείας υποδηλώνει πως το άτομο χάνει την κοινωνική του κατάσταση και μεταβαίνει στην ομάδα των «κοινωνικά αστέγων».

Τέλος, είναι αναγκαία μια διευκρίνηση: το κοινωνικό κράτος δεν πρέπει να ταυτίζεται με το κράτος πρόνοιας. Το κοινωνικό κράτος είναι ένας όρος που αναφέρεται στην ανάληψη συνταγμένων υποχρεώσεων από την πλευρά του κράτους με στόχο την κάλυψη πρωταρχικών αναγκών των μελών της κοινωνίας και καλύπτει μόνο ένα υποσύνολο των κρατών πρόνοιας. Αντίθετα, το κράτος πρόνοιας συνιστά ένα καθολικό τύπο οργάνωσης για όλες τις σύγχρονες βιομηχανικές χώρες και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών.

2.3 Το Κοινωνικό Κράτος στην Ελλάδα

Παράγοντες όπως η μακρόχρονη περίοδος της Τουρκοκρατίας στην Ελλάδα, η δύσκολη εποχή που ακολούθησε, η παρέμβαση των ξένων δυνάμεων στο νεοϊδρυόμενο ελληνικό κράτος αλλά και η συντηρητική πολιτική της δικτατορικής διακυβέρνησης στη συνέχεια λειτούργησαν ανασταλτικά στην προώθηση των κοινωνικών απαιτήσεων και άρα στην προσπάθεια ανάπτυξης ενός κοινωνικού κράτους με ισχύ και οργάνωση. Έτσι, την κοινωνική φροντίδα εκείνη την εποχή παρείχαν κυρίως η εκκλησία που δρούσε ανεξάρτητα από το επίσημο κράτος και οι ανώτερες τάξεις μέσα από φιλανθρωπίες. Σημαντική εξέλιξη στάθηκε η υιοθέτηση του κρατικιστικού Γερμανικού μοντέλου σύμφωνα με το οποίο οι κοινωνικές παροχές εξαρτώνται πλέον από τον θεσμό της ασφάλισης και αποτελούν «ανταμοιβής» του πολίτη για την εργασία του. Φορέας της εισαγωγής αυτού του μοντέλου στάθηκε η βασίλισσα Φρειδερίκη.

Μετά τον εμφύλιο πόλεμο το ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας εξακολούθησε να λειτουργεί ελλειμματικά διότι εξακολουθούσε να είναι ένα μέσο που εξυπηρετούσε πελατειακές σχέσεις και συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες εμπλέκονταν στην εξουσία. Ένδειξη του φαινομένου αυτού υπήρξε η αύξηση του αριθμού των συντάξεων και των επιδομάτων «αναπηρίας» καθώς και των ασφαλιστικών φορέων, που ωστόσο προσέφεραν εξαιρετικά άνισες καλύψεις και παροχές.

Με την εφαρμογή του νέου συντάγματος το 1975 ως νέο πολίτευμα της Ελλάδας καθιερώθηκε η προεδρευόμενη κοινοβουλευτική δημοκρατία που στηρίζεται στη λαϊκή βούληση. Έτσι θεμελιώθηκε και συνταγματικά το κοινωνικό κράτος χωρίς ωστόσο να μειωθούν τα αιτήματα για εκσυγχρονισμό και αναδιάρθρωσή του. Κυρίως από το 1980 και μετά επικράτησε η ιδεολογική κατεύθυνση του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου των Σκανδιναβικών χωρών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο ασφαλιστικό σύστημα και στις παροχές επιδομάτων.

Η εποχή που διανύουμε αποκαλείται ως το «τέλος της Μεταπολίτευσης». Πολλοί ειδικοί την αντιμετωπίζουν ως εποχή της αποσύνθεσης του κοινωνικού κράτους, λόγω της αύξησης του χρόνου εργασίας, των περικοπών των μισθών και των συντάξεων και της κατάργησης ή μείωσης των επιδομάτων. Παράλληλα ακούγονται φωνές που κρίνουν αναγκαίο να συμβούν ριζικές αλλαγές στο κοινωνικό κράτος ώστε στο μέλλον να είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών.

2.4 Κοινωνική Πολιτική για την Υγεία

2.4.1 Ποιοτικό εκσυγχρονισμός του προνοιακού συστήματος της χώρας

Η κοινωνική πολιτική είναι ένας από του πιο ευαίσθητους τομείς πολιτικής, που στη χώρα μας ακόμα δεν έχει αποκτήσει τα σύγχρονα χαρακτηριστικά ενός συστήματος δομών, υπηρεσιών και λειτουργιών που τίθενται στην υπηρεσία του ατόμου ως υποκείμενο της τύχης του και όχι ως αντικείμενο οίκτου του κοινωνικού περιβάλλοντος.

Το Παραδοσιακό Κράτος έρχεται να ενισχύσει επικουρικά και αποσπασματικά τις υπαρκτές ανάγκες. Στα κλειστά κέντρα ιδρυματικής φροντίδας δίνεται προχειρότητα στην κάλυψη βασικών αναγκών και στην παροχή ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης, χωρίς να διασφαλίζεται ότι αυτή η στοιχειώδης φροντίδα παρέχεται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, λαμβάνοντας υπ' όψιν το δικαίωμα της επιλογής.

Η ελληνική οικογένεια εξακολουθεί να αποτελεί το βασικό πυρήνα φροντίδας για τα μέλη της άτομα με αναπηρία και ο ρόλος της στον τομέα αυτό ήταν και είναι κυρίαρχος. Οι οικογένειες που έχουν παιδιά/ άτομα με αναπηρία βιώνουν μια σειρά από έντονες συναισθηματικές εκδηλώσεις όπως συναισθηματική ματαιώση και θυμό, με αποτέλεσμα χρόνια κόπωση και θλίψη αλλά και αλλαγές και περιορισμούς στον τρόπο ζωής τους. Η μεγάλη τους ανησυχία εκφράζεται με τον πιο άμεσο τρόπο: «Τι θα γίνουν

τα παιδιά μας όταν εμείς αρρωστήσουμε, όταν γεράσουμε και όταν φύγουμε από τη ζωή;»

Το κίνημα για την ανεξάρτητη διαβίωση, που γεννήθηκε στο Berkley της Καλιφόρνιας στις αρχές της δεκαετίας του '70 και που γρήγορα εξαπλώθηκε σε όλες τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και αργότερα στην Ευρώπη και σε άλλες χώρες, στηρίχτηκε στη θεμελιώδη αρχή ότι τα άτομα με αναπηρία μπορούν και πρέπει να ζουν ανεξάρτητα, αυτεξούσια και να λειτουργούν ως μέλη της κοινωνίας, ασκώντας όλα τα δικαιώματα τους, μεταξύ των οποίων και αυτό της προσωπικής επιλογής.

Για το λόγο αυτό, το κίνημα στηρίχθηκε στην ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Ανεξάρτητης Διαβίωσης, είτε από τα ίδια τα άτομα με αναπηρία είτε από τους φορείς τους, διασφαλίζοντας τον κυρίαρχο ρόλο. Της αρχής της αυτοδιάθεσης. Τα Κέντρα αυτά παρέχουν υποστηρικτικές υπηρεσίες σε όλα τα άτομα με αναπηρία, ανάλογα με τις ανάγκες τους και τις προσωπικές τους επιλογές, και υποστηρίζονται οικονομικά από δημόσιους και αυτοδιοικητικούς φορείς, ανάλογα με τη χώρα στην οποία λειτουργούν.

Στην Ελλάδα είναι πλέον ώριμες οι συνθήκες για ένα βαθύ, ποιοτικό εκσυγχρονισμό του συστήματος πρόνοιας. Όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς πρέπει να συμμετέχουν σε μια προσπάθεια να υποστηριχτεί το άτομο ώστε να ζήσει ανεξάρτητα, να υποστηριχτεί η οικογένεια και ταυτόχρονα να δημιουργηθούν εκείνα τα δίκτυα υπηρεσιών που σε συνεργασία με τις άλλες πολιτικές θα οδηγήσουν τη χώρα μας από κράτος των παροχών στην Πολιτεία που διασφαλίζει το σεβασμό της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του πολίτη και που δημιουργεί συνθήκες ανεμπόδιστης άσκησης των συνταγματικά κατοχυρωμένων δικαιωμάτων τους. Αυτό πρακτικά σημαίνει:

- **Ολοκληρωμένη προσωπική ανάπτυξη του ατόμου με αναπηρία**, η οποία διασφαλίζεται με την παροχή: α) υποστήριξης στις καθημερινές δραστηριότητες, β) καθοδήγησης στα άτομα με ψυχική αναπηρία, νοητική υστέρηση ή αυτισμό, των διαπροσωπικών σχέσεων και της σεξουαλικής τους ζωής, γ) πληροφόρησης και συμβουλευτικής.
- **Ικανοποιητικοί όροι διαβίωσης**, οι οποίοι διασφαλίζονται με: α) την ύπαρξη ικανοποιητικού επιπέδου στέγασης και παρεχόμενων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανόμενης της κατ' οίκον φροντίδας και του ειδικού εξοπλισμού, β) την ύπαρξη εργονομικά διευθετημένο περιβάλλοντος, όπου το άτομο θα είναι σε θέση να οικοδομήσει τη ζωή του χωρίς περιορισμούς, γ) τη δυνατότητα να χρησιμοποιηθεί ο χώρος

κατοικίας ως χώρος εργασίας, δ) τη δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ζωής.

- **Ευαισθητοποίηση της κοινότητας**, ώστε να αναπτυχθεί: α) η δυνατότητα συμμετοχής στην κοινότητα της οποίας το άτομο με αναπηρία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος, β) αίσθημα αλληλεγγύης και αναδειξεί των πλεονεκτημάτων της ανεξάρτητης διαβίωσης τόσο για άτομα με αναπηρία όσο και για τη κοινότητα ως σύνολο.
- **Αλλαγή πλευρών της συνολικής κοινωνικής οργάνωσης**, ώστε να διασφαλιστεί: α) δυνατότητα πρόσβασης στο συνολικό κοινωνικό οικονομικό γίνεσθαι, δηλαδή στην αγορά εργασίας, την εκπαίδευση, τον πολιτισμό, β) δυνατότητα συμμετοχής στα κέντρα λήψης αποφάσεων, γ) δυνατότητα πρόσβασης στα μέσα μαζικής μεταφοράς και στις υποδομές, δ) δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες, ε) μέγιστος βαθμός κοινωνικής ένταξης των ατόμων με αναπηρία με σεβασμό στις επιθυμίες και επιλογές τους.

Με σκοπό την ανάπτυξη ενός νέου κοινωνικού κράτους που να διαφέρει ουσιαστικά από την παραδοσιακή φιλοσοφία της φιλανθρωπίας, να αποσκοπεί στην απόδοση στα άτομα με αναπηρία του ελέγχου του σώματος και του τρόπου ζωής και να εγγυάται στα άτομα με αναπηρία τα δικαιώματα για μια αξιοπρεπή ζωή, πρέπει να διασφαλίσουν κάποιες αναγκαίες προϋποθέσεις:

- **Ολιστική Προσέγγιση:**
Η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος κοινωνικής υποστήριξης εξαρτάται από τη συνεργασία με άλλες πολιτικές καθώς και από τη βελτίωση των συνθηκών πρόσβασης. Πραγματική κοινωνική ένταξη θα επιτευχθεί μόνο αν υιοθετηθεί μία ολοκληρωμένη και ενιαία προσέγγιση σε όλους τους τομείς πολιτικής όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, οι μεταφορές, η Κοινωνία της Πληροφορίας κ.λπ
- **Ενιαίος Σχεδιασμός σε όλα τα επίπεδα διοίκησης της χώρας:**
Είναι αδήριτη ανάγκη να υπάρξει ενιαίος σχεδιασμός σε όλα τα επίπεδα διοίκησης της χώρας (κεντρικό, περιφερειακό, νομαρχιακό, δημοτικό) και να θεσπιστεί εξειδικευμένη, επιστημονική παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών με τη συμμετοχή ιδικών επιστημόνων και εκπροσώπων των ίδιων των ατόμων με αναπηρία. Το σύστημα

κοινωνικής υποστήριξης πρέπει να είναι ευέλικτο για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

- **Συμμετοχική βάση:**

Αν θέλουμε να δώσουμε στα άτομα με αναπηρία τη δυνατότητα της αυτοδιάθεσης και τη δυνατότητα της προσωπικής ανάπτυξης εκτός ιδρυμάτων, πρέπει να απαλλαγούμε από πατερναλιστικές αντιλήψεις που θέλουν τα άτομα με αναπηρία στο ρόλο των θυμάτων. Εκείνο που χρειάζεται είναι ο εποικοδομητικός διάλογος με του άμεσα ενδιαφερόμενους, ή όταν αδυνατούν με αυτούς που τους εκπροσωπούν, μέσω των αντιπροσωπευτικών τους οργάνωσης για το πώς ορίζουν την ποιότητα της ζωής τους.

- **Τα άτομα με αναπηρία ως ανομοιογενή ομάδα πληθυσμού:**

Είναι επιτακτική η ανάγκη για όλα τα άτομα με αναπηρία να αντιμετωπισθούν ως μοναδικές προσωπικότητες σε όλες τις υπηρεσίες που σχεδιάζονται με σκοπό την ένταξη, την αυτονομία ή την αξιοπρεπή προστατευμένη διαβίωσή τους. τα άτομα με αναπηρία αποτελούν μία ανομοιογενή ομάδα πληθυσμού, οι ανάγκες των οποίων διαφοροποιούνται ανάλογα με την κατηγορία και τη βαρύτητα της αναπηρίας. Συγκεκριμένα μπορούμε να διακρίνουμε: α) άτομα των οποίων η αναπηρία μπορεί να ειπωθεί περισσότερο ως απόκλιση από το «Φυσιολογικό» παρά ως κατάσταση που απαιτεί υποστήριξη ή φροντίδα (π.χ. η απώλεια ενός δακτύλου), β) άτομα με αναπηρία, τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν σχετικά αυτόνομα με ένα χαμηλό επίπεδο υποστήριξης, γ) άτομα με βαριές αναπηρίες που απαιτούν υψηλό βαθμό υποστήριξης.

Όταν υπάρχει η περίπτωση (γ) τότε αυξάνονται και οι πιθανότητες η «υποστήριξη» να μετασχηματιστεί σε πλήρη δια βίου «φροντίδα». Συνήθως οι λόγοι αυτού του μετασχηματισμού είναι: 1) ο χρόνος που απαιτείται για την υποστήριξη του ατόμου, ο οποίος αυξάνει σε βάρος του ελεύθερου χρόνου αυτού που έχει αναλάβει την υποστήριξη του ατόμου με αναπηρία ή σε βάρος των άλλων μελών της οικογένειας, 2) το οικονομικό κόστος: η οικονομική κατάσταση της οικογένειας είναι ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει το μετασχηματισμό ης «υποστήριξης» σε «φροντίδα». άτομα με αναπηρία από υψηλά οικονομικά στρώματα

έχουν τη δυνατότητα να δρουν με σχετική αυτονομία, δεδομένου ότι στην αγορά υπάρχει μια πληθώρα τεχνικών βοηθημάτων. Οι νέες τεχνολογίες έχουν σημειώσει σημαντική πρόοδο και ο ζωτικός χώρος μπορεί με κατάλληλες παρεμβάσεις να γίνει απόλυτα προσβάσιμος. Ωστόσο, αυτές οι παρεμβάσεις που έχουν όμως μεγάλο οικονομικό κόστος. Από την άλλη, θα πρέπει να αναφερθούμε στην προτίμηση, ακόμη και ευκατάστατες οικογένειες, καταφεύγουν στη λύση του βοηθού παρά στην εξασφάλιση του απαραίτητου εξοπλισμού που θα συμβάλει στην αυτονομία και στην προστασία της αξιοπρέπειας του ατόμου με αναπηρία. 3) Συμπεριφορές: πολλές φορές ο/η βοηθός είναι αυτός/η που αποφασίζει για το πότε και πως θα γίνουν οι καθημερινές ανάγκες του ατόμου με αναπηρία (φαγητό υγιεινή σώματος κ.λπ..) στερώντας από το άτομο το δικαίωμα της επιλογής και της αυτοδιάθεσης.

- **Αρχή του Mainstreaming:**

Σε όλες τις κοινωνικές υπηρεσίες που αφορούν στο γενικό πληθυσμό πρέπει να διαχέεται η διάσταση της αναπηρίας. Οι ειδικές υπηρεσίες πρέπει να λειτουργού συμπληρωματικά προς την ένταξη των ατόμων με αναπηρία.

2.4.2 Κοινωνική πρόνοια

Ως κοινωνική πολιτική υγείας ορίζεται το σύνολο των προσπαθειών που αποσκοπούν στην επίτευξη πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής υγείας (Κωνσταντοπούλου, 2009). Η κοινωνική πρόνοια από την άλλη, ορίζεται ως ένας «μηχανισμός συστήματος κοινωνικής ασφάλειας που επικεντρώνεται στην κάλυψη των αναγκών κάθε ατόμου, το οποίο δεν διαθέτει επαρκείς πόρους ή τελεί σε καθεστώς κοινωνικού αποκλεισμού και δεν καλύπτεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ως μηχανισμού προστασίας έναντι τυποποιημένων ασφαλιστικών κινδύνων» (Κοντιάδης, 2006). Θεμελιώδεις αρχές λειτουργίας του μηχανισμού αυτού είναι η αλληλεγγύη μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικών γενεών, η επικουρικότητα, η οποία αναφέρεται στην κάλυψη της βιοτικής ανάγκης όταν αδυνατεί να καλυφθεί με άλλο μέσο και τέλος η εξατομίκευση της πολιτικής (Κοντιάδης, 2006).

2.4.3 Η κοινωνική ασφάλιση

Ένα πλέγμα μέτρων της πολιτείας που αποσκοπούν στην προστασία των πολιτών από διάφορους κινδύνους και εν τέλει στην κοινωνική ασφάλεια, συνθέτει το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης (Κοντιάδης, 2006 β, Λαζαρίδου, 2009). Το 1948, στο άρθρο 22 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας καταγράφηκε ως δικαίωμα και αφορά τα συγκεκριμένα μέτρα που υιοθετεί μια κοινωνία για την εξάλειψη ή τον περιορισμό δυσμενών επιδράσεων από ορισμένους κινδύνους στα μέλη της.

Τέτοιοι κίνδυνοι μπορούν να προκληθούν από μελλοντικά και αβέβαια ενδεχόμενα που είναι αδύνατον να προβλεφθούν. Ως τέτοια μπορούν να θεωρηθούν: φυσικά φαινόμενα, χαρακτηριστικά της ανθρώπινης φύσης ή επαγγελματικές και οικογενειακές ιδιαιτερότητες. Όταν οι κίνδυνοι αυτοί αλλά και η πρόληψή τους αποτελεί μέριμνα της κοινωνίας, ονομάζονται κοινωνικοί κίνδυνοι και μπορούν να αντιμετωπιστούν σε δύο επίπεδα: είτε ατομικά (όπως γινόταν μέχρι τον 1900) με την αποταμίευση, την ιδιωτική ασφάλιση και την φιλανθρωπία είτε συλλογικά, μέσω των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας (Λαζαρίδου, 2009, Χλέτσος, 2003).

2.5 Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Επειδή τα συστήματα υγείας από τα τέλη της δεκαετίας του '80 διέρχονταν μία διαρκή κρίση, προέκυψε η ανάγκη να βρεθούν νέες πολιτικές ή να βελτιωθούν αυτές που ίσχυαν. Έτσι το 1979, με την διακήρυξη Alma Ata, τέθηκε ως βασικός στόχος η ενίσχυση και προώθηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίστηκε η «βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σε όλους στην κοινότητα-άτομα και οικογένειες- με αποδεκτά σε αυτούς μέσα, με την πλήρη συμμετοχή τους και σε τέτοιο κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν» (ΠΟΥ, 1978). Η ΠΦΥ στηρίζεται σε μεθόδους και τεχνολογίες τεκμηριωμένες επιστημονικά και αποδεκτές κοινωνικά, είναι προσβάσιμη σε όλους πολίτες και εξατομικεύει την φροντίδα.

Η αξία της προσέγγισης αυτής έγκειται στο γεγονός ότι για πρώτη φορά ο πολίτης βρέθηκε σε θέση ενεργούς συμμετοχής αντί απλά να είναι παθητικός αποδέκτης των

υπηρεσιών υγείας. Επίσης, για πρώτη φορά επικεντρώθηκε στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου με τρόπους στους οποίους συμπεριλαμβάνεται η αγωγή υγείας, η πρόληψη και η προστασία της υγείας. Επιπλέον στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί η διαφοροποίηση της ΠΦΥ σε σχέση με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: ενώ η πρώτη αφορά και τα υγιή άτομα η δεύτερη αναφέρεται σε άτομα που έχουν ήδη νοσήσει και έχουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα.

Βασικοί στόχοι της ΠΦΥ είναι η πρόληψη πιθανών διαταραχών υγείας, η αποτελεσματική και αποδοτική διάγνωση και αντιμετώπισή τους, η βέλτιστη φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα ή τελικού σταδίου καθώς και η εξασφάλιση της συνεχούς φροντίδας (Τούντας, 2008).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ(1994) η ΠΦΥ πρέπει να είναι:

- ❖ Γενική
- ❖ Προσβάσιμη
- ❖ Ολοκληρωμένη
- ❖ Συνεχής
- ❖ Ομαδική
- ❖ Ολιστική
- ❖ Προσωπική
- ❖ Προσανατολισμένη στην οικογένεια
- ❖ Συντονισμένη
- ❖ Εμπιστευτική
- ❖ Υποστηρικτική

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Ελλάδα παρέχεται από ένα μωσαϊκό φορέων, οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια τεσσάρων βασικών δομών:

A) Το ΕΣΥ, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

B) Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών όπως: ιατρείων, εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζόμενων.

Γ) Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες.

Δ) Τον ιδιωτικό τομέα, που περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση (Οικονόμου, 2004).

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

A) Δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος.

B) Ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος.

Γ) Ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως 30% περίπου.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των κλινών στα ιδιωτικά και δημόσια Ελληνικά νοσοκομεία. (παράρτημα 2, πίνακας 2)

Σήμερα, τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά, ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των δημόσιων μονάδων. Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός κυρίως περιφερειακών νοσοκομείων, λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αδυνατεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα (40% -

60%), όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα λιστών αναμονής.

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία, ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές, ενώ δύσκολα προχωρούν στη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς διότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στη ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δύο κατηγοριών. Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Πρόκειται για έναν πολύ μεγάλο αριθμό μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητά τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες απαιτήσεις γύρω από τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν, δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους.

Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στον αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές, που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτόν του εξωτερικού.

Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν στην αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας. Επίσης, η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Τέλος, η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι τάσεις στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη. (παράρτημα 2, πίνακας 3)

2.6 Δημόσια Υγεία

Η δημόσια υγεία αναφέρεται στην υγεία του κοινωνικού συνόλου, με την εφαρμογή και την επίβλεψή της να είναι ευθύνη και θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κουρέα-Κρεμαστινού, 2007). Ουσιαστικά, αποτελεί μια μεταφορά του ζητήματος της υγείας από μικρο- σε μακρο- επίπεδο, από ατομικό σε συνολικό επίπεδο δηλαδή. (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Για το λόγο αυτό και κατ' αντιστοιχία με τις αλλαγές στον ορισμό της υγείας, επέρχονται και αλλαγές στον ορισμό του περιεχομένου της δημόσιας υγείας.

Το 1922 ο Charles – Edward Amory Wilson προσδιόρισε την δημόσια υγεία ως «επιστήμη και τέχνη για την πρόληψη της νόσου, την επιμήκυνση της ζωής και την προαγωγή της υγείας. Είναι τα μέτρα εξυγίανσης του περιβάλλοντος, ο έλεγχος των λοιμωδών νοσημάτων, η εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, η οργάνωση ιατρικών και νοσηλευτικών κέντρων υγείας για την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη και η ανάπτυξη μιας κοινωνικής μηχανής που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής αρκετά ικανοποιητικό» (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Το 1968, ο Harry Mustard εξέφρασε την άποψη ότι η δημόσια υγεία αποτελεί μέλημα της κοινωνίας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν προβλήματα υγείας τα οποία αδυνατούν να αντιμετωπίσουν σε ατομικό επίπεδο λόγω της έκτασής τους (ανικανότητας, θανάτου, αριθμού προσβαλλόμενων ατόμων) (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Στην Ελλάδα πάλι και σύμφωνα με το Ν. 3370/2005, αρθρ. 1&2, η δημόσια υγεία αποτελεί επένδυση για την διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας και ως τέτοια χαρακτηρίζεται «το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας». (Λιαρόπουλος, 2007). Η άσκηση δράσεων δημόσιας υγείας αποσκοπεί στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Φορείς άσκησης της είναι η κεντρική και περιφερειακή διοίκηση, η αυτοδιοίκηση, οι μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, η κοινότητα κ.ο.κ (Λιαρόπουλος, 2007).

Το έργο της δημόσιας υγείας συνίσταται στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων που έχει στην υγεία το φυσικό, κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον, στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού (κοινωνικούς,

περιβαλλοντικούς και οικονομικούς), στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων, στην αντιμετώπιση έκτατων γεγονότων, στην οργάνωση πολιτικών προαγωγής υγείας και την διαφύλαξη του ανθρώπινου κεφαλαίου.

Σήμερα η δημόσια υγεία επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας και στην εφαρμογή των απαραίτητων στρατηγικών, δηλαδή την οργάνωση δημόσιας πολιτικής που να στηρίζει την υγεία, την δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την ενδυνάμωση του ρόλου της κοινότητας, την ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και τον επανασχεδιασμό υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης (Αθανασάκης κ . συν, 2009).

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών και άλλων υψηλής έξαρσης νοσημάτων και στην αντιμετώπιση απρόβλεπτων κινδύνων και ειδικών συνθηκών (Κρεμαστινού, 2007).

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται:

- Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον και από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- Στους κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.

- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. (Κρεμαστινού, 2007)

Υστέρα από την παρουσίαση της Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας θα αναφερθούμε ειδικότερα στα Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής των Ατόμων με Αναπηρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο Μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής των Ατόμων με Αναπηρία

3.1 Η Ελληνική- Εθνική νομοθεσία των ΑμεΑ

Η Ελλάδα νομοθετικά έχει προσαρμοσθεί με την ανάλογη οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αποδεχόμενη Διεθνείς Συμβάσεις, Διακηρύξεις και Κανονισμούς Προστασίας Σχετικά με την Αναπηρία. Η νομοθεσία σχετικά με την αναπηρία, σε διεθνές επίπεδο, έχει σημαντικά επηρεαστεί από διακηρύξεις και διεθνείς συμβάσεις, οι οποίες επιχειρούν να θέσουν ρυθμιστικούς κανόνες που να βελτιώνουν και να προστατεύουν τη ζωή των ΑμεΑ με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Από ουσιαστική άποψη, η κοινωνική προστασία των ΑμεΑ πρέπει να ενταχθεί στο διεθνές πλαίσιο κατοχύρωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων, το οποίο εγκαινιάστηκε με την Οικουμενική Διακήρυξη του ΟΗΕ για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και συμπληρώθηκε με την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, καθώς επίσης και με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα (ΟΗΕ, 1966).

3.1.1 Το Συνταγματικό Πλαίσιο Νομικής Προστασίας των ΑμεΑ

Το Ελληνικό Σύνταγμα ορίζει στο άρθρο 4 ότι οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και ότι οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Με το άρθρο αυτό καθιερώνεται η αρχή της ισότητας των ΑμεΑ έναντι του νόμου, όπως και η αρχή της ισότητας των δύο φύλων. Η συνταγματική αυτή κατοχύρωση της αρχής της ισότητας έναντι του νόμου αποτελεί τον θεμέλιο λίθο του ρυθμιστικού πλαισίου για τα ΑμεΑ και την αντιμετώπισή τους από το κράτος, ενώ η αρχή της ισότητας των δύο φύλων εξασφαλίζει ότι οι γυναίκες με αναπηρία αποτελούν ισότιμα μέλη της κοινωνίας και προστατεύονται από το κράτος όπως και οι άνδρες με αναπηρία.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 2 του Συντάγματος, οι πολύτεκνες οικογένειες, οι ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, τα θύματα πολέμου, οι χήρες και τα ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το κράτος, ενώ, σύμφωνα με την παράγραφο 3, το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων. Στο άρθρο αυτό, θεμελιώνεται το κοινωνικό κράτος δικαίου και η κοινωνική πολιτική του κράτους, η οποία ασκείται μέσω των ειδικότερων νόμων που εκτελούν αυτή την συνταγματική επιταγή.

Επίσης, το άρθρο 21 παρ. 6, αναφέρεται ρητά στα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, ορίζοντας τα εξής: «Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας».

Με την διάταξη αυτή, το Σύνταγμα της Χώρας εναρμονίζεται με τα πιο προοδευτικά Συντάγματα άλλων χωρών και υιοθετείται το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία. Συγκεκριμένα, η διάταξη αυτή σε συνδυασμό με την αναλογική ισότητα (άρθρο 4 παρ. 1) αλλά και με την διάταξη του άρθρου 116 παρ. 2, που επιτρέπει την λήψη θετικών μέτρων υπέρ των ομάδων, οι οποίες τελούν υπό συνθήκες πραγματικής ανισότητας, επιτρέπει στον νομοθέτη να λάβει όλα τα μέτρα που είναι αναγκαία για την προστασία ή για την διευκόλυνση των ατόμων με αναπηρία. Συγκεκριμένα, το άρθρο 116 παρ. 2, ορίζει τα εξής: «Δεν αποτελεί διάκριση λόγω φύλου η λήψη θετικών μέτρων

για την προώθηση της ισότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το Κράτος μεριμνά για την άρση των ανισοτήτων που υφίστανται στη πράξη, ιδίως σε βάρος των γυναικών.»

Με το άρθρο 22 του Συντάγματος, θεμελιώνεται, επίσης, το δικαίωμα των ΑμεΑ στην εργασία και η προστασία της εργασίας που παρέχουν. Εν γένει, ρυθμίζεται η παροχή της εργασίας, οι συνθήκες απασχόλησης, η αμοιβή, οι προαγωγές, η εκπαίδευση στην εργασία και όλο το καθεστώς της παροχής εργασίας από τα ΑμεΑ, υπό την έννοια ότι απαγορεύονται διακρίσεις στα παραπάνω θέματα σε βάρος των ΑμεΑ εξαιτίας της αναπηρίας τους. Ειδικότερα αναφέρονται τα εξής: « 1. Η εργασία αποτελεί δικαίωμα και προστατεύεται από το Κράτος, που μεριμνά για την δημιουργία συνθηκών απασχόλησης όλων των πολιτών και για την ηθική και υλική εξύψωση του εργαζόμενου αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Όλοι οι εργαζόμενοι, ανεξάρτητα από φύλο ή άλλη διάκριση, έχουν δικαίωμα ίσης αμοιβής για παρεχόμενη εργασία ίσης αξίας.... Το Κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως ο νόμος ορίζει.»

Με το άρθρο 25 του Συντάγματος, προστατεύονται τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και γίνονται σεβαστά αυτά από το κράτος. Τα ΑμεΑ, ως δικαιούχοι των παραπάνω δικαιωμάτων, τελούν υπό την προστασία και την εγγύηση του κράτους και απολαμβάνουν όλες τις πλευρές της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής και πολιτιστικής ζωής. Βέβαια, απαγορεύεται η κατάχρηση δικαιώματος, δηλαδή η άσκηση του δικαιώματος δεν επιτρέπεται να ξεπερνά τα όρια του οικονομικού και κοινωνικού σκοπού του δικαιώματος και τα όρια που θέτει το ίδιο το δικαίωμα. Στο πλαίσιο αυτό, το άρθρο 25 του Συντάγματος αποτελεί κατευθυντήρια αρχή του κράτους δικαίου, προστατεύει τα ΑμεΑ και αναφέρει τα εξής:

«1. Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκηση τους.....

2. Η αναγνώριση και η προστασία των θεμελιωδών και απαράγραπτων δικαιωμάτων του ανθρώπου από την Πολιτεία αποβλέπει στην πραγμάτωση της κοινωνικής προόδου μέσα σε ελευθερία και δικαιοσύνη.

3. Η καταχρηστική άσκηση δικαιώματος δεν επιτρέπεται.

4. Το Κράτος δικαιούται να αξιώνει από όλους τους πολίτες την εκπλήρωση του χρέους της κοινωνικής και εθνικής αλληλεγγύης.»

Η τελευταία συνταγματική αναθεώρηση του 2001 προσέθεσε ένα νέο δικαίωμα, εξαιρετικά σημαντικό αναφορικά με το αίτημα της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας. Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 5^Α παρ.2 του Συντάγματος: «Καθένας έχει δικαίωμα συμμετοχής στην Κοινωνία της Πληροφορίας. Η διευκόλυνση της πρόσβασης στις πληροφορίες που διακινούνται ηλεκτρονικά, καθώς και της παραγωγής, ανταλλαγής και διάδοσής τους αποτελεί υποχρέωση του Κράτους, τηρουμένων πάντοτε των εγγυήσεων των άρθρων 9, 9^Α και 19».

3.1.2 Συνταγματική αναγνώριση κοινωνικών δικαιωμάτων

Το σύνταγμα της Ελλάδος του 1975/86, όπως τροποποιήθηκε με την 18/2001 Απόφαση της Ζ' Αναθεωρητικής Βουλής στις 12-4-2001, είναι ο ανώτατος νόμος του κράτους και παρέχει το γενικό πλαίσιο προστασίας κοινωνικών δικαιωμάτων. Ειδικότερα, το Άρθρο 2 παρ.1 εγγυάται σεβασμό και την προστασία της «αξίας του ανθρώπου», ως μια από τις θεμελιώδεις αρχές και «πρωταρχική υποχρέωση» του Ελληνικού Κράτους. Σύμφωνα με το Άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος «Καθένας έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη», η δε παράγραφος 2 του ίδιου άρθρου προβλέπει ότι «Όλοι όσοι βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια απολαμβάνουν την απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας τους, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων. Εξαιρέσεις επιτρέπονται στις περιπτώσεις που προβλέπει το διεθνές δίκαιο», ενώ η διάταξη του Άρθρου 5 παρ. 5 ορίζει ότι «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

Περαιτέρω, το Άρθρο 5Α παρ.1 αναφέρει ότι «Καθένας έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση, όπως ο νόμος ορίζει» κατά την παράγραφο 2 ότι «Καθένας έχει δικαίωμα συμμετοχής στην Κοινωνία της Πληροφορίας. Η διευκόλυνση της πρόσβασης στις πληροφορίες που διακινούνται ηλεκτρονικά, καθώς και της παραγωγής,

ανταλλαγής και διάδοσής τους αποτελεί υποχρέωση του Κράτους, τηρούμενων πάντοτε των εγγυήσεων των Άρθρων 9, 9Α και 19», η δε διάταξη του Άρθρου 9 παρ.1 ορίζει ότι «... Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή του ατόμου είναι απαραβίαστη».

Το Άρθρο 21 του Συντάγματος έχει ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα με αναπηρία, καθώς αναφέρει στην παράγραφο 2 ότι «Πολύτεκνες οικογένειες, ανάπηροι πολέμου και ειρηνικής περιόδου, θύματα πολέμου, χήρες και ορφανά εκείνων που έπεσαν στον πόλεμο, καθώς και όσοι πάσχουν από ανίατη σωματική ή πνευματική νόσο έχουν δικαίωμα ειδικής φροντίδας από το Κράτος». Περαιτέρω, η παράγραφος 6 του ίδιου άρθρου ορίζει ότι « Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και την συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας.» Επιπλέον, το Άρθρο 25 παρ. 1 του Συντάγματος ορίζει ότι «τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους» και στην συνέχεια εγγυάται την ισχύ αυτών των δικαιωμάτων και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών.

Η διατύπωση των παραπάνω διατάξεων και οι χρησιμοποιημένοι όροι «όλοι» ή «καθένας», δεν διαχωρίζουν την απόλαυση των συνταγματικών δικαιωμάτων, αλλά αντιθέτως αποδίδουν τη δυνατότητα καθολικής συμμετοχής, ανεξάρτητα από ιθαγένεια, φυλετική ή εθνική καταγωγή, θρησκεία, ηλικία, αναπηρία, η γενετήσιο προσανατολισμό. Αντίθετα από τα πολιτικά δικαιώματα, που προϋποθέτουν την ύπαρξη του δεσμού της ιθαγένειας μεταξύ των φορέων τους και του κράτους, η απόλαυση των θεμελιωδών δικαιωμάτων παρέχεται χωρίς διακρίσεις. Ωστόσο, η αρχή της ισότητας, όπως ορίζει το Άρθρο 4 παρ. 1 και 2 του Συντάγματος, ορίζει μόνους τους Έλληνες πολίτες ως φορείς του σχετικού δικαιώματος, καθώς «Οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου» και «Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις». Επιπλέον, η διατύπωση ορισμένων άρθρων παραπέμπει ρητώς σε έλληνες δικαιούχους, όπως το Άρθρο 16 παρ. 4 του Συντάγματος σχετικά με το δικαίωμα δωρεάν παιδείας καθώς και το Άρθρο 21 παρ. 3 που προβλέπει ότι «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Εκτός των συνταγματικών διατάξεων που παρέχουν τα γενικά πλαίσια προστασίας των ατόμων με αναπηρία, πολυάριθμοι άλλοι νόμοι, προεδρικά διατάγματα και κανονισμοί έχουν θεσπισθεί, προκειμένου να εξειδικεύσουν την απόλαυση των

θεμελιωδών δικαιωμάτων και την συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της ζωής, όπως εκπαίδευση, απασχόληση, υπηρεσίες υγείας, προσβασιμότητα, κ.ά. Επίσης, το ίδιο το κείμενο του Συντάγματος διευρύνει το πλαίσιο προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων, καθώς το Άρθρο 28 παρ.1 προβλέπει ότι «Οι γενικά παραδεδεγμένοι κανόνες του Διεθνούς Δικαίου, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις, από την επικύρωσή τους με νόμο και τη θέση τους σε ισχύ σύμφωνα με τους όρους καθεμίας, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του εσωτερικού ελληνικού δικαίου και υπερισχύουν από κάθε άλλη αντίθετη διάταξη νόμου.» Έτσι, το συνταγματικό πλαίσιο προστασίας των θεμελιωδών δικαιωμάτων, σε συνδυασμό με τις διεθνείς συμβάσεις που σχετίζονται με την προστασία τους και δεσμεύουν την Ελλάδα, αποτελούν ένα πλαίσιο αποτελεσματικής προστασίας, εάν επιτευχθεί η εν τοις πράγμασι εφαρμογή όλων των διατάξεων παράλληλα με την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την πλήρη αποδοχή των ατόμων με αναπηρία

3.1.3 Νομοθεσία στον τομέα της Κοινωνικής Ασφάλισης

Σύμφωνα με το Άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος, «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων».

Ο νόμος που ισχύει για τους ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. είναι ο Α.Ν 1846/1951 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Το Άρθρο 28 αυτού ορίζει στην παράγραφο 4^α ότι (Ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα για σύνταξη λόγω αναπηρίας, αν έγινε ανάπηρος κατά την έννοια της παραγράφου 5 του παρόντος και έχει πραγματοποιήσει τον αριθμό ημερών εργασίας που ορίζεται από την παράγραφο 1 του παρόντος Άρθρου οι τριακόσιες (300) ημέρες εργασίας και δεν έχει συμπληρώσει το 21^ο έτος ηλικίας. Η πιο πάνω 300 ημέρες εργασίας αυξάνονται προοδευτικά σε 4.200 ημέρες εργασίας με προσθήκες άνω των 120 ημερών εργασίας κατά μέσο όρο για κάθε έτος ηλικίας πέραν του 21^{ου}. Από τις πιο πάνω κατά περίπτωση ημέρες εργασίας πρέπει τριακόσιες (300) να έχουν πραγματοποιηθεί στα αμέσως προηγούμενα πέντε (5) έτη από εκείνο στο οποίο κατέστη ανάπηρος ο ασφαλισμένος».

Η παράγραφος 5 του Άρθρου 28 δίνει έναν ορισμό της αναπηρίας, προκειμένου να υπάρχει η σχετική κάλυψη από το νόμο. Έτσι, «ο ασφαλισμένος θεωρείται ανάπηρος αν λόγω παθήσεως ή βλάβης ή εξασθένησης σωματικής ή πνευματικής, μεταγενέστερης της υπαγωγής του στην ασφάλιση, διάρκειας ενός έτους το λιγότερο κατά ιατρική πρόβλεψη, δεν μπορεί να κερδίζει από εργασία που ανταποκρίνεται στις δυνάμεις, τις δεξιότητες και την μόρφωσή του περισσότερο από το 1/3 του ποσού που συνήθως κερδίζει στην ίδια επαγγελματική κατηγορία σωματικά και πνευματικά υγιής άνθρωπος της ίδιας μόρφωσης».

Σύμφωνα με την παράγραφο 15 περ. ζ' του Άρθρου 28 «εφόσον ο ασφαλισμένος κρίνεται βαριά ανάπηρος... δικαιούται σύνταξη ίση με την οριζόμενη κατά το άρθρο 29 παρ.1 του παρόντος νόμου. Εφόσον ο ασφαλισμένος κρίνεται ανάπηρος κατά την έννοια του ανωτέρω εδαφίου β', δικαιούται τα τρία τέταρτα (3/4) της σύνταξης αυτής και, εφόσον κρίνεται μερικά ανάπηρος κατά την έννοια του ανωτέρω εδαφίου γ', δικαιούται το μισό (1/2) της σύνταξης αυτής». Στη συνέχεια η περίπτωση της ίδιας παραγράφου ορίζει ότι «ο ασφαλισμένος, που έχει συμπληρώσει έξι χιλιάδες (6.000) μέρες εργασίας και κρίνεται ανάπηρος κατά την έννοια του ανωτέρω εδαφίου β' δικαιούται την ακεραία κατά τα ανωτέρω σύνταξη. Επίσης ο ασφαλισμένος, του οποίου η αναπηρία οφείλεται κατά κύριο λόγο σε ψυχιατρικές παθήσεις και κρίνεται ανάπηρος κατά την έννοια των εδαφίων β' ή γ' δικαιούται την ακεραία ή τα 3/4 της ακεραίας σύνταξης αντίστοιχα».

Οι επόμενοι παράγραφοι του άρθρου 28 ορίζουν ποιος δικαιούται σύνταξη αναπηρίας, εκτός από τον ίδιο τον ασφαλισμένο, και σε ποιο ποσοστό, το δε Άρθρο 29 ρυθμίζει τον υπολογισμό του ποσού της σύνταξης για τον ίδιο τον ασφαλισμένο και για τους δικαιούχους, ενώ στη δε παράγραφο 10 ορίζεται ότι «το ποσό των υπό του Ι.Κ.Α. καταβαλλομένων βασικών συντάξεων λόγω αναπηρίας προσαυξάνεται κατά 50% εφόσον ο ανάπηρος ευρίσκεται διαρκώς εις κατάστασιν απαιτούσαν συνεχή επίβλεψη, περιποίηση και συμπαράσταση ετέρου προσώπου (απόλυτος αναπηρία)».

Εκτός από τον Α.Ν. 1846/1951, υπάρχει και ο Ν. 2458/1997 «Σύσταση Κλάδου Κύριας Ασφάλισης Αγροτών και άλλες διατάξεις», ο οποίος στα Άρθρα 6 έως 9 ρυθμίζει τις προϋποθέσεις συνταξιοδότησης λόγω αναπηρίας ή εργατικού ατυχήματος των ασφαλισμένων και τον τρόπο υπολογισμού της σύνταξης, καθώς και το Προεδρικό Διάταγμα 334/1988 το οποίο ρυθμίζει στα Άρθρα 1 έως 8 τις προϋποθέσεις χορήγησης αναπηρίας σε ασφαλισμένους του ΟΓΑ. Επιπλέον, το Προεδρικό Διάταγμα 166/2000 προβλέπει το δικαίωμα και τον τρόπο υπολογισμού της σύνταξης αναπηρίας των

πολιτικών υπαλλήλων και των στρατιωτικών. Η Υπουργική Απόφαση 35/659/1998 ρυθμίζει την χορήγηση στους ασφαλισμένους του ΤΕΒΕ πρόσθετων θεραπευτικών μέσων και ο Ν. 2072/1992 «Ρύθμιση επαγγέλματος ειδικού τεχνικού προσθετικών και ορθωτικών κατασκευών και λοιπών ειδών αποκατάστασης και άλλες διατάξεις» στο άρθρο 18 προβλέπει την ασφαλιστική κάλυψη τέκνων ασφαλισμένων ή συνταξιούχων φορέων κοινωνικής ασφάλισης που είναι άτομα με αναπηρία τουλάχιστον 67% .

Άλλοι νόμοι που αφορούν την προστασία των ατόμων με αναπηρίες είναι ακόλουθοι: το Ν.Δ. 162/1973 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων», ο Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213,τ.Α') «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις», ο Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236, τ. Α') «Ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», ο Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30, τ. Α') «Αναδιοργάνωση Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», και ο Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81, τ. Α') «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».

Τα άτομα με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67% που το ετήσιο συνολικό δηλωθέν εισόδημά τους δεν ξεπερνά τα 17.000 Ευρώ ατομικό ή 23.000 Ευρώ οικογενειακό, δικαιούνται Δελτίο Μετακίνησης για δωρεάν μεταφορά με τα μέσα μαζικής μεταφοράς του νομού τους. Επίσης, άτομα με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67% ανεξαρτήτως εισοδήματος δικαιούνται Κάρτα με την οποία παρέχεται έκπτωση 50% στα εισιτήρια των υπεραστικών λεωφορείων και των τρένων του ΟΣΕ.

Στη χώρα λειτουργούν επτά Κέντρα Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης (Κ.Α.Φ.Κ.Α.) και ένα Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης και Κοινωνικής Υποστήριξης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΑΑΚΥΑΜΕΑ). Στόχος των Κ.Α.Φ.Κ.Α. είναι η λειτουργική αποκατάσταση και η κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρίες μέσα από την εφαρμογή προγραμμάτων και την παροχή υπηρεσιών από εξειδικευμένο προσωπικό. Επίσης, υπάρχει ένα δίκτυο Κέντρων Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ), με 24 τέτοια κέντρα σε αντίστοιχους νομούς της χώρας, τα οποία παρέχουν υπηρεσίες πρώιμης διάγνωσης, ψυχοκοινωνικής και συμβουλευτικής υποστήριξης, λειτουργικής αποκατάστασης και επαγγελματικού προσανατολισμού, με σκοπό την κοινωνική ένταξη και αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ατόμων με αναπηρία.

3.2 Νομοθεσία Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Αναπηρία

Η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση, στο άρθρο 6, προσδιορίζει τις αρχές της ελευθερίας, της δημοκρατίας, του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών, καθώς και του κράτους δικαίου, ως αρχές κοινές που διέπουν την δράση όλων των κρατών-μελών. Ο σεβασμός των διεθνών συμβάσεων προστασίας των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και οι απορρέουσες από διεθνές δίκαιο αρχές αποτελούν γενικές αρχές του κοινοτικού δικαίου. Ειδικότερα, η αρχή της ισότητας αποτελεί οικουμενικό δικαίωμα και η εξάλειψη των διακρίσεων αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος των κοινών επιδιώξεων των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στα πρώτα βήματά της η προσέγγιση της ευρωπαϊκής πολιτικής για την αναπηρία βασιζόταν στο ιατρικό μοντέλο της αναπηρίας, βάσει του οποίου τα προβλήματα της αναπηρίας είναι αποτέλεσμα της σωματικής ή διανοητικής δυσλειτουργίας που έχουν τα άτομα και δεν σχετίζονται με το περιβάλλον που ζούνε. Το 1993, που τέθηκε σε ισχύ η Συνθήκη του Μάαστριχτ για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπήρχε ένας αριθμός ασήμαντων και αντικρουόμενων κατευθύνσεων την πολιτικής της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, που στόχευαν στην ομάδα των ατόμων με αναπηρία. Ωστόσο δεν υπήρχε καμία σχετική αναφορά σε νομοθετικά κείμενα. Για το λόγο αυτό, ήταν δύσκολο για την Κοινότητα να αναπτύξει οποιαδήποτε πολιτική για την αναπηρία, οι δε πρωτοβουλίες που πάρθηκαν δεν ήταν δεσμευτικές ή είχαν την μορφή των προγραμμάτων δράσης. Οι βασικοί στόχοι των προγραμμάτων αυτών ήταν η προώθηση της ανταλλαγής πληροφοριών και καλών πρακτικών και η συμβολή στην ανάπτυξη μιας ευρύτερης πολιτικής για την αναπηρία. Τα προγράμματα δράσης ήταν από το 1974 έως 1996 ο στυλοβάτης της Ευρωπαϊκής Πολιτικής για την αναπηρία, γεγονός που καταδεικνύει πόσο περιορισμένες ήταν οι νομοθετικές αρμοδιότητες της Κοινότητας προς αυτή την Κατεύθυνση.

Μόλις το 1996 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης υιοθέτησαν το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία το οποίο υποστηρίζει ότι η ρίζα της αναπηρίας βρίσκεται στην αποτυχία του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία και όχι στην ανικανότητα των ατόμων με αναπηρία να προσαρμοστούν στο περιβάλλον. Έτσι, τον Ιούλιο του 1996 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υιοθέτησε μια Ανακοίνωση για την Ισότητα

των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρία, που ήταν η πρώτη ολοκληρωμένη στρατηγική στο θέμα αυτό, εμπνευσμένη από τους πρότυπους κανόνες του Ο.Η.Ε. για την Εξίσωση των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρία. Σκοπός της ανακοίνωσης, που βασίστηκε στο κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, ήταν να δώσει «μια ανανεωμένη ώθηση προς την δικαιωματική προσέγγιση της αναπηρίας». Στην συνέχεια, τον Δεκέμβριο του 1996, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε Ψήφισμα για την Ισότητα των Ευκαιριών για τα Άτομα με Αναπηρία, όπου επαναβεβαίωσε την δέσμευσή του στις βασικές αρχές και αξίες των Πρότυπων Κανόνων του Ο.Η.Ε. και στις αρχές της ισότητας των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρία και καλούσε τα κράτη-μέλη καθώς και τα άλλα όργανα της Κοινότητας να λάβουν δράση για την επίτευξη των στόχων αυτών.

Παρά το περιορισμένο νομικό status, τα δύο αυτά κείμενα ήταν πολύ σημαντικά, καθώς χάραξαν την πορεία για την μετέπειτα εξέλιξη της πολιτικής και δημιούργησαν το πλαίσιο μέσα στο οποίο οι φορείς της Κοινότητας θα μπορούσαν να ανταποκριθούν στις νέες δυνατότητες που παρουσιάστηκαν με την Συνθήκη του Άμστερνταμ του 1997.

3.2.1 Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης υπογράφηκε το 1961 από τα μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης, ως συμπληρωματικός της Ευρωπαϊκής Σύμβασης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στον τομέα των κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων. Αποτελεί το συμβατικό βραχίονα του Συμβουλίου της Ευρώπης στα κοινωνικά δικαιώματα, κυρίως λόγω της γενικής διατύπωσης των άρθρων του. Περιλαμβάνει θεμελιώδη κοινωνικά δικαιώματα των εργαζομένων, όπως το δικαίωμα στην εργασία, την απαγόρευση υποχρεωτικής εργασίας, το δικαίωμα σε εύλογη αμοιβή, το δικαίωμα συλλογικών διαπραγματεύσεων, το δικαίωμα προστασίας παιδιών, εφήβων και γυναικών, αλλά και δικαιώματα που εκτείνονται εκτός της σφαίρας της εργασίας, όπως το δικαίωμα προστασίας της υγείας, το δικαίωμα κοινωνικής ασφάλισης, το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη και στις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, το δικαίωμα της οικογένειας σε κοινωνική, νομική και οικονομική προστασία, το δικαίωμα των μητέρων και των παιδιών σε κοινωνική και οικονομική προστασία, το δικαίωμα ανάληψης εργασίας στην επικράτεια άλλων κρατών-μελών και το δικαίωμα προστασίας των εργαζομένων μεταναστών και των οικογενειών τους.

Ο αρχικός κατάλογος των 19 προστατευόμενων δικαιωμάτων ανανεώθηκε με το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο του 1988 με τέσσερα ακόμη δικαιώματα εμπνευσμένα

από την κοινωνική νομοθεσία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας (το δικαίωμα σε ίσες ευκαιρίες και ισότιμη μεταχείριση στην απασχόληση και εργασία χωρίς διακρίσεις λόγω φύλου, το δικαίωμα πληροφόρησης και διαβούλευσης, το δικαίωμα συμμετοχής στον καθορισμό και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και το δικαίωμα των ηλικιωμένων στην κοινωνική πρόνοια). Ο χάρτης ανανεώθηκε επίσης με το Τροποποιητικό Πρωτόκολλο του 1991 και το Συμπληρωματικό Πρωτόκολλο του 1995. Με την τελευταία αυτή τροποποίηση βελτιώθηκε η αποτελεσματικότητα του χάρτη, καθώς καθιερώθηκε το δικαίωμα της συλλογικής προσφυγής σε περιπτώσεις παραβίασης διατάξεων του Χάρτη από συμβαλλόμενο κράτος.

Η δεύτερη σημαντική τροποποίηση του Αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη ήταν η τροποποίηση του Άρθρου 15 που αφορά τα άτομα με αναπηρία, ώστε να ενδυναμώσει το δικαίωμά τους στην ανεξαρτησία, κοινωνική ενσωμάτωση και συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας, ξεπερνώντας μία προσέγγιση επικεντρωμένη σύμφωνα με το αρχικό άρθρο του 1961 στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη. Ειδικότερα, το άρθρο αυτό έχει ως εξής:

Άρθρο 15 – Το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην ανεξαρτησία, κοινωνική ενσωμάτωση και συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας

Με σκοπό τη διασφάλιση στα άτομα με αναπηρία, ανεξάρτητα από την ηλικία, την φύση και την προέλευση της αναπηρίας τους, της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος στην ανεξαρτησία, την κοινωνική ενσωμάτωση και τη συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας, τα συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν, ιδιαίτερα:

1. Να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα προκειμένου να παράσχουν στα άτομα με αναπηρία καθοδήγηση, εκπαίδευση και επαγγελματική κατάρτιση στο πλαίσιο γενικών σχεδίων όπου είναι δυνατόν ή, όπου αυτό δεν είναι δυνατό, μέσω εξειδικευμένων φορέων, δημόσιων ή ιδιωτικών.
2. Να προωθήσουν την πρόσβασή τους στην εργασία μέσω όλων των μέτρων που ενθαρρύνουν τους εργοδότες να προσλάβουν και να κρατήσουν στην εργασία άτομα με αναπηρία στο συνηθισμένο εργασιακό περιβάλλον και να προσαρμόσουν τις συνθήκες εργασίας στις ανάγκες των ατόμων ή, όπου αυτό δεν είναι δυνατόν λόγω της αναπηρίας, με τη ρύθμιση ή τη δημιουργία προστατευόμενης απασχόλησης βάσει της βαρύτητας της αναπηρίας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, τέτοια μέτρα μπορεί να απαιτήσουν προσφυγή σε εξειδικευμένη τοποθέτηση και υπηρεσίες υποστήριξης.

3. Να προωθήσουν την πλήρη κοινωνική ενσωμάτωση και συμμετοχή τους στη ζωή της κοινότητας ειδικότερα μέσω μέτρων, συμπεριλαμβανομένων τεχνικών βοηθημάτων, που στοχεύουν να ξεπεραστούν τα εμπόδια στην επικοινωνία και την κινητικότητα διευκολύνοντας την πρόσβαση στη μεταφορά, στην κατοικία, στις πολιτιστικές δραστηριότητες και στον ελεύθερο χρόνο.

Στις πρώτες επεξηγήσεις του αναθεωρημένου Άρθρου 15 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων σχολίασε ότι αυτή η διάταξη «προωθεί την αλλαγή στην πολιτική της αναπηρίας που έχει πραγματοποιηθεί την τελευταία δεκαετία πέρα από την πρόνοια και τον διαχωρισμό προς την ένταξη και επιλογή», θεωρώντας ότι το άρθρο αυτό ενσωματώνει μια απαίτηση για μη διάκριση. Η επιτροπή έκρινε πως δεδομένου ότι το Άρθρο 15 παρ. 1 του Αναθεωρημένου Χάρτη αναφέρει ρητά την λέξη «εκπαίδευση», η ύπαρξη νομοθεσίας κατά των διακρίσεων είναι αναγκαία ως ένα σημαντικό εργαλείο για την προώθηση της ένταξης των παιδιών με αναπηρία σε γενικές εκπαιδευτικές δομές. Τέτοια νομοθεσία θα έπρεπε, τουλάχιστον, να απαιτεί μια πειστική δικαιολόγηση των ειδικών ή ξεχωριστών εκπαιδευτικών συστημάτων και να παρέχει μια αποτελεσματική αντιμετώπιση γι' αυτούς που αποκλείστηκαν παράνομα ή απομονώθηκαν ή με άλλο τρόπο στερήθηκαν ένα αποτελεσματικό δικαίωμα στην εκπαίδευση.

Για την διάταξη της παραγράφου 3, που αφορά την ένταξη και συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία στην κοινότητα, η Επιτροπή θεωρεί ότι αυτή η διάταξη ενσωματώνει την απαίτηση για θετικά μέτρα προκειμένου να επιτευχθεί η πρόσβαση στην στέγαση, μεταφορά, επικοινωνίες στις πολιτιστικές δραστηριότητες και στον ελεύθερο χρόνο. Επιπλέον, η επιτροπή απαιτεί ότι «θα πρέπει να ζητείται η συμβολή των ατόμων με αναπηρία και των αντιπροσωπευτικών τους οργανώσεων στο σχεδιασμό και στη συνεχή ανανέωση τέτοιων θετικών μέτρων δράσης», η δε παράγραφος 3 του Άρθρου 15 «απαιτεί την ύπαρξη νομοθεσίας κατά των διακρίσεων που να καλύπτει και την δημόσια και την ιδιωτική σφαίρα σε τομείς όπως στέγαση, μεταφορές, επικοινωνίες, πολιτιστικές δραστηριότητες και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, όπως επίσης και αποτελεσματικά μέτρα γι' αυτούς που έχουν βιώσει παράνομη μεταχείριση».

3.2.2 Μια δέσμευση για το κοινωνικό πρότυπο

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αναπηρία στηρίζεται σε μια ρητή δέσμευση για το κοινωνικό πρότυπο της αναπηρίας. Όπως δηλώθηκε από τον Διευθυντή της Υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την ένταξη των ανθρώπων με αναπηρίες:

- Η ΕΕ θεωρεί την αναπηρία αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός προσώπου και του περιβάλλοντός του, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών κατασκευών, οι οποίες οδηγούν στη διάκριση και το στιγματισμό. Είναι, επομένως, το περιβάλλον που πρέπει να προσαρμοστεί σε κάθε μεμονωμένο πρόσωπο, περιλαμβανομένων και των ανθρώπων με αναπηρίες, με την κατάργηση αυτών των εμποδίων. (Goelen. 2005)

Αυτό, στη συνέχεια, οδηγεί σε μια δέσμευση για μια προσέγγιση βασισμένη στα δικαιώματα του ατόμου με αναπηρίες.

- Η αναπηρία είναι ένα ζήτημα δικαιωμάτων και η διάκριση πρέπει να εξαλειφθεί. Οι πολιτικές αναπηρίας πρέπει να ακολουθήσουν μια κοινωνική αλλά και εξατομικευμένη προσέγγιση: τα δικαιώματα πρέπει να συμπληρωθούν από ενέργειες, οι οποίες να παρέχουν την πρόσβαση στα δικαιώματα, δηλαδή στις ίσες ευκαιρίες (Goelen 2005).

Η νομική βάση

Η νομική βάση για τη δράση της ΕΕ σε αυτήν την περιοχή παρέχεται από το άρθρο 13 της ευρωπαϊκής Συνθήκης, που χρονολογείται από το 1999, η οποία επιτρέπει στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο «να λάβει κατάλληλα μέτρα για να καταπολεμηθεί η διάκριση που βασίζεται στο φύλο, τη φυλετική ή εθνική προέλευση, τη θρησκεία ή την πεποίθηση, την αναπηρία, την ηλικία και το σεξουαλικό προσανατολισμό» (Goelen 2005). Έχει εκφραστεί με ποικίλες μορφές, όπως ο χάρτης των θεμελιωδών δικαιωμάτων και η ανακοίνωση της Επιτροπής «προς μια Ευρώπη χωρίς εμπόδιο για τους ανθρώπους με αναπηρίες» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 2000a).

3.3 Η νομοθεσία των ΑμεΑ στις Ευρωπαϊκές χώρες

Στην Ευρώπη εντοπίζονται τέσσερις διαφορετικές προσεγγίσεις σχετικά με τα ΑμεΑ:

- Οι Συνταγματικές τροποποιήσεις (Γερμανία, Φιλανδία): ρυθμίσεις σχετικά με την αναπηρία στο Σύνταγμα, δηλαδή το βασικό του κράτους.
- Ο Ποινικός Νόμος (Γαλλία, Φιλανδία): η διάκριση σε βάρος των ΑμεΑ θεωρείται αδίκημα, που τιμωρείται από τις αρχές του κράτους.
- Το Αστικό Δίκαιο (Βρετανία, Ιρλανδία): παροχή δικαιώματος στα ΑμεΑ να εγείρουν αγωγή, εάν υπάρχει διάκριση σε βάρος τους, ειδικά στην απασχόληση και την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.
- Ο Ombudsman (Σουηδία): αξιωματικός με την υποχρέωση να διερευνά και να λαμβάνει μετρά σε περίπτωση διάκρισης κατά των ΑμεΑ.

Γερμανία

Η πολιτική σχετικά με την αναπηρία στη Γερμανία μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ήταν, κυρίως, κοινωνική πολιτική. Οργανώσεις βετεράνων μάχονταν για οικονομικές αποζημιώσεις για τις αναπηρίες τους και οργανώσεις μάχονταν για ειδικά σχολεία. Τα κυριότερα σημεία στη Γερμανική νομοθεσία συνοψίζονται ως εξής:

- Επιρροή από τον αμερικάνικο νόμο Rehabilitation, του 1973: θεωρήθηκε ορθό να αναπτυχθεί νέα στρατηγική κατά των διακρίσεων και της απομόνωσης των ΑμεΑ.
- Πρωτοβουλία για πρόταση κατά της διάκρισης σε βάρος των ΑμεΑ που να περιληφθεί στο Σύνταγμα και στη νομοθεσία για ίσα δικαιώματα.
- Άρθρο 3 του Γερμανικού Συντάγματος με μεταγενέστερες προσθήκες.
- Πρόταση από το Forum των Αναπήρων Δικηγόρων και Δικαστών για την θέσπιση νομοθετικής ρύθμισης με την οποία θα προβλέπονται, ρητά, ίσα δικαιώματα για τα ΑμεΑ.

Πρόσφατα και με αφορμή τις γενικότερες εξελίξεις σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, στη Γερμανία υιοθετήθηκε νέα νομοθεσία που επεκτείνει τις προηγούμενες και θεμελιώνει για πρώτη φορά την καθολική πρόσβαση των ΑμεΑ σε προϊόντα και υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της ΚτΠ (π.χ το διαδίκτυο). Συγκεκριμένα, η νέα νομοθεσία που αφορά στην εξίσωση των ευκαιριών ατόμων με

αναπηρία, υιοθετεί και εξειδικεύει σε εθνικό επίπεδο τις συστάσεις του W3C-WAI για προσβασιμότητα και προβλέπει μηχανισμούς και χρονοδιαγράμματα αντιμετώπισης του προβλήματος τμηματικά και σε βάθος χρόνου.

Φιλανδία

Βασικές νομοθετικές ρυθμίσεις στη Φιλανδία αποτελούν:

- Ο νόμος για τις υπηρεσίες και την αρωγή προς τα ΑμεΑ, που έχει σκοπό να βελτιώσει την ικανότητα των ΑμεΑ να ζήσουν ως μέλη της κοινωνίας σε ισότητα με τους άλλους ανθρώπους.
- Ο νόμος για την κατάσταση και τα δικαιώματα των ασθενών (785/1992) που προβλέπει ότι κάθε πρόσωπο που διαβιεί μόνιμα στη Φιλανδία δικαιούται, χωρίς διάκριση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, μέσα στα πλαίσια των υπαρχόντων πόρων του ιατροφαρμακευτικού συστήματος.
- Η συνταγματική αναθεώρηση (969/1995), που προβλέπει ότι κανείς δεν θα τοποθετηθεί σε διαφορετική θέση εξαιτίας αναπηρίας και άλλων συγκριτικών παραγόντων και επιπλέον, υιοθετεί τα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών πέρα από τα παραδοσιακά αστικά και πολιτικά δικαιώματα, ενώ διασφαλίζει ότι, τα δικαιώματα των ατόμων που χρησιμοποιούν τη νοηματική γλώσσα και οι μεταφραστές της, θα προστατευθούν με νόμο ή διάταγμα.

Γαλλία

Στη Γαλλία ο νόμος 90-602 του 1990 προστατεύει τα ΑμεΑ από οποιαδήποτε διάκριση σε βάρος τους στην καθημερινή ζωή. Ο νόμος απαγορεύει τη διάκριση σε βάρος των ΑμεΑ από δημόσιες αρχές και ιδιώτες σε σχέση με την πρόσληψη και απόλυση από την εργασία. Ο νόμος, ακόμα, περιέχει ρυθμίσεις που δίνουν το δικαίωμα σε οργανώσεις αναπήρων να συνεργάζονται με τον δημόσιο κατήγορο σε υποθέσεις διάκρισης που φθάνουν στο δικαστήριο. Ο νόμος αυτός τροποποιήθηκε από τον Ποινικό Κώδικα και προβλέπει ότι οι διακρίσεις σε βάρος των αναπήρων θεωρούνται ως προσβολές της ατομικής αξιοπρέπειας.

Αγγλία

Την τελευταία δεκαετία έγιναν διάφορες απόπειρες από βουλευτές, που υποστηρίζουν το Αναπηρικό Κίνημα, να εισάγουν νομοθεσία σχετικά με τις βασικές

διακρίσεις σε βάρος των ΑμεΑ. Το 1991 βουλευτές από όλα τα πολιτικά κόμματα υποστήριξαν το νόμο για τα αστικά δικαιώματα των ΑμεΑ που βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στον αμερικάνικο νόμο Americans with Disabilities Act και σκοπός του είναι να σταματήσει τις διακρίσεις σε βάρος των ΑμεΑ στους τομείς της απασχόλησης και πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες.

Η Επιτροπή “Disability Rights Commission Bill” μπορεί να δίνει συμβουλές σε ΑμεΑ, σε επιχειρήσεις και στο κοινό, να ενεργεί διακανονισμούς σε θέματα υπηρεσιών και αγαθών, να βοηθά στην εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία, φροντίζοντας και για βοήθεια από δικηγόρο, καθώς και να αναλαμβάνει, επισήμως, να διερευνά υποθέσεις που αφορούν διακρίσεις κατά των ΑμεΑ.

Ο νόμος Human Rights Act εισάγει ρυθμίσεις από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στο Βρετανικό νόμο και περιλαμβάνει την απαγόρευση κάθε διάκρισης στην εφαρμογή των διασισμάτων της σύμβασης.

Ιρλανδία

Η Ιρλανδική πολιτική απέναντι στην αναπηρία ήταν παραδοσιακά πατερναλιστική. Παρέχει, δηλαδή, υποστήριξη στα ΑμεΑ, αντί να διασφαλίζει και να ενισχύει τα ανθρώπινα δικαιώματά τους. Το Ιρλανδικό Σύνταγμα του 1937 περιείχε ένα γενικό δικαίωμα ισότητας, το οποίο, όμως δεν ερμηνευόταν και ως ισότητα ευκαιριών για τα ΑμεΑ. Το 1991, η Ιρλανδική κυβέρνηση εφάρμοσε το “Πρόγραμμα για Οικονομική και Κοινωνική Πρόοδο” για να διασφαλίσει τη μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή και ένταξη των ΑμεΑ σε όλους τους τομείς της ζωής. Το 1993, η νέα κυβέρνηση δημιούργησε ένα νέο υπουργείο, το Υπουργείο Ισότητας και Αναθεώρησης του Νόμου, ένας από τους στόχους του οποίου ήταν η προώθηση των δικαιωμάτων των ΑμεΑ.

Ο νόμος Employment Equality Bill (Νόμος για την Ισότητα στην Απασχόληση), καταργεί τυχόν αντίθετη νομοθεσία και ασχολείται με τη διάκριση σε βάρος των ΑμεΑ στον τομέα της απασχόλησης. Ο νόμος Equal Status Bill ασχολείται με τη διάκριση σε βάρος διαφόρων ομάδων- περιλαμβανομένων των ΑμεΑ- στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, καθώς και με την πρόσβαση των ΑμεΑ στην εκπαίδευση.

Σουηδία

Η Σουηδία, ενώ έχει ιστορικά υψηλό επίπεδο κοινωνικής πολιτικής, έχει πρόσφατα υιοθετήσει ορισμένα μέτρα για τη βελτίωση της κατάστασης των ΑμεΑ, παρότι δεν έχει ακόμα θεσπίσει διατάξεις κατά των διακρίσεων σε βάρος των ΑμεΑ. Συγκεκριμένα, οι ισχύουσες διατάξεις για ΑμεΑ στη Σουηδία είναι:

- Μία αναφορά από την ‘Επιτροπή Αναπηρίας’, όπου προτείνεται μία σειρά από μέτρα, περιλαμβανομένης της νομοθεσίας, σε οκτώ βασικούς τομείς της κοινωνίας, προκειμένου να αποτραπεί η διάκριση σε βάρος των ΑμεΑ και να επιτευχθεί η προσβασιμότητα των ΑμεΑ σε όλους τους τομείς της κοινωνίας.
- Ο νόμος Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (Νόμος για την Υποστήριξη και την Εξυπηρέτηση Προσώπων με Λειτουργικές Βλάβες), ο οποίος έδωσε στα ΑμεΑ το δικαίωμα της προσωπικής βοήθειας.
- Ο νόμος Work Environment Act (Νόμος για το Εργασιακό Περιβάλλον), που απαιτεί οι εργοδότες να προσαρμόζουν το φυσικό περιβάλλον και την οργάνωση της εργασίας έτσι, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με λειτουργικά μειονεκτήματα.
- Ombudsman, ο οποίος είναι δημόσιος λειτουργός, που οι αρμοδιότητές του περιλαμβάνουν βελτιώσεις στον τομέα της νομοθεσίας, συζητήσεις με εταιρίες, οργανισμούς και αρχές, καθώς και χρήση της δημοσιότητας, αναφορές για άνιση μεταχείριση ατόμων με αναπηρία εξαιτίας της αναπηρίας τους, ενώ επιπλέον αρμοδιότητά του είναι η υποβολή μιας ετήσιας αναφοράς στην κυβέρνηση σχετικά με θέματα που αφορούν τα ΑμεΑ.

Ιταλία

Στην Ιταλία ψηφίστηκε τον Ιανουάριο 2004 νόμος, ο οποίος καθιστά υποχρεωτική την προσβασιμότητα δημόσιων ή και ιδιωτικών διαδικτυακών τόπων που προσφέρουν δημόσιες υπηρεσίες. Ο νόμος προβλέπει, σε διάστημα τριών μηνών, και τους απαραίτητους σχετικούς ελέγχους. Επίσης, σε διάστημα τεσσάρων μηνών, προβλέπεται η οριστικοποίηση των τεχνικών προδιαγραφών σχετικών με τα διάφορα επίπεδα προσβασιμότητας, καθώς και με τις τεχνικές μεθόδους και εργαλεία αξιολόγησης. Το νέο αυτό νομοθετικό πλαίσιο στοχεύει να αποφύγει τη δημιουργία μορφών αποκλεισμού, που συσχετίζονται με τη διάχυση της τεχνολογίας, αλλά και να προωθήσει την αξιοποίηση της τεχνολογίας ως εργαλείο για την κοινωνική ενσωμάτωση των ΑμεΑ.

Ο νόμος αυτός προβλέπει επίσης και τη συμμετοχή των οργανώσεων ΑμεΑ στη διαμόρφωση του κανονισμού που αφορά δημόσιους διαδικτυακούς τόπους. Επιπλέον, προβλέπεται η επέκταση της προσβασιμότητας “de jure” σε έργα πολυμέσων, με σημαντική διερεύνηση του πληθυσμού/στόχου σε σχέση με την παρούσα ρύθμιση. Ακόμη, προβλέπονται σχετικές ρυθμίσεις στον τομέα της εκπαίδευσης, και συγκεκριμένα όσον αφορά το ψηφιακό εκπαιδευτικό υλικό. Σημαντική είναι, επίσης, η θέσπιση μέτρων επιτήρησης της εφαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου, σύμφωνα με την αρχή της ισότητας των πολιτών που θεμελιώνεται στο άρθρο 3 του Ιταλικού Συντάγματος.

3.4 Θέσπιση 3ης Δεκεμβρίου ως Εθνικής Ημέρας ΑμεΑ και αναγνώριση της ΕΣΑμεΑ ως Κοινωνικού Εταίρου

Ο Νόμος 2430/1996 καθιερώνει την 3η Δεκεμβρίου ως «Ημέρα των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες» και ορίζει ότι η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες (ΕΣΑμεΑ) θα υποβάλλει κάθε έτος στον Πρόεδρο της Βουλής έκθεση για την αντιμετώπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ΑμεΑ. Περαιτέρω, προβλέπει ότι η ΕΣΑμεΑ, ως η αντιπροσωπευτικότερη οργάνωση ατόμου με αναπηρίες, θα είναι υπεύθυνη για την οργάνωση εκδηλώσεων για τον εορτασμό της 3ης Δεκεμβρίου αλλά και για τον προσδιορισμό του χαρακτήρα αυτών των εκδηλώσεων. Η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρίες κατέχει επίσημα τη θέση του Κοινωνικού Εταίρου σε ζητήματα που αφορούν άμεσα ή έμμεσα τα άτομα με αναπηρίες στο διάλογο με το ελληνικό κράτος, αγωνιζόμενη για την προώθηση πολιτικών που συμβάλλουν στην πλήρη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική, πολιτική και πολιτιστική ζωή της χώρας.

Με το Άρθρο 3 του νόμου αυτού υιοθετούνται το παγκόσμιο πρόγραμμα δράσης καθώς και οι κανόνες ίσων ευκαιριών του 1993 του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα άτομα με αναπηρία, προβλέπεται δε η σύσταση επιτροπής η οποία θα υποβάλλει κάθε έτος στον Πρόεδρο της Βουλής έκθεση για την εφαρμογή των κανόνων του Ο.Η.Ε. για ίσες ευκαιρίες των ατόμων με αναπηρία.

3.5 Σύμβαση για τα δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες

Η Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες είναι η πρώτη νομικά δεσμευτική σύμβαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων που απευθύνεται ειδικά στα άτομα με αναπηρία. Υπογράφηκε από την Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στις 13 Δεκεμβρίου του 2006 και τέθηκε προς υπογραφή/επικύρωση στις 30 Μαρτίου 2007. Ένας συνολικός αριθμός 129 κρατών έχει ήδη υπογράψει τη Σύμβαση. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέγραψε τη Σύμβαση στις 30 Μαρτίου εκ μέρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό να την επικυρώσει σε μεταγενέστερη ημερομηνία. Εάν αυτό συμβεί, θα είναι η πρώτη Σύμβαση Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων την οποία θα έχει επικυρώσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, βάσει του άρθρου 13 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, σημαίνοντας ίσως την αρχή αξιόλογων εξελίξεων στο Διεθνές Δίκαιο.

Η Σύμβαση δεν δημιουργεί νέα δικαιώματα, αλλά προωθεί και προστατεύει την πλήρη και ισότιμη απόλαυση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία. Περιέχει ένα μείγμα αστικών και πολιτικών δικαιωμάτων, καθώς και οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών. Όπως ορίζει στο Άρθρο 1, σκοπός της Σύμβασης είναι να προάγει, προστατεύσει και διασφαλίσει την πλήρη και ίση απόλαυση όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών, από όλα τα άτομα με αναπηρίες και να προάγει τον σεβασμό της εγγενούς αξιοπρέπειάς τους.

Η Σύμβαση προβλέπει ρητά στο Άρθρο 2 αυτής, ότι η άρνηση παροχής εύλογης προσαρμογής αποτελεί διάκριση βάσει της αναπηρίας, εκτείνοντας την υποχρέωση για εύλογες προσαρμογές εκτός του πεδίου της εργασίας και απασχόλησης.

Οι γενικές αρχές της Σύμβασης συναντώνται στο Άρθρο 3, που περιλαμβάνει την αξιοπρέπεια, αυτονομία, ελευθερία επιλογών, πλήρη και αποτελεσματική συμμετοχή, σεβασμό στην διαφορετικότητα, ισότητα των ευκαιριών και προσβασιμότητα.

Τα Κράτη μέλη αναλαμβάνουν την υποχρέωση (Άρθρο 4) να τροποποιήσουν ή να καταργήσουν τους νόμους, κανονισμούς, έθιμα και πρακτικές που έρχονται σε αντίθεση με την σύμβαση, να εντάξουν την διάσταση της αναπηρίας σε όλες τις σχετικές πολιτικές και προγράμματα, να καταργήσουν τις διακρίσεις εξοπλισμού και εγκαταστάσεων, προκειμένου να ικανοποιούνται οι ανάγκες ενός ατόμου με αναπηρία,

καθώς και να διασφαλίσουν ότι οι νέες τεχνολογίες και όλα τα σχετικά βοηθήματα είναι κατάλληλα για τα άτομα με αναπηρία.

Η Σύμβαση περιλαμβάνει ξεχωριστές διατάξεις για τις γυναίκες με αναπηρία (άρθρο 6), τα παιδιά με αναπηρία (Άρθρο 7), και καταστάσεις κινδύνων και έκτακτων ανθρωπιστικών αναγκών (Άρθρο 11), στις οποίες συμπεριλαμβάνονται ένοπλες συγκρούσεις, επείγουσες ανθρωπιστικές καταστάσεις και φυσικές καταστροφές.

Μια διάταξη εξαιρετικής σπουδαιότητας είναι το Άρθρο 12 που εγγυάται την ισότητα του νόμου.

Σύμφωνα με αυτό:

Άρθρο 12. Ισότητα ενώπιον του νόμου

1. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη επαναβεβαιώνουν ότι τα άτομα με αναπηρίες έχουν οπουδήποτε το δικαίωμα αναγνώρισης της προσωπικότητάς τους στο νόμο.
2. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν ότι τα άτομα με αναπηρίες απολαμβάνουν την ικανότητα για δικαιοπραξία σε ίση βάση με τους άλλους σε όλες τις πτυχές της ζωής.
3. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν τα κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν πρόσβαση στα άτομα με αναπηρίες σε σχέση με την υποστήριξη που μπορεί να χρειάζονται κατά την άσκηση της ικανότητάς τους για δικαιοπραξία.
4. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη διασφαλίζουν ότι, όλα τα μέτρα που αφορούν την άσκηση της ικανότητας για δικαιοπραξία προβλέπουν κατάλληλες και αποτελεσματικές εγγυήσεις, προκειμένου να αποτραπεί η κατάχρηση ανθρωπίνων δικαιωμάτων σύμφωνα με το Διεθνές Δίκαιο. Αυτές οι εγγυήσεις θα διασφαλίζουν ότι τα μέτρα σχετικά με την άσκηση της ικανότητας για δικαιοπραξία σέβονται τα δικαιώματα, την θέληση και τις προτιμήσεις του ατόμου, είναι απαλλαγμένα από σύγκρουση συμφερόντων και αδικαιολόγητες επιρροές, είναι ανάλογα και προσαρμοσμένα στις περιστάσεις του ατόμου, εφαρμόζονται για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα και υπόκεινται σε τακτικό έλεγχο από αρμόδια, ανεξάρτητη και αμερόληπτη αρχή ή δικαστικό όργανο. Οι εγγυήσεις είναι ανάλογες με τον

βαθμό κατά τον οποίο τα μέτρα αυτά έχουν επιπτώσεις στα δικαιώματα και τα συμφέροντα του ατόμου.

5. Σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, τα Συμβαλλόμενα Κράτη λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα και αποτελεσματικά μέτρα προκειμένου να διασφαλίζουν το ίσο δικαίωμα των ατόμων με αναπηρίες να αποκτούν ή να κληρονομήσουν περιουσία, να ελέγχουν τις οικονομικές υποθέσεις τους και να έχουν ίση πρόσβαση σε τραπεζικά δάνεια, υποθήκες και άλλες μορφές οικονομικής πίστης και διασφαλίζουν ότι τα άτομα με αναπηρίες δεν στερούνται αφθαίρετα την περιουσία τους.

Το άρθρο αυτό αντικατοπτρίζει την αλλαγή της συμπεριφοράς που σημειώθηκε σε πολλές κοινωνίες προς τα άτομα με αναπηρία, ιδιαίτερα προς τα άτομα με νοητικές αναπηρίες, που θεωρούνταν στο παρελθόν ως άτομα άξια λύπησης που χρειάζονται προστασία και όχι ως πολίτες με πλήρη και ίσα δικαιώματα στην χώρα τους. Η νέα προσέγγιση απομακρύνεται από την πατερναλιστική άποψη της Διακήρυξης των Ηνωμένων Εθνών του 1971 για τα Δικαιώματα των Πνευματικά Καθυστερημένων Ατόμων σύμφωνα με την οποία τα άτομα με νοητική αναπηρία δεν είναι υποκείμενα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και συνεπώς είναι επιτρεπτός ο περιορισμός ή ακόμα και η άρνηση των δικαιωμάτων τους. Το Άρθρο 12 της Σύμβασης διασφαλίζει πλέον την ικανότητα για δικαιοπραξία των ατόμων με αναπηρία η οποία δεν ήταν δεδομένη στα περισσότερα κράτη-μέλη μέχρι και πριν από μερικές δεκαετίες, και η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την απόλαυση άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται από την Σύμβαση. Η Σύμβαση δημιουργεί μία νέα βάση για το μέλλον: δέχεται ότι τα άτομα με αναπηρία (και είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι δεν διαχωρίζει τα άτομα με νοητικές αναπηρίες ή ψυχικές διαταραχές) μπορούν να απολαμβάνουν τα δικαιώματα τους ισότιμα με τους άλλους ανθρώπους χωρίς αναπηρίες, είτε μόνα τους είτε με την κατάλληλη υποστήριξη, πάντα όμως με τις κατάλληλες εγγυήσεις για την αποτροπή κατάχρησης.

Μία σημαντικότερη διάταξη αφορά το δικαίωμα των ανθρώπων με αναπηρία να ζουν ανεξάρτητα και να είναι ενταγμένοι στην κοινωνία:

Άρθρο 19. Ανεξάρτητη διαβίωση και ένταξη στην κοινωνία

Τα Συμβαλλόμενα Κράτη στην παρούσα Σύμβαση αναγνωρίζουν το δικαίωμα όλων των ατόμων με αναπηρίες να ζουν στην κοινωνία, με επιλογές ίσες με τους άλλους ανθρώπους και λαμβάνουν αποτελεσματικά και κατάλληλα μέτρα, προκειμένου να διευκολύνουν την πλήρη απόλαυση αυτού του δικαιώματος από τα άτομα με αναπηρίες και την πλήρη ένταξη και συμμετοχή τους στην κοινωνία, συμπεριλαμβανομένης και της διασφάλισης ότι:

A. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν την ευκαιρία να επιλέξουν τον τόπο διαμονής τους και το πού και με ποιόν ζουν, σε ίση βάση με τους άλλους και δεν είναι υποχρεωμένα να ζουν υπό ιδιαίτερες διευθετήσεις διαβίωσης.

B. Τα άτομα με αναπηρίες έχουν πρόσβαση σε σειρά υπηρεσιών στο σπίτι, σε καταστήματα και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες υποστήριξης, συμπεριλαμβανομένης και της προσωπικής βοήθειας όταν είναι απαραίτητη για την υποστήριξη της διαβίωσης και της ένταξης στην κοινωνία και την αποτροπή της απομόνωσης ή του διαχωρισμού από την κοινωνία.

Γ. Οι κοινοτικές υπηρεσίες και εγκαταστάσεις για τον πληθυσμό είναι διαθέσιμες σε ίση βάση στα άτομα με αναπηρίες και ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Η εμπειρία της ιδρυματοποίησης των τελευταίων αιώνων σε πολύ μεγάλο αριθμό κρατών-μελών κατέληξε στον αποκλεισμό των ατόμων με αναπηρία από την οικονομική, κοινωνική και πολιτική συμμετοχή. Πολύ συχνά, η ανάγκη για υποστήριξη ή βοήθεια χρησιμοποιήθηκε για να στηρίξει το επιχείρημα ότι ο εγκλεισμός σε ίδρυμα είναι απαραίτητος, ή ότι το άτομο με αναπηρία δεν είναι ικανό να ζήσει μέσα στην κοινωνία σε συνθήκες της επιλογής του. Ωστόσο, οι εμπειρίες των ατόμων με αναπηρία καταδεικνύουν ότι δεν είναι τόσο η βαρύτητα της αναπηρίας που καθορίζει αν ένα άτομο μπορεί να ζήσει στην κοινότητα όσο η υποστήριξη στην οποία μπορούν να έχουν πρόσβαση.

Το άρθρο αυτό αναγνωρίζει ότι τα άτομα με αναπηρία δεν πρέπει να είναι υποχρεωμένα να ζουν σε ιδρύματα, θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να επιλέγουν το μέρος και το είδος της διαμονής τους και ότι τέτοιες επιλογές θα πρέπει να καλύπτονται από ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υποστήριξης.

3.6 Κοινωνική υποστήριξη για ένταξη και αυτονομία των ατόμων με αναπηρία

Το δικαίωμα των ατόμων με ανάπηρα να αποφασίζουν για τον τρόπο ζωής τους σε μια ανοιχτή κοινωνία συνεπάγεται ουσιαστικά ότι το κάθε άτομο πρέπει να έχει τη δυνατότητα να αξιοποιεί στο έπακρο τις ικανότητες του και ότι πρέπει να προσδιοριστούν υπηρεσίες που, μέσω ενός ευρύτερου συστήματος εξασφαλίζοντας στα άτομα με αναπηρία μια πραγματική ισότητα ευκαιριών.

Η ανάπτυξη ενός συστήματος κοινωνικής υποστήριξης διαφέρει ουσιαστικά από την παραδοσιακή φιλοσοφία της θεραπευτικής προσέγγισης και της επιδίωξης προσαρμογής των ατόμων με αναπηρία στις υφιστάμενες δομές, μια προσέγγιση, η οποία κατεύθυνε τα άτομα με αναπηρία, που δεν ήταν εφικτό να ενταχθούν στο υφιστάμενο κοινωνικό σύστημα ,προς τις μορφές κλειστής περίθαλψης.

Το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης πρέπει να αποσκοπεί στην απόδοση στα αντάμα με αναπηρία του ελέγχου του σώματος και του τρόπου ζωής τους και να εγγυάται στα άτομα το δικαίωμα της αξιοπρέπειας. Αυτό συνεπάγεται ότι οφείλει να λαμβάνει υπόψη του την ανομοιογένεια που χαρακτηρίζει τα άτομα με αναπηρία ως ομάδα πληθυσμού. Οι σχεδιαζόμενες υπηρεσίες πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις διαφορετικές ανάγκες ανάλογα με την κατηγορία και τη βαρύτητα της αναπηρίας καθώς και το γεγονός ότι κάποιες ομάδες ατόμων με αναπηρία αντιμετωπίζουν επιπρόσθετες διακρίσεις (μετανάστες με αναπηρία, γυναίκες με αναπηρία κ.α.).

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή του συστήματος κοινωνικής υποστήριξης για την ένταξη, την αυτονομία και την προστατευμένη διαβίωση πρέπει να επιτρέπει στα άτομα με αναπηρία ή στους γονείς τους, όταν αυτά αδυνατούν να εκπροσωπήσουν τον εαυτό τους, να λειτουργήσουν ως υποκείμενα δικαιωμάτων και να τα απεγκλωβίζει από το ρόλο των παθητικών αποδεκτών βοήθειας και φροντίδας. Οι υποστηρικτικές υπηρεσίες προς τα άτομα με αναπηρία επιβάλλεται να σχετίζονται περισσότερο με τις προσδοκίες των άμεσα ενδιαφερόμενων και τον τρόπο με τον οποίο ορίζουν οι ίδιοι ή οι γονείς τους τις αναγκαίες συνθήκες που θα επιτρέψουν σε αυτούς να δημιουργήσουν μια ποιότητα ζωής για τον εαυτό τους και λιγότερο με τον τρόπο που οι σχετικοί επιστήμονες ορίζουν την αναπηρία και το ρόλο της υποστήριξης

3.6.1 Μέτρα για την προώθηση της ανεξάρτητης διαβίωσης

Ο ρόλος των Προγραμμάτων Προώθησης της Ανεξάρτητης Διαβίωσης απαιτείται να είναι πολλαπλός, με στόχο την προώθηση της μέγιστης αυτονομίας του

ατόμου, την παραμονή στο οικείο περιβάλλον του, την αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και την εξασφάλιση ποιότητα ζωής για τον ίδιο και την οικογένεια του, μέσω της παροχής μεθοδολογίας και εργαλείων δουλειάς, εκπαίδευσης και επιμόρφωσης, προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

Τα προγράμματα προώθησης της ανεξάρτητης διαβίωσης μπορούν να υλοποιούνται με συνεργασία της τοπικής αυτοδιοίκησης και των τοπικών οργανώσεων των ατόμων με αναπηρία.

Λειτουργία Στεγών Αυτόνομης, Ημιαυτόνομης και Προστατευόμενης Διαβίωσης Ατόμων με αναπηρία

Στη χώρα μας για την ίδρυση και τη λειτουργία των στεγών αυτόνομης, ημιαυτόνομης και προστατευόμενης διαβίωσης υπάρχει θεσμικό πλαίσιο (Υ.Α. Αριθ. Π4β/οικ.4681 ΦΕΚ825/Β1996), το οποίο δυστυχώς όμως έχει λειτουργήσει πλημμελώς.

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο πρέπει να επανεξεταστεί, να αξιολογηθεί η μέχρι σήμερα λειτουργία του, να εναρμονιστεί με την νέα προσέγγιση για την αναπηρία και με τις νέες πολιτικές και να μελετηθεί η βιωσιμότητα αυτών των μονάδων σε συνεργασία με τους φορείς αυτοδιοίκησης α' και β βαθμού, τις υπηρεσίες και δομές του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και τους φορείς του με κερδοσκοπικού φορέα καθώς επίσης και με τις οργανώσεις των ατόμων με αναπηρία και των υπογενεών τους.

Η Προστατευμένη Διαβίωση, πρέπει να συνοδεύεται από τη συνεχόμενη εκπαίδευση και να παρέχεται σε δομές που έχουν διαστάσεις και χαρακτήρα οικογενειακής εστίας 6-10 ατόμων και υποστηρίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό σε 24ώρη βάση.

Η Ημιαυτόνομη Διαβίωση πρέπει να παρέχεται σε άτομα που έχουν τη δυνατότητα να αυτενεργούν για ορισμένες ανάγκες τους, που μπορούν, έχοντας κατάλληλα εκπαιδευτεί, να κάνουν κάποια εργασία σε κατάλληλα διαμορφωμένες συνθήκες, και δεν έχουν ανάγκη συνεχούς ατομικής φροντίδας σε 24ώρη βάση. Σ' αυτά απασχολείται λιγότερο προσωπικό και οι κριτικές δομές δεν χρειάζεται να έχουν υψηλά κριτήρια προστασίας που πρέπει να έχουν οι δομές προστατευόμενης διαβίωσης.

Η Αυτόνομη Διαβίωση πρέπει να παρέχεται σε άτομα που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα αυτενέργειας, που μπορούν να αργαστούν σε συνθήκες κατάλληλες γι' αυτά, και μπορούν να ζουν βασισμένα σε μεγάλο βαθμό στον εαυτό τους, σε σπίτια ή διαμερίσματα, με την καθοδήγηση εποπτεία και φροντίδα ενός φορέα που έχει αναλάβει την ευθύνη αυτής της υποστήριξης, και διαθέτει το κατάλληλο για το σκοπό αυτό.

Επίσης πρέπει να σημειώσουμε ότι τα άτομα με βαριές αναπηρίες (αυτισμό, νοητική υστέρηση, πολλαπλές αναπηρίες), που βρίσκονται συνήθως σε Δομές Προστατευμένης Διαβίωσης, παρουσιάζουν συχνά σοβαρές κρίσεις υγείας, ιδιαίτερα κρίσεις ψυχικών διαταραχών με εκδηλώσεις επιθετικότητας, αυτοτραυματισμού, καταστροφικότητας, κ.ά., που χρειάζονται ειδική αντιμετώπιση από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρικό, νοσηλευτικό, εκπαιδευτικό και βοηθητικό προσωπικό δεν μπορεί να γίνει στις Δομές Προστατευμένης Διαβίωσης. Σε αυτές τι περιπτώσεις πρέπει, μέχρι να περάσει η κρίση, να υπάρχουν και να μεταφέρονται Δομές Αντιμετώπισης Κρίσης για όσο διάστημα χρειαστεί. Τέτοιες δομές είναι απαραίτητες προκειμένου να λειτουργήσει το σύστημα και πρέπει να λειτουργούν σε συνεργασία με τις υπηρεσίες υγείας.

Λειτουργία Ξενώνων Βραχείας Φιλοξενίας για άτομα με αναπηρία

Σκοπός της ίδρυσης και της φιλοξενίας των Ξενώνων Βραχείας Φιλοξενίας είναι η εξυπηρέτηση τόσο του ίδιου του ατόμου με αναπηρία όσο και της οικογένειάς του, στην περίπτωση που για κάποιο χρονικό διάστημα επιβάλλεται η μετακίνηση τους σε αυτά. Σήμερα υπάρχουν ορισμένα Κέντρα Βραχείας Φιλοξενίας, τα οποία ιδρύθηκαν με πρωτοβουλία των γονιών των ατόμων με αναπηρία.

Η ίδρυση και η λειτουργία των Κέντρων Βραχείας Φιλοξενίας πρέπει να θεσπιστεί δια νόμου προκειμένου: α) να προβλέπονται οι φορείς που έχουν την δυνατότητα να ιδρύσουν και να λειτουργήσουν Κέντρα Βραχείας Φιλοξενίας π.χ.. Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, φορείς ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους, φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οποίοι μπορεί να συνεργάζονται μεταξύ τους, και β) να καθορίζονται οι πόροι χρηματοδότησης των Κέντρων και τα κριτήρια χρηματοδότησής του.

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Τα υπάρχοντα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» πρέπει να επεκταθούν έτσι ώστε:

1. Η παρεχόμενη υποστήριξη να καλύπτει τις προσωπικές ανάγκες του ατόμου με αναπηρία που διαφοροποιούνται με βάση την ηλικία, το είδος και το βαθμό της αναπηρίας, τις δραστηριότητες, το χώρο διαμονής, την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος κ.λπ.
2. Να παρέχει επιπρόσθετες παρεχόμενες υπηρεσίες όπως φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία, εκπαίδευση κινητικότητας, προσανατολισμού και δεξιοτήτων καθημερινής αυτόνομης διαβίωσης, όπως εκπαίδευση και απόκτηση δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης, μετακίνησης εντός και εκτός κατοικίας, χρήση οικιακών συσκευών, χρήση χρημάτων, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς, κ.λπ., για άτομα με κινητικά προβλήματα, νοητική υστέρηση, αυτισμό, βαριές κινητικές και πολλαπλές αναπηρίες, άτομα με αισθητηριακές αναπηρίες.
3. Η συνεχής παρακολούθηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων, αλλά και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι απαραίτητη. Η σε τακτά χρονικά διαστήματα αξιολόγηση των αναγκών, των υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων τους είναι αναπόσπαστο μέρος της λειτουργίας των προγραμμάτων.
4. Μελλοντικά και μετά την λήξη της κοινοτικής συγχρηματοδότησης, κρίνεται σκόπιμο για το σύνολο των προγραμμάτων της κατηγορίας αυτής, να υπάρξει σύνδεση-οικονομική κάλυψη μέσω των ασφαλιστικών ταμείων, με τις ανάλογες συμβάσεις, προκειμένου να επιτευχθεί και η βιωσιμότητά τους.
5. Το προσωπικό που στελεχώνει αυτά τα προγράμματα πρέπει να παρακολουθεί επιμορφωτικά σεμινάρια σχετικά με θέματα ατόμων με αναπηρία.

Πρόγραμμα «Νοσηλεία κατ' οίκον»

Τα τελευταία χρόνια σε διεθνές επίπεδο αναπτύσσετε έντονος προβληματισμός γύρω από την σημαντική αύξηση των δαπανών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και η σημαντική αύξηση των ατόμων τέταρτης ηλικίας επιβαρύνουν το σύστημα υγείας και απαιτούν συνεχώς πρόσθετους πόρους και εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό. Τα υγειονομικά συστήματα των αναπτυγμένων χωρών φαίνεται να οδηγούνται σε κρίση. Παράλληλα, αναζητούνται τρόποι περικοπής των δαπανών και η ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής.

Πολλοί ασθενείς θα μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας τους στο οικογενειακό τους περιβάλλον, υποστηριζόμενοι από υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι. Η ιδέα αυτή προωθείται τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη, σε συνδυασμό με την λειτουργία μονάδων ημερήσιας νοσηλείας ή μονάδων βραχείας νοσηλείας. Από την άλλη πλευρά, στον Καναδά εφαρμόζεται ενοποιημένο σύστημα κατ' οίκον κοινωνικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων νοσηλείας στο σπίτι θα μεγιστοποιήσει το επίπεδο ανεξαρτησίας του ασθενή χρήστη και θα ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο ιδρυματισμού. Μέσω των προγραμμάτων «νοσηλείας στο σπίτι» θα επιτευχθεί η αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κρεβατιών θα μειωθεί το κόστος νοσηλείας, ενώ παράλληλα θα εκπαιδευτεί το οικογενειακό περιβάλλον στην συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς.

Ο Θεσμός του Προσωπικού Βοηθού

Με την καθιέρωση του θεσμού των προσωπικών βοηθών, άτομα με παραπληγία, τετραπληγία και άλλες βαριές ή και πολλαπλές αναπηρίες, κατηγορίες δηλαδή ατόμων με αναπηρία που χρειάζονται ένα υψηλό επίπεδο υποστήριξης στην καθημερινή τους ζωή, μπορούν να αποκτήσουν το δικαίωμα επιλογής στην εκπαίδευση, την απασχόληση, τον πολιτισμό, την ψυχαγωγία και γενικότερα τρόπου ζωής. Εξάλλου, από την εμπειρία άλλων χωρών της Ευρώπης που εφαρμόζουν το πρόγραμμα έχουν αποδεχτεί τα θετικά και τα πολλαπλασιάστηκα αποτελέσματα αυτού του θεσμού.

Η ελληνική Πολιτεία πρέπει να προβλέψει επιδοτούμενες θέσεις απασχόλησης μέσω ΟΑΕΔ για προσωπικούς βοηθούς ατόμων με βαριές αναπηρίες, θέσεις που εντάσσονται στην κοινωνική οικονομία, δίνοντας όμως την δυνατότητα επιλογής του προσωπικού βοηθού στο ίδιο το άτομο με αναπηρία.

Τα Κέντρα Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕ.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ.)

Τα Κέντρα Κοινωνικής Υποστήριξης Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρία (ΚΕ.Κ.Υ.Κ.Α.μεΑ.) πρέπει να αναπτύξουν Προγράμματα Προώθησης της Ανεξάρτητης Διαβίωσης με κατάλληλες οργανωτικές προσαρμογές, με την ενίσχυσή τους, σε

εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό και βεβαίως διασυνδεδεμένα με αντίστοιχες δομές και προγράμματα που υλοποιούνται στην κοινότητα.

3.6.2 Μέτρα για την στήριξη των οικογενειών με παιδιά/άτομα με αναπηρία

Το έργο γονέα θεωρείται το δυσκολότερο και πλέον απαιτητικό έργο, για το οποίο όμως δεν παρέχεται καμία εκπαίδευση. Συνήθως η συμπεριφορά των γονέων προς τα παιδιά του είναι ακριβώς ίδια με αυτήν που είχαν οι δικοί τους γονείς προς αυτούς ή ακριβώς την αντίθετη. Οι γονείς βιώνουν ανησυχίες και αγωνίες για τον ρόλο τους, τις οποίες-όπως θα γίνει κατανοητό στην συνέχεια- οι γονείς με παιδιά/ άτομα με αναπηρία τις βιώνουν σε πολλαπλάσιο βαθμό.

Οι οικογένειες που έχουν παιδιά/ άτομα με αναπηρία βιώνουν μια σειρά από έντονες συναισθηματικές εκδηλώσεις όπως συναισθηματική ματαιώση και θυμό, με αποτέλεσμα την χρόνια κόπωση και θλίψη σε σχέση με αλλαγές και περιορισμούς στον τρόπο ζωής τους.

Στην χώρα μας, αποτελεί κοινό τόπο ότι η οικογένειες έχουν την υποχρέωση να παρέχουν υποστήριξη/φροντίδα στα μέλη τους με αναπηρία. Στην πραγματικότητα όμως υπάρχουν αυξημένες δυσκολίες όσον αφορά στην γνώση, την ικανότητα και την δύναμη που έχουν οι οικογένειες με παιδιά/ άτομα με αναπηρία στην παροχή της ολοκληρωμένης υποστήριξης/φροντίδας.

Συγκεκριμένα, οι μακροχρόνιες επιπτώσεις εντοπίζονται:

A) Στην διάρκεια της υποστήριξης/φροντίδας: Η φροντίδα αυτή, η οποία συχνά είναι εξαιρετικά παρατεταμένη και χωρίς την ανταμοιβή της σταδιακής ανεξαρτητοποίησης του παιδιού, αναπόφευκτα οδηγεί σε χρόνια κόπωση επηρεάζοντας τις σχέσεις των μελών της οικογένειας.

B) Στην βαρύτητα της αναπηρίας: Η βαρύτητα της αναπηρίας (άτομα με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης) συνεπάγεται την ανάγκη παροχής μια συνεχούς σωματικής περιποίησης, η οποία μπορεί να αποβεί εξαντλητική για το μέλος της οικογένειας που την έχει αναλάβει.

Γ) Στο οικονομικό κόστος/ βάρος: Οι δαπάνες της καθημερινής υποστήριξης/φροντίδας των παιδιών/ατόμων με αναπηρία δεν καλύπτονται ή καλύπτονται μερικώς από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ελάχιστοι γονείς έχουν την οικονομική δυνατότητα να δώσουν

επιθυμητές λύσεις όπως η εργονομική διευθέτηση του χώρου, η υποστηρικτική τεχνολογία, η απασχόληση προσωπικού βοηθού.

Δ) Στην αποστολή άλλων υποχρεώσεων των γονέων: Η καθημερινή παροχή υποστήριξης/ φροντίδας δρα περιοριστικά όσον αφορά στην ικανοποίηση των άλλων υποχρεώσεων, εργασιακών, οικογενειακών, προσωπικών, που έχουν οι γονείς.

Ε) Σε αρνητικές οικογενειακές/κοινωνικές συμπεριφορές: Η έλλειψη μόνιμων υποστηρικτικών δομών για τις οικογένειες με παιδιά/άτομα με αναπηρία και κυρίως με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης κάνουν αβάσταχτο το βάρος και συχνά παρατηρούνται ακραίες καταστάσεις όπως η απόρριψη, η χρήση βίας η διάλυση της οικογένειας, ψυχονευρωτικές καταστάσεις, ακόμα και αυτοκτονίες γονέων.

Οι οικογένειες, είναι πολύ σημαντικό, να λαμβάνουν υποστήριξη που να τις καθιστά δυνατές έτσι ώστε: α) να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, β) να στοχεύουν στην βελτίωση και εξέλιξη του παιδιού/ ατόμου με αναπηρία, γ) να λειτουργούν ως διεκδικητές των δικαιωμάτων του παιδιού/ ατόμου με αναπηρία, δ) να στοχεύουν στο μέγιστο βαθμό αυτοδυναμίας του παιδιού/ατόμου με αναπηρία.

Ιδιαίτερη στήριξη πρέπει να δοθεί σε: α) οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση, β) μονογονεϊκές οικογένειες με παιδί άτομο με αναπηρία, γ) πολύτεκνες οικογένειες με παιδί/άτομο με αναπηρία, δ) οικογένειες με περισσότερα από ένα παιδιά/άτομα με αναπηρία, ε) οικογένειες που ίδιοι οι γονείς έχουν αναπηρία, στ) οικογένειες μεταναστών με παιδί/άτομο με αναπηρία.

Η στήριξη των οικογενειών παιδιών/ατόμων με αναπηρία αποτελεί συνάρτηση των πιλοτικών που λαμβάνονται σε άλλους τομείς (π.χ. εκπαίδευση, απασχόληση) για τα άτομα με αναπηρία. Η συμμετοχή των παιδιών με αναπηρία στην γενική ή ιδική εκπαίδευση, η συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, η προώθηση των ατόμων με αναπηρία στην αγορά εργασίας, η ύπαρξη δομών για τη διευκόλυνση της πρόσβασης των μητέρων με παιδιά με αναπηρίες στην αγορά εργασίας, η ισότιμη πρόσβαση των ατόμων με αναπηρία στις νέες τεχνολογίες, η ισότιμη συμμετοχή σε προγράμματα αθλητισμού, η προσβασιμότητα του φυσικού και δομημένου περιβάλλοντος, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στη στήριξη της οικογένειας.

Τηρώντας την βασική αρχή του mainstreaming, δηλαδή της διάχυσης της διάστασης της αναπηρίας σε όλες τις πολιτικές, πρέπει το σύνολο των δομών και υπηρεσιών που απευθύνονται στην στήριξη της οικογένειας στην χώρα μας να είναι σε

θέση να δεχθούν παιδιά/ άτομα με αναπηρία, έχοντας τις απαραίτητες προϋποθέσεις όπως προσβασιμότητα, κατάλληλα εκπαιδευμένο στελεχιακό δυναμικό, χρήση υποστηρικτικής τεχνολογίας κ.λπ..

Η επίτευξη αυτού του στόχου μπορεί να γίνει πραγματικότητα μόνο όταν κατά το σχεδιασμό της πολιτικής της χώρας για την οικογένεια λαμβάνεται υπόψη η διάσταση της αναπηρίας και συνεπώς όλες οι δομές και υπηρεσίες στήριξης έχουν από την ίδρυσή τους την δυνατότητα υποδοχής παιδιών/ατόμων με αναπηρία. Ταυτόχρονα πρέπει να ληφθεί μέριμνα και για τις υφιστάμενες δομές και υπηρεσίες προκειμένου αυτές να εναρμονιστούν με τις νέες δομές κάνοντας και τις αναγκαίες προσαρμογές στην υποδομή τους και στο στελεχιακό τους δυναμικό.

Για τις οικογένειες που έχουν παιδιά/άτομα με αναπηρία πρέπει να αναπτυχθεί ένα δίκτυο δια-βίου υποστήριξης τους:

Οικογένειες με νεογέννητο παιδί με αναπηρία:

Ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς ενημερώνονται για την αναπηρία του νεογέννητου παιδιού τους αμέσως μετά την γέννηση, έχει μεγάλη σημασία και αποτελεί ένα ιδιαίτερα λεπτό θέμα. Συχνά η διάγνωση δεν είναι σαφής και πολλές φορές αφορά ακόμη και τις πιο εμφανείς αναπηρίες. Ο γιατρός μπορεί να μην έχει συναντήσει ή να έχει συναντήσει περιορισμένο αριθμό τέτοιων περιπτώσεων όπου ένα παιδί γεννιέται με κάποια βαριά αναπηρία και συνήθως οι γνώσεις του για τις υπηρεσίες και την υποστήριξη που υπάρχουν είναι περιορισμένες.

Όλοι οι γιατροί πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να μπορούν να ενημερώνουν τους γονείς για την αναπηρία του παιδιού τους με ειλικρίνεια και με τον καταλληλότερο τρόπο, σεβόμενοι το δικαίωμα των γονέων να μαθαίνουν την αλήθεια. Η ενημέρωση των γονιών πρέπει να γίνεται με προσοχή και με τρόπο που να ενισχύεται ο ρόλος των γονιών στην ανατροφή του παιδιού τους. Σε αυτό το στάδιο, πρέπει σε όλη την οικογένεια (γονείς, αδέρφια, παππούδες, γιαγιάδες) του παιδιού που γεννιέται με την αναπηρία να παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη.

Αυτό απαιτεί ευρεία ενημέρωση και κατάρτιση όλων των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας. Επίσης, οι γονείς πρέπει να ενημερώνονται για τις κοινωνικές και συναισθηματικές προεκτάσεις μιας αναπηρίας και αυτό μπορεί να γίνει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο από καλά ενημερωμένους γονείς που έχουν παιδί με παρόμοια αναπηρία. Σημαντική επίσης, εκτός από την ενημέρωση είναι και η παροχή συμβουλών και

υποστήριξης ενός γονέα που έχει παιδί με αναπηρία από άλλο γονέα που βιώνει παρόμοια κατάσταση.

Οικογένειες με παιδί με αναπηρία στην προσχολική ηλικία

Αμέσως μετά την γέννηση, η οικογένεια και το παιδί με αναπηρία πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια ομάδα επαγγελματιών που θα καλύπτει μια ευρεία περιοχή και θα έχει την δυνατότητα να αξιολογήσει πλήρως την αναπηρία ή τις αναπηρίες ενός παιδιού, διαμορφώνοντας ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα φροντίδας στο οποίο θα συμμετέχουν οι επαγγελματίες, η οικογένεια και το παιδί.

Σε αυτό το στάδιο η υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχονται θα μπορούσαν να αφορούν στην υλοποίηση σεμιναρίων συμβουλευτικής γονέων και προγραμμάτων κοινωνικής υποστήριξης, λειτουργία βρεφονηπιακών σταθμών.

Οικογένειες με παιδί με αναπηρία στην σχολική ηλικία

Σε αυτό το στάδιο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχονται θα μπορούσαν να αφορούν στην υλοποίηση σεμιναρίων συμβουλευτικής γονέων, λειτουργία Κέντρων Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης, λειτουργία Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης, λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας, λειτουργία Κέντρων Βραχείας Φιλοξενίας, προγράμματα διακοπών.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι για τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που λειτουργούν υποστηρικτικά στην εκπαίδευση των παιδιών, πρέπει να υπάρχει διασύνδεση με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Οικογένειες με παιδί με αναπηρία στην εφηβεία

Αυτό το στάδιο ζωής είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο. Η εκδήλωση υπερπροστασίας από την οικογένεια μπορεί να καταστείλει την προσωπική ανάπτυξη του ατόμου με αναπηρία.

Ειδικά για κάποιες κατηγορίες αναπηρίας (αυτισμός κ.ά.), οι γονείς και οι επαγγελματίες πρέπει να συνεργαστούν για να υιοθετηθεί ένας ενιαίος τρόπος προσέγγισης του εφήβου, όσον αφορά στην συναισθηματική, σεξουαλική και πνευματική του ζωή.

Σε αυτό το στάδιο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχονται θα μπορούσαν να αφορούν στην υλοποίηση σεμιναρίων συμβουλευτικής γονέων, λειτουργία Κέντρων Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης, λειτουργία Κέντρων

Δημιουργικής Απασχόλησης, λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας, λειτουργία Κέντρων Βραχείας Φιλοξενίας, προγράμματα διακοπών.

Πρέπει να σημειώσουμε ότι για τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που λειτουργούν υποστηρικτικά στην εκπαίδευση των εφήβων, πρέπει να υπάρχει διασύνδεση με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Οικογένειες που έχουν μέλος ενήλικα με αναπηρία

Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων κυρίως με βαριές και πολλαπλές αναπηρίες εξακολουθούν να ζουν με τις οικογένειες τους και μετά την ενηλικίωση τους.

Σε αυτό το στάδιο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχονται θα μπορούσαν να αφορούν στην λειτουργία Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας, λειτουργία δομών αυτόνομης, ημιαυτόνομης και προστατευμένης διαβίωσης, λειτουργία Κέντρων Βραχείας Φιλοξενίας.

Οικογένειες που έχουν μέλος ηλικιωμένο με αναπηρία

Στην χώρα μας ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων με αναπηρία τρίτης ηλικίας, κυρίως ατόμων με βαριές πολλαπλές αναπηρίες, Εξακολουθούν να ζουν με τις οικογένειες τους.

Τα άτομα με βαριές αναπηρίες και πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης έχουν προσδόκιμο ζωής που υπερβαίνει τα 50 χρόνια στην πλειονότητα των κρατών –μελών την Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρόλα αυτά, τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι επιρρεπή στην πρόωγη γήρανση. Προβλήματα υγείας όπως κατάθλιψη και οι ψυχικές παθήσεις είναι δύσκολο να διαγνωστούν σε άτομα ηλικιωμένα που έχουν βαριές αναπηρίες. Μάλιστα, σε αυτό το στάδιο ζωής διακρίνονται με δυσκολία οι πολλαπλές ανάγκες εξάρτησης που οφείλονται στην αναπηρία, από εκείνες τις ανάγκες που είναι συνέπεια του γήρατος. Αυτό το στοιχείο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά το σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής, διαχωρίζοντας τις δυο προαναφερόμενες κατηγορίες αναγκών.

Προσδοκία όλων των οικογενειών, που τους απασχολεί το μέλλον των παιδιών τους με αναπηρία όταν αυτοί γεράσουν ή πεθάνουν, είναι όταν τα παιδιά τους φτάσουν στην τρίτη ηλικία οι ανάγκες τους να καλύπτονται με τον απαιτούμενο σεβασμό στην προσωπικότητα των ατόμων.

Σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί ενημέρωσης των οικογενειών και δημοσιότητας των παρεχόμενων υποστηρικτικών υπηρεσιών για όλα τα ηλικιακά στάδια. Μπορούν να διοργανώνονται σεμινάρια εκπαίδευσης γονέων: α) σε επίπεδο Α' βάρθμιας και Β' βάρθμιας εκπαίδευσης, β) σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης και σε συνεργασία με τους φορείς γονέων και κηδεμόνων παιδιών/ατόμων με αναπηρία.

Η εκπαίδευση γονέων έχει ως στόχο τη(ν):

- ✓ Αλλαγή της στάσης της οικογένειας απέναντι στην αναπηρία
- ✓ Ανταλλαγή απόψεων, εμπειριών και πληροφόρησης με άλλους γονείς ή /και επαγγελματίες
- ✓ Βελτίωση της αυτό-εκτίμησης των γονιών αύξηση της γνώσης και την κατανόησης
- ✓ Βελτίωση των δεξιοτήτων των γονιών
- ✓ Βελτίωση της ικανότητας διαχείρισης των οικογενειακών σχέσεων
- ✓ Ενδυνάμωση του γονεϊκού ρόλου
- ✓ Οικοδόμηση οικογενειακών δεσμών και ενδυνάμωση της οικογενειακής αλληλεγγύης

Επιπλέον, μπορούν να δημιουργούνται ομάδες γονέων, οι οποίες μπορούν να:

- ✓ Ενισχύσουν τις κοινωνικά απομονωμένες οικογένειες
- ✓ Διαμορφώσουν αίσθηση συνοχής στα μέλη τους
- ✓ Ενθαρρύνουν τους γονείς να ακούσουν και ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις ανησυχίες των άλλων γονέων
- ✓ Δώσουν την δυνατότητα δικτύωσης

3.7 Ανάπτυξη προγραμμάτων στην κοινότητα

Στο πλαίσιο της κοινότητας μπορούν να αναπτυχθούν προγράμματα που αξιοποιούν τις κοινωνικές δυνάμεις και πόρους, ώστε να επιτευχθεί ενημέρωση της κοινής γνώμης, καταπολέμηση των προκαταλήψεων, άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία. Ενδεικτικά, τέτοια προγράμματα στην κοινότητα μπορεί να είναι:

3.7.1 Προγράμματα Πρόληψης της Αναπηρίας

Η πληροφόρηση των πολιτών σε θέματα υγείας αποτελεί βασική πολιτική για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών και αναπηριών. Τέτοια προγράμματα πρόληψης μπορεί να είναι:

- Πρόληψη των κληρονομικών νοσημάτων, με ανάληψη των διαδικασιών του προγεννητικού ελέγχου και της γενετικής συμβουλευτικής.
- Πρόληψη των ατυχημάτων στο δρόμο, στο σπίτι, στην εργασία.
- Πρόληψη των επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών π.χ. κάπνισμα χρήση αλκοόλ πολυφαρμακία, χρήση τοξικών ουσιών.
- Πρόληψη προβλημάτων δημόσιας υγείας, με την εφαρμογή κανόνων και μέτρων υγιεινής.
- Πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων όπως καρδιαγγειακές αναπνευστικές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά. Πληροφόρηση ατόμων με αναπηρία από χρόνια πάθηση και των οικογενειών τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι καλά ενημερωμένοι πολίτες με χρόνια πάθηση διαχειρίζονται με καλύτερο τρόπο την πάθηση τους και αναπτύσσουν την δυνατότητα επιλογής θεραπείας και τρόπου ζωής βάσει ατομικών αναγκών και όχι βάσει οικονομικών περιορισμών στις παροχές από το ασφαλιστικό σύστημα. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των ίδιων των ατόμων με χρόνια πάθηση και των οικογενειών τους όσον αφορά στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασης τους.
- Πρόληψη προβλημάτων ψυχικής υγείας.

Η πληροφόρηση πρέπει να είναι σε γλώσσα και μορφή προσβάσιμη σε όλους τους πολίτες και να απευθύνεται στο γενικό πληθυσμό και όχι μόνο σε επιμέρους ομάδες-στόχο όπως εργαζόμενοι ή άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, αποκλείοντας με αυτόν τον τρόπο άλλες κατηγορίες πληθυσμού από τη δυνατότητα λήψης πληροφοριών.

Η πληροφόρηση που δίνεται στους πολίτες πρέπει να είναι έγκυρη, κατανοητή και σαφείς δεδομένου ότι η δυσνόητη και συγκεχυμένη πληροφορία μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες συμπεριφορές υγείας.

Η πληροφόρηση δεν θα πρέπει να υποτιμά τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που οδηγούν σε βασικές συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία, τους οποίους θα πρέπει να αναδεικνύει και να εστιάζει στις αρνητικές συνέπειες που έχουν για την υγεία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η καταναλωτική συμπεριφορά της

σύγχρονης κοινωνίας που οδηγεί σε αύξηση της χρήσης διατροφικών προϊόντων επιβαρυντικών για την υγεία.

3.7.2 Προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικής συμμετοχής

Τα προγράμματα ανάπτυξης κοινωνικής συμμετοχής πρέπει να έχουν ένα διττό χαρακτήρα: α) να ενεργοποιούν τα άτομα με αναπηρία να συμμετέχουν σε γενικές δραστηριότητες της κοινότητας π.χ. συμμετοχή σε συλλογικές οργανώσεις, σε πολιτιστικές/αθλητικές εκδηλώσεις στα κέντρα λήψης αποφάσεων και β) να ενεργοποιούν όλους τους πολίτες προς την κατεύθυνση της συμμετοχής σε προγράμματα που αφορούν την υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους.

Τέτοια προγράμματα μπορεί να είναι:

- Η εθελοντική προσφορά μέσα από ομάδες και οργανώσεις υποστήριξης των ΑμεΑ π.χ. μεταφορά, συνοδεία, υποστήριξη στο σπίτι (Ετοιμασία φαγητού, καθαριότητα, φύλαξη).
- Η οργάνωση ομάδων αυτοβοήθειας με σκοπό την υποστήριξη των ΑμεΑ κυρίως ψυχοσυναισθηματικά, για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν από την αναπηρία.
- Η συγκρότηση συλλογικών οργανώσεων ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους για διεκδίκηση ισότιμης συμμετοχής και ένταξης.
- Η προώθηση της συμμετοχής των ατόμων με αναπηρία σε όργανα διοίκησης της τοπικής κοινωνίας, ώστε να αναλαμβάνουν την ευθύνη της απόφασης για θέματα που αφορούν την τοπική κοινωνία που διαβιών.
- Η προώθηση της εθελοντικής αιμοδοσίας, της δωρεάς οργάνων και ιστών σώματος.

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι τα προγράμματα εθελοντικής στήριξης θα πρέπει να δομούνται πάνω στην ενεργητική συμμετοχή – εμπλοκή των ιδίων των ενδιαφερόμενων στην οργάνωση και εκτέλεση υπηρεσιών, διατηρώντας το δικαίωμα της επιλογής και της συναπόφασης.

Τα προγράμματα στήριξης των ατόμων με αναπηρία στην κοινότητα μπορούν να σχεδιασθούν και να εκτελεσθούν από δίκτυα τοπικών φορέων σε πρωτοβάθμιο ή δευτεροβάθμιο επίπεδο. Τα δίκτυα των τοπικών φορέων μπορεί να έχουν άτυπη μορφή

δηλαδή να αναπτύσσονται συνεργασίες μεταξύ των εμπλεκόμενων δυνάμεων με ευθύνη συντονισμού μας οργανωμένης δομής, όπως μια κοινωνική υπηρεσία ενός δήμου ή ενός ειδικευμένου στο χώρο των ατόμων με αναπηρία Μη Κυβερνητικού Οργανισμού.

Επίσης, τα δίκτυα των τοπικών φορέων μπορούν να συγκροτήσουν μια νέα δομή που θα έχει την ευθύνη αναδιοργάνωσης, συντονισμού, εποπτεία και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και φροντίδων προς τα άτομα με αναπηρία. Σε αυτό το νέο σχήμα, που μπορεί να λειτουργήσει σε νομαρχιακό και περιφερειακό επίπεδο, είναι δυνατόν να συμμετάσχουν φορείς υπηρεσιών υγείας, φορείς παροχής κοινωνικής φροντίδας, Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης, κέντρα της Εκκλησίας που παρέχουν υποστήριξη στα άτομα με αναπηρία, οργανώσεις επαγγελματιών και επιχειρηματιών, καθώς και οργανώσεις των ατόμων με αναπηρία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

Στις γραμμές που ακολουθούν παρουσιάζονται όλοι οι φορείς και οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, τόσο οι Κεντρικές και οι Περιφερειακές όσο και οι Νομαρχιακές και οι Τοπικές. Τέλος γίνεται λόγος για τους Εθνικούς Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας.

4.1 Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις των νόμων 3172/2003 και 3370/2005, οι Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

Α) Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Β) Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)

Γ) Η Γενική Διεύθυνση δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Δ) Οι Εθνικοί Οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

4.1.1 Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

Από το 2005 στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί και λειτουργεί η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει την πολιτική ευθύνη της χάραξης, άσκησης και εποπτείας της πολιτικής Δημόσιας Υγείας καθώς και της λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η αποστολή και οι αρμοδιότητες της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η καθοδήγηση και υποστήριξη του συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων για την δημιουργία ισχυρού και αποτελεσματικού συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η επίβλεψη και η καθοδήγηση της δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών στην Δημόσια Υγεία.
- Η ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας για θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Η συνεργασία με άλλα Υπουργεία για την ανάπτυξη διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων για την Δημόσια Υγεία.
- Η συνεργασία με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στην Δημόσια Υγεία. (Λάγγας, Δ, 2002)

4.1.2 Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)

Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) ιδρύθηκε αρχικά με το Ν.3172/2003. Στη συνέχεια, με το Ν.3370/2005 μετατράπηκε σε ανεξάρτητη αρχή, με κύρια αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής της νομοθεσίας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά ως ανεξάρτητη αρχή, έχει δικό του προϋπολογισμό και λειτουργία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι επιστημονική, εποπτική

συντονιστική, γνωμοδοτική και διαιτητική αρχή, που στηρίζεται και λειτουργεί με βάση αποδεδειγμένες, τεκμηριωμένες και αναγνωρισμένες γνώσεις στο χώρο της Δημόσιας Υγείας. Οι αρμοδιότητες του Ε.ΣΥ.Δ.Υ είναι οι εξής:

- Ασκεί την επιστημονική εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας που εποπτεύονται διοικητικά από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εναρμονίζει επιστημονικά το προγραμματικό τους έργο, μέσα στο πλαίσιο και τις προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής για την Δημόσια Υγεία.
- Συντάσσει ετήσια αναφορά για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η οποία υποβάλλεται στην βουλή.
- Γνωμοδοτεί για θέματα Δημόσιας Υγείας, είτε αυτεπάγγελτα, είτε κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας.
- Αξιολογεί την ποιότητα των ενεργειών διαχείρισης κρίσεων από τους εμπλεκόμενους φορείς και αποτιμά τη συμμόρφωσή τους με συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες.
- Συνεργάζεται με αντίστοιχες αρχές άλλων κρατών, οργανισμούς και ιδρύματα ενώ για ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της εισηγείται σχετικά στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συμμετέχει στον καθορισμό των στοιχείων και δεικτών που συλλέγονται από υγειονομικό χάρτη, σχετικά με την υγεία των πολιτών, την χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στην Βουλή των Ελλήνων.

4.1.3 Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας είναι αρμόδια για την υλοποίηση μέτρων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία, τον έλεγχο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και την εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Καταρτίζει εισηγήσεις για την δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών Δημόσιας Υγείας.
- Ελέγχει τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Ασκεί την εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συνεργάζεται με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων στην διαχείριση του κινδύνου και στην λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης.
- Τηρεί Μητρώο Λειτουργών Δημόσιας Υγείας και Μητρώο εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας.
- Εφοδιάζει τα όργανα και τους υπαλλήλους που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους με τα απαραίτητα έγγραφα για την εκτέλεση των καθηκόντων τους όπως αυτά καθορίζονται με υπουργικές αποφάσεις.
- Συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν εργαστήρια, κλινικές και μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την επιστημονική παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου ή απειλής με υψηλή προτεραιότητα για την Δημόσια Υγεία. (Ολλανδέζος, Μ. 2008)

4.2 Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

4.2.1 Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας ιδρύθηκαν για πρώτη φορά με τους νόμους 2503 και 2517 το 1997, ως Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας ενταγμένες στον οργανισμό των αντίστοιχων περιφερειών. Με τις Υ.Α.357/1998 και 509/1999, καθορίστηκαν οι οργανικές θέσεις προσωπικού τους. Στην συνέχεια, με το Ν.3172/2003 οι υπηρεσίες αυτές μετονομάστηκαν σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας. Με το Ν. 3370/2005, οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας διαιρέθηκαν σε δυο, εκ των οποίων το μεν τμήμα πρόνοιας παρέμεινε στις περιφέρειες, ενώ η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, περιήλθε στην αρμοδιότητα της αντίστοιχης

Υγειονομικής Περιφέρειας. Μετά την συγχώνευση των 17 Υγειονομικών Περιφερειών σε 6 Υγειονομικές Περιφέρειες, παραμένει ασαφές εάν επήλθε και αντίστοιχη συγχώνευση των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας υγείας.

Σκοπός και αρμοδιότητες: Η Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υλοποιεί στην περιφέρεια τις πολιτικές και τις παρεμβάσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, εποπτεύει τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ενώ οργανώνει μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, είτε στο σύνολο της περιφέρειας είτε σε συγκεκριμένα τμήματα, περιοχές ή ομάδες του πληθυσμού.

Ειδικότερα, οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην αντίστοιχη Υγειονομική Περιφέρεια.
- Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας, ο προσδιορισμός των αναγκών Δημόσιας Υγείας και ο καθορισμός στόχων.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων, δράσεων και πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, περιβαλλοντικής, δημόσιας και επαγγελματικής υγιεινής.
- Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας της περιφέρειας στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Η μελέτη και πρόταση μέτρων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.
- Η μελέτη και πρόταση ρυθμίσεων κατάλληλων για την προστασία του πληθυσμού από ατυχήματα. (Τούντας, Γ. 2007)

Σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία, ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να εκδίδει περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις για την προστασία της Δημόσιας Υγείας, οι οποίες μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο είτε σε μέρος της συγκεκριμένης περιφέρειας ή να έχουν καθορισμένη διάρκεια ισχύος.

Οι διαδοχικές αλλαγές στο διοικητικό καθεστώς των περιφερειακών υπηρεσιών και η ανεπαρκής στελέχωσή τους δεν επέτρεψαν την ανάπτυξή τους, με αποτέλεσμα οι

υπηρεσίες αυτές να μην έχουν λειτουργήσει μέχρι σήμερα. (Τούντας, Γ. 2007)

4.2.2 Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας

Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια προβλέπεται η συγκρότηση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, στο οποίο προεδρεύει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και μετέχουν οι προϊστάμενοι των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των υπηρεσιών, το έργο των οποίων σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία και με των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας.

Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Συντονίζει τις δράσεις Δημόσιας Υγείας όλων των συμμετεχόντων φορέων και υπηρεσιών της περιφέρειας.
- Γνωμοδοτεί, εισηγείται ή αποφασίζει για κάθε θέμα σχετικό με την ανάπτυξη υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων Δημόσιας Υγείας στην περιφέρεια.
- Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τα όργανα διοίκησης της συγκεκριμένης περιφέρειας.
- Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθενται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της συγκεκριμένης περιφέρειας.

Λόγω των προαναφερθέντων διαδοχικών αλλαγών στην οργανική ένταξη των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, τα περισσότερα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας δεν κατέστη ακόμη δυνατό να συγκροτηθούν. (Κρεμαστινού-Κουρέα, Τζ. 2007)

4.3 Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) αποτελούν συνέχεια των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής, οι οποίες έχουν μακρά ιστορική διαδρομή και σημαντική συμβολή στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. (Κρεμαστινού-Κουρέα, Τζ. 2007)

4.3.1 Υπηρεσιακή Ένταξη και Οργανική Διάρθρωση

Η ίδρυση υπηρεσίας υγιεινής σε νομαρχιακό επίπεδο έχει τις ρίζες της στον 19^ο αιώνα. Μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο αποτέλεσαν για δεκαετίες τον κύριο μηχανισμό Δημόσιας Υγείας της χώρας, ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Με αυτή την υπηρεσιακή ένταξη, η οργανική διάρθρωση και οι αρμοδιότητές τους καθορίστηκαν για τελευταία φορά το 1989, με το Π.Δ. 224/1989.

Με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με το Ν.2218/1994, όλες οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγείας και Πρόνοιας περιήλθαν στην αντίστοιχη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Οι κατά νομούς Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις απέκτησαν δικούς τους οργανισμούς, στους οποίους περιέλαβαν τις προϋπάρχουσες νομαρχιακές υπηρεσίες. Στην πλειονότητά τους οι διάφορες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις διατήρησαν την ίδια δομή και τις ίδιες αρμοδιότητες των υφιστάμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, ο προϋπάρχων Π.Δ. 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό και την εικόνα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μετά την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Τέλος, με το Ν. 3172/2003, θεσμοθετήθηκε ένα πλαίσιο οργανισμού των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, προς το οποίο θα πρέπει να προσαρμοστούν όλες οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις. Εντούτοις, από την ψήφιση του Ν. 3172/2003, δεν υπήρξαν μέχρι τώρα μεταβολές στους υφιστάμενους οργανισμούς των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και συμμόρφωση προς τις διατάξεις του νόμου 3172. Σχεδόν το σύνολο των Δ.Υ.Ν.Α. διατηρούν τη διάρθρωση που υιοθέτησαν στον πρώτο τους οργανισμό, όπως αυτός περιγράφεται στο Π.Δ. 224/1989.

Οι ισχύουσες αρμοδιότητες έχουν καθοριστεί στους οργανισμούς των Δ.Υ.Ν.Α με βάση το Π.Δ. 224/1989:

- Εφαρμογή υγειονομικού κανονισμού και υγειονομικών διατάξεων.
- Έλεγχος τροφίμων και καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος.
- Εφαρμογή διατάξεων για την προστασία των εργαζομένων.
- Περιβαλλοντική, αστική και αγροτική υγιεινή, έλεγχος διάθεσης αποβλήτων.
- Έκδοση αδειών για τα ανωτέρω.

- Έκδοση αδειών και έλεγχος καλής λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών.
- Έκδοση αδειών και έλεγχος λειτουργίας εργαστηρίων, φαρμακείων, οδοντιατρείων και φυσικοθεραπευτηρίων.
- Χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας και έλεγχος αυτών.
- Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και προληπτικής ιατρικής.
- Εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας μητέρας- παιδιού.
- Εφαρμογή προγραμμάτων για τα χρόνια δυσίατα νοσήματα.
- Δήλωση, καταγραφή και επιδημιολογική έρευνα λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.

Επιπλέον, με βάση το Ν.3172/2003, οι Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας μπορούν:

A) Να υλοποιούν προγράμματα Δημόσιας Υγείας που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου υπουργείου.

B) Να υλοποιούν έκτακτα προγράμματα Δημόσιας Υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση.

Γ) Να υλοποιούν προγράμματα Δημόσιας Υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Δ) Να οργανώνουν αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υπηρεσίες, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους, που να απευθύνονται σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.

4.4 Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο

4.4.1 Αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που αφορούν στην Δημόσια Υγεία

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης ασκούν ορισμένες αρμοδιότητες σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- Η ύδρευση.
- Η αποχέτευση και διαχείριση των υγρών αποβλήτων.
- Η δημόσια καθαριότητα.

- Η αποκομιδή και διάθεση των απορριμμάτων.
 - Οι κολυμβητικές δεξαμενές.
 - Οι λαϊκές αγορές.
 - Οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί.
 - Τα γηροκομεία και τα Κέντρα Περίθαλψης Ηλικιωμένων.
 - Η διενέργεια των προγραμμάτων μυοκτονίας και εντομοκτονίας.
- (Τούντας, Γ. 2007)

Οι νόμοι 3172 και 3370 αναφέρονται στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με σκοπό να προσδιορίσουν νομοθετικά, ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση, κατά την άσκηση των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων πραγματοποιεί έργο Δημόσιας Υγείας και συνεπώς οι δραστηριότητες αυτές διέπονται και πρέπει να ελέγχονται ως προς την τήρηση των διατάξεων που αφορούν την Δημόσια Υγεία.

4.4.2 Δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας από Υπηρεσίες Υγείας

Τέλος σε τοπικό επίπεδο, δραστηριότητα σε κάποιους τομείς της Δημόσιας Υγείας και κυρίως στον τομέα των εμβολιασμών, αναπτύσσουν τα Κέντρα Υγείας και τα υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης. (Τούντας, Γ. 2007)

4.4.3 Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Στο έργο της Δημόσιας Υγείας μετέχουν και σειρά άλλων υπηρεσιών, είτε του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είτε αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων, όπως οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες (που έχουν ουσιώδη συμβολή στον έλεγχο των ζωοανθρωπονόσων και στην υγιεινή των ζωικών τροφίμων), οι Υπηρεσίες των Υπουργείων Αγροτικής Ανάπτυξης (πρώην Γεωργίας), Ανάπτυξης (πρώην Εμπορίου) και η Αγορανομία στον έλεγχο των τροφίμων, του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων στην Αγωγή Υγείας κ.λπ. (Τούντας, Γ. 2007)

4.5 Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ)

Το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε το 1992, ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την επωνυμία « Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ)», αποτελώντας τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, με έμφαση στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις ιογενείς ηπατίτιδες.

Σταδιακά το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. επέκτεινε την δραστηριότητά του στην αντιμετώπιση και άλλων λοιμωδών νοσημάτων (φυματίωση, νόσος των τρελών αγελάδων, νοσοκομειακές κ.λπ.), οξέων συμβάντων Δημόσιας Υγείας από βιολογικά, τοξικά και χημικά αίτια και την επιδημιολογική επιτήρηση.

Από το 2005, το Κ.Ε.Ε.Λ. μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) επεκτείνει τις δραστηριότητές του σε όλους τους τομείς της Δημόσιας Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων μη λοιμωδών νοσημάτων, των ατυχημάτων, τις περιβαλλοντικής υγιεινής, κ.λπ., ενώ ενσωματώνονται σε αυτό το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.), τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας όπως επίσης και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών. Επίσης έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης εργαστηρίων, τμημάτων Α.Ε.Ι., Ε.Σ.Δ.Υ. και μονάδων νοσοκομειακών ή άλλων φορέων του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα ως Κέντρα αναφοράς, για συγκεκριμένα θέματα Δημόσιας Υγείας.

Στις αρμοδιότητες του ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο. συμπεριλαμβάνονται:

- Η επιδημιολογική επιτήρηση και έλεγχος λοιμωδών νόσων.
- Η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.
- Η λήψη δράσεων για την καταπολέμηση των ιογενών ηπατίτιδων.
- Η αντιμετώπιση των βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
- Η ανάπτυξη δράσεων για την διασφάλιση της υγείας, όσον αφορά τους μετακινούμενους πληθυσμούς.

- Η αντιμετώπιση φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων.
- Η ανάληψη δράσεων για την επιτήρηση και πρόληψη λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας.
- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης του πληθυσμού.

Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Αναφοράς

Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ) ιδρύθηκε το 1920. Μέχρι το 2005, λειτουργούσε υπό την άμεση ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, ως οργανική μονάδα αυτού, υπαγόμενη στην Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Από το 2005, με το 3370/2005, η αρμοδιότητά του περιήλθε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Σκοπός του εργαστηρίου είναι:

- Η βοήθεια στην διάγνωση, επισήμανση και λύση σημαντικών υγειονομικών και επιδημιολογικών προβλημάτων της χώρας, με εργαστηριακή υποστήριξη κρατικών φορέων (Δ/νσεις Δημ. Υγιεινής, Ε.Φ.Ε.Τ., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Νοσοκομεία στρατιωτικές μονάδες, κλπ) για μικροβιολογικούς ελέγχους πόσιμων νερών, εμφιαλωμένων νερών αναψυχής, τροφίμων, βιολογικών προϊόντων.
- Η ερευνητική δραστηριότητα για την εφαρμογή νέων μεθόδων μικροβιολογικών αναλύσεων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
- Η εκπαίδευση προσωπικού άλλων συναφών υπηρεσιών.
- Η συνεργασία με Εθνικά Κέντρα Αναφοράς, εργαστήρια πανεπιστημιακών σχολών, Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Γενικό Χημείο του Κράτους, κλπ.

Το Κ.Ε.Δ.Υ είναι μέλος της Ελληνικής Ένωσης Εργαστηρίων και Συμβουλευτικής Ομάδας Ευρωπαϊκών Μικροβιολόγων της Ε.Ε (EMAG) για θέματα μικροβιολογικής ποιότητας νερού. Στο πλαίσιο αυτής της αποστολής του, οι αρμοδιότητες του Κ.Ε.Δ.Υ είναι οι ακόλουθες:

- Η άσκηση προληπτικού και κατασταλτικού υγειονομικού ελέγχου στα πόσιμα νερά, αναψυκτικά, γάλα, τρόφιμα, που πραγματοποιείται με τη

μικροβιολογική εξέταση στα είδη αυτά.

- Ο μικροβιολογικός έλεγχος θαλάσσιων νερών για το χαρακτηριστικό της καταλληλότητάς τους για κολύμβηση.
- Οι μικροβιολογικές, βιολογικές και λοιπές εξετάσεις βιολογικών προϊόντων προς διαπίστωση της στειρότητάς τους, της έλλειψης τοξικότητας ή πυρετογόνου δράσης.
- Η εκτέλεση διαγνωστικών και λοιπών εξετάσεων που εξυπηρετούν την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας(Διαγνωστικό Κέντρο Χολέρας).
- Η εξασφάλιση της ικανότητας άμεσης και ακριβούς διαχείρισης μεγάλου αριθμού αναλύσεων σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών, βιοτρομοκρατίας και κάθε άλλης κατάστασης ανάγκης.
- Η συντήρηση, διακίνηση προς όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας και διάθεση εμβολίων, όρων και συναφών βιολογικών προϊόντων που προμηθεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος του επιστημονικού έργου των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας και δράσης με άλλες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.
- Η συμμετοχή σε διυπουργικές ομάδες και επιτροπές , ομάδες εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Δίκτυο Μικροβιολογικών Εργαστηρίων Νερού κ.λπ. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) προβλέπεται από το Ν. 2519/1997. Σκοπός των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην περιφέρειά του.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος της επεξεργασίας των λυμάτων.
- Ο έλεγχος της λειτουργίας κάθε δημόσιου ή ιδιωτικού εργαστηρίου της περιφέρειας, του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με την δημόσια υγεία.
- Η τήρηση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από

τους εργαστηριακούς ελέγχους που πραγματοποιούνται στην περιφέρεια.

- Η συνεργασία με το Κ.Ε.Δ.Υ., το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., του άλλους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας του υπουργείου Υγείας και κάθε άλλο φορέα αρμόδιο για την συλλογή, ανάλυση ή περαιτέρω διερεύνηση αντίστοιχων στοιχείων.
- Η υποβολή αναφορών και η τακτική διαβίβαση στοιχείων στις αρμόδιες ελεγκτικές αρχές ή υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης και σε δικαστικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Τα Π.Ε.Δ.Υ. που προβλέπεται να ιδρυθούν είναι συνολικά 9, παρ' όλα αυτά μόνο σε 5 από αυτά έχουν προχωρήσει οι εργασίες κατασκευής των υποδομών (Αλεξανδρούπολης, Θεσσαλονίκης, Μυτιλήνης, Ιωαννίνων και Ρόδου) και μόνο ένα από αυτά (της Θεσσαλονίκης) έχει εισέλθει σε φάση έναρξης μιας υποτυπώδους λειτουργίας. Τα υπόλοιπα 4 που έχουν κατασκευασθεί δεν διαθέτουν προσωπικό και δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη να λειτουργούν.

Κέντρα Αναφοράς

Λειτουργούν περίπου τέσσερα κέντρα αναφοράς διαφόρων νόσων ή λοιμογόνων παραγόντων όπως μηνιγγίτιδα, ηπατίτιδα, λεγιονέλλα, ελονοσία, τροπικές νόσοι, γρίπη, ερυθρά κλπ. Τα περισσότερα κέντρα αναφοράς χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Άλλα Εργαστήρια

Στο δίκτυο εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας συμμετέχουν και άλλα εργαστήρια που εποπτεύονται από άλλα υπουργεία, όπως:

- Το Γενικό Χημείο του Κράτους με τα περιφερειακά του παραρτήματα.
- Το κεντρικό και τα περιφερειακά κτηνιατρικά εργαστήρια.

- Τα εργαστήρια του Υπουργείου Περιβάλλοντος και Χωροταξίας και Δημόσιων Έργων.
- Το εργαστήριο υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.
- Εργαστήρια ιατρικών σχολών.
- Τα εργαστήρια της Ε.ΥΔ.Α.Π. για τον έλεγχο του πόσιμου νερού. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π) ιδρύθηκε το 1965. Είναι Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο διοικείται από διοικούσα επιτροπή, που ορίζεται από τον υπουργό. Στο ινστιτούτο λειτουργεί επίσης και το επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από τους διευθυντές των διευθύνσεων και τομέων του.

Σκοπός του Ι.Υ.Π. είναι να παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και Δημόσιας Υγείας και να αναπτύξει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού.

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού είναι ο φορέας που υλοποιεί τα τρία εθνικά ανιχνευτικά προγράμματα κληρονομικών νοσημάτων της νεογνικής ηλικίας, για ολόκληρη τη χώρα. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Ειδικότερα, η δραστηριότητά του περιλαμβάνει:

A) Εξειδικευμένο κλινικό-εργαστηριακό έργο με έμφαση στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και γενετική συμβουλευτική νοσημάτων με σοβαρές συνέπειες:

- Προληπτικός έλεγχος των νεογέννητων όλης της χώρας.
- Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα.
- Άλλες γενετικές παθήσεις.
- Διαταραχές μεταβολισμού των οστών.
- Ενδοκρινικά νοσήματα.

B) Εξειδικευμένο έργο κοινωνικής και αναπτυξιακής παιδιατρικής, ψυχικής υγείας,

πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής του παιδιού και της οικογένειας:

- Εκτίμηση και καταγραφή του επιπέδου υγείας των παιδιών στην Ελλάδα.
- Μελέτη και υποστήριξη Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Μελέτη περιβαλλοντικών και κοινωνικών επιδράσεων στην σωματική και ψυχική υγεία και στην ανάπτυξη του παιδιού.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας του παιδιού και της οικογενειακής υγείας.
- Μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης – παραμέλησης του παιδιού.
- Αναπτυξιακή παιδιατρική.
- Σχολική υγεία και προαγωγή υγείας στα σχολεία.
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινοτική ανάπτυξη.
- Παιδική προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur

Η σύλληψη της ιδέας για την ίδρυση του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur (E.I.P), ανήκει στον Dr. O. Arnaud, διευθυντή της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Γαλλικού Στρατού το 1915. Οι προσπάθειες καρποφόρησαν το 1919, με την οικονομική συμβολή του Sir Basil Zaharoff και την επιστημονική καθοδήγηση του Dr. Edmond Sergent, ενώ το Ινστιτούτο Pasteur Παρισίων έθεσε υπό την προστασία του την προσπάθεια αυτή. Η ενεργή δραστηριότητα του Ινστιτούτου άρχισε το Φεβρουάριο του 1920.

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur αποτελεί Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, την Γενική Γραμματεία Έρευνας Τεχνολογίας και από το Γαλλικό Ινστιτούτο Pasteur. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur διοικείται από εννεαμελές διοικητικό συμβούλιο, με συμβουλευτικό όργανο το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ινστιτούτου που αποτελείται από 6 μέλη.

Σύμφωνα με το πρώτο καταστατικό λειτουργίας του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur, όπως αυτό καθορίστηκε με Β.Δ. της 26/4/1919, οι σκοποί του Ινστιτούτου είναι οι εξής:

- Η μελέτη και καταπολέμηση των λοιμωδών και παρασιτικών νόσων.
- Η συμμετοχή στον αγώνα κατά της ελονοσίας και της φυματίωσης.
- Η παρασκευή εμβολίων και άλλων βιολογικών ή θεραπευτικών προϊόντων.
- Η διδασκαλία σε θέματα μικροβιολογίας. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Η σύγχρονη λειτουργία του Ινστιτούτου βασίζεται στο Ν. 390/1976, με τον οποίο επικυρώνεται η σύμβαση της 24/10/1975 μεταξύ Ελληνικού Δημόσιου και του Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur.

Η μελέτη λοιμωδών νόσων παραμένει ένας από τους βασικούς άξονες των ερευνητικών δραστηριοτήτων του Ινστιτούτου. Ταυτόχρονα έχουν αναπτυχθεί και οι τομείς της ανοσοβιολογίας και της νευρολογίας, όπου υπάρχει σημαντική συμβολή στην κατανόηση της παθογένειας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτοάνοσων ή νευροεκφυλιστικών νοσημάτων. Βασική επιδίωξη για το Ινστιτούτο αποτελεί η αξιοποίηση των ευρημάτων της βασικής έρευνας προς την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, εμβολίων νέας γενιάς και αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων.

Παράλληλα, το Ινστιτούτο προσφέρει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών, μέσω των Εθνικών Κέντρων Αναφοράς, του Τμήματος Διάγνωσης, της Μονάδας Εμβολίων, του Εργαστηρίου Ποιοτικού Ελέγχου, καθώς και εκπαιδευτικές δραστηριότητες και συμβάλλει σημαντικά στην προώθηση της Δημόσιας Υγείας και στην διάδοση της επιστημονικής γνώσης στον τομέα της βιοϊατρικής. (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Υ.Σ.Α.) ιδρύθηκε το 1929 με το νόμο 4069, με στόχο τη μετεκπαίδευση επιστημόνων, ικανών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας. Η διεύθυνση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών ανατέθηκε στο διαπρεπή Άγγλο Υγεινολόγο Norman White, ο οποίος εκπροσωπούσε την Ελλάδα στη Κοινωνία των Εθνών και αποχώρησε από την Ελλάδα 1934.

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, με το Νόμο Ν.2194/1994, αρθ.3 που συμπληρώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2517/1997 και του Ν. 2920/2001 (Φ.Ε.Κ 131

τεύχος Α') μετονομάζεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) και αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημόσιου Δικαίου, με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι τίτλοι σπουδών που απονέμει αποτελούν μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης διάρκειας ενός έτους στην Δημόσια Υγεία και στην Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Επιπλέον, η σχολή υλοποιεί για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δυο ακόμη εκπαιδευτικά προγράμματα και συγκεκριμένα:

Α) ειδικό πρόγραμμα θεωρητικής κατάρτισης διάρκειας 1 έτους στην ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας και

Β) ειδικό πρόγραμμα Επιδημιολογίας, Στατιστικής και Μεθοδολογίας Έρευνας διάρκειας 1 έτους για την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Η εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με την σημερινή οργανωτική δομή και τα γνωστικά αντικείμενα των τομέων της, έχει ως αποστολή να ανταποκριθεί εκπαιδευτικά και ερευνητικά στα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Δημόσια Υγεία.

Σκοπός της είναι:

- Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση αποφοίτων Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι.
- Η επιστημονική έρευνα.
- Η παροχή υπηρεσιών σχετικά με την Δημόσια Υγεία, την προαγωγή υγείας, τη διοίκηση υπηρεσιών και την κοινωνική πολιτική.

Κύριο διοικητικό όργανο της Σχολής είναι το Συμβούλιο των Καθηγητών, πρόεδρος του οποίου είναι ο Κοσμήτορας της Σχολής. Από το 1985 η Ε.Σ.Δ.Υ. διαθέτει Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας, μέσω του οποίου υλοποιεί μια σειρά ερευνητικών προγραμμάτων, μελετών και εφαρμοσμένων προγραμμάτων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας έχει διαδραματίσει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη Δημόσια Υγεία στην χώρα μας. Η δραστηριότητά της είναι ταυτόχρονα εκπαιδευτική, ερευνητική και συμβουλευτική. Είναι η μοναδική σχολή Δημόσιας Υγείας της χώρας και αντιπροσωπεύει την σημαντικότερη «δεξαμενή» ανθρωπίνου δυναμικού

στον τομέα της Δημόσιας Υγείας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)

Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999. Είναι Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Ο Ε.Φ.Ε.Τ. αποτελεί τον κύριο φορέα ελέγχου τροφίμων στον Ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με την διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.
- Η αποτροπή φαινομένων νοθείας καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή.
- Στην συνέχεια, με την ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της οδηγίας 93/43/Ε.Ο.Κ. σχετικά με την υγιεινή των τροφίμων, [Κ.Υ.Α. 487 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ Ε.Ο.Κ. του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219/Β/04.10.00)], ορίστηκε ο Ε.Φ.Ε.Τ. ως ο επίσημος οργανισμός ο οποίος θα ελέγχει την σωστή ανάπτυξη, εφαρμογή και τήρηση των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (Η.Α.С.С.Р.), υποχρεωτικών σε όλες τις επιχειρήσεις που ασχολούνται με τον τομέα των τροφίμων. Επιπλέον, με την Κ.Υ.Α. 588/2000 (ΦΕΚ 1375/2000), συγκροτήθηκε στον Ε.Φ.Ε.Τ. Επιστημονική Επιτροπή για την διαμόρφωση και παρακολούθηση προγράμματος ελέγχου και παρουσίας Γενετικά Τροποποιημένων Οργανισμών (Γ.Τ.Ο.) στα διάφορα τρόφιμα και συστατικά τροφίμων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. σε ό,τι αφορά την προστασία του καταναλωτή, την πιστοποίηση της ποιότητας και την αποτροπή φαινομένων νοθείας και παραπλάνησης του καταναλωτή περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τη διεξαγωγή συστηματικών επιθεωρήσεων σε επιχειρήσεις τροφίμων για τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων Ορθής Υγιεινής Πρακτικής και Ορθής Βιομηχανικής Πρακτικής, καθώς και των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής

των τροφίμων (H.A.C.C.P.).

- Τον συστηματικό έλεγχο των τροφίμων κατά την διακίνηση, εμπορία και διάθεσή τους.
- Την παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους, μέσω της έκδοσης οδηγιών υγιεινής και σεμιναρίων.
- Την αντιμετώπιση των διάφορων διατροφικών κρίσεων.
- Την διαμόρφωση Ελληνικών θέσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εισήγηση για την διαμόρφωση εθνικής νομοθεσίας σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την επικοινωνία με τον καταναλωτή με σκοπό την πληροφόρησή του και την εκπαίδευσή του σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την προστασία του καταναλωτή από παραπλανητικές εμπορικές πρακτικές ή από την νόθευση τροφίμων.
- Τον συντονισμό των νομαρχιακών υπηρεσιών που ασκούν έλεγχο σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εγκατάσταση περισσότερο αποτελεσματικών συστημάτων αξιολόγησης, παρακολούθησης και διαχείρισης διατροφικών κινδύνων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Οι έλεγχοι του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνουν:

- Ελέγχους που αφορούν τα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά.
- Ελέγχους που αφορούν τα συστατικά και τις πρόσθετες ουσίες.
- Ελέγχους των σημάτων καταλληλότητας.
- Ελέγχους που αφορούν τις μικροβιολογικές προδιαγραφές.
- Ελέγχους που αφορούν την παρουσία χημικών και φυσικών ρυπαντών και ραδιενέργειας.
- Ελέγχους που αφορούν την ποιότητα ή και νοθεία.
- Ελέγχους που αφορούν την σωστή επισήμανση.
- Ελέγχους που αφορούν την παραπλανητική διαφήμιση, παρουσίαση.
- Ελέγχους υλικών που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Το Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών ιδρύθηκε το 1996, με το Π.Δ. 372/1996, με σκοπό τη διασύνδεση της βασικής με την εφαρμοσμένη βιοϊατρική έρευνα, στο πλαίσιο των σύγχρονων αντιλήψεων. Είναι διαρθρωμένο σε 8 μείζονα ερευνητικά κέντρα βασικής και κλινικής έρευνας, τα οποία από διετίας αναπτύσσουν σημαντική ερευνητική δραστηριότητα. Η δραστηριότητα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών στην Δημόσια Υγεία αναπτύσσεται γύρω από τους εξής ερευνητικούς τομείς:

1. Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής, Νευροεπιστημών και Κοινωνικής Ψυχιατρικής.
Το κέντρο ασχολείται ερευνητικά με τον τομέα της Προληπτικής Ιατρικής, αποτυπώνει τα προβλήματα Δημόσιας Υγείας και εφαρμόζει μέτρα προστασίας και προαγωγής της υγείας.
2. Κέντρο Περιβαλλοντικής Υγείας.
Το κέντρο έχει αντικείμενο τη μελέτη των στοιχείων και καταστάσεων που δημιουργούν περιβαλλοντική ρύπανση και μόλυνση και τη μελέτη των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας από αυτήν.
3. Κέντρο Κλινικής Έρευνας.
Το Κέντρο Κλινικής Έρευνας έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της παθοφυσιολογίας των νοσημάτων και την αξιολόγηση των θεραπευτικών μεθόδων. Το κέντρο αναπτύσσει ερευνητική δραστηριότητα στην πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του καρδιαγγειακού, των παθήσεων του αναπνευστικού, των νεοπλασιών και μεταβολικών νοσημάτων.
4. Βασική Έρευνα Σχετιζόμενη με Συχνά Νοσήματα.
Πέραν αμιγούς κλινικής έρευνας, το ίδρυμα αναπτύσσει δραστηριότητα στο επίπεδο της βασικής έρευνας για νοσήματα σημαντικά για την Δημόσια Υγεία, όπως η νόσος Parkinson, το Alzheimer κλπ.
5. Τράπεζες Βιολογικών Υλικών.
Το ίδρυμα διατηρεί: α) τη Δημόσια Τράπεζα Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων και β) την Εθνική Τράπεζα Βιολογικού Υλικού για τη διερεύνηση των σημαντικότερων νοσημάτων.
Το ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών μολονότι άρχισε να λειτουργεί σε πλήρη ανάπτυξη πρόσφατα, έχει ήδη να επιδείξει ένα αξιόλογο ερευνητικό έργο

(Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος»

Το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» (Ε.Κ.Ε.Φ.Ε «Δημόκριτος») ιδρύθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '50, ως αποκεντρωμένη δημόσια υπηρεσία και αρχικά ονομάστηκε Πυρηνικό Ερευνητικό Κέντρο «Δημόκριτος».

Ο αρχικός σκοπός του νεοϊδρυθέντος κέντρου ήταν η χρησιμοποίηση των πλεονεκτημάτων της πυρηνικής ενέργειας για ειρηνικούς σκοπούς. Το 1985, το κέντρο μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» (Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δ») και έγινε αυτοδιοικούμενο Νομικό πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ), υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Έρευνας και Τεχνολογίας του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Οι επιστημονικές δραστηριότητες του κέντρου υλοποιούνται μέσω οκτώ διοικητικά αυτόνομων Ινστιτούτων, τα οποία είναι:

- Το Ινστιτούτο Πυρηνικής Φυσικής (Ι.Π.Φ).
- Το Ινστιτούτο Πυρηνικής Τεχνολογίας και Ακτινοπροστασίας (Ι.Π.Τ.Α).
- Το Ινστιτούτο Επιστήμης Υλικών (Ι.Ε.Υ).
- Το Ινστιτούτο Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών (Ι.Π.Τ)
- Το Ινστιτούτο Μικροηλεκτρονικής (Ι.ΜΕΛ.).
- Το Ινστιτούτο Φυσικοχημείας (Ι.ΦΧ.).
- Το Ινστιτούτο Βιολογίας (Ι.Β).
- Το Ινστιτούτο Ραδιοϊσοτόπων και Ραδιοδιαγνωστικών Προϊόντων (Ι.Ρ.Ρ.Π.).

Οι δραστηριότητες των Ινστιτούτων αυτών αφορούν τομείς όπως: νανοτεχνολογία, μικροσυστήματα, ολοκληρωμένα συστήματα τηλεπικοινωνιών και πληροφορικής, έλεγχο περιβαλλοντικών ρύπων, πυρηνική τεχνολογία και ακτινοπροστασία, τεχνολογίες επιταχυντικών συστημάτων και ανιχνευτών διατάξεων, παρασκευή και χαρακτηρισμός καινοτόμων υλικών, βιοδραστικά μόρια, φυσικά προϊόντα και βιοτεχνολογία, τεχνολογίες φαρμάκων και διαγνωστικών, τηλεϊατρική, κ.ά.

Από το σύνολο των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων, αυτές που έχουν άμεση σχέση με την Δημόσια Υγεία είναι οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή των εθνικών και διεθνών κανονισμών ακτινοπροστασίας. Ο «Δημόκριτος» είναι

μοναδικός και αποκλειστικός φορέας που είναι εξουσιοδοτημένος για την επιστημονική και τεχνική υποστήριξη της τήρησης των κανονισμών ακτινοπροστασίας σε όλη τη χώρα.

Οι δραστηριότητες αυτές αναφέρονται στους παρακάτω τομείς:

- Τήρηση κανονισμών ακτινοπροστασίας των ιατρικών και οδοντιατρικών ακτινολογικών εργαστηρίων και εργαστηρίων ραδιοϊσοτόπων.
- Έλεγχος ραδιοφαρμάκων και ραδιοανοσοαντιδραστηρίων.
- Έλεγχος ραδιενεργών ρύπων στο περιβάλλον και στα τρόφιμα.
- Έλεγχος ασφάλειας και καλής λειτουργίας εγκαταστάσεων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα Αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει ως κύριους σκοπούς:

- Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Την ίδρυση και αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Δηλαδή, η αποστολή του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι διττή: αφενός ως εθνικός συντονιστικός φορέας και αφετέρου ως φορέας ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης.

Σε ότι αφορά την πρώτη αποστολή, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση,

πανεπιστημιακά ιδρύματα, κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Pompidou του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.), ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία.

Στον τομέα της πρόληψης, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών, το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν κατά το δυνατόν οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, 2005).

Το δίκτυο Υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. περιλαμβάνει υπηρεσίες, προγράμματα και δράσεις στους τομείς:

- πρόληψη
- θεραπεία
- κοινωνική επανένταξη
- άμεση πρόσβαση
- υποστηρικτικές υπηρεσίες.

Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ.)

Το Ερευνητικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ. Α.Ε.) ιδρύθηκε το 1988. Είναι Ανώνυμη Εταιρία που σε ποσοστό 88% ανήκει στον Ε.Ο.Φ. και 12% στον Ε.Ο.Μ.ΜΕ.Χ., και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ. δραστηριοποιείται στην διενέργεια των εργαστηριακών δοκιμών και ελέγχων σε ιατροτεχνολογικά προϊόντα, για λογαριασμό του Ε.Ο.Φ. με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα, ενώ από το 1998 το κέντρο πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα και χορηγεί τη σήμανση CE.

Το Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ. έχει διαπιστευτεί από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.), ως προς το πρότυπο EN 45011, για την πιστοποίηση Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας Εταιριών, με πεδίο εφαρμογής και τον Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, και ως προς το πρότυπο EN 45011, για την πιστοποίηση ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

Το Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ. δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας και εστιάζει στην ιατρική τεχνολογία. Λειτουργεί ως:

1. Οργανισμός Πιστοποίησης. Πιστοποιεί φορείς (εταιρίες και οργανισμούς) ως προς τα πρότυπα EN ISO 9001/2000, EN ISO 13485, ΥΑ2480.
2. Κοινοποιημένος Οργανισμός. Πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα (σήμανση CE Mark).
3. Εργαστήριο Ελέγχου και Δοκιμών. Εφαρμόζοντας εναρμονισμένα πρότυπα ελέγχει προϊόντα ως προς την συμμόρφωσή τους.
4. Ερευνητικό Κέντρο. Εκπονεί Εθνικά και Ευρωπαϊκά έργα Έρευνας και Ανάπτυξης.
5. Κέντρο Παροχής Εκπαίδευσης. Διοργανώνει εκπαιδευτικές διαδικασίες με αποδέκτες κυρίως νοσοκομεία.

Από τις δραστηριότητες αυτές, εκείνες που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τη Δημόσια Υγεία είναι ο Ποιοτικός Έλεγχος Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων.

Το Ε.Κ.Ε.Β.Υ.Λ. διαθέτει σύγχρονα εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα (EN, EurPh, ISO, κ.ά).

Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Το «Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του» (Ε.ΚΕ.ΔΙ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε το 1993. Το Ε.ΚΕ.ΔΙ. επιδιώκει, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και την Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη (IDF), να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου και να δοθεί ώθηση στην επιστημονική γνώση γύρω από αυτή. Όπως ορίζεται στο καταστατικό του, το Ε.ΚΕ.ΔΙ. έχει ως σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση και παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα, την πρόληψη και την θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του.

Στο πλαίσιο αυτό, η αποστολή του κέντρου αναφέρεται στα εξής:

- Στην υποστήριξη και στο συντονισμό της παροχής πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.
- Στην υποβοήθηση και στον συντονισμό των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Κέντρων που λειτουργούν σε όλη την χώρα.
- Στην παρακολούθηση της πορείας των επιπλοκών της νόσου καθώς και στην αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων.
- Στην διεξαγωγή και συντονισμό ερευνητικών προγραμμάτων στο πεδίο του σακχαρώδους διαβήτη.
- Στην υποβολή εισηγήσεων στο Υπουργείο Υγείας και σε ερευνητικά προγράμματα και στη διαμόρφωση πολιτικών με σκοπό την αντιμετώπιση του διαβήτη.
- Στην παροχή ενημέρωσης στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, σε θέματα γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαφώτιση του κοινού με στόχο την καλύτερη πρόληψη της νόσου.
- Στην συνεργασία με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα, διεθνείς οργανισμούς και επιστημονικές εταιρίες, που έχουν δραστηριότητες συναφείς προς τους σκοπούς του κέντρου.
- Στην οργάνωση συνεδριών, διαλέξεων, ανακοινώσεων καθώς και κάθε είδους επιστημονικής και ερευνητικής δραστηριότητας σχετικής με το αντικείμενό του.
- Στην ίδρυση και λειτουργία Πρότυπου Εργαστηρίου Μοριακής Βιολογίας με ερευνητικό αντικείμενο σχετικό με το διαβήτη.
- Στη χορηγία υποτροφιών για την μετεκπαίδευση σε ερευνητικά κέντρα του εσωτερικού.
- Στην έκδοση βιβλίων ή περιοδικών εκδόσεων (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2009).

Εγκαταλείποντας τον τομέα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, θα μεταβούμε στο χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για να παρακολουθήσουμε την οργάνωση και τη λειτουργία της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο Οργάνωση και Λειτουργία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Θέμα του παρόντος κεφαλαίου αποτελεί το οργανωτικό και λειτουργικό κομμάτι της Τοπικής Αυτοδιοίκησης τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα. Ειδικότερα για τη χώρα μας παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη και η σύγχρονη οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, οι Δήμοι και οι Κοινότητες καθώς και άλλες μορφές οργάνωσης Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Τέλος, παρατίθενται τα κύρια χαρακτηριστικά των ΟΤΑ.

5.1 Ευρώπη

Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κυρίαρχη είναι η δύναμη των τοπικών αρχών. Αυτές αντιπροσωπεύουν αυτοδιοικούμενες κοινότητες και έχουν το δικαίωμα να δρουν υπέρ των κοινοτήτων τους με μόνη εξαίρεση την περίπτωση της ρητής απαγόρευσης από το νόμο. (σε αντίθεση με τη χώρα μας όπου έχουν το δικαίωμα να πράττουν μόνο όσα ορίζει ο νόμος). Η κοινότητα που εκπροσωπεί κάθε τοπική αρχή καθορίζει και την ταυτότητα της και όχι οι προσφερόμενες απ' αυτήν υπηρεσίες.

Η πολιτική (προ) ιστορία κάθε κράτους είναι αυτή που διαφοροποιεί τη συμβολή της υπό-εθνικής παραμέτρου στη δημόσια διοίκηση της Ευρώπης. Κατ' αυτή τη λογική, η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διακυβέρνηση της χώρας είναι καθοριστικής σημασίας για τα κράτη με παράδοση στην τοπική αυτονομία, όπως είναι τα Σκανδιναβικά, ενώ οι δράσεις της αυτοδιοίκησης περιορίζονται από τους κεντρικούς μηχανισμούς για τα κράτη που λειτουργούν συγκεντρωτικά, όπως η Ιταλία η Γαλλία και η Ελλάδα.

Το πλήθος των επιπέδων της τοπικής αυτοδιοίκησης (βαθμίδες) αποκαλύπτει το μέγεθος και την πολυπλοκότητα των μηχανισμών της καθώς και τη δομή και την αλληλεπίδραση τους. Έτσι, η διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ευρώπη παρουσιάζεται όπως παρακάτω: (παράρτημα 2, πίνακας 4)

Εμφανώς, η διαδημοτικότητα εμφανίζεται πολύ διαδεδομένη σε χώρες όπως η Φινλανδία και η Σουηδία. Στην Φινλανδία, ενδεικτικά, υπάρχουν 444 δήμοι και 252 διαδημοτικές αρχές, ενώ το μέσο μέγεθος του δήμου είναι 11.700 κάτοικοι.

Στην Σουηδία, από την άλλη, υπάρχουν 289 πρωτοβάθμιες δομές τοπικής αυτοδιοίκησης (δήμοι) και 21 δευτεροβάθμιες, με μέσο όρο κατοίκων ανά δήμο τους 30.800. Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η οικονομική ανεξαρτησία των σουηδικών δήμων, καθώς το 90% των εσόδων των δήμων απορρέει απευθείας από την φορολογία, ενώ μόνο το 1% προέρχεται από κρατική ενίσχυση. Έτσι, η πολιτική εξάρτηση των δήμων από την κεντρική εξουσία είναι μικρή, ενώ ποικίλλει η φορολογική πολιτική, αλλά και διαφορετική χρηματοδότηση δραστηριοτήτων από δήμο σε δήμο (Κυριακίδης, 2006).

Στην Γερμανία, η αναδιοργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης ξεκίνησε το 1970 με την δημιουργία μεγάλων κομητειών και δήμων και την αποκέντρωση των δημόσιων υπηρεσιών. Σήμερα, υπάρχουν 15 διοικητικές μονάδες (14 κομητείες και 1 μητροπολιτικό κέντρο) και 275 δήμοι. Τόσο οι κομητείες, όσο και οι δήμοι διοικούνται από αιρετούς αντιπρόσωπους και επιτροπές για τις διάφορες εργασίες, ενώ συλλέγουν φόρους και ορίζουν το ύψος τους εντός γενικών βέβαια ορίων της φορολογικής πολιτικής(Christiansen, 2002). (παράρτημα 2, πίνακας 5)

Στην Γαλλία, από την άλλη πλευρά, είναι έντονη η παρουσία του κέντρου. Υπάρχουν τρία αυτοδιοικητικά επίπεδα: 100 νόμοι(departments), 26 περιφέρειες (regions) και 36.683 δήμοι. Τα καθήκοντα σε κάθε ΟΤΑ κατανέμονται ανάλογα , με την γεωγραφική του έκταση (Μπάρδης, 2006). Ο μέσος πληθυσμός του Γαλλικού δήμου είναι 1600 άτομα, ενώ αξιοπρόσεκτό είναι ότι η Γαλλία κατέχει το 40% όλων των δήμων της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Κάθε επίπεδο της Γαλλικής αυτοδιοίκησης εκπροσωπείται από μία ένωση, ενώ υπάρχουν και μια σειρά ενώσεων που εξειδικεύονται στην εκπροσώπηση συγκεκριμένων ομάδων ΟΤΑ(ΠΧ. Ένωση Μεγάλων πόλεων, Ένωση Αγροτικών δήμων κλπ).

Η Γερμανία έχει ομοσπονδιακή κρατική οργάνωση, η οποία περιλαμβάνει τα ομοσπονδιακά κρατίδια, τις περιοχές – επαρχίες και του δήμους. Υπάρχουν 16 ομόσπονδα κρατίδια, 116 πόλεις- επαρχίες, 323 επαρχίες- αγροτικές περιοχές και 12.196 δήμοι, οι οποίοι έχουν μέσο πληθυσμό μικρότερο των 6.690 κατοίκων. Πάνω από το 75% των κατοίκων έχει πληθυσμό κάτω των 5.000 κατοίκων, ενώ το 42% του συνολικού πληθυσμού ζει σε πόλεις μικρότερες των 20.000 κατοίκων. (παράρτημα 2, πίνακας 6)

Στη γειτονική της χώρας, την Αυστρία, υπάρχουν δύο επίπεδα αυτοδιοίκησης: εννέα ομόσπονδα κρατίδια και 2.536 δήμοι, εκ των οποίων 15 πόλεις με ειδικό καθεστώς, 197 αστικοί δήμοι, 755 προάστια και 1290 χωριά. Πάνω από το 90% των

αυστριακών δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων και μόνο πέντε δήμοι έχουν πληθυσμό των 150.000 κατοίκων.

Δεν θα ήταν άσκοπο στο σημείο αυτό να αναφερθούμε στην διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στις Μεσογειακές χώρες που θα περίμενε κανείς να προσιδιάζουν περισσότερο στα ελληνικά δεδομένα. Στην Ισπανία, καταρχάς, υπάρχουν τρία επίπεδα αυτοδιοίκησης, αποτελούμενο από 17 αυτόνομες κοινότητες, 50 επαρχίες και 8.106 δήμους. Στη χώρα ανήκουν επίσης δύο αυτόνομες πόλεις της Β. Αφρικής. Ο μέσος πληθυσμός των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ (δήμων) είναι 5.430 κάτοικοι, με το 85% των δήμων να έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000.

Στην γειτονική Ιταλία, επίσης οι βαθμίδες αυτοδιοίκησης είναι τρεις και απαρτίζονται από 20 περιφέρειες, 104 επαρχίες και 8.100 δήμους, ενώ υπάρχουν ακόμα και δύο ανεξάρτητα κρατίδια του Σαν Μαρίνο και του Βατικανού. Οι ιταλικοί δήμοι έχουν σχετικά μικρό μέγεθος, με μέσο όρο κατοίκων 7.270 και 71% των ΟΤΑ να διαθέτουν πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων.

Τέλος, το πορτογαλικό σύνταγμα ορίζει δύο βαθμούς αυτοδιοίκησης: πρωτοβάθμια και περιφερειακή, με τη δεύτερη όμως να μην έχει εφαρμοστεί ακόμα στην πράξη. Κατά συνέπεια, στην Πορτογαλία υπάρχουν μόνο 278 δήμοι, με πληθυσμό που κυμαίνεται ανάμεσα στους 10.000 και 50.000 κατοίκους και μέσο όρο κατοίκων τους 34.380. Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι η πληθυσμιακή διασπορά των δήμων δεν είναι συμμετρική, αλλά οι ανατολικότεροι είναι μικρότεροι, ενώ μεγάλες συγκεντρώσεις πληθυσμού παρατηρούνται στους παραθαλασσίους δήμους. (παράρτημα 2, πίνακας 7)

Συμπεραίνει λοιπόν κάνεις πως υπάρχουν πάμπολλες διαφοροποιήσεις στην ευρωπαϊκή τοπική αυτοδιοίκηση γεγονός που οφείλεται στις συνθήκες που ισχύουν ισχύσαν σε κάποια χρονική στιγμή στην κάθε χώρα. Επομένως δεν υπάρχει κάποιο ‘μοντέλο’ που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το επικρατέστερο καθώς η διαμόρφωση της τοπικής αυτοδιοίκησης σε κάθε κράτος απορρέει από τις συνθήκες που επικρατούν: τοπικές, εθνικές, ιστορικές, πολιτικές, και κοινωνικό - οικονομικές.

Στις παραγράφους που ακολουθούν θα αναφερθούμε στην διαμόρφωση της ελληνικής τοπικής αυτοδιοίκησης, όπως αυτή προέκυψε μέσα από τις τοπικές ιδιαίτερες συνθήκες.

5.2 Στην Ελλάδα

5.2.1 Ιστορική εξέλιξη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα

Ένας μεγάλος νομοθέτης της αρχαίας Ελλάδας, ο Κλεισθένης, θεωρείται από πολλούς ιστορικούς ως «πατέρας» της αυτοδιοίκησης. Έργο του στάθηκε η διαίρεση της αθηναϊκής πολιτείας σε 100 δήμους, εις εκ των οποίων είχε δική του διοικητική περιφέρεια, ονομασία και άμεσα εκλεγμένα από τους κατοίκους του, διοικητικά όργανα. Επιπρόσθετα, ο Κλεισθένης δημιούργησε το 580 π.Χ. τις Τριττύες, θεσμό που αντιστοιχεί στις σημερινές νομαρχίες και υιοθετήθηκε τόσο από το κράτος του Μ. Αλέξανδρου, όσο και αργότερα από τη Ρωμαϊκή και Βυζαντινή μορφή διοίκησης. Στην περίοδο της Οθωμανικής επικυριαρχίας στην Ελλάδα, βασική μονάδα τοπικής διοίκησης υπήρξε η κοινότητα, η οποία αποτελούνταν από έναν ή περισσότερους οικισμούς και είχε την υποχρέωση να συλλέγει και να αποδίδει τους φόρους στην κεντρική διοίκηση. οι δημογέροντες ή προεστοί που εκλέγονταν από το λαό αναλάμβαναν την διοίκηση των κοινοτήτων. Στο πέρασμα του χρόνου και ανάλογα με τις εκάστοτε συνθήκες οι κοινότητες ακολούθησαν δύο κατευθύνσεις: άλλες εξελίχθηκαν σε φορείς διατήρησης της εθνικής συνείδησης και άλλες σε εμπόδια στην δημιουργία ελεύθερου ελληνικού κράτους, εξαιτίας του ανταγωνισμού που αναπτύχθηκε μεταξύ τους. (Ιατρού κ. συν, 2005).

Μετά την απελευθέρωση και επί των ημερών του Ι. Καποδίστρια, η ελληνική επικράτεια διαιρέθηκε σε επαρχίες, υπό –επαρχίες και κοινότητες, με τους έπαρχους και τους κοινοτάρχες να διορίζονται όμως από την κεντρική διοίκηση. Η διαίρεση της χώρας σε νομούς, επαρχίες και δήμους, με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά δεδομένα πραγματοποιήθηκε το 1833 με την έκδοση του Νόμου «περί συστάσεως των δήμων». Πρόκειται για τον μακροβιότερο νόμο που ψηφίστηκε ποτέ για την αυτοδιοίκηση αφού διατηρήθηκε για ογδόντα ολόκληρα χρόνια (Αθανασάκης κ. συν, 2009). Σύμφωνα με αυτόν οι νομάρχες υπάγονταν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου των Εσωτερικών και διορίζονταν από αυτό. Οι δήμοι είχαν αρκετές αρμοδιότητες, με κυριότερες: την στοιχειώδη εκπαίδευση (απ' όπου και «δημοτικά» σχολεία), την αστυνόμευση και την στρατολόγηση. Τα δημοτικά συμβούλια εκλέγονταν από τους δημότες, αλλά ο δήμαρχος επιλεγόταν από το νομάρχη, από κατάλογο υποψηφίων που συνέτασσε το δημοτικό συμβούλιο.

Η επόμενη προσπάθεια αναμόρφωσης της ελληνικής αυτοδιοίκησης πραγματοποιήθηκε το 1912 από τον Ελ. Βενιζέλο, με την ψήφιση του νόμου 4ΝΖ/1912 περί «συστάσεως δήμων και κοινοτήτων». Με τον νόμο αυτό εισήχθησαν οι κοινότητες ως δεύτερο είδος πρωτοβάθμιων ΟΤΑ και δημιουργήθηκαν περίπου 6000 πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ, οι οποίοι ήταν ως επί το πλείστον θνησιγενείς και λειτουργούσαν ως παραρτήματα της κρατικής γραφειοκρατίας. Ο νόμος προέβλεπε την δυνατότητα σύμπραξης δύο κοινοτήτων «προς θεραπεία κοινών τους τοπικών συμφερόντων» (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Το πρώτο Σύνταγμα του 1927, στο αρθρ. 107, αναφέρει «το Κράτος διαιρείται εις περιφέρειας, εντός των οποίων οι πολίτες διαχειρίζονται απευθείας τας τοπικάς υποθέσεις, αις ο νόμος θέλει ορίσει». Κατά αυτόν τον τρόπο, η αυτοδιοίκηση ως θεσμός κατοχυρώνεται στον ανώτατο νόμο της χώρας. Με το Σύνταγμα του 1927 θεσπίστηκε η αυτοδιοίκηση δύο βαθμίδων κατ' ελάχιστον και ως πρώτη βαθμίδα ορίστηκε η κοινότητα (Ιατρού κ. συν, 2005).

Έκτοτε, υπήρξαν διάφορες αναθεωρήσεις, με τις πιο πρόσφατες να θεσπίζουν το τεκμήριο της διοικητικής διαίρεσης της χώρας βάσει γεωοικονομικών, κοινωνικών και συγκοινωνιακών συνθηκών (αρθρ. 101, παρ. 2), το οποίο οδήγησε στην διαίρεση της χώρας σε ενιαίες περιφέρειες, που ανήκουν σε μια από τις δεκατρείς περιφέρειες. Η διάκριση αυτή σε νομούς και περιφέρειες ωστόσο αφορά την αποκέντρωση α' και β' βαθμού και όχι την τοπική αυτοδιοίκηση. Επίσης, με το αρθρ. 102 του αναθεωρημένου Συντάγματος διασφαλίζεται η αυτοτέλεια των ΟΤΑ και ο περιορισμός του κρατικού παρεμβατισμού (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

5.2.2. Η Οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην σύγχρονη Ελλάδα

Όπως προαναφέρθηκε, με τις τελευταίες συνταγματικές αναθεωρήσεις, η χώρα διαιρέθηκε, βάσει γεωοικονομικών, κοινωνικών και συγκοινωνιακών συνθηκών, σε 13 περιφέρειες, οι οποίες υποδιαιρέθηκαν σε νομούς και σε δεύτερο επίπεδο σε δήμους και κοινότητες. Αυτή η ταξινόμηση στηρίζεται στην διαίρεση της χώρας με στόχο την αποκέντρωση της διοίκησης. Από την άλλη, η χώρα διαιρέθηκε με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση, σε περιφέρειες, αυτές σε νομαρχίες (β' βαθμός αυτοδιοίκησης) και κατόπιν σε δήμους και κοινότητες (α' βαθμός αυτοδιοίκησης). Σκόπιμο είναι να

αναφερθεί εδώ ότι οι δύο βαθμίδες αυτοδιοίκησης δεν τελούν σε ιεραρχική θέση, αλλά έχουν διακριτές αρμοδιότητες, χωρίς να ασκείται εποπτεία από τη μια προς την άλλη πλευρά (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Τέλος, διαχωρίζεται από την τοπική αυτοδιοίκηση, η ειδική καθ' ύλην αυτοδιοίκηση. Ενώ η πρώτη εμπεριέχει το εδαφικό στοιχείο(περιοχή), αλλά και το αθροιστικό έμψυχο στοιχείο(δημότες), η ειδική καθ' ύλην αυτοδιοίκηση αποτελείται από ΝΠΔΔ, τα οποία ασκούν δημόσια διοίκηση επί ορισμένων μόνο καθ' ύλην αντικειμένων, που έχει προβλεφθεί για αυτά από το Σύνταγμα ή τον ιδρυτικό τους νόμο/καταστατικό(Σαρκόπουλος, 1993).

5.2.3 Η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση

Κατά την παραπάνω έννοια, ο νομός δεν έχει νομική προσωπικότητα, ούτε είναι κάποιο πρόσωπο ή αρχή, αλλά απλά μια γεωγραφική περιοχή ή μια διοικητική μονάδα, υπάγεται στο νομικό πρόσωπο του Κράτους (Δαγτόγλου, 2004). Σήμερα και εν όψει των μεταρρυθμίσεων που αναμένεται να εφαρμοστούν , η χώρα διαιρείται σε 51 νομούς συν το Άγιο Όρος, το οποίο διέπεται από το αυτόνομο διοικητικό καθεστώς. Από την άλλη, η νομαρχία απαρτίζεται από το σύνολο των οργάνων του νομού, αποτελεί την τοπική αυτοδιοίκηση δευτέρου βαθμού και καθιερώθηκε συνταγματικά το 1927. Με το Ν.2218/94 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια κ.α διατάξεις», εισήχθησαν οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις με στόχο την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη των νομών. Οι νομαρχίες διακρίνονται σε απλές, όταν ταυτίζονται με το νομό και ενιαίες, όταν συμπεριλαμβάνουν περισσότερους νομούς ή νομαρχίες. Με βάση το αρθρ. 1 του Ν2240/94 ορίστηκε η ύπαρξη τριών ενιαίων νομαρχιών: Αθηνών-Πειραιώς, Ροδόπης – Έβρου και Δράμας- Καβάλας- Ξάνθης(Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Σήμερα πλέον, με την εφαρμογή του σχεδίου «Καλλικράτης», που θα αναφερθεί εκτενέστερα παρακάτω, οι νομαρχίες έπαψαν να υφίστανται ως αυτοδιοικητικά όργανα.

5.2.4 Δήμοι- Κοινότητες

Όπως προαναφέρθηκε, το Διάταγμα 27/12/1833, συνέστησε τον δήμο ως ενιαίο τύπο ΟΤΑ πρώτου βαθμού. Συγκεκριμένα στο πρώτο του άρθρο αναφέρεται ότι «όλο το Βασίλειον της Ελλάδος θέλει διαιρεθεί σε δήμους, έκαστου δε δήμου θέλει προσδιορισθεί η περιοχή...». Επίσης, στο αρθρ. 4, παρ.7 προσδιορίζεται ο ελάχιστος αριθμός κατοίκων για το σχηματισμό δήμων και ορίζονται πληθυσμιακά κριτήρια διαχωρισμού τους σε τρεις τάξεις. Με το Ν. ΔΝΖ/1912 εισήχθη η κοινότητα ως διακριτή μορφή τοπικής αυτοδιοίκησης, με μικρότερο πληθυσμιακό μέγεθος, γεγονός που οδήγησε στην ραγδαία αύξηση του αριθμού των ΟΤΑ και κατά συνέπεια στην δυσλειτουργία και την αναποτελεσματικότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης(Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Έκτοτε επήλθαν πολλές διαφοροποιήσεις στη μορφή των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ, με πιο αξιομνημόνευτη την αναπροσαρμογή που προέκυψε με την εφαρμογή του Ν. 2539/97 «Συγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης» ή αλλιώς «Σχέδιο Ιωάννης Καποδίστριας». Με την εφαρμογή του εν λόγω νόμου καταργήθηκαν οι υφιστάμενοι δήμοι και κοινότητες και συστάθηκαν νέοι, προερχόμενοι από συνενώσεις ΟΤΑ. Συνολικά, δημιουργήθηκαν 900 νέοι δήμοι και 133 κοινότητες, έναντι των σχεδίων 6.000 που υπήρχαν πριν. Σύμφωνα με το αρθρ.2, παρ.10 του σχεδίου, η εδαφική περιφέρεια του καταργούμενου ή προσαρτώμενου ΟΤΑ, αποτελεί υποδιαίρεση της εδαφικής περιφέρειας του νεοσυσταθέντος ΟΤΑ και ονομάζεται «δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα» ή σύμφωνα με το αρθρ. 4 του Ν. 3463/06 «τοπικό διαμέρισμα».(Αθανασάκης κ.συν,2009).

Η γενική αρμοδιότητα των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ ορίζεται στο Σύνταγμα (αρθρ. 102, παρ. 1) και στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (Ν. 3463/2006, αρθρ.75): «οι δημότες και οι κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας». Στον ΚΔΚ αναφέρονται κάποιες ενδεικτικές «τοπικές υποθέσεις», χωρίς όμως να εξαντλείται το θέμα. Όπως έχει κριθεί από το συμβούλιο της Επικράτειας, σκοπός των α' βαθμίων ΟΤΑ είναι η προαγωγή των συμφερόντων των κατοίκων της περιφέρειας του ΟΤΑ ή κατά μία άλλη διατύπωση, η προστασία,

ανάπτυξη και βελτίωση των όρων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας (Αθανασάκης κ. συν, 2009).

Ο νέος ΚΔΚ προσπάθησε να συστηματοποιήσει τους τομείς αρμοδιότητας των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ και κατέληξε σε ένα γενικότερο πλαίσιο που αναφέρει τους παρακάτω: Ανάπτυξη, Περιβάλλον, Ποιότητα ζωής και εύρυθμη λειτουργία πόλεων και οικισμών, Απασχόληση, Κοινωνική προστασία & αλληλεγγύη, Παιδεία, Πολιτισμός και Αθλητισμός, Πολιτική προστασία (Κοντιάδης κ. συν, 2009).

Παρόλα αυτά, οι ΟΤΑ δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να στηρίζουν τις δραστηριότητες που τους αναλογούν. Ένα μεγάλο ποσοστό των εσόδων της τοπικής αυτοδιοίκησης, δηλαδή το 23%, προέρχεται από τις κρατικές επιχορηγήσεις και μόνο κατά το υπόλοιπο από ίδιους πόρους. Το ποσοστό αυτό είναι πολύ υψηλότερο από τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Με τον τρόπο αυτό, περιορίζεται κατά πολύ η τοπική πρωτοβουλία, λόγω της ανελαστικότητας των αναγκών της.

5.2.5 Άλλες μορφές οργάνωσης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Προκειμένου να καλυφθούν ιδιαίτερες ανάγκες είναι δυνατό να ιδρυθούν διάφορες οργανωτικές μονάδες, με ευρεία διοικητική αυτοτέλεια και την μορφή του ΝΠΔΔ ή ΝΠΔΙ ή ακόμα δημοτικών- κοινοτικών επιχειρήσεων/υπηρεσιών. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες ενδεικτικές κατηγορίες(Σαρκόπουλος, 1993)

- Ιδρύματα(π.χ. νοσοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, βρεφοκομεία), τα οποία συστήνονται με απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου και κατά το αρθρ. 164 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, διοικούνται από το Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο συμμετέχει ο Δήμαρχος και 6-12 εκλεγμένα μέλη από το δημοτικό συμβούλιο
- ΝΠΔΔ.(π.χ. γυμναστήρια, φιλαρμονική, νεκροταφείο), τα οποία δημιουργούνται για την καλύτερη ικανοποίηση τοπικών υποθέσεων με απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου και με σύμφωνη απόφαση της Νομαρχίας, βάσει των οριζόμενων στο αρθρ. 187 του ΚΔΚ.
- Σύνδεσμοι Δήμων και Κοινοτήτων. Με βάση τα οριζόμενα στο Σύνταγμα (αρθρ. 102, παρ. 3), είναι δυνατό με νόμο να δημιουργηθούν αναγκαστικά ή εκούσια, σύνδεσμοι ΟΤΑ, προκειμένου να εκτελεστούν έργα ή να παρασχεθεί κάποια

υπηρεσία. Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι να μετέχει στον σύνδεσμο τουλάχιστον το 1/3 των δήμων και κοινοτήτων του νομού, να υπάρχουν αποφάσεις των συμβουλίων διοίκησης με απόλυτη πλειοψηφία των μελών τους και οι ανάγκες των κατοίκων να μην μπορούν να ικανοποιηθούν αλλιώς.

- Επιχειρήσεις. Σύμφωνα με τον ΚΔΚ, αρθρ. 260, οι δήμοι και οι κοινότητες έχουν το δικαίωμα να συνιστούν δικές τους επιχειρήσεις ή να μετέχουν σε άλλες, προκειμένου να εκτελεστούν έργα ή να παραχθούν αγαθά και υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση του κοινού ή ακόμα για να αναπτυχθούν δραστηριότητες για την πραγματοποίηση εσόδων.
- Τοπικές Ενώσεις Δήμων και Κοινοτήτων, οι οποίες αποσκοπούν στην καλύτερη συνεργασία των πρωτοβάθμιων ΟΤΑ.

Επίσης, ιδιαίτερη μορφή αυτοδιοίκησης φέρει, σύμφωνα με το άρθρο 1050 του Συντάγματος, το Άγιο Όρος, το οποίο είναι αυτοδιοίκητο τμήμα με προνομιακό καθεστώς και διοικείται από την Ιερά Κοινότητα(αντιπρόσωπους των ιερών μονών), ενώ το κράτος έχει απλά τη διοικητική εποπτεία.(Σαρκόπουλος, 1993).

5.3 Επίπεδα δράσεις του Εθνικού Αναπηρικού κινήματος ανά βαθμίδα οργάνωσης του

Είναι αναγκαίο, βάσει της καταστατικής συγκρότησης του αναπηρικού κινήματος, να οριοθετηθούν οι διακριτοί ρόλοι και οι διακριτές ευθύνες και αρμοδιότητες που έχουν οι φορείς σε κάθε επίπεδο. Αυτό είναι επιβεβλημένο όχι μόνο για τον καλύτερο συντονισμό του ίδιου του αναπηρικού κινήματος σε εσωτερικό επίπεδο, αλλά κυρίως για τον τρόπο που το ίδιο το αναπηρικό κίνημα θα διεκδικεί, ανάλογα με το επίπεδο που δρα για την επίλυση των θεμάτων του αναπηρικού χώρου. Ιδιαίτερος δε σε αυτό το σημείο επιβάλλεται να υπάρχει σαφήνεια και καθαρότητα. Η πολυδιάσπαση και πολυπραγμοσύνη δεν οδηγούν σε πρακτικά αποτελέσματα. Για να θεωρούνται οι φορείς του αναπηρικού κινήματος από τους θεσμούς της Πολιτείας και της κοινωνίας σε όλα τα επίπεδα Κοινωνικοί Εταίροι οφείλουν συνεπώς να συμπεριφέρονται με τον τρόπο που συνάδει με την ιδιότητα του εκπροσώπου ενός χώρου, με την ιδιότητα του Κοινωνικού Εταίρου. Η εταιρική σχέση δεν δωρίζεται, αλλά πάντα καταχτείται μέσα από αγώνες και συλλογική προσπάθεια.

Σε αυτήν την υπο - ενότητα επιχειρείται να οριοθετηθεί ο διακριτός ρόλος της κάθε αναπηρικής οργάνωσης ανάλογα με το επίπεδο που δρα και λειτουργεί.

5.3.1 Εθνικό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος

Σε εθνικό επίπεδο η Ε.Σ.Α.μεΑ, ως πλέον αντιπροσωπευτική τριτοβάθμια αναπηρική οργάνωση, συμμετέχει στα κέντρα λήψης αποφάσεων – μέσω της συμμετοχής της σε διάφορες επιτροπές και σε διαβουλεύσεις που λαμβάνουν χώρα, καταθέτοντας προτάσεις για θέματα όπως: η εκπαίδευση, η επαγγελματική κατάρτιση, η απασχόληση, η κοινωνία της πληροφορίας, η καθολική πρόσβαση – και εκπροσωπεί όλες τις κατηγορίες ατόμων με αναπηρία στο διάλογο με την Ελληνική Πολιτεία, ήτοι με τη Βουλή, την Κυβέρνηση, τη Δικαιοσύνη, καθώς επίσης και με τις Ανεξάρτητες Αρχές, την Κοινωνία των Πολιτών και την Εκκλησία.

Σε εθνικό επίπεδο δραστηριοποιούνται και οι Εθνικές Ομοσπονδίες που εκπροσωπούν συγκεκριμένες κατηγορίες αναπηρίας ή τους γονείς και νόμιμους κηδεμόνες αυτών στην περίπτωση αδυναμίας αυτό- εκπροσώπησής τους, συμμετέχοντας στο διάλογο με την ελληνική Πολιτεία, ήτοι με τη Βουλή, την Κυβέρνηση, τη Δικαιοσύνη, τις Ανεξάρτητες Αρχές, την Κοινωνία των Πολιτών και την Εκκλησία, εκπροσωπώντας αποκλειστικώς και μόνο συγκεκριμένες κατηγορίες αναπηρίας ή τους γονείς και νόμιμους κηδεμόνες τους.

5.3.2 Περιφερειακό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος

Σε περιφερειακό επίπεδο τα άτομα με αναπηρία εκπροσωπούνται από τις Περιφερειακές Ομοσπονδίες Ατόμων με Αναπηρία. Βασικός ρόλος τους είναι ο συντονισμός των φορέων – μελών τους, οι οποίοι όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι οι εξής: τα Νομαρχιακά Σωματεία Ατόμων με Αναπηρία, οι Τοπικές Ενώσεις και τα Παραρτήματα Πανελληνίων Συνδέσμων και Σωματείων Ατόμων με Αναπηρία, σε κάθε Σωματείο Ατόμων με Αναπηρία που λειτουργεί στη συγκεκριμένη Περιφέρεια και Σωματεία Γονέων και Κηδεμόνων Ατόμων με Αναπηρία που έχουν την έδρα τους στα γεωγραφικά όρια της συγκεκριμένης Περιφέρειας.

Το επίπεδο δραστηριοποίησης των Περιφερειακών Ομοσπονδιών περιορίζεται σε αυτό της Περιφερειακής Διοίκησης. Εντός των ορίων της Περιφέρειας στην οποία

δραστηριοποιείται η κάθε Περιφερειακή Ομοσπονδία μπορεί να συνεργάζεται με τις Ανεξάρτητες Αρχές, Την Κοινωνία των Πολιτών και την Εκκλησία.

5.3.3 Νομαρχιακό και Τοπικό επίπεδο δράσης του αναπηρικού κινήματος

Σε νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο δραστηριοποιούνται τα Νομαρχιακά και Τοπικά Σωματεία Ατόμων με Αναπηρία. Τα Σωματεία αυτά για να καταφέρουν να επιλύσουν τοπικά προβλήματα που δημιουργούνται στα άτομα με αναπηρία μπορούν να αναπτύξουν στενή συνεργασία με τις νομαρχιακές και δημοτικές αρχές, με τις Ανεξάρτητες Αρχές, την Κοινωνία των Πολιτών και την Εκκλησία.

5.4 Τα κύρια χαρακτηριστικά των Ο.Τ.Α

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά όλων των ΟΤΑ είναι ότι τα όργανά τους εκλέγονται άμεσα από το σύνολο των εγγεγραμμένων δημοτών, με αποτέλεσμα την άμεση συμμετοχή των οργάνων και την έμμεση συμμετοχή των δημοτών στην διοίκηση του ΟΤΑ. Επιπλέον, γνώρισμα των ΟΤΑ είναι ότι η αρμοδιότητά τους έχει τοπική έκταση και αφορά αποκλειστικά τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους, γιατί τα αγαθά και οι υπηρεσίες που παρέχει έχουν περισσότερο τοπικό χαρακτήρα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ΟΤΑ είναι ότι έχουν κατοχυρώσει το δικαίωμα να επιβάλουν φορολογία κάποιου είδους και σε κάποιο βαθμό, προκειμένου να εξασφαλίζουν μέρος των εσόδων τους. Αυτή η δυνατότητα διασφαλίζει ως ένα σημείο την ανεξαρτησία της τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ η κεντρική διοίκηση περιορίζεται μόνο στον έλεγχο αυτών των εσόδων.

Τέλος, με την αναθεώρηση του Συντάγματος, ορίστηκε ότι «η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους ΟΤΑ α' και β' βαθμίου». Με την διατύπωση αυτή κατοχυρώθηκε η ύπαρξη των δύο βαθμίδων, χωρίς να κατονομάζεται ως αναγκαστική η ύπαρξη δήμων και κοινοτήτων, ενώ αποκλείεται η ύπαρξη τρίτης βαθμίδας (Σαρκόπουλος, 1993).

Έπειτα από την προσέγγιση του τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης θα εστιάσουμε την προσοχή μας σε ένα ειδικότερο θέμα που την αφορά, και δεν είναι άλλο από το μεταρρυθμιστικό κομμάτι της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο Η Μεταρρύθμιση στην Τοπική Αυτοδιοίκηση

Ένα ενδιαφέρον θέμα στον τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αποτελούν οι προσπάθειες μεταρρύθμισης που έγιναν. Για το λόγο αυτό κρίθηκε σκόπιμη η αφιέρωση δύο ενοτήτων, μέσα στις οποίες περιγράφεται η πορεία προς τη μεταρρύθμιση και η πραγματοποίησή της, τόσο σύμφωνα με το σχέδιο «Καποδίστριας» όσο και σύμφωνα με το σχέδιο «Καλλικράτης».

6.1 Η πορεία προς την μεταρρύθμιση- το σχέδιο Καποδίστρια

Επί σειρά ετών, πάγιο αίτημα της τοπικής αυτοδιοίκησης υπήρξε η ανάγκη για Μεταρρύθμιση. Η ίδια η ΚΕΔΚΕ (Κεντρική Ένωση Δήμων & Κοινοτήτων) εξέφραζε συχνά την ανάγκη για σχεδιασμό και εφαρμογή κύκλου μεταρρυθμίσεων με κέντρο την αυτοδιοίκηση. Στα πλαίσια του νέου ρόλου της η τοπική αυτοδιοίκηση δεν θα ήταν απλά εκτελεστικό όργανο της κεντρικής εξουσίας, αλλά ένας αυτόνομος θεσμός διαμόρφωσης των τοπικών προτεραιοτήτων, με επαρκείς χρηματικούς αλλά και ανθρώπινους πόρους ώστε να επιτευχθεί αυτός ο σκοπός.

Πολύτιμος σύμβουλος σε αυτό το εγχείρημα θα ήταν η ευρωπαϊκή εμπειρία στο χώρο των μεταρρυθμίσεων. Η πιο συγκροτημένη προσπάθεια πραγματοποιήθηκε στη Μ. Βρετανία στην δεκαετία του '30, αλλά εξίσου αξιόλογες προσπάθειες έλαβαν χώρα στην Δανία(1970), την Σουηδία, τη Νορβηγία και τη Δ. Γερμανία (δεκαετία του '50) και τη Γαλλία το 1963.

Μέχρι την εφαρμογή του σχεδίου «Ι. Καποδίστριας», το οποίο εφαρμόστηκε με τον Ν. 2539/97, υπήρχε πλήθος ΟΤΑ, οι οποίοι λειτουργούσαν ανισομερώς ως διεκπεραιωτές της τοπικής γραφειοκρατίας και ως κέντρα οργάνωσης της τοπικής ζωής. Προσπάθειες μεταρρύθμισης της τοπικής αυτοδιοίκησης ζωής είχαν γίνει και πριν τον «Καποδίστρια», για παράδειγμα με τον Ν. 1416/84 και τον Ν. 1622/86, οι οποίοι όμως απλά προλείπιαν το έδαφος, παρέχοντας κίνητρα εθελοντικής συνένωσης. Από τους

5775 ΟΤΑ που υπήρχαν, όμως πριν τον «Καποδίστρια», μόνο 400 εκδήλωσαν ενδιαφέρον. Μετά το 2008, οι 5775 ΟΤΑ έγιναν 1034.

Κάνοντας μία αποτίμηση του «Καποδίστρια» μπορούμε να επισημάνουμε δύο αποτελέσματα: ένα θετικό, σε σχέση με το παρελθόν, που ήταν η συγχώνευση των 457 δήμων και 5.318 κοινοτήτων σε 900 και 134 αντίστοιχα και ένα αρνητικό, που ήταν ότι ο αριθμός των ΟΤΑ παρέμεινε υψηλός, ενώ δεν ακολούθησε ανάλογη οικονομική και διοικητική στήριξη, ούτε σημαντική αλλαγή του πολιτικού και διοικητικού σκηνικού (Χατζηπαντελής, 2008).

6.2 Το σχέδιο «Καλλικράτη»

Με τον Ν. 3852/2010 ψηφίστηκε το σχέδιο «Καλλικράτης», η «νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης», με στόχο τον καλύτερο σχεδιασμό, τον σαφέστερο καθορισμό αρμοδιοτήτων, την αναβάθμιση της δημοκρατικής λειτουργίας της αυτοδιοίκησης και την συγκρότηση ισχυρών διοικητικών ενότητων.

Με το νόμο αυτό οι δήμοι και οι περιφέρειες συγκροτούν τον πρώτο και δεύτερο βαθμό αυτοδιοίκησης και αποτελούν θεμελιώδη θεσμό του δημόσιου βίου και έκφραση της λαϊκής κυριαρχίας, όπως κατοχυρώνεται στο αρθρ. 102 του Συντάγματος και στον ευρωπαϊκό χάρτη τοπικής αυτονομίας. (Χατζηπαντελής, 2008).

Ο δεύτερος βαθμός αυτοδιοίκησης αποτελείται πλέον από τις περιφέρειες, οι οποίες φέρουν την ευθύνη του σχεδιασμού, του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών σε περιφερειακό επίπεδο, λαμβάνοντας υπόψη εθνικές και ευρωπαϊκές παραμέτρους (αρθρ. 3). Η περιφερειακή αυτοδιοίκηση προκύπτει από τη συνένωση των υφιστάμενων νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι οποίες καταργούνται και οι αρμοδιότητές τους μεταφέρονται, με ουσιαστικότερη αυτή του «ενιαίου στρατηγικού αναπτυξιακού σχεδιασμού» της περιφέρειας. (Χατζηπαντελής, 2008).

Από τις 76 διοικητικές ενότητες, διατηρούνται 13 περιφέρειες, οι οποίες διοικούνται από τον (αιρετό) περιφερειάρχη, τους αντιπεριφερειάρχες, το περιφερειακό συμβούλιο και το συμβούλιο διαβούλευσης της περιφέρειας. Ενδεικτικοί τομείς αρμοδιότητας είναι ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη, οι υποδομές- μεταφορές- επικοινωνίες, η χωροταξία-πολεοδομία-περιβάλλον, οι φυσικοί πόροι-ενέργεια-βιομηχανία, το εμπόριο, ο τουρισμός και η απασχόληση, η εκπαίδευση, ο πολιτισμός

και αθλητισμός η γεωργία, η κτηνοτροφία και η αλιεία και η πολιτική προστασία. (Χατζηπαντελής, 2008).

Οι δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο ΝΠΔΔ και αποτελούν τον πρώτο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης (αρθρ. 1). Οι «καλλικρατικοί δήμοι» προκύπτουν από τις συνενώσεις των παλαιότερων δήμων και απαρτίζονται από επιμέρους δημοτικές και τοπικές κοινότητες, οι οποίες ταυτίζονται με τους παλιούς δήμους και τοπικά διαμερίσματα αντίστοιχα (αρθρ. 2). Με την επαναθεμελίωση των δήμων, δημιουργούνται λιγότεροι και ισχυρότεροι δήμοι (περίπου 370), ενώ περιορίζονται δραστικά τα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ των ΟΤΑ (από 6.000 σε 2.000).

Μεταξύ των νέων αρμοδιοτήτων των δήμων συγκαταλέγεται: η ανέγερση σχολικών κτιρίων, η καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, η ένταξη των μεταναστών, οι πολεοδομικές εφαρμογές, ο υγειονομικός έλεγχος, η προστασία της παιδικής αλλά και της τρίτης ηλικίας, οι λαϊκές αγορές, οι αδειοδοτήσεις και ο έλεγχος πολλών τοπικών δραστηριοτήτων, αλλά και η πρόνοια και η προστασία της δημόσιας υγείας. Η διακυβέρνηση του δήμου ασκείται από τον Δήμαρχο και τους Αντιδημάρχους, το Δημοτικό Συμβούλιο και την Εκτελεστική Επιτροπή, την Δημαρχιακή Επιτροπή και τις διάφορες Επιτροπές του ΔΣΜ (Χατζηπαντελής, 2008).

Η σχέση των δύο βαθμίδων αυτοδιοίκησης εξακολουθεί να μην είναι ιεραρχική ή ελεγκτική, αλλά σχέση συνεργασίας και συναλληλίας (αρθρ. 4). Τα κριτήρια των συνενώσεων ήταν η οικονομική αυτοδυναμία, γεωοικονομικές, κοινωνικές και συγκοινωνιακές συνθήκες, όπως και διάφορα κριτήρια χωροθέτησης των διοικητικών ορίων (πληθυσμιακά ,κοινωνικά, οικονομικά, γεωγραφικά, αναπτυξιακά, λειτουργικά, πολιτιστικά και χωροταξικά).

Τόσο σε αυτή τη μεταρρύθμιση όσο και στα όσα αναφέρονταν στο κείμενο διαβούλευσης για τον «Καλλικράτη», το επίμαχο ζήτημα είναι οι οικονομικοί πόροι της αυτοδιοίκησης, καθώς η ελληνική τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί τον ουραγό των ευρωπαϊκών, από άποψη ποσοστού συμμετοχής των ιδίων εσόδων στα συνολικά έσοδα (2,7 για την Ελλάδα, έναντι 11,3 για την Ευρώπη το 2008). Ενδιαφέρον λοιπόν έχει να δούμε αν τελικά μαζί με την αύξηση των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ θα αυξηθούν και οι πόροι τους ή θα αφεθούν στην τύχη τους με μηδαμινά εισοδήματα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1) Αντικείμενο της έρευνας

Η έρευνα έχει ως σκοπό να διερευνηθούν τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας που ισχύουν στην Ελλάδα και κατά πόσο εφαρμόζονται και εξυπηρετούν τα άτομα με αναπηρία σε τοπικό επίπεδο. Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

✓ Κοινωνική Πολιτική

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών την Κοινωνική Πολιτική του κράτους πρόνοιας.

✓ Οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε την οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης. Δηλαδή αν η τοπική αυτοδιοίκηση στελεχώνεται από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό. Ποια είναι η εσωτερική δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης.

✓ Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας.

Στόχος μας είναι διερευνήσουμε τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας και κατά πόσο αυτά προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες και στις οικογένειες τους . Επιπλέον θέλουμε να διερευνήσουμε την εφαρμογή των μέτρων Κοινωνικής Πολιτικής για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση σύμφωνα, με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών.

✓ Δομές –Υπηρεσίες

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε την επάρκεια Δομών-Υπηρεσιών για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση στον Νομό Δράμας, σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών.

✓ Προγράμματα υπηρεσιών υγείας

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τα προγράμματα υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών.

Δηλαδή αν τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ποσοτικώς και ποιοτικώς επαρκή

✓ Δράσεις υπηρεσιών υγείας

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τις δράσεις υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση. Πως αυτές οργάνονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και ποια η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης.

✓ Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε αν υπάρχει ευαισθητοποίηση από τη κοινωνία για τα άτομα με αναπηρίες. Ακόμη ποιες είναι οι δράσεις των κοινωνικών λειτουργών για να επιτύχουν την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και κατά πόσο οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα.

✓ Οι ανάγκες των Κοινωνικών Λειτουργών

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τις ανάγκες των κοινωνικών λειτουργών, όπως αυτές προκύπτουν από τη συνεργασία τους με την τοπική αυτοδιοίκηση. Από τη συνεργασία τους με τα άτομα με αναπηρίες και των οικογενειών τους και κατά πόσο υπάρχει η επαρκή χρηματοδότηση. Καθώς και ποιες είναι οι προτάσεις για την κάλυψη των πιθανών αναγκών.

2) Τεχνικές και εργαλεία έρευνας

A) Τι σημαίνει ποιοτική έρευνα γιατί την επιλέγουμε; Ποια η διαφορά με την ποσοτική;

Διάφοροι ερευνητές και συγγραφείς, συμφωνούν ότι μια ποιοτική έρευνα γίνεται σε φυσικό περιβάλλον, ο ερευνητής έχει άμεση εμπλοκή στη συλλογή των στοιχείων και συλλέγει λέξεις, λόγο, ή εικόνες, τις αναλύει επαγωγικά, εστιάζοντας στο νόημα των συμμετεχόντων, και περιγράφει μια διαδικασία που είναι ακριβής και πειστική.

Η Ποιοτική Έρευνα είναι μια μέθοδος που εστιάζει σε πολλά διαφορετικά ζητήματα, και εμπλέκεται σε μια ερμηνευτική και νατουραλιστική προσέγγιση του θέματος που ερευνά. Αυτό σημαίνει ότι οι ερευνητές που χρησιμοποιούν ποιοτική έρευνα, μελετούν τα φαινόμενα στα φυσικά πεδία, επιχειρώντας να κατανοήσουν το νόημα ή να ερμηνεύσουν τα φαινόμενα σύμφωνα με το νόημα που οι άνθρωποι προσδίδουν σε αυτά. Στην ποιοτική έρευνα χρησιμοποιούμε ποικίλο ερευνητικό υλικό - μελέτες περίπτωσης, προσωπικές εμπειρίες, ενδοσκοπήσεις, ιστορίες ζωής, συνεντεύξεις, παρατήρηση, ιστορικά κείμενα, οπτικά υλικό - που περιγράφει την συνήθεια και την ρουτίνα αλλά και τα προβλήματα και τις άσχημες στιγμές των και ατόμων και το τι σημαίνουν αυτά για τις ζωές των ανθρώπων.

Ένας τρίτος ορισμός (Creswell J,) ορίζει:

Ποιοτική έρευνα είναι μια ερευνητική μέθοδος για να κατανοήσουμε τα φαινόμενα που βασίζεται σε διακριτές επιστημονικές ερευνητικές παραδόσεις, που διερευνά ένα κοινωνικό ή ανθρώπινο πρόβλημα. Ο ερευνητής συνθέτει μια πολύπλοκη, συνολική εικόνα, αναλύει λέξεις, παρουσιάζει λεπτομερώς τις απόψεις των μετεχόντων, και πραγματοποιεί την έρευνα στο φυσικό περιβάλλον. Αυτές οι παραδόσεις θεωρούνται η ιστορική βιογραφία, η φαινομενολογία, η θεμελιωμένη θεωρία, η ανθρωπολογία και η εθνολογία, οι κοινωνικές σπουδές, οι πολιτικές επιστήμες, οι μελέτες περιπτώσεων κλπ (Ράτσικα, Ν. 2013).

Οι συγγραφείς συχνά ορίζουν την Ποιοτική έρευνα, συγκρίνοντας την με την ποσοτική έρευνα. Και υπάρχουν πολλά σημεία να συγκρίνει κανείς τις δύο μεθοδολογίες. Η ποιοτική όμως διαφορά είναι ότι η ποσοτική έρευνα δουλεύει με λίγες μεταβλητές και πολλές περιπτώσεις, ενώ η ποιοτική έρευνα ασχολείται με λίγες περιπτώσεις και πολλές μεταβλητές ακόμη βλέπουμε κάποιες κλασσικές διαφορές ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. Η ποιοτική έρευνα είναι Φαινομενολογική, Επαγωγική, Ολιστική, Υποκειμενική, Διαδικαστική, Σχετική αδυναμία ελέγχου, Στόχευση στην κατανόηση, Ερμηνευτική, Εξηγητική. Ενώ η ποσοτική είναι Θετικιστική, Υποθετικό – παραγωγική, Μερική, Αντικειμενική, Στοχεύει σε μετρήσιμα αποτελέσματα, Στοχεύει στον έλεγχο των μεταβλητών και Επιβεβαιωτική (Ράτσικα, Ν. 2013).

Υπάρχουν έξι διαφορές μεταξύ των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων. Η πρώτη είναι ότι στις ποσοτικές μεθόδους τα δεδομένα εκφράζονται

με αριθμούς σε αντίθεση με τις ποιοτικές μεθόδους που κυριαρχούν τα μη αριθμητικά στοιχεία. Δεύτερον, οι ποσοτικοί ερευνητές αναζητούν αντικειμενικές περιγραφές (δείκτες) σε αντίθεση με την υποκειμενική ερμηνεία που χαρακτηρίζει την ποιοτική έρευνα. Τρίτον, στο σχεδιασμό της έρευνας και στα διάφορα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας, οι ποιοτικές μέθοδοι επιτρέπουν μεγαλύτερη ευελιξία. Τις περισσότερες φορές οι ποσοτικές έρευνες τείνουν να θέλουν να προβλέψουν τα προβλήματα πριν εμφανιστούν. Τέταρτον η ποσοτική έρευνα εστιάζει περισσότερο στην πρόβλεψη σε σύγκριση με την ποιοτική έρευνα, που ενδιαφέρεται περισσότερο για τη διαδικασία της κατανόησης. Πέμπτο, η ποιοτική έρευνα εξαρτάται ιδιαίτερα από το τοπικό πλαίσιο της έρευνας. Οι ποσοτικές μέθοδοι συχνά παρουσιάζονται περισσότερο απελευθερωμένες από το στενό πλαίσιο και επομένως πιο γενικευμένες. Τέλος, η ποιοτική έρευνα είναι καταλληλότερη για τη δημιουργία θεωρίας σε σύγκριση με τις ποσοτικές μεθόδους που κύρια συμβάλλουν στον έλεγχο της θεωρίας (Ιωσηφίδης, Θ. 2003).

B) Η συνέντευξη ως εργαλείο στην ποιοτική έρευνα

Η συνέντευξη ορίζεται ως οι «Συναντήσεις μεταξύ ενός ερευνητή και ενός ερευνούμενου στην οποία ο δεύτερος ερωτάται μια σειρά ερωτήσεων σχετικών με το θέμα της έρευνας. Οι απαντήσεις του ερευνούμενου αποτελούν τα ακατέργαστα στοιχεία που αναλύονται σε κάποιο επόμενο χρονικό σημείο από τον ερευνητή». Μέσα από την συνέντευξη ο ερευνητής μπορεί να συλλέξει πληροφορίες και στοιχεία για την ζωή, τις εμπειρίες των ανθρώπων, τις γνώμες, τις προσδοκίες καθώς και τα συναισθήματα τους (Κανδυλάκη, 2008).

Σύμφωνα με τον Tim May (1993) στην κοινωνική έρευνα υπάρχουν τέσσερις τύποι συνεντεύξεων, οι τύποι αυτοί είναι η εξής:

- ✓ δομημένη συνέντευξη,
- ✓ η ημι-δομημένη συνέντευξη,
- ✓ η συνέντευξη με ομάδα,
- ✓ η μη-δομημένη ή εστιασμένη συνέντευξη.

Επίσης η συνέντευξη αποτελεί μορφή λεκτικής επικοινωνίας όπου εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς (Κονδυλάκη, 2008). Ο καθορισμός των σκοπών της

συνέντευξης εξαρτάται από τις διεργασιακές φάσεις και λειτουργίες της κοινωνικής εργασίας, και διακρίνονται τα παρακάτω είδη:

- ✓ την πληροφορική συνέντευξη ή κοινωνικής μελέτης,
- ✓ την συνέντευξη εκτίμησης,
- ✓ την συνέντευξη παρέμβασης (Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 2011).

Η κάθε συνέντευξη περνάει από τρεις φάσεις επικοινωνίας μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και εξυπηρετούμενου:

- ✓ αρχική ή εισαγωγική φάση της συνέντευξης,
- ✓ ενδιάμεση ή αναπτυξιακή φάση της συνέντευξης,
- ✓ περάτωση ή τελική φάση της συνέντευξης (Δημοπούλου- Λαγωνίκα, 2011).

Γ) Η ημι-δομημένη συνέντευξη ως εργαλείο στην έρευνά μας

Στην έρευνά μας επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε την ημι-δομημένη συνέντευξη ως εργαλείο, καθώς αυτή η μέθοδος συνέντευξης μας επιτρέπει να συλλέξουμε περαιτέρω πληροφορίες από το πλάνο της συνέντευξης μας αλλά και να εμβαθύνουμε στις απαντήσεις του συνεντευξιαζόμενου.

Η ημι-δομημένη συνέντευξη βρίσκεται ανάμεσα στην εστιασμένη και στη δομημένη μέθοδο. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται είναι συγκεκριμένες. Ωστόσο χάρη στον ευέλικτο χαρακτήρα των ημι-δομημένων συνεντεύξεων έχουμε μεγαλύτερη ελευθερία στη σειρά τέλεσης των ερωτήσεων, σύμφωνα με τους άξονές μας, όπως και όσον αφορά την ακριβή διατύπωση των ερωτήσεων, τον χρόνο, και την προσοχή που θα διατεθεί στα διάφορα θέματα και στις επιμέρους ερωτήσεις (Καλλινικάκη, 2010).

Ο συνεντευκτής είναι πιο ελεύθερος να ερμηνεύει συστηματικά ανεξάρτητα από τις απαντήσεις με μια μέθοδο που κάποιες φορές φαίνεται ανεπίτρεπτη όταν συγκρίνεται με τους σκοπούς της τυποποίησης και της σύγκρισης. Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις αποτελούνται από ένα θεματικό οδηγό και επιδιώκουν να επεκταθούν στα διάφορα ζητήματα που τίθενται κατά τη διάρκεια της.

Για αυτό το λόγο αυτού του είδους οι συνεντεύξεις, θεωρούνται ότι επιτρέπουν στους ανθρώπους να απαντούν περισσότερο με τους δικούς τους όρους που μια τυποποιημένη συνέντευξη δεν επιτρέπει (Ράτσικα Ν., 2013) .

Επιπλέον για το λόγο ότι έχει μια δομή, μπορεί να γίνει μεγαλύτερη σύγκριση απαντήσεων σε σχέση με αυτή που γίνεται στην εστιασμένη συνέντευξη. Όπως έχουμε δει και στις άλλες μεθόδους συνεντεύξεων, έτσι και σε αυτή οι συνεντευκτές, δεν πρέπει να έχουνε στο μυαλό τους μόνο για το περιεχόμενο της συνέντευξης αλλά και για το πώς θα καταγράψουν την ουσία της συνέντευξης και τον τρόπο που θα διατυπώσουν τις ερωτήσεις τους. Σε αυτό τον τύπο της συνέντευξης το περιεχόμενο της αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα της όλης διαδικασίας (Ράτσικα Ν., 2013) .

3)Οδηγός συνέντευξης

A) Κοινωνική Πολιτική

Γενική ερώτηση: Ποια είναι η άποψη σας για τη Κοινωνική Πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα;

Τι είναι για εσάς η Κοινωνική Πολιτική; Πως θα χαρακτηρίζατε τη κατάσταση του κράτους πρόνοιας της χώρας μας;

B) Οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Γενική Ερώτηση: Ποια η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης;

Υπάρχει επαρκής στελέχωση της τοπικής αυτοδιοίκησης από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό;

Γ) Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας

Γενική ερώτηση: Ποια είναι τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας;

Ποια είναι η άποψη σας για τη κοινωνική πολιτική υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης του Νομού Δράμας; Ποια μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας εφαρμόζονται;

Δ) Δομές –Υπηρεσίες

Γενική ερώτηση: Ποιες δομές για άτομα με αναπηρίες υπάρχουν στο Νομό Δράμας και τι υπηρεσίες παρέχουν;

Είναι επαρκείς οι δομές των υπηρεσιών; Υπάρχουν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας; (π.χ για άτομα με σύνδρομο down και αυτισμό). Σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού;

Ε) Προγράμματα υπηρεσιών υγείας

Γενική Ερώτηση: Ποια προγράμματα υπηρεσιών υγείας παρέχονται από το φορέα σας;

Σε ποιους απευθύνονται αυτά τα προγράμματα; Τι σκοπό έχουν τα συγκεκριμένα προγράμματα; Εκτιμάται ότι τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ποσοτικός και ποιοτικός επαρκεί;

ΣΤ) Δράσεις υπηρεσιών υγείας

Γενική Ερώτηση: Ποιες οι δράσεις υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση;

Πόσο συχνά οργανώνονται δράσεις στην τοπική αυτοδιοίκηση; Με ποιο τρόπο οργανώνονται; Ποια η δική σας συμβολή στην οργάνωση των δράσεων; Ποια είναι η συνεργασία σας με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης;

Ζ) Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας

Γενική Ερώτηση: Υπάρχει ευαισθητοποίηση από την κοινωνία για τα άτομα με αναπηρία;

Πως αντιμετωπίζει η κοινωνία τα άτομα με αναπηρία; Ποιες είναι οι δράσεις σας για την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας; Κατά πόσο οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα;

H) Οι ανάγκες των Κοινωνικών Λειτουργών

Γενική Ερώτηση: Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες σας σαν οργάνωση;

Ποιες ανάγκες προκύπτουν από τη συνεργασία σας με την τοπική αυτοδιοίκηση; Υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση; Αν όχι τι κάνατε για να βρείτε οικονομικούς πόρους;

4)Επιλογή δείγματος

Η δειγματοληψία είναι μία διαδικασία η οποία αφορά την επιλογή ομάδων ή κατηγοριών προς μελέτη με κριτήριο το σκοπό και τον στόχο της έρευνας που έχουν τεθεί στην ερευνητική διαδικασία. Αυτή η τεχνική έχει σχέση με τη δόμηση ενός δείγματος, το οποίο συγκεντρώνει κάποια συγκεκριμένα κριτήρια που χαρακτηρίζουν τους ερευνητικούς στόχους και διευκολύνουν τον ερευνητή στην ανάπτυξη και τον έλεγχο της θεωρίας και της εξήγησης στην οποία στοχεύει. Αξίζει να σημειωθεί ότι το δείγμα πρέπει να παρουσιάζει σημαντικό κοινωνιολογικό ενδιαφέρον. Γι' αυτό το λόγο στη δειγματοληπτική διαδικασία πρέπει να υπάρχει ιδιαίτερη προσοχή, ώστε το δείγμα να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο διαφοροποιημένο ως προς τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των επιλεγμένων υποκειμένων.

Η παρούσα έρευνα θα διεξαχθεί στο νομό Δράμας. Αυτό οφείλεται στο ότι οι ερευνητές διαμένουν στην πόλη της Δράμας. Κρίναμε πως θα ήταν ενδιαφέρον και εξίσου χρήσιμο να μελετήσουμε στοιχεία για το δικό μας τόπο. Θα συνεργαστούμε κυρίως με δημόσιες υπηρεσίες, όπου θα εργάζονται επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται με την ειδική αγωγή. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος είναι οι επαγγελματίες να έχουν μακροχρόνια ενασχόληση στο χώρο της ειδικής αγωγής. Το φύλο του δείγματος μας θα αποτελείται από άντρες και γυναίκες του επαγγέλματος, η ηλικία θα είναι μεταξύ 35- 45 ετών και αυτό γιατί προϋποθέτει εργασιακή εμπειρία ανάλογη με αυτή που ζητάμε εμείς για την επιλογή του δείγματος.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο ερευνητής δεν πρέπει να αλλάζει τις απόψεις του συνεντευξιαζόμενου για να προσαρμόζονται στα επιθυμητά

αποτελέσματα της ερευνάς. Καθώς και ότι θα πρέπει να υπάρχει ποικιλομορφία στις απόψεις μεταξύ των ερωτώμενων. (Προκοπάκης, Μ. 2013).

4) Δυσκολίες κατά την έρευνα

Κατά την διάρκεια της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες συνέβαλαν στο να καθυστερήσει η συλλογή των συνεντεύξεων, καθώς και στο να επηρεαστούμε εμείς οι ίδιες κυρίως από ψυχολογικής πλευράς (άγχος, στρές κ.τ.λ) αλλά και σωματικής πλευράς (λόγω άλλων υποχρεώσεων είτε προσωπικών είτε οικογενειακών).

Πιο συγκεκριμένα μία από τις κύριες δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε ήταν η συλλογή των συνεντεύξεων, καθώς ο Νομός Δράμας δεν φιλοξένει πολλούς φορείς και υπηρεσίες για ΑμεΑ με αποτέλεσμα το δείγμα μας να είναι περιορισμένο. Χαρακτηριστικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι σε πολλές από τις υπηρεσίες-φορείς ΑμεΑ υπάρχει έλλειψη Κοινωνικών Λειτουργών με αποτέλεσμα να δυσκολευτούμε στην εύρεση υπηρεσιών που να στελεχώνονται από Κοινωνικούς Λειτουργούς.

Ανασταλτικός παράγοντας της έρευνας και ίσως και ο πιο σημαντικός είναι το γεγονός ότι δεν υπήρχε η αναμενόμενη συνεργασία που περιμέναμε. Ενώ αρχικά ο αριθμός του δείγματος υπολογιζόταν μία με δύο συνεντεύξεις επιπλέον, περιορίστηκε στον αριθμό των έξι συνεντεύξεων και αυτό γιατί κάποιοι αρνήθηκαν να συμμετέχουν επικαλούμενοι διάφορους λόγους όπως τον φόρτο εργασίας ή ακόμα και άγνοια του θέματος προκαλώντας μας και έκπληξη.

Επιπλέον, κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων δημιουργήθηκαν κάποια προβλήματα, καθώς όπως προαναφερθήκαμε και παραπάνω υπήρχε άγνοια για ορισμένα θέματα που υπήρχαν μέσα στον οδηγό συνέντευξης. Αυτό είχε σαν αποτελέσματα να χρειάζεται περισσότερη επεξήγηση κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων σε κάποια ερωτήματα ώστε να πάρουμε τις επιθυμητές και σωστές απαντήσεις.

Τέλος υπήρχαν φορείς- υπηρεσίες που συνεχώς έδιναν αναβολή στην ημερομηνία συνάντησης με αποτέλεσμα να καθυστερήσουμε με την συλλογή των

συνεντεύξεων και να ξεπεράσουμε κατά πολύ τον χρόνο που είχαμε θέσει ως το σημείο της ανάλυσης αυτών, συνεπακόλουθα και καθυστέρηση της ολοκλήρωσης καθώς και παρουσίασης της πτυχιακής εργασίας.

6) Κοινωνικό-Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

Για να είναι πιο εύκολη η ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν ψευδώνυμα.

Όνομα: Σ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 40

Τόπος καταγωγής: Δράμα

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Τ.Ε.Ι Αθήνας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Όνομα: Δ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 43

Τόπος καταγωγής: Δράμα

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Τ.Ε.Ι Αθήνας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Όνομα Μ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 45

Τόπος καταγωγής: Θεσσαλονίκη

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Τ.Ε.Ι Αθήνας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Όνομα: Κ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 37

Τόπος καταγωγής: Κατερίνη

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής επιστήμης

Όνομα: Ι

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 44

Τόπος καταγωγής: Δράμα

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής επιστήμης

Όνομα: Μαργ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 35

Τόπος καταγωγής: Ξάνθη

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Τ.Ε.Ι Πάτρας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο αναλύονται οι άξονες οι οποίοι χρησιμοποιήθηκαν στην πραγματοποίηση της έρευνας μέσω των ημι-δομημένων συνεντεύξεων που υλοποιήσαμε.. Οι απαντήσεις οι οποίες παραθέτονται στην συνέχεια έχουν ομαδοποιηθεί και παρουσιάζονται όλες μαζί.

A) Κοινωνική Πολιτική

Στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών την Κοινωνική Πολιτική του κράτους πρόνοιας. Στο ερώτημα μας “Ποια είναι η άποψη σας για τη Κοινωνική Πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα” η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι η Κοινωνική Πολιτική είναι ανεπαρκής και δεν καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού. Ποιο συγκεκριμένα η άποψη που αντιπροσωπεύει τους περισσότερους συνεντευξιζόμενους είναι οι έξης: συνέντευξη της Κ : «Πιστεύω πως η Κοινωνική Πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης, όπως επίσης και στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού». Η συνέντευξη της Μαργ ασκεί κριτική άποψη και ποιο συγκριμένα αναφέρει το έξης: «Η Κοινωνική Πολιτική της χώρας μας είναι

ανεπαρκής. Θα μπορούσε να πει κανείς μάλιστα πως δεν υφίσταται κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα σήμερα. Εκτός από κάποια επιδόματα δεν παρέχει τίποτα ουσιαστικό σε αυτούς που χρήζουν ανάγκης. Φυσικά τα επιδόματα μετά βίας καλύπτουν βασικές ανάγκες. Βέβαια γίνονται κάποια βήματα για να βελτιωθεί η κοινωνική πολιτική αλλά και πάλι ανταποκρίνονται σε μικρή μερίδα του πληθυσμού, πχ οι ελαφρύνοι στο ρεύμα». Επίσης η Σ έρχεται να συμφωνήσει με την άποψη της Μ λέγοντας ότι: «Η κατάσταση είναι αρκετά δύσκολη και όπως φαίνεται δεν προβλέπεται να αλλάξει. Όλες οι ομάδες που έχουν ανάγκες δυσκολεύονται πάρα πολύ. Δεν υπάρχει πρόνοια δεν υπάρχει πρόληψη». Μία μειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρθηκε στα μέτρα Κοινωνικής Πολίτικης. Ποιο συγκεκριμένα η Δ μας είπε ότι: «Κοινωνική Πολιτική για έμενα και σύμφωνα με αυτά που γνωρίζω είναι η εφαρμογή μέτρων πρόληψης για την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού ευπαθών ομάδων πληθυσμού». Επίσης η Μ μας ανέφερε ότι: «θεωρώ κατά την δική μου άποψη πάντα ότι Κοινωνική Πολιτική είναι τα μέτρα που λαμβάνει η Πολιτεία και οι δράσεις που πραγματοποιούνται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες των πολιτών και κυρίως των ευπαθών ομάδων». Επιπρόσθετος η Ι εξέφρασε την άποψη της ως : «Απαιτούνται πιο συντονισμένες ενέργειες και όχι περιστασιακές».

Ακόμη τους ρωτήσαμε ‘’ Τι είναι για εσάς η Κοινωνική Πολιτική’’. Η Μαργ στην απάντηση της αναφέρθηκε στα μέτρα του αναπτύσσει το κράτος πρόνοιας. Ποιο συγκεκριμένα μας είπε ότι: «Η κοινωνική Πολιτική για μένα είναι τα μέτρα που αναπτύσσει το εκάστοτε κράτος πρόνοιας για να καλύψει βασικές ανάγκες του πληθυσμού του αλλά και γενικά για να το βοηθήσεις να είναι ενεργός πολίτης και λειτουργικός». Επίσης η απάντηση της Κ έρχεται να συμφωνήσει με την απάντηση της Μαργ αναφέροντας ότι: «Κοινωνική πολιτική αποτελεί την οργανωμένη παρέμβαση του κράτους ή του εκάστοτε φορέα άσκησης εξουσίας, η οποία μέσα από την αναγνώριση και την κάλυψη αναγκών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο στοχεύει στην ρύθμιση της κοινωνικής αναπαραγωγής και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής». Ακόμη η συνεντευξιαζόμενη Ι μας είπε ότι: « Κοινωνική Πολιτική σημαίνει πρόληψη, παρέμβαση, βοήθεια , ενίσχυση, ενσωμάτωση». Συγκεντρώνοντας τις παραπάνω απαντήσεις βλέπουμε ότι η Κοινωνική Πολιτική για τους ίδιους τους συνεντευξιαζόμενους είναι ουσιαστικά τα μέτρα που λαμβάνει το κράτος πρόνοιας, η παρέμβαση, η ενίσχυση και η ενσωμάτωση για την κάλυψη

αναγκών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο για τις ευπαθείς ομάδες αλλά και όλων των πολιτών.

Επιπρόσθετα έγινε το ερώτημα “ Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση του κράτους πρόνοιας της χώρας μας”. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων αναφέρθηκε ότι η κατάσταση του κράτους πρόνοιας είναι μη ικανοποιητική, ανεπαρκή, κακή, ότι είναι σε αποσύνθεση αλλά και ότι είναι ένα άκαμπτο κράτος πρόνοιας. Ποιο συγκεκριμένα ας δούμε τις απαντήσεις. Η Μαργ είπε ότι: «Πιστεύω πως είναι ένα άκαμπτο κράτος πρόνοιας και οι όποιες αλλαγές του έχουν γίνει έχουν βασιστεί σε αλλαγές των μέτρων κοινωνικής πολιτικής των άλλων ευρωπαϊκών χωρών». Επίσης η Δ εξέφρασε την άποψη της λέγοντας ότι: « Είναι σε αποσύνθεση. Μόνο φωτεινές εξαιρέσεις από ιδιωτική πρωτοβουλία». Ακόμη η απάντηση της Μ συμφωνεί με τις παραπάνω λέγοντος ότι είναι: «Ανεπαρκή». Η Ι απάντησε ότι είναι: «Η κακή κατάσταση στην οποία βρίσκεται η Ευρώπη στην πραγματικότητα είναι συνδυασμός πολλών κρίσεων σε θέματα από τον ανταγωνισμό μέχρι τα δημογραφικά. Οι ευπαθείς ομάδες δεν στηρίζονται όπως θα έπρεπε και έτσι τα προβλήματα διαιωνίζονται...». Συνεχίζοντας με την απάντηση της Σ που λέει: «Οι συνθήκες που έχουν δημιουργηθεί είναι πολύ δύσκολες. Υπάρχει έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης και κοινωνικού αποκλεισμού. Δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες ενεργητικές δράσεις εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Οι ευπαθείς ομάδες πληθυσμού περιορίζονται είτε στην περιστασιακή λήψη επιδοματικών παροχών, χωρίς προοπτικές ανεξαρτητοποίησης είτε παραπέμπονται σε αναχρονιστικές μορφές ιδρυματικής περίθαλψης με κίνδυνο «υψηλού στιγματισμού» ». Τέλος έρχεται η απάντηση της Κ η οποία χαρακτηρίζει την κατάσταση του κράτους πρόνοιας ως ασθενή. Ποιο συγκεκριμένα είπε: «Την κατάσταση του κράτους πρόνοιας στην χώρα μας μάλιστα... θα την χαρακτήριζα ασθενή». Πάνω σε αυτόν τον χαρακτηρισμό της έγινε η εξής ερώτηση για περισσότερη ανάλυση. “Λέτε ασθενή... Μπορείτε να μου πείτε κάτι παραπάνω...;” Και απάντησε ως εξής: «Τα τελευταία χρόνια ενώ οι δαπάνες για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν θεαματικά το ποσοστό φτώχιας στην χώρα παραμένει το ίδιο διάστημα στα ίδια επίπεδα. Η κακή κατάσταση λόγω κρίσης που επικρατεί στην Ελλάδα όπως επίσης και η αναποτελεσματικότητα και η ανισότητα του συστήματος κοινωνικής προστασίας και τέλος ο τρόπος οργάνωσης του θεωρώ πως αποτελούν τα αίτια για να ασθενήσει...».

Κλείνοντας με το πρώτο στόχο τους έγινε μία τελευταία ερώτηση “ Πως θα χαρακτηρίζατε τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής της χώρας μας”. Τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής χαρακτηρίστηκαν ανεπαρκή και μη ικανοποιητικά. Ποιο συγκεκριμένα η Ι είπε: «Καθόλου υποστηρικτικά και σχεδόν για μένα ανεπαρκή». Για περαιτέρω ανάλυση της συγκεκριμένης άποψης την ρωτήσαμε: “ Ανεπαρκή”. Και είπε: «Ναι θεωρώ πως πρέπει να υπάρχουν δομημένα προγράμματα, σωστά οργανωμένα ώστε να στηρίζουν όλους τους πολίτες και όχι μόνο στην περίοδο της κρίσης...». Η συνεντευξιαζόμενη Σ μας είπε: «Ανεπαρκή θα έλεγα καμία άλλη λέξη δεν θα κάλυπτε επαρκώς αυτή την ερώτηση...». Η απάντηση της Μ συμφωνεί με της απάντηση της Σ εκφράζοντας με μία λέξη: «Ανεπαρκή». Επίσης η Δ είπε: « Τα θεωρώ μη ικανοποιητικά». Επιπροσθέτως, η Κ μας είπε ότι: «Θα έλεγα πως δεν είναι ικανά να αποφέρουν όσα θετικά αποτελέσματα θα θέλαμε.. Δεν καλύπτουν όλες τις ανάγκες που προκύπτουν». Τέλος η Μαργ εξέφρασε την άποψη της λέγοντας: «Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που αναπτύσσονται χαρακτηρίζονται επιεικώς ανεπαρκή». Πάνω σε αυτό την ρωτήσαμε “ Γιατί το λέτε αυτό”. Και απάντησε: « Το λέω γιατί βασίζονται σε ένα παλιό κράτος πρόνοιας που δεν ανταποκρίνεται στις σημερινές ανάγκες των σημερινών Ελλήνων αλλά και όσο αφορά τους μη Έλληνες. Κοίταξε πιστεύω καταλαβαίνεις πως δεν μπορείς να εφαρμόζεις ίδια μέτρα σε Ελλάδα και Γαλλία για παράδειγμα. Και να μην αναφέρω καμία σύγκριση της δικής μας κοινωνικής πολιτικής με την κοινωνική πολιτική της Γερμανίας ή της Σουηδίας».

B) Οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε την οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης. Δηλαδή αν η τοπική αυτοδιοίκηση στελεχώνεται από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό. Για την διερεύνηση του συγκεκριμένου στόχου αρχικά έγινε η εξής ερώτηση: “Ποια η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης”. Στο ερώτημα αυτό μία πλειοψηφία απάντησε ότι η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης διεκπεραιώνει υποθέσεις τοπικής φύσεως, συγκεκριμένα ότι ασκεί διοίκηση στην εδαφική περιοχή όπου ανήκει. Ποιο συγκεκριμένα η Κ είπε: « Ο οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης έχει συσταθεί σε συγκεκριμένη εδαφική περιφέρεια της Ελλάδας και έχει ως σκοπό την διοίκηση των τοπικών ζητημάτων, τα δε όργανα του, εκλέγονται με ψηφοφορία από τους δημότες της περιφέρειας. Κάθε Ο.Τ.Α. έχει καθορισμένη έδρα και

συγκεκριμένο πληθυσμό, είναι υπεύθυνη για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων». Επίσης η Ι εξέφρασε την άποψη της και είπε: «Οι τοπικές αυτοδιοικήσεις ασκούν διοίκηση στην εδαφική περιοχή τους, διεκπεραιώνοντας τοπικής φύσεως υποθέσεις. Το κράτος σχεδιάζει σε κεντρικό επίπεδο και ασκεί δημόσιες πολιτικές, οι οποίες εφαρμόζονται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η υλοποίηση των πολιτικών αυτών, από την στιγμή που δεν απαιτείται να διεξάγονται αποκλειστικά από φορέα της κεντρικής Διοίκησης κεντρικά ή αποκεντρωμένα εννοώ, μπορούν και αναλαμβάνονται από τους τοπικούς φορείς της περιφερειακής Αυτοδιοίκησης». Μία άλλη άποψη είχε η Δ είπε: «Η οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης λειτουργεί σύμφωνα με το σχέδιο “Καλλικράτης”». Τέλος η άποψη της Μαργ ήταν: «Η τοπική μας αυτοδιοίκηση αποτελείται από την περιφέρεια μας η οποία δίνει με τη σειρά της εντολές στο δήμο και ο δήμος μας έχει την ευθύνη να διοικεί την εκάστοτε υπηρεσία η οργάνωση πχ την υπηρεσία οικονομίας του δήμου ή την Κοινωνική Υπηρεσία του Νομού μας. Δεν ξέρω πως ακριβώς να στα πω...».

Ακόμη, στο ερώτημα μας “Υπάρχει επαρκής στελέχωση της τοπικής αυτοδιοίκησης από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό” υπάρχει ισοψηφία. Κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους απάντησαν ότι η στελέχωση της τοπικής αυτοδιοίκησης από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό είναι ανεπαρκή και κάποιοι ότι θεωρούν πως είναι επαρκή η στελέχωση απλά με κάποιες ελλείψεις. Ποιο συγκεκριμένα η Δ μας είπε: «Όχι δεν υπάρχει επαρκής στελέχωση σε ότι αφορά τους κοινωνικούς επιστήμονες». Επίσης η Μ ανέφερε ότι: «Πιστεύω πως το εργατικό δυναμικό της τοπικής αυτοδιοίκησης είναι υποστελεχωμένο». Η άποψη της Μαργ έρχεται να συμφωνήσει με τις απόψεις της Μ και της Δ λέγοντας: «Όχι δεν υπάρχει επαρκής στελέχωση ούτε στο δήμο ούτε στις υπηρεσίες. Εμείς προσωπικά σαν φορέας δεν έχουμε ούτε τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού, ούτε σε εκπαιδευτές, ούτε σε κοινωνικούς λειτουργούς είμαι μόνο εγώ ενώ θα έπρεπε να είμαστε δύο, ούτε σε ψυχολόγους και δεν έχουμε λογοθεραπευτή ούτε επαρκές βοηθητικό προσωπικό. Καταλαβαίνεις φαντάζομαι τη φόρτο εργασίας έχει ο καθένας και τι προβλήματα δημιουργεί στη φροντίδα των παιδιών». Για τη συλλογή περισσότερων πληροφοριών στο συγκεκριμένο ερώτημα κάναμε την εξής ερώτηση: “ Δηλαδή τι εννοείται με αυτό”. Και απάντησε: «Εννοώ πως αν είμαστε περισσότεροι θα ήμασταν αποδοτικότεροι και τα παιδιά θα έπαιρναν περισσότερη φροντίδα και διάθεση χρόνου αλλά αυτό αποτελεί ουτοπικό όνειρο. Βέβαια δίνουμε όλο μας τον εαυτό και τη ψυχή

μας στα παιδιά απλά μας φθείρει κάποιες φορές αυτό». Στη συνέχεια έχουμε τις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων οι οποίοι χαρακτήρισαν επαρκή την στελέχωση με κάποιες ελλείψεις. Πιο, συγκεκριμένα η Σ είπε: «Πιστεύω πως ναι αλλά ίσως δεν είναι με σωστό τρόπο κατανοημένο για να παράγει το ανάλογο έργο και για να έχει αποτέλεσμα». Ακόμη η Κ συμφωνεί με την άποψη της Σ λέγοντας: «Θεωρώ πως υπάρχει επαρκής στελέχωση αλλά πιστεύω πως υστερούν λίγο στην οργάνωση αρμοδιοτήτων». Τέλος η Ι συμφωνεί με την Κ και την Σ εκφράζοντας ότι: «Βεβαίως και υπάρχει αλλά ίσως στην οργάνωση των αρμοδιοτήτων δεν υπάρχει καλή οργάνωση».

Επιπλέον, στο ερώτημα ‘‘Πως διαρθρώνεται η τοπική αυτοδιοίκηση’’ αναφέρθηκαν ότι δεν υπάρχει διεύθυνση κοινωνικών υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα η Δ είπε: «Βασικά δεν υπάρχει Διεύθυνση Κοινωνικών Υπηρεσιών και η άσκηση της Κοινωνικής Πολιτικής ασκείται αποσπασματικά». Ακόμη η Ι είπε: «Χωρίζεται σε Δήμους και Κοινότητες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις».

Γ) Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας.

Στόχος μας είναι διερευνήσουμε τα μέτρα Κοινωνικής Πολιτικής Υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας και κατά πόσο αυτά προσαρμόζονται στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρίες και στις οικογένειες τους. Επιπλέον θέλουμε να διερευνήσουμε την εφαρμογή των μέτρων Κοινωνικής Πολιτικής για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση σύμφωνα, με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών. Για την διερεύνηση του συγκεκριμένου στόχου αρχικά κάναμε την εξής ερώτηση: ‘‘ Ποια είναι τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας’’. Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων απάντησε ότι τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που εφαρμόζονται είναι: κυρίως μέτρα επιδοματικής πολιτικής, μέτρα που αφορούν κυρίως ευπαθείς ομάδες καλύπτοντας όσον το δυνατόν περισσότερες ανάγκες τους, ουσιαστικά σχεδιάζει και εφαρμόζει προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας. Η μειοψηφία έρχεται να συμπληρώσει και να αναλύσει περισσότερο το ερώτημα μας. Πιο, συγκεκριμένα η Μαργ είπε: «Εεε είναι αρκετά αλλά τα μέτρα που ξέρω πως

εφαρμόζονται είναι τα επιδόματα αναπηρίας, η ασφάλιση, γενικά επιδόματα όπως σε πολύτεχνες οικογένειες ή μονογονεϊκές, το κοινωνικό παντοπωλείο, τα επιδόματα για τους νεφροπαθείς..αυτά με βάση τις γνώσεις μου». Επίσης η Ι απάντησε: «Η τοπική αυτοδιοίκηση ασχολείται με τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας». Ακόμη στη ίδια ερώτηση η Σ απάντησε: «Κυρίως τα μέτρα επιδοματικής πολιτικής αλλά και σχεδιάζει, προγραμματίζει μια μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων και μέτρων για την προαγωγή της δημόσιας υγείας». Τέλος η Κ απάντησε: «Θα έλεγα πως είναι μέτρια.... Θα ήταν καλό και χρήσιμο για τις ευπαθής κυρίως ομάδες του τόπου να υλοποιούνται περισσότερα προγράμματα, παρεμβάσεις καθώς και συμβουλευτικές όπου είναι αναγκαίες.... Επιμόρφωση και σεμινάρια ακόμα και σε ειδικούς...».

Στην συνέχεια για το ερώτημα μας “Ποια είναι η άποψη σας για την κοινωνική πολιτική υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης του Νομού Δράμας”, η Δ απάντησε « Οι δομές και οι σύλλογοι ΑμεΑ, θεωρώ πως είναι ικανοποιητικές. Όμως χρειάζεται να στελεχωθούν με περισσότερο επιστημονικό ή άλλο προσωπικό». Ακόμη η Ι απάντησε: «Μμμ... Θα ήταν καλό να υπήρχαν περισσότερες δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης...». Επιπρόσθετος η Κ στο ίδιο ερώτημα απάντησε: « Θα έλεγα πως είναι μέτρια.... Θα ήταν καλό και χρήσιμο για τις ευπαθής κυρίως ομάδες του τόπου να υλοποιούνται περισσότερα προγράμματα, παρεμβάσεις καθώς και συμβουλευτικές όπου είναι αναγκαίες.... Επιμόρφωση και σεμινάρια ακόμα και σε ειδικούς...»

Για το ερώτημα μας “ Υπάρχουν ειδικά προσαρμοσμένα μέτρα κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα με αναπηρίες καθώς και των οικογενειών τους” οι πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι υπάρχουν αλλά δυσκολεύονται να καλύψουν τις ανάγκες. Συγκεκριμένα η Μ απάντησε: «Θεωρώ πως σε ένα μεγάλο βαθμό καλύπτονται οι ανάγκες τους». Ακόμη η απάντηση της Μαργ ήταν: «Από όσο γνωρίζω μόνο τα επιδόματα υπάρχουν και οι κατασκηνώσεις για ΑμεΑ», επίσης η Δ στην ίδια ερώτηση απάντησε: «υπάρχουν αλλά είναι τελείως ανεπαρκή». Ακόμη η Κ εξέφρασε την άποψη της λέγοντας: «Γίνονται κάποιες προσπάθειες αλλά θεωρώ πως δεν καλύπτονται όλες οι ανάγκες....». Η Στέλλα στο ίδιο ερώτημα απάντησε: «Δεν θα υποστήριζα πως υπάρχουν καθώς τα ήδη υπάρχοντα δυσκολεύονται να καλύψουν τις ανάγκες της ομάδας». Τέλος στο ίδιο ερώτημα η Ι μας απάντησε: «Γίνονται κάποιες προσπάθειες..... νομίζω πως βρισκόμαστε σε καλό δρόμο...».

Κλείνοντας με τον συγκεκριμένο στόχο έγινε η εξής ερώτηση με δύο σκέλη: ‘‘Αν υπάρχουν «μέτρα κοινωνική πολιτικής» κατά πόσο καλύπτουν τις ανάγκες τους; Αν δεν υπάρχουν τι θα προτείνατε γι’ αυτό; Στο πρώτο σκέλος οι πλειοψηφία απάντησε υπάρχουν αλλά δεν καλύπτονται οι ανάγκες τους, για την συλλογή αυτών των απαντήσεων μας βοήθησε η προηγούμενη ερώτηση μας. Στους ερωτωμένους που απάντησαν ότι υπάρχουν αλλά δεν καλύπτουν τις ανάγκες τους καθώς και σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν υπάρχουν ρωτήθηκε ‘‘τι θα προτείνατε γι’ αυτό’’. Η πλειοψηφία συμφώνησε ότι χρειάζεται συστηματική και δομημένη δουλειά ακριβώς πάνω στις ανάγκες των συγκεκριμένων ευπαθών ομάδων. Συγκεκριμένα η απάντηση της Μαργ στο ερώτημα αυτό ήταν: « Δεν πιστεύω πως καλύπτουν τις ανάγκες τους ένα άτομο με αναπηρίες χρειάζεται μεγάλη φροντίδα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και γενικά έχει περισσότερες ανάγκες από ένα άτομο που δεν έχει κάποια πάθηση. Είναι ευνόητο πως τα 400 στην καλύτερη περίπτωση ευρώ που δίνονται δεν μπορούν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες ειδικά αν ο ένας γονέας δεν δουλεύει για να φροντίζει το παιδί ή τον ενήλικα με αναπηρία». Ακόμη η Κ στην ίδια ερώτηση απάντησε: «Μμμ... Νομίζω πως χρειάζεται συστηματική, δουλειά, μέτρα που να καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες των ομάδων που το έχουν ανάγκη». Επιπλέον η Ι απάντησε: «Χρειάζεται συστηματική δομημένη δουλειά ακριβώς πάνω στις ανάγκες των ΑμεΑ. Τα ΑμεΑ καλύπτουν το 9,3 του πληθυσμού και κυρίως οι ανάγκες τους είναι παροχή ίσων ευκαιριών στην εκπαίδευση και την απασχόληση, στη βελτίωση των παροχών υγείας και φροντίδας και στη προσβασιμότητα». Τέλος η Σ απάντησε στο ίδιο ερώτημα λέγοντας: «Θα πρότεινα εντατική δουλειά πάνω στις ανάγκες, τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που θα δημιουργηθούν πρέπει να προσφέρουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής στις ευπαθείς ομάδες που το έχουν ανάγκη.

Δ) Δομές –Υπηρεσίες

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε την επάρκεια Δομών-Υπηρεσιών για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση στον Νομό Δράμας, σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών. Για τη διερεύνηση του στόχου αυτού κάναμε το ερώτημα ‘‘ Ποιες δομές για άτομα με αναπηρίες υπάρχουν στο Νομό Δράμας και τι υπηρεσίες παρέχουν’’. Στο ερώτημα αυτό οι απαντήσεις όλων των ερωτώμενων ήταν κοινές καθώς οι δομές για άτομα με αναπηρίες στο Νομό

Δράμας είναι συγκεκριμένες και όλοι οι συνεντευξιαζόμενοι γνώριζαν τις ίδιες. Κάποιοι ανέφεραν λιγότερες κάποιοι περισσότερες, και κάποιοι άλλοι όλες τις δομές – υπηρεσίες για άτομα με αναπηρία στην τοπική αυτοδιοίκηση στον Νομό Δράμας. Πιο συγκεκριμένα η Δ απάντησε: «Είναι η Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου Δράμας, οι Δομές ΕΨΥΚΑ – Κέντρο Ημέρας “Πολυδεύκης” / Οικοτροφεία “Αγάπανθος” και “Αρσινόη”/ Προστατευόμενο Διαμέρισμα, η Δομή ΔΕΥΨΥ – Οικοτροφείο “Πηγή”, το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το ΚΔΑΠμεΑ “ Το χαμόγελό μας”, το Παράρτημα Θεραπευτηρίου Χρονίων Παθήσεων, το ΕΕΕΕΚ, το ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής , Ειδικό Σχολείο και το ΚΕΔΥ». Ακόμη η Μ απάντησε: « Υπάρχει το ΚΔΑΠμεΑ “ Το χαμόγελό μας”, η Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου που παρέχει κάποια βοηθήματα σε ευπαθείς ομάδες και άπορους αλλά και επιδόματα, το ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής , το Ειδικό Σχολείο, επίσης είναι οι Δομές ΕΨΥΚΑ που εκεί εντάσσονται το – Κέντρο Ημέρας “Πολυδεύκης” / Οικοτροφεία “Αγάπανθος” και “Αρσινόη”/ Προστατευόμενο Διαμέρισμα, η Δομή ΔΕΥΨΥ – Οικοτροφείο “Πηγή”, το ΚΕΔΥ ,το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Παράρτημα Θεραπευτηρίου Χρονίων Παθήσεων αυτά ίσως και να ξέχασα κάποιο...Αυτά είναι τα ποιο ακουστά». Έπειτα η Ιωάννα απάντησε: «Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρίες, το θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων το παράρτημα πιο συγκεκριμένα, είναι η Ε.Ψ.Υ.Κ.Α όπου σε αυτή ανήκουν τα οικοτροφεία με ψυχικές διαταραχές η Α.Ρ.Σ.Ι.Ν.Ο.Η. η ΠΗΓΗ, ο ΑΓΑΠΑΝΘΟΣ όπως επίσης και ο ΠΟΛΥΔΕΥΚΗΣ που είναι Κέντρο Ημέρας ΑμεΑ, μμμ... το Κέντρο Ψυχικής Υγείας η Κοινωνική Υπηρεσία για τα επιδόματα και τέτοιου είδους παροχές συνήθως προσφέρει ποιοτικές και ουσιαστικές υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, το ΚΕΔΔΥ, και τέλος να αναφέρω και τα σχολεία ειδικής αγωγής». Η Κ επίσης ανέφερε : «Είναι Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με αναπηρίες όπου προσφέρει ουσιαστική υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας, δίνει στα παιδιά με αναπηρία την ευκαιρία να έχει το δικό του χώρο ψυχαγωγίας, η Κοινωνική Υπηρεσία που με τον τρόπο της βοηθά ενημερώνοντας μέσα από δράσης όπου διοργανώνει κατά καιρούς, το θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων όπου και αυτό με την σειρά του βοηθά δημιουργικά τα άτομα με αναπηρία έχοντας ένα παράρτημα που δέχεται παιδιά και ενήλικες μέχρι κάποια ηλικίας έτσι ώστε να περνούν ευχάριστα κάποιες ώρες της ημέρας, το ΚΕΔΔΥ επίσης ένα κέντρο διαφοροδιάγνωσης και τέλος είμαστε και εμείς Ο ΠΟΛΥΔΕΥΚΗΣ ένα κέντρο ημέρας, μια δομή εξειδικευμένης υποστήριξης ενήλικων ατόμων απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές...». Η απάντηση της Σ στο ίδιο

ερώτημα ήταν: «Το Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων, Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρίες, η Κοινωνική Υπηρεσία, τα σχολεία ειδικής αγωγής που έχουν όλες τις βαθμίδες, το οικοτροφείο «ΠΗΓΗ» το Κέντρο ψυχικής υγείας και οι δομές που ανήκουν στην Ε.Ψ.Υ.Κ.Α, Είναι τα οικοτροφεία συγκεκριμένα το οικοτροφείο «ΑΓΑΠΑΝΘΟΣ» και το οικοτροφείο «ΑΡΣΙΝΟΗ» καθώς επίσης και το Κέντρο Ημέρας «ΠΟΛΥΔΕΥΚΗΣ» ». Τέλος η Μ απάντησε: « Υπάρχουν δομές ΑμεΑ και αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό για τα άτομα αυτά αλλά και για τις οικογένειες τους. Είναι το Κέντρο ημερησίας φροντίδας «Το χαμόγελό μας», Το θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων. Επίσης δομές που υπάρχουν είναι το ειδικό νηπιαγωγείο και το ειδικό σχολείο, το ΕΕΕΕΚ στο οποίο τα παιδιά με νοητική υστέρηση ή αυτισμό μαθαίνουν εξειδικευμένες γνώσεις για την επαγγελματική τους γνώση και ενδεχόμενη αποκατάσταση αλλά υπάρχει και το ΤΕΕ πρώτης βαθμίδας. Ακόμη υπάρχουν από ότι γνωρίζω τέσσερα οικοτροφεία που χρηματοδοτούνται από μη κερδοσκοπικές εταιρίες όπως το Κέντρο ημέρας που λειτουργεί, ακόμη είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας».

Επιπλέον, για την διερεύνηση και επίτευξη του στόχου μας κάναμε το παρακάτω ερώτημα ‘‘ Είναι επαρκείς οι δομές των υπηρεσιών; Αν όχι τι θα προτείνατε γι’ αυτό’’. Η πλειοψηφία των ερωτωμένων απάντησαν πως δεν είναι επαρκείς οι δομές. Κάποιοι ανέφεραν και κάποιες προτάσεις ύστερα από δική μας ερώτηση. Συγκεκριμένα η Σ είπε: «Δεν είναι επαρκείς» και στο ερώτημα που τις έγινε ‘‘Αν όχι τι θα προτείνατε γι’ αυτό’’ απάντησε: «Θα πρέπει να υπάρχουν και άλλες που θα κάλυπταν όλους τους τομείς που χρειάζονται τα ΑμεΑ για καλύτερη ποιότητα ζωής». Επίσης, η Ι έδωσε παρόμοια απάντηση: «Δεν είναι επαρκείς...», σε αυτή την απάντηση που έδωσε τις έγινε το ερώτημα ‘‘ Μού λέτε πως δεν είναι επαρκείς οι δομές των υπηρεσιών τι πιστεύεται πως θα έπρεπε να γίνει για να είναι’’ και απάντησε: «Χμμμ... Πιστεύω πως θα έπρεπε να υπάρχουν και άλλες που θα κάλυπταν την εκπαίδευση, την απασχόληση και γενικότερα την κοινωνική τους φροντίδα. Η ποιότητα ζωής είναι αυτό που ταιριάζει σε αυτά τα άτομα και όχι η ποσότητα». Επίσης η Κ είπε: «Χμμμ... Τίποτα δεν είναι αρκετό... Δεν νομίζω πως οι δομές επαρκούν...». Και της έγινε η ερώτηση ‘‘ Μμμμ... Θεωρείτε πως δεν επαρκούν τι θα προτείνατε για αυτό’’ η απάντηση ήταν: «Θα έπρεπε να υπήρχαν και άλλες για να καλύπτουν όλους τους τομείς των ατόμων με αναπηρία για μια καλύτερη ποιότητα ζωής...», η Δ είπε: «Σίγουρα όχι», και τέλος η απάντηση της

Μαργ συμφώνησε με τις παραπάνω εκφράζοντας: «Όχι δεν είναι. Υπάρχουν πολλές ελλείψεις».

Συνεχίζοντας έγινε το εξής ερώτημα: “Υπάρχουν υπηρεσίες που να αναφέρονται σε συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας;(π.χ για άτομα με σύνδρομο down και αυτισμό)”. Στο ερώτημα αυτό οι απαντήσεις που συλλέξαμε ισόψηφες κάποιοι από τους συνεντευξιαζόμενους υποστήριζαν ότι υπάρχουν υπηρεσίες και κάποιοι ότι δεν υπάρχουν. Πιο συγκεκριμένα οι απαντήσεις ήταν οι εξής: η Μαργ είπε: «Στο Κέντρο ψυχικής υγείας δημιουργούνται κάποιες ομάδες... Αλλά μόνο αυτό», η Μ είπε: «Ναι, ναι υπάρχουν υπηρεσίες για συγκεκριμένες κατηγορίες αναπηρίας. Όπως των ψυχωτικών ή των καταθλιπτικών στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή των παιδιών με νοητική υστέρηση και με αυτισμό για λογοθεραπεία και Εργοθεραπεία, καθώς και συμβουλευτική των γονιών με παιδιά με αναπηρία», η απάντηση της Σ ήταν: «Όχι δεν υπάρχουν...», η Κ είπε: «Όχι δεν υπάρχουν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες, λυπηρό πραγματικά αλλά αληθινό και δύσκολο για τα άτομα που τις έχουν ανάγκη πόσο μάλλον και των οικογενειών τους...», τέλος η απάντηση της Ι εξέφρασε άρνηση και λύπη συγκεκριμένα είπε: «Όχι δεν υπάρχουν... Δυστυχώς... Παρ’ όλο που είμαστε ένας μικρός νομός θεωρώ πως κατά την γνώμη μου θα έπρεπε να υπήρχαν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες αναπηρίας γιατί όσο μικρός και αν είναι ο πληθυσμός περιστατικά υπάρχουν παντού....»

Κλείνοντας με αυτό το στόχο η τελευταία ερώτηση που έγινε ήταν “ Σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού”. Στο ερώτημα αυτό η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού και η μειοψηφία πως δεν σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού. Οι απαντήσεις ήταν οι εξής: η Ι είπε: «Όχι και πάρα πολλές, ελάχιστες θα έλεγα....», την ρωτήσαμε “Εσείς το θεωρείτε αναγκαίο ποια η γνώμη σας” και η απάντηση της ήταν: «Θεωρώ πως απαιτείται συστηματική και όχι περιστασιακή προσπάθεια για να υπάρχουν τα αναμενόμενα και επιθυμητά αποτελέσματα. Μια ή δυο φορές τον χρόνο τέτοιου είδους δράσεις δεν επαρκούν.....», η Κ είπε: «Από εμάς δεν σχεδιάζονται τέτοιου είδους δράσεις αν και νομίζω πως είναι αναγκαίο στο 100% ίσως μόνο μέσα από κάποιες εκδηλώσεις κυρίως ψυχαγωγικού χαρακτήρα όπου μέσα από αυτό προσπαθούμε να ευαισθητοποιήσουμε το κοινό... Συνήθως το ελλείπει προσωπικό ο φόρτος εργασίας

επακόλουθα των εργαζομένων δεν επιτρέπουν συχνά να σχεδιάζονται τέτοιες δράσεις.....», η Σ: «Σχεδιάζονται αλλά ‘όχι συχνά ώστε να υπάρχει συνεχής και επαναλαμβανόμενη ενημέρωση γύρω από αυτά τα θέματα. Όσο περισσότερα ακούει το κοινό τόσο πιο πολύ ευαισθητοποιείται και κατεπέκτασιν κινητοποιείται, όταν το κοινό γνωρίζει τι είναι αναπηρία, εξοικειώνεται και προσφέρει», η απάντηση της Μ ήταν ότι σχεδιάζονται δράσεις συγκεκριμένα είπε: «Σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού καθώς πραγματοποιούνται και ψυχαγωγικές δράσεις, κυρίως στα πλαίσια της Ονειρούπολης, ή της ημέρας ατόμων με ειδικές ανάγκες καθώς επίσης , και στα πλαίσια του Φεστιβάλ ταινιών μικρού μήκους», η απάντηση της Μαργ ήταν κοινή με της Μ είπε: «Ναι σχεδιάζονται κυρίως από την κοινωνική υπηρεσία του Δήμου», τέλος έρχεται η άποψη της Δ να συμφωνήσει με τη Μ και την Μαργ λέγοντας: «Ναι φυσικά και σχεδιάζονται. Αλλά κυρίως σε περιόδους εορτών... Την περίοδο των Χριστουγέννων που είναι και η Ονειρούπολη, την περίοδο του Πάσχα δημιουργούνται κάποια παζάρια από κάποιους φορείς ΑμεΑ, αλλά και κατά την Παγκόσμια ημέρα ατόμων με αναπηρία σε συνεργασία με όλους τους φορείς ΑμεΑ».

Ε) Προγράμματα υπηρεσιών υγείας

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τα προγράμματα υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση σύμφωνα με την άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών. Δηλαδή αν τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ποσοτικός και ποιοτικός επαρκεί. Για την διερεύνηση του συγκεκριμένου στόχου αρχικά έγινε η εξής ερώτηση: ‘‘Ποιά προγράμματα υπηρεσιών υγείας παρέχονται από το φορέα σας’’. Στο ερώτημα αυτό η πλειοψηφία αποτελούμενη από διαφορετικούς φορείς απάντησε παροχές που παρέχει κάθε υπηρεσία ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα η Σ είπε: «Ότι σχεδιάζουν, εισηγούνται και μεριμνούν για την εφαρμογή προγραμμάτων ή συμμετέχουν σε προγράμματα και δράσεις για την ένταξη ευπαθών ομάδων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.’’ Συνέχισε λέγοντας: «Ακόμη θα ήθελα να προσθέσω ότι διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που

αφορούν την κοινωνική φροντίδα της οικογένειας, του παιδιού, των εφήβων, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία καθώς και ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που στοχεύουν στην υποστήριξη και φροντίδα της υγείας των δημοτών με την ίδρυση και λειτουργία εγκαταστάσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της ψυχικής υγείας». Ακόμη ανέφερε: «Ναι, πιο συγκεκριμένα με τη δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, κέντρων υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, κέντρων συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων της ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συννοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών». Η Ι είπε: « Διεξάγουμε κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζουμε, εισηγούμαστε και μεριμνούμε για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που αφορούν την κοινωνική φροντίδα της οικογένειας, του παιδιού, των εφήβων, των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία καθώς και ευπαθών κοινωνικών ομάδων», ακόμη η Κ είπε: «Παρέχουμε θεραπευτική-υποστηρικτική ομάδα μελών. Κοινωνική επανένταξη-συμβουλευτική υποστήριξη οικογένειας. Εργοθεραπεία βελτίωση δηλαδή των καθημερινών δραστηριοτήτων, αυτόνομη διαβίωση ατομική φροντίδα, επίσης και εναλλακτικές θεραπευτικές δραστηριότητες μέσω εικαστικών και του θεάτρου», στην συνέχεια η Μ εκφράζοντας την άποψη της είπε: «Υπάρχουν προγράμματα όπως σου ανέφερα πρωτότερα για την πρωτογενή πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, για την επιδίωξη της δευτερογενούς πρόληψης καθώς και της τριτογενούς πρόληψης», η Μαργ απάντησε: «Εμείς συμμετέχουμε σε δράσεις και προγράμματα μαζί με όλους τους φορείς ΑμεΑ του Νομού μας», τέλος η Δ ανέφερε: «Ότι Εμείς σαν υπηρεσία παρέχουμε στους ανασφάλιστους βιβλιάρια υγείας, επίσης είναι και το ιατρείο της υπηρεσίας που υπάρχουν νοσηλευτές και παρέχονται εμβόλια σε ευπαθής ομάδες... αυτά...».

Έπειτα στο ερώτημά μας ‘‘Σε ποιους απευθύνονται αυτά τα προγράμματα; Απευθύνονται στα ΑμεΑ; Στους γονείς των ΑμεΑ; ή στους εκπαιδευτές ΑμεΑ’’ Στο ερώτημα μας αυτό η πλειοψηφία απάντησε ότι τα προγράμματα και υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους φορείς αφορούν κυρίως τα ΑμεΑ καθώς και τις οικογένειες τους. Πιο συγκεκριμένα η Σ μας απάντησε: «Απευθύνονται στα ίδια τα άτομα αλλά και στις οικογένειες τους», ακόμη η Ι είπε: « Απευθύνονται και στην ομάδα στόχου αλλά και στο υποστηρικτικό περιβάλλον...» η απάντηση της Κ ήταν: Απευθύνονται

κυρίως στα ΑμεΑ και στην οικογένεια τους...», επίσης η Μαργ είπε: «Στα ίδια τα ΑμεΑ, στις οικογένειες τους αλλά και προς την κοινωνία» και η Δ ερωτώμενη αν απευθύνονται στα ΑμεΑ είπε: «Ναι φυσικά, όπως και στις οικογένειες τους».

Έπειτα ρωτήσαμε τους ερωτώμενους: “Τι σκοπό έχουν τα συγκεκριμένα προγράμματα;” Στο ερώτημα αυτό μια πλειοψηφία απάντησε ότι κυρίως σκοπός είναι η στήριξη, η ενημέρωση, η καθοδήγηση, η κινητοποίηση καθώς και η ενεργοποίηση των ατόμων με αναπηρία. Πιο συγκεκριμένα η Σ είπε: «Την στήριξη ψυχολογική αλλά και χρηματική εφόσον χρειαστεί. Επίσης καθοδηγούν τα άτομα σε περιπτώσεις που χρειάζονται πιο εξειδικευμένη βοήθεια», ακόμη η Ι είπε: «Να ενημερώσουν, να κινητοποιήσουν και να ενεργοποιήσουν τα ΑμεΑ για να νιώσουν χρήσιμα και απαραίτητα. Από την άλλη πλευρά η οικογένεια θα κατανοήσει πως σε αυτόν τον αγώνα δεν είναι μόνη», η Κ απάντησε: « Βελτίωση της καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων με αναπηρία την επανένταξή τους καθώς και την υποστήριξη των γονέων» τέλος η Μ ανέφερε: «Σκοπός τους είναι να βοηθηθούν σε οτιδήποτε πρόβλημα αντιμετωπίζουν όπως αυτό μπορεί να είναι το πένθος, απώλεια, διαζύγιο, ενδοοικογενειακά προβλήματα και κυρίως ψυχιατρικά προβλήματα υγείας. Παρέχονται ατομικές, ομαδικές και οικογενειακές συνεδρίες», Παραλείποντας κάτι συνέχισε λέγοντας: «Νομίζω πως τα ανάφερα όλα. Αλλά όχι... Δεν σου είπα πως για όλα τα άτομα με αναπηρία διεκπεραιώνεται το μέτρο της δικαστικής συμπαράστασης καθώς υπάρχει και ο ορισμός του δικαστικού συμπαράστατη».

Στην συνέχεια η ερώτηση που έγινε από εμάς ήταν: “Εκτιμάται ότι τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ποσοτικός και ποιοτικός επαρκεί”. Εδώ η πλειοψηφία συμφώνησε και πάλι και κατέληξε πως τα προγράμματα καθώς και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι επαρκής. Πιο συγκεκριμένα η απάντηση που έδωσε η Σ ήταν: « Η εμπειρία έχει δείξει πως είναι επαρκή και αποτελεσματικά», έπειτα η Ι είπε: «Θα έλεγα πως τα προγράμματα καθώς και υπηρεσίες που παρέχονται καλύπτουν και ποιοτικά αλλά και ποσοτικά τις ανάγκες.... Θεωρώ πως είναι αποτελεσματικά», η Κ είπε: «Χμμ... Θα πω πως ναι προσπαθούμε για το καλύτερο και όσο αυτό είναι εφικτό τότε οι υπηρεσίες που παρέχονται θα είναι και ποσοτικός αλλά και ποιοτικός επαρκεί...» τέλος η Δ είπε: «Θεωρώ πως ναι είναι»

Τέλος ολοκληρώνοντας αυτό τον άξονά μας θέσαμε το εξής ερώτημα: “ Θα προτείνατε κάποια βελτίωση των προγραμμάτων; Έχετε να προτείνεται την δημιουργία κάποιου άλλου προγράμματος;” Στην ερώτηση μας αυτή πήραμε κυρίως απαντήσεις που αφορούσαν απόψεις των ερωτώμενων. Πιο συγκεκριμένα η Σ είπε: «Ίσως προγράμματα που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση και την αυτόνομη διαβίωση των ΑμεΑ», ακόμη η Ι είπε: «Η αυτόνομη διαβίωση είναι πολύ σημαντική για την αναπηρία οπότε ένα καλός προγραμματισμός για να δουλέψουμε αυτό το κομμάτι θα είχε θετικά αποτελέσματα πιστεύω.....» Και τέλος η Κ απάντησε: « Θεωρώ κύρια και σημαντική την αυτόνομη διαβίωση των ατόμων με αναπηρία όπου τέτοιου είδους πρόγραμμα εμείς το παρέχουμε και έτσι δεν θα πρότεινα κάτι παραπάνω όσο για την βελτίωση θα έλεγα πως πάντα και παντού υπάρχει χώρος για την βελτίωση.....»

ΣΤ) Δράσεις υπηρεσιών υγείας

Στόχος εδώ ήταν είναι να διερευνήσουμε τις δράσεις υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση. Πως αυτές οργάνονται από τους κοινωνικούς λειτουργούς και ποια η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Στο ερώτημα μας “ Ποιες οι δράσεις υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση” οι απαντήσεις που έδωσαν οι συνεντευξιαζόμενοι ήταν οι εξής: Η Μ απάντησε: «Εεεε, να σου την αλήθεια δεν γνωρίζω επακριβώς στο συγκεκριμένο κομμάτι, βεβαία ανά τακτά χρονικά διαστήματα οργανώνονται δράσεις χωρίς να ξέρω κάτι παραπάνω», η Σ: «Είναι κάποιες δράσεις που αφορούν την κοινότητα και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς», ακόμη η Κ εξέφρασε: «Δικτύωση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού και συνεχή διαβούλευση κι συμμετοχή για τη διαμόρφωση των πολιτικών και προγραμμάτων. Καθώς επίσης και δράσεις που αφορούν την επιδοματική πολιτική, κοινωνικές υπηρεσίες, και υγειονομικές υπηρεσίες.», τέλος η Ι είπε: «Δράσεις κυρίως που αφορούν την επιδοματική πολιτική».

ΣΤ1) Πόσο συχνά οργανώνονται δράσεις στην τοπική αυτοδιοίκηση;

Στο σημείο αυτό μας ενδιέφερε να μάθουμε το πόσο συχνά οργανώνονται δράσεις στην τοπική αυτοδιοίκηση. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε ότι οργανώνονται δράσεις αρκετά συχνά. Συγκεκριμένα η Δ απάντησε: «Αρκετά συχνά», η Μ είπε επίσης: «ανά τακτά χρονικά διαστήματα οργανώνονται δράσεις χωρίς να ξέρω κάτι παραπάνω», ακόμη η άποψη της Σ ήταν: «Οργανώνονται αρκετά συχνά, όσο αυτό είναι δυνατό», η Μαργ συμφώνησε με τις προηγούμενες απόψεις λέγοντας: «Αρκετά συχνά ιδίως όταν είναι παγκόσμιες ημέρες πχ παγκόσμια ημέρα αυτισμού», τέλος η άποψη τις Κ και της Ι επίσης ήταν όμοιες με όλες τις παραπάνω.

ΣΤ2) Με ποιο τρόπο οργανώνονται;

Έπειτα στο σημείο αυτό θέλαμε να διερευνηθεί ο τρόπος οργάνωσης των δράσεων. Γι' αυτό λόγο ρωτήσαμε "Με ποιο τρόπο οργανώνονται". Ένα μεγάλο δείγμα ερωτώμενων απάντησε κοινά στο ερώτημα μας λέγοντας, ότι οργανώνεται με βάση τις ανάγκες οι υπόλοιπες απόψεις ήταν διαφορετικές. Συγκεκριμένα η Δ απάντησε: «Το κομμάτι της οργάνωσης έχει κάνει κάθε φορά με τι μπορεί να παρέχει ο κάθε φορέας, αλλά και σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης ευπαθής ομάδας», η απάντηση της Ι συμφωνεί με την απάντηση της Δ λέγοντας: Ανάλογα με τις ανάγκες, η Μ δεν είχε γνώση πάνω σε αυτό και απάντησε: «Θα σε απογοητεύσω και σε αυτό..Δυστυχώς δεν γνωρίζω», η απάντηση της Κ αφορούσε το κομμάτι της συνεργασίας, αλλά και των αναγκών, πιο συγκεκριμένα απάντησε: «Σε συνεργασία με άλλους φορείς. Και συνήθως οργανώνονται με βάσει τις ανάγκες των ομάδων και της κοινότητας.», τέλος η απάντηση της Μαργ ήταν τελείως διαφορετική αναφερομένη στο οργανωτικό κομμάτι απάντησε : «Ξεκινά συνήθως σαν πρωτοβουλία του προσωπικού στέλνεται έγγραφη πρόταση σε προϊστάμενο και δήμο και αφού εγκριθεί φροντίζονται τα απαραίτητα ώστε να υλοποιηθεί και ενημερώνεται και ο τύπος για περισσότερη προσέλευση»

ΣΤ3) Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους φορείς;

Ένα ακόμη σημείο που θέλαμε να διερευνήσουμε ήταν το κομμάτι της συνεργασίας. Η διερεύνηση αυτού έγινε με το ερώτημα "Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους φορείς". Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι: υπάρχει

συνεργασία, η συνεργασία επιβάλλεται και ότι ο ένας φορέας συμπληρώνει τον άλλον. Υπήρχε και η μειοψηφία με την αντίθετη γνώμη ότι δεν υπάρχει πάντα συνεργασία. Πιο συγκεκριμένα οι απαντήσεις που πήραμε ήταν οι εξής: η Σ είπε: «Η συνεργασία επιβάλλεται καθώς ο ένας φορέας συμπληρώνει τον άλλον», η Κ απάντησε: «βεβαίως υπάρχει συνεργασία. Εξάλλου είναι απαραίτητο στοιχείο για την οργάνωση μιας δράσης», ακόμη η Μαργ είπε: «Ναι και αυτό μας χαροποιεί ιδιαίτερα γενικά έχουμε ένα θετικό συνεργασιακό κλίμα», η άποψη της Ι έρχεται να συμφωνήσει με τις παραπάνω απόψεις της Σ, της Κ και της Μαργ απαντώντας : «βεβαίως υπάρχει συνεργασία. Εξάλλου είναι απαραίτητο στοιχείο για την οργάνωση μιας δράσης», τέλος η αντίθετη άποψη της Δ ήταν: «Υπάρχει συνεργασία, αλλά υπάρχουν και κάποιες εξαιρέσεις πάντα. Που δημιουργούν μικροπροβλήματα...»

ΣΤ4) Ποια η δική σας συμβολή στην οργάνωση των δράσεων;

Επιπλέον θέλαμε να διερευνήσουμε την συμβολή των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών στην οργάνωση των δράσεων. Αυτό επιτεύχθηκε με το ερώτημα ‘‘ Ποια η δική σας συμβολή στην οργάνωση των δράσεων’’. Στο ερώτημα αυτό υπήρχε ισοψηφία στις απαντήσεις. Συγκεκριμένα η Δ απάντησε: «Εμείς κυρίως συντονίζουμε την οργάνωση μίας δράσης...», η απάντηση της Σ είναι όμοια με της Δ συγκεκριμένα είπε: «Χμμμ... Θα έλεγα πως είναι συντονιστικός, συνήθως...», η Ι απάντησε: «Εμείς βρισκόμαστε στο κομμάτι της οργάνωσης κυρίως...» και τέλος η απάντηση της Μαργ συμφωνεί με της Ι: «Κοίταξε σαν κοινωνική λειτουργός εγώ οργανώνω δράσεις για ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για κάποιες ομιλίες για σχολές γονέων και για κάποια συνεργασία με άλλους φορείς ώστε να έχουμε την μεγαλύτερη δυνατή δικτύωση και υποστήριξη»

ΣΤ5) Ποια είναι η συνεργασία σας με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης;

Παρακάτω στόχος μας ήταν να διερευνήσουμε την συνεργασία των ερωτωμένων κοινωνικών λειτουργών με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Το ερώτημα ‘‘ Ποια είναι η συνεργασία σας με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης’’ μας βοήθησε στη διερεύνηση του στόχου. Η απάντηση

της Σ: «Να τους παραθέτω τις ανάγκες των ομάδων και να συνεργαζόμαστε στην οργάνωση των δράσεων θέτοντας τους στόχους και αξιολογώντας την αποτελεσματικότητά τους», της Μαργ: «Δεν έχω ιδιαίτερη συνεργασία κυρίως ο διευθυντής μας που είναι πολύ ικανός τα αναλαμβάνει αυτά», και της Κ: «Τους ενημερώνουμε και έπειτα τους αναθέτουμε τις τυχόν ανάγκες που έχουμε για τη διερεύνηση λύσεων και προτάσεων τους».

ΣΤ6) Αντιμετωπίζεται δυσκολίες κατά την υλοποίηση μίας δράσης;

Με το παραπάνω ερώτημα θέλαμε να διερευνήσουμε αν οι ερωτώμενοι Κοινωνικοί Λειτουργοί αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την υλοποίηση μίας δράσης. Η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν πως δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Η μειοψηφία απάντησε ότι υπάρχουν δυσκολίες. Συγκεκριμένα η Μ είπε: «Όχι δεν έχουν δημιουργηθεί προβλήματα και είναι εξαιρετικά σημαντικό αυτό. Θα το καταλάβεις και εσύ στο μέλλον αν θα βρεθείς σε κάποια υπηρεσία.», επίσης η Σ είπε: «Δεν υπάρχουν ιδιαίτερες δυσκολίες ότι υπάρχει λύνετε.....» , ακόμη η Ι απάντησε: «Δυσκολίες σίγουρα υπάρχουν σε οτιδήποτε και να ασχοληθείς η να οργανώσεις αλλά τίποτα που δεν λύνεται με τις κατάλληλες κινήσεις τα καταφέρνουμε όλα.....», η Κ είπε: «Όχι δεν υπάρχει κάποια σημαντική δυσκολία», η Μαργ είχε παρόμοια απάντηση με τη Μ, την Σ, την Ι και την Μ λέγοντας: «Όχι ευτυχώς δεν έχει προκύψει δυσκολία σε κάποια εκδήλωσή μας, αναθέτονται οι ρόλοι του καθενός και απλά τους εκτελούμε». Αντίθετη είναι η άποψη της Δ η οποία ήταν: «Ναι γιατί πολλές φορές δεν λειτουργεί σωστά το κομμάτι της συνεργασίας και της υπευθυνότητας»

ΣΤ7) Έχετε κάτι να προτείνεται για την αντιμετώπιση των τυχόν δυσκολιών;

Στο σημείο αυτό θέλαμε να διερευνήσουμε τις προτάσεις των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών για την αντιμετώπιση τυχόν δυσκολιών. Αυτό επιτεύχθηκε με το ερώτημα “ Έχετε κάτι να προτείνεται για την αντιμετώπιση των τυχόν δυσκολιών”. Η απάντηση της Σ στο ερώτημα αυτό ήταν: «Θα πρότεινα θέληση και κυρίως συνεργασία», ακόμη η Δ με έντονο ύφος απάντησε: «Να υπάρχει η σωστή οργάνωση και μοίρασμα ρόλων ώστε ο καθένας να αναλαμβάνει το κομμάτι που πρέπει»

Z) Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε αν υπάρχει ευαισθητοποίηση από τη κοινωνία για τα άτομα με αναπηρίες. Ακόμη ποιες είναι οι δράσεις των κοινωνικών λειτουργών για να επιτύχουν την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και κατά πόσο οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα. Για την διερεύνηση λοιπόν του συγκεκριμένου στόχου αρχικά κάναμε την εξής ερώτηση: “Υπάρχει ευαισθητοποίηση από την κοινωνία για τα άτομα με αναπηρία”. Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων απάντησε ότι υπάρχει ευαισθητοποίηση από την κοινωνία απέναντι στα άτομα με αναπηρία πιο συγκεκριμένα η Σ ανέφερε: «Υπάρχει ευτυχώς και αυτό φαίνεται από την συμμετοχή στις δράσεις αλλά και μέσα από τη καθημερινότητα», επίσης η Ι είπε: «Θα έλεγα πως η κοινωνία ευαισθητοποιείται αρκετά και χαίρομαι γι αυτό...», στην συνέχεια της ερωτήθηκε από πού φαίνεται η ευαισθητοποίηση πιο επεξηγηματικά και η απάντηση της ήταν: «Φαίνεται από την συμμετοχή στις δράσεις αλλά και μέσα από τη καθημερινότητα», ακόμη η Κ είπε: «Ναι, και αυτό μας χαροποιεί ιδιαίτερα... αν δεν υπήρχε θα ήταν δύσκολο και για εμάς να κάνουμε την δουλειά μας προσπαθώντας πρώτα να τους ευαισθητοποιήσουμε τώρα εστιάζουμε κυρίως στις δυσκολίες που πρέπει να αντιμετωπιστούν...», η απάντηση της Μ είναι αντίθετη με της πλειοψηφίας λέγοντας: «Υπάρχει ευαισθητοποίηση από την κοινωνία για τα άτομα με αναπηρία, αλλά προφανώς υπάρχουν και εξαιρέσεις», επιπρόσθετα η Μαργ με την σειρά της ανέφερε: «Ναι μέσα από αυτές τις δράσεις βλέπουμε ότι με το πέρασμα των χρόνων υπάρχει βελτίωση στο θέμα της ευαισθητοποίησης» και τέλος η Δ είπε: «Η κοινωνία είναι ευαισθητοποιημένη, αλλά πάντα χρειάζεται κάτι παραπάνω».

Στην συνέχεια και στο παρακάτω ερώτημα μας που ήταν: “ Πως αντιμετωπίζει η κοινωνία τα άτομα με αναπηρία;” Η Σ απάντησε: «Θεωρώ ικανοποιητικά... θα μπορούσε να ήταν και καλύτερα... ευελπιστώ πως θα βελτιωθεί και άλλο...», η Ι είπε: «Ίσως απογοήτευση και διστακτικότητα θα έλεγα για το τι μπορούν να πετύχουν και τι δεν μπορούν», ακόμη η Κ είπε: « Θα έλεγα πως τα αντιμετωπίζει φυσιολογικά και ικανοποιητικά καλά, η αναπηρία είναι ένα φαινόμενο που ο καθένας μπορεί να ζει στο οικογενειακό η και κοινωνικό του περίγυρο...», στην συνέχεια η Μ ανέφερε: «Κοιτά η κοινωνία έχει γίνει πιο ευέλικτη στην αντιμετώπιση της και σε αυτό έπαιξε ρόλο η ενημέρωση από τα ΜΜΕ αλλά οι κατά

τόπους δράσεις», τέλος η Μ είπε: «Υπάρχει πάντα το στερεότυπο δυστυχώς όσον αφορά τα παιδιά άλλοι τα συμπονούν άλλοι νιώθουν οίκτο. Σίγουρα θα δείξουν την λύπη τους ή θα κοιτάξουν έντονα κάποιο παιδί που δεν το θεωρούν ‘φυσιολογικό’».

Έπειτα το ερώτημα που θέσαμε στους συνεντευξιαζόμενους ήταν: ‘Επιπτώσεις στην ψυχολογία των ατόμων με αναπηρία από την αντιμετώπιση της κοινωνίας’ Η πλειοψηφία συμφώνησε στην απογοήτευση, διστακτικότητα πιο συγκεκριμένα ότι υπάρχουν επιπτώσεις στα άτομα αυτά. Η μειοψηφία διαφώνησε όμως ισχυριζόμενη πως στην δική μας κοινωνία όπου είναι μικρή αντιμετωπίζονται φυσιολογικά με αποτέλεσμα να μη έχουν κάποια αρνητική επίπτωση. Πιο αναλυτικά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι η Σ είπε: «Δεν ξέρω πως είναι η κατάσταση σε άλλες κοινωνίες αλλά στην τοπική κοινωνία της Δράμας όπου είναι μικρή και όλοι λίγο πολύ έχουμε στο πολύ κοντινό μας περιβάλλον άτομα με οποιαδήποτε αναπηρία, δεν υπάρχουν επιπτώσεις στην ψυχολογία των ατόμων με αναπηρία, αντιμετωπίζονται όπως ο κάθε ‘φυσιολογικός’ άνθρωπος...», επίσης η Ι είπε: «Ίσως απογοήτευση και διστακτικότητα θα έλεγα για το τι μπορούν να πετύχουν και τι δεν μπορούν», ακόμη η Κ απάντησε: «Ίσως απογοήτευση και διστακτικότητα θα έλεγα για το τι μπορούν να πετύχουν και τι δεν μπορούν» και τέλος η Μ είπε: «Εεε... Κάποια παιδιά λυπούνται και ντρέπονται άλλα δεν τα νοιάζει καθόλου και άλλα δεν καταλαβαίνουν την ‘υποτιθέμενη διαφορά τους από τους υπόλοιπους φυσιολογικούς’. Όταν ένα παιδί είναι δουλεμένο από το σπίτι του και νιώθει ζεστασιά στοργή και αποδοχή δεν το ενδιαφέρει τι σκέφτονται η άλλη για αυτό έχει σχηματίσει καλή εικόνα εαυτού».

Ακόμη, παρακάτω η ερώτηση που τέθηκε στους συνεντευξιαζόμενους αφορούσε ξεχωριστά την παρέμβαση του κάθε φορέα. Πιο συγκεκριμένα στην ερώτηση: ‘ Ποια η δική σας παρέμβαση;’ Η Σ είπε: «Κυρίως στοχεύουμε σε δράσεις στον χώρο της εκπαίδευσης... τα παιδιά είναι και αυτά από μόνα τους δύσκολη ομάδα και αυστηροί κριτές. Έχουν και αυτά τις ιδιαιτερότητες τους και θα προσπαθήσουμε να τα ενώσουμε όλα αυτά», η Ι είπε: « Εμείς κυρίως στοχεύουμε σε δράσεις στον χώρο της εκπαίδευσης... τα παιδιά είναι και αυτά από μόνα τους δύσκολη ομάδα και αυστηροί κριτές. Έχουν και αυτά τις ιδιαιτερότητες τους και θα προσπαθήσουμε να τα ενώσουμε όλα αυτά...», ακόμη η Κ είπε: «Δυστυχώς και με λυπεί πραγματικά αυτό που λέω αλλά εμείς δεν έχουμε ιδιαίτερη παρέμβαση σε αυτό το κομμάτι... ευαισθητοποιούμε μέσα από τις εκδηλώσεις μας...», τέλος η Μαργ

απάντησε: « Προσπαθούμε να τους αναπτύξουμε την αποδοχή του εαυτού τους και κάνουμε και ανάλογη συμβουλευτική στους γονείς».

Η επόμενη ερώτηση που έγινε ήταν: “Ποιές είναι οι δράσεις σας για την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας;” Εδώ λάβαμε τις εξής απαντήσεις: Η Ι είπε: «Κάποιες ημερίδες, φυλλάδια, μέσω της ιστοσελίδας του Δήμου, ενημέρωση, σεμινάρια που απευθύνονται σε ομάδες και κοινότητες όπως των εκπαιδευτικών οι όποιοι ζητούν βοήθεια για το πώς θα χειριστούν το διαφορετικό», επίσης η Κ είπε: «Δυστυχώς και με λυπεί πραγματικά αυτό που λέω αλλά εμείς δεν έχουμε ιδιαίτερη παρέμβαση σε αυτό το κομμάτι... ευαισθητοποιούμε μέσα από τις εκδηλώσεις μας...» τέλος η Δ είπε: «Συγκεκριμένα η κοινωνική υπηρεσία Δ.Δ εφαρμόζει κοινωνική εργασία με κοινότητα με στόχο την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τα ΑμεΑ, μέσα από την συνεργασία φορέων και υπηρεσιών και συλλόγων ΑμεΑ του Νομού...».

Ακόμη μια ερώτηση που έγινε ήταν: “Κατά πόσο οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα;” Οι απαντήσεις που πήραμε από το ερώτημα μας αυτό έρχονται να συμφωνήσουν με την πλειοψηφία να καταλήγει πως οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά κυρίως προσφέροντας οικονομική ενίσχυση όσοι μπορούν καθώς επίσης τρόφιμα και είδη ένδυσης. Πιο συγκεκριμένα: Η Σ είπε: « Κινητοποιούνται με συγκέντρωση ειδών ένδυσης υπόδησης και διατροφής. Όλα αυτά τα διαθέτουν στα άτομα...» Η Ι ανέφερε: «Κινητοποιούνται αρκετά συχνά... κυρίως με συγκέντρωση ειδών ένδυσης υπόδησης και διατροφής. Όλα αυτά τα διαθέτουν στα άτομα», ακόμη η Κ είπε: «Σε όσους πλέον μπορούν ακόμα συνεισφέρουν οικονομικά άλλοι πάλι με διάφορα ρούχα και τρόφιμα ότι είναι εφικτό στον καθένα αλλά ναι κινητοποιούνται εθελοντικά...», η Μ είπε: « Εμείς συγκεκριμένα όχι. Αλλά το θέμα της εθελοντικής προσφοράς είναι ένα ευρύτερο κοινωνικό μέτρο, στην κοινωνία της Δράμας», και συνέχισε λέγοντας: «Θέλω να πω ότι υπάρχει κίνημα εθελοντισμού στη Δράμα γενικότερα που πιστεύω πως αν χρειαστεί προσφέρεται και στα άτομα με αναπηρία» και τέλος η Μαργ είπε: « Ναι κι αυτό μας δίνει μεγάλη χαρά. Επίσης σε αυτό έχει βοηθήσει πολύ ο σύλλογος γονέων μας».

Τέλος ολοκληρώνοντας τον άξονα μας αυτό κλείσαμε με την εξής ερώτηση: “Παρατηρείται κάποια ευαισθητοποίηση από την υλοποίηση των δράσεων”. Στο

συγκεκριμένο ερώτημα η πλειοψηφία συμφωνεί στο ότι παρατηρείτε αποτέλεσμα και μάλιστα θετικό. Πιο συγκεκριμένα: Η Σ είπε: « Όπως προανέφερα υπάρχει αποτέλεσμα... οι δράσεις έχουν κινητοποιήσει τον κόσμο και τον βοηθά να αναγνωρίσει τις αντικειμενικές δυσκολίες», η Ι απάντησε: «Υπάρχει αποτέλεσμα... οι δράσεις έχουν κινητοποιήσει τον κόσμο και τον βοηθά να αναγνωρίσει τις αντικειμενικές δυσκολίες» τέλος η Μαργ είπε: «Ναι... Είναι πολύ θετικό και υπάρχει και μεγάλη συμμετοχή στις διαδραστικές δράσεις μας».

Η) Οι ανάγκες των Κοινωνικών Λειτουργιών

Στόχος μας είναι να διερευνήσουμε τις ανάγκες των κοινωνικών λειτουργιών, όπως αυτές προκύπτουν από τη συνεργασία τους με την τοπική αυτοδιοίκηση. Από τη συνεργασία τους με τα άτομα με αναπηρίες και των οικογενειών τους και κατά πόσο υπάρχει η επαρκής χρηματοδότηση. Καθώς και ποιες είναι οι προτάσεις για την κάλυψη των πιθανών αναγκών. Για την διερεύνηση του συγκεκριμένου στόχου ξεκινήσαμε θέτοντας την εξής ερώτηση: “ Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες σας σαν οργάνωση” Η απαντήσεις που λάβαμε στην συγκεκριμένη ερώτηση αφορούσαν τις ανάγκες κάθε υπηρεσίας ξεχωριστά και οι απαντήσεις που λάβαμε δεν είχαν ιδιαίτερα κοινά στοιχεία. Η απάντηση που μας έδωσε η Σ ήταν: «Ίσως χρειαζόμαστε και εμείς σαν σύμβουλοι μια βοήθεια.... κυρίως στήριξης... γιατί υπάρχουν πολλά θέματα που μας προβληματίζουν», επίσης η Κ είπε: «Τώρα ρώτησες το καλύτερο το λέω συνέχεια δεν νοείτε να κάνεις τέτοιες δουλειές σαν την δική μας που έχει να κάνεις με άτομα όπου έχουν κάποια αναπηρία ψυχική νοητική κινητική και να μην έχεις κάποιο σύμβουλο κάποιον που θα σε εποπτεύει και εσένα υπάρχουν πολλά θέματα που είτε μας προβληματίζουν είτε χρειαζόμαστε κάποια ενημέρωση κάποια στήριξη και θεωρώ πως θα ήταν αναγκαίο...», η Μ είπε: «Ανάγκες υπάρχουν σε όλες τις υπηρεσίες και βέβαια και στη δική μας εννοείται, αλλά προσπαθούμε να βλέπουμε θετικά κάποιες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίζουμε όσο μπορούμε» η Μαργ τέλος είπε: «Η έλλειψη του προσωπικού που όπως σου είπα μας δυσκολεύει, αλλά και των υποδομών. Δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση από το κράτος».

Στην συνέχεια η ερώτηση που έγινε ήταν: “Ποιές ανάγκες προκύπτουν από την συνεργασία σας με την τοπική αυτοδιοίκηση;” Στην ερώτηση αυτή η Σ είπε:

«Ναι... Θα θέλαμε να μας ακούν ακόμα περισσότερο και να μας στηρίζουν στο έργο μας», στην συνέχεια η Ι είπε: «Νομίζω η σημαντικότερη θα θέλαμε να αντιληφτούν τη σημαντικότητα τις ενημέρωσης και τις ευαισθητοποίησης», η Κ είπε: «Μμμ... Να σου πω δεν διακρίνω κάποια ανάγκη που δεν μας καλύπτει η τοπική αυτοδιοίκηση...», στην συνέχεια η Μαργ είπε: «Εεεε... Στις ελάχιστες φορές που χρειάστηκε να συνεργαστούμε δεν δημιουργήθηκε κάποιο πρόβλημα. Υπήρχε συνεργασία» και συνέχισε λέγοντας: «Ναι πάλι καλά σε αυτό ευτυχώς δεν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα», τέλος η Δ είπε: «Η συνεργασία σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιητική. Κυρίως απασχολεί το θέμα της διοίκησης , που χρειάζεται συντονισμό. Η διοίκηση όλων των κοινωνικών υπηρεσιών κάτω από την ομπρέλα της Διεύθυνσης είναι πιο αποτελεσματική. Και πιστεύω πως θα αποδώσει περισσότερο. Επειδή αυτό που προέχει είναι το συμφέρον του πολίτη και κυρίως των πολιτών που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού , θεωρώ πως η σωστή χρήση της διοίκησης είναι σημαντική».

Έπειτα έγινε η εξής ερώτηση: ‘‘ Ποιες ανάγκες προκύπτουν από την συνεργασία με τα άτομα με ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους;’’ Η πλειοψηφία συμφωνεί ότι προκύπτουν ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα η Σ είπε: «Χρειαζόμαστε περισσότερα εργαλεία ώστε το έργο μας να είναι πιο αποδοτικό και πιο ποιοτικό», η Κ είπε: « Με τα άτομα δεν παρουσιάζονται ανάγκες οι οικογένειες όμως θα θέλαμε να μας ακούν να συνεχίζουν το έργο μας και στο σπίτι εφόσον ενημερώνονται από εμάς έτσι ώστε εμείς να πηγαίνουμε παρακάτω το έργο μας έτσι θα γίνεται πιο αποδοτικό...» τέλος η Μ απάντησε: « Αυτό είναι το μόνο σίγουρο, αλλά δεν μπορεί να γίνει διαφορετικά. Συνεχώς προκύπτουν ανάγκες» και συνέχισε ολοκληρώνοντας την απάντηση της: «Ναι, συγκεκριμένα η δυσκολία στην εύρεση εργασίας και στην αποδοχή του προβλήματος από το συγγενικό περιβάλλον».

Κλείνοντας και με τον τελευταίο στόχο η ερώτηση που τέθηκε ήταν η εξής: ‘‘Υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση; Αν όχι τι κάνετε για να βρείτε οικονομικούς πόρους;’’ Η πλειοψηφία συμφώνησε ότι η χρηματοδότηση δεν είναι επαρκής’’. Συγκεκριμένα η Ι είπε: «Δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση και αυτό δεν βοηθά καθόλου το έργο μας» , η Κ απάντησε: «Τώρα πια δεν έχουμε απαιτήσεις πορευόμαστε με ότι έχουμε....» τέλος η απάντηση έρχεται να συμφωνήσει με το σύνολο λέγοντας: «Δεν γνωρίζω αν είναι επαρκής η χρηματοδότηση, αλλά οι

υλικοτεχνικές υποδομές δεν επαρκούν σε όλους τους τομείς μη εξαιρώντας την δική μας υπηρεσία».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, με θέμα την Κοινωνική Πολιτική Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση για τα άτομα με Αναπηρία του Νομού Δράμας μας βοήθησε στην εξαγωγή κάποιων αποτελεσμάτων. Σύμφωνα λοιπόν με την ανάλυση των αυτών είναι εφικτή η εξαγωγή κάποιων “σχετικά ασφαλών” συμπερασμάτων.

Συνοψίζοντας, λοιπόν τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθησαν σε Κοινωνικούς Λειτουργούς ηλικίας 35 – 45 και ανεξαρτήτου φύλου στο Νομό Δράμας την περίοδο 2014- 2015 μπορούμε να πούμε ότι:

Η άποψη των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών για την κοινωνική πολιτική του κράτους πρόνοιας συγκλίνει στο ότι η κοινωνική πολιτική του κράτους πρόνοιας παρουσιάζει αδυναμίες. Καθώς επίσης ότι είναι ανεπαρκείς και δεν καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα πως υπάρχει έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική πολιτική είναι μέτρα που αναπτύσσει το κράτος πρόνοιας για την κάλυψη βασικών αναγκών όλου του πληθυσμού, όπου αυτό έρχεται να συμφωνήσει με το θεωρητικό μας μέρος όπως αναφέρει ο Λιαρόπουλος ότι «Η χρήση του όρου «Κοινωνική Πολιτική» αναφέρεται στην ύπαρξη ενός φάσματος ή συνόλου δραστηριοτήτων με αντικείμενο τις κάθε είδους υπηρεσίες, παροχές και επιδοτήσεις προς το κοινωνικό σύνολο».

Στην συνέχεια παρατηρούμε ότι η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης σύμφωνα με το γενικό συμπέρασμα των απόψεων των ερωτηθέντων καταλήγει στο ότι το οργανωτικό κομμάτι της τοπικής αυτοδιοίκησης αφορά υποθέσεις τοπικού επιπέδου και έχει διοικητικό ρόλο στην εδαφική περιοχή όπου υπάγεται. Ένα κομμάτι του θεωρητικού μέρους έρχεται να συμφωνήσει με τα παραπάνω γραμμές,

συγκεκριμένα ο Σαρκόπουλος αναφέρει ότι η τοπική αυτοδιοίκηση συνιστάται στη διαχείριση των τοπικών υποθέσεων από τοπικά όργανα, που εκλέγονται από το τοπικό εκλογικό σώμα, διαμένουν στο συγκεκριμένο χώρο και ασκούν εξουσία με δική τους ευθύνη. Όπως επίσης και ότι η τοπική αυτοδιοίκηση έχει τη δυνατότητα να προσφέρει ορισμένα αγαθά και υπηρεσίες απαραίτητα για την ομαλή λειτουργία της κρατικής μηχανής, ενώ σε τοπικό επίπεδο επιλαμβάνεται των τοπικών θεμάτων και έχει την ευθύνη για τον βέλτιστο τρόπο επίλυσης τους. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η εσωτερική δομή αλλά και η διάρθρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης με βάση τις απόψεις των ερωτηθέντων η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής ασκείται αποσπασματικά καθώς δεν υπάρχει διεύθυνση κοινωνικών υπηρεσιών και αυτοδιοικείται με βάση το χωρισμό που γίνεται σε Δήμους Κοινότητες και Νομαρχίες. Σύμφωνα και με το θεωρητικό υπάρχουν ορισμένα κοινά σημεία όπως αναφέρει ο Αθανασάκης ότι η χώρα διαιρέθηκε με βάση την τοπική αυτοδιοίκηση, σε περιφέρειες, αυτές σε νομαρχίες (β' βαθμός αυτοδιοίκησης) και κατόπιν σε δήμους και κοινότητες (α' βαθμός αυτοδιοίκησης).

Έπειτα, στο κομμάτι των μέτρων Κοινωνικής Πολιτικής που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση σύμφωνα με τους ερωτούμενους καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα μέτρα που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση αφορούν την προστασία και την ανάπτυξη κυρίως ευπαθών ομάδων, σχεδιάζοντας και εφαρμόζοντας προγράμματα και μέτρα για την προαγωγή καθώς και συνεχή βελτίωση της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο. Έτσι λοιπόν, φτάνουμε στο σημείο να συμφωνήσουμε και με το θεωρητικό μας μέρος. Πιο συγκεκριμένα ο Αθανασάκης αναφέρει ότι «οι δημοτικές και οι κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας». Παρατηρώντας επίσης στο θεωρητικό μας μέρος βλέπουμε πως αναφέρονται προγράμματα καθώς και μέτρα κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα με αναπηρία, όπως αναφέρει το εγχειρίδιο εκπαιδευόμενου «Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας» αναπτύσσονται προγράμματα που αξιοποιούν τις κοινωνικές δυνάμεις και πόρους, ώστε να επιτευχθεί ενημέρωση της κοινής γνώμης, καταπολέμηση των προκαταλήψεων, άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και υποστήριξη των ατόμων με αναπηρία. Ενώ συμφωνούν στο σημείο της ύπαρξης των μέτρων καθώς και των προγραμμάτων, βλέπουμε ότι

παράλληλα υπάρχει μια αντιπαράθεση μεταξύ των ερωτηθέντων και του εγχειριδίου. Πιο συγκεκριμένα στο ότι τα ήδη εφαρμοζόμενα μέτρα και προγράμματα σε τοπικό επίπεδο δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ομάδων αυτών.

Αναφορικά με τις απόψεις των ερωτηθέντων συμπεραίνουμε πως ο Νομός Δράμας παρέχει δομές και υπηρεσίες που αφορούν κυρίως τα Άτομα με Αναπηρία αλλά και της οικογένειάς τους. Όμως δεν υπάρχουν εξειδικευμένες δομές - υπηρεσίες που να αφορούν συγκεκριμένες αναπηρίες. Η παροχή βέβαια των υπηρεσιών - δομών δεν συνεπάγεται στο γεγονός της επάρκειάς τους σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των ερωτηθέντων Κοινωνικών Λειτουργών, οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες είναι ανεπαρκείς τόσο από στελέχωση προσωπικού όσο και από υλικές ελλείψεις και υποδομές.

Στην τοπική αυτοδιοίκηση συμπεραίνουμε ότι εφαρμόζονται προγράμματα υπηρεσιών υγείας. Ο κάθε φορέας έχει διαφορετικές παροχές προς το κοινωνικό σύνολο διότι απευθύνεται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα προγράμματα αυτά παρέχονται κυρίως στα ΑμεΑ αλλά και στις οικογένειές τους. Το γεγονός αυτό φανερώνει ότι η τοπική κοινωνία της Δράμας και συγκεκριμένα οι υπηρεσίες της συμβάλλουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής ευπαθών ομάδων όπως των ατόμων με αναπηρία. Ακόμη σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτωμένων καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα προγράμματα που παρέχονται είναι ποιοτικός και ποσοτικός επαρκεί. Επίσης, σύμφωνα με τους ερωτηθέντες συμπεραίνουμε ότι το πρόγραμμα αυτόνομης διαβίωσης είναι εξαιρετικά σημαντικό για τα άτομα με αναπηρίες. Οι απόψεις αυτές συγκλίνουν με το εγχειρίδιο «Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας» το οποίο αναφέρει ότι «Η Αυτόνομη Διαβίωση πρέπει να παρέχεται σε άτομα που έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα αυτενέργειας, που μπορούν να αργαστούν σε συνθήκες κατάλληλες γι' αυτά, και μπορούν να ζουν βασισμένα σε μεγάλο βαθμό στον εαυτό τους, σε σπίτια ή διαμερίσματα, με την καθοδήγηση εποπτεία και φροντίδα ενός φορέα που έχει αναλάβει την ευθύνη αυτής της υποστήριξης, και διαθέτει το κατάλληλο για το σκοπό αυτό».

Επιπροσθέτως σύμφωνα με το εγχειρίδιο «Σχεδιάζοντας πολιτική σε θέματα αναπηρίας» είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι «Στη χώρα μας για την ίδρυση και τη λειτουργία των στεγών αυτόνομης, ημιαυτόνομης και προστατευόμενης διαβίωσης

υπάρχει θεσμικό πλαίσιο (Υ.Α. Αριθ. Π4β/οικ.4681 ΦΕΚ825/Β1996), το οποίο δυστυχώς όμως έχει λειτουργήσει πλημμελώς».

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των συνεντεύξεων συμπεραίνουμε ότι υπάρχει συχνή οργάνωση δράσεων στη τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις που λάβαμε συμπεραίνουμε ότι οι δράσεις αυτές είναι κυρίως επιδοματικής πολιτικής και δράσεις για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Η οργάνωση των δράσεων γίνεται με βάση τις ανάγκες που υπάρχουν αλλά και με τη παροχές μπορεί να προσφέρει ο κάθε φορέας. Παρατηρείται ότι υπάρχει μια καλή συνεργασία ανάμεσα στους φορείς αλλά και με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης το γεγονός αυτό συμβάλει στην σωστή λειτουργία όλου του συστήματος, χωρίς να προκύπτουν ιδιαίτερες δυσκολίες κατά την υλοποίηση μίας δράσης, σύμφωνα πάντα με τις απόψεις των ερωτώμενων Κοινωνικών Λειτουργών.

Το ζήτημα της ευαισθητοποίησης από τη κοινωνία για τα άτομα με αναπηρίες σύμφωνα με τους ερωτώμενους είναι πως στο παρελθόν το φαινόμενο αυτό δεν υπήρχε σε μεγάλο βαθμό συγκριτικά με την σημερινή εποχή. Πλέον συναντάται σε πολλές οικογένειες να έχουν κάποιο άτομο με αναπηρία στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Στην προσπάθεια μας να δούμε πως αντιμετωπίζει η κοινωνία τα άτομα αυτά διαπιστώσαμε πως δεν υπάρχει το φαινόμενο των διακρίσεων ‘τουλάχιστον’ στα άτομα με αναπηρία σε τοπικό επίπεδο. Το αποτέλεσμα του φαινομένου αυτού προκαλεί κάποιες επιπτώσεις στην ψυχολογία των ατόμων αυτών, όπου κατά κύριο λόγο είναι αρνητικές. Ελάχιστα είναι τα άτομα που δεν επηρεάζονται ψυχολογικά. Στο όλο θέμα της ευαισθητοποίησης, παρατηρήθηκε πως υπάρχει συμμετοχή και παρέμβαση κυρίως από το κάθε φορέα ξεχωριστά. Ακόμη, συμπληρωματικά πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχει ευαισθητοποίηση της κοινωνίας από δράσεις των υπηρεσιών της τοπικής αυτοδιοίκησης που κατά κύριο λόγο είναι δράσεις ενημερωτικές, καθώς επίσης οργάνωση ημερίδων κ.ά.. Κατά τα λεγόμενα των ερωτηθέντων παρατηρήθηκε πως ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Δράμας είναι ένας συνδετικός κρίκος για την πραγματοποίηση των περισσότερων τοπικών δράσεων. Οι δράσεις αυτές δημιουργούν ένα κίνημα εθελοντισμού προς τα άτομα με αναπηρία. Έντονο είναι το φαινόμενο της οικονομικής ενίσχυσης καθώς και της δωρεάς υλικών αγαθών από τους πολίτες του τόπου.

Εν, κατακλείδι είναι εξίσου σημαντικό να αναφερθούμε στις ανάγκες των υπηρεσιών και επακόλουθα των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στις συγκεκριμένες δομές. Σύμφωνα με τις απόψεις των ερωτώμενων φαίνεται ότι σε κάθε υπηρεσία οι ανάγκες που προκύπτουν είναι διαφορετικές με αποτέλεσμα να μη μπορούν να βρεθούν κοινά σημεία. Το σίγουρο είναι ότι κάθε Κοινωνικός Λειτουργός μέσα σε μια υπηρεσία χρειάζεται ένα είδος στήριξης, βοήθειας ή ακόμα και εποπτεία. Οι κοινωνική λειτουργοί στην σχέση τους με την τοπική αυτοδιοίκηση θα πρότειναν περισσότερη στήριξη προς το έργο τους. Ανάγκες ακόμη προκύπτουν από την συνεργασία με τα ΑμεΑ καθώς και με τους γονείς αυτών. Κυρίως λόγω έλλειψης εργαλείων για την υλοποίηση του έργου τους. Επίσης στην δυσκολία αποδοχής του προβλήματος του ΑμεΑ από την οικογένεια. Τέλος έγινε και μια διερεύνηση η οποία αφορούσε την επάρκεια χρηματοδότησης διαπιστώσαμε λοιπόν ότι δεν είναι επαρκής. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην άσχημη κατάσταση του κοινωνικού κράτους, που βρίσκεται σε δυσμενές συνθήκες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- ✓ Αθανασάκης Κ, Καρέλα Α, Καραμπλή Ε, Κυριόπουλος Ι, Λιόνης Χ, Μυλωνά Κ, Σουλιώτης Κ, Τριτάκη Γ, Τσιάντου Β (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης-ΕΣΔΥ. Διαθέσιμο στο διαδύκτιο στο www.ita.org. Προσπελάστηκε την 20/3/2015.
- ✓ Αθανασοπούλου Μ, Δρακοπούλου Μ (2010). Ιστορική αναδρομή για τα έκθετα βρέφη στην Ελλάδα. Περιοδικό Το Βήμα του Ασκληπιού, 9 (1): σ.51-60
- ✓ Αντωνάκης Ν (2006). Κοινωνική Φροντίδα. Διαθέσιμο στο διαδύκτιο στο www.tasp.gr/Members/antonakis/...palio.../koinwniki20Frontida.doc. Προσπελάστηκε 10/1/2015
- ✓ Βενιέρης. Χρήστος Παπαθεοδώρου, (2009). Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές. Δημήτρης Ελληνικά γράμματα Αθήνα
- ✓ Δοξιαδης, Σπ. (1997) Ένας γιατρός σκέπτεται και γράφει. Εκδόσεις Ερμής Ε.Π.Ε. Αθήνα, σελ 15.
- ✓ Δημήτρης Βενιέρης. Χρήστος Παπαθεοδώρου. (2009) *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές* Ελληνικά γράμματα Αθήνα
- ✓ Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ..Ε.) (2004) Στατιστικές Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας. Αθήνα, Ελλάδα.
- ✓ Ζέρβα Χ. (2005) *Αρχές και εφαρμογές πολιτικής υγείας 2000-4* Εκδόσεις Medifogce Αθήνα
- ✓ Θεοδωράκης Π (2009). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το παράδειγμα του Δήμου Αθηναίων. Παρουσιάστηκε στην ημερίδα «Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ΠΦΥ» Θεσσαλονίκη, 27-11-09
- ✓ Ιωσηφίδης, Θ. (2003) *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα Κριτική

- ✓ Ιατρού Σ, Κουδούνη Α, Νικολακοπούλου Μ, Χασομέρη Σ (2005). Δομή και λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης. ΤΕΕ, Αθήνα. Διαθέσιμο στο www.Library.tee.gr Προσπελάστηκε 1/2/2015
- ✓ Karski, J. (2000) Η προαγωγή της υγείας και τα ανρώπινα δικαιώματα. Στο «Η Δημόσια Υγεία σε Μετάβαση» τομος , έκδοση Υ.Υ.Κ.Α και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος INTERREG II για την Δημόσια Υγείας στα Βαλκάνια
- ✓ Καλλινικάκη Θ. (2010) *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας*. Αθήνα: Τόπος
- ✓ Κρεμαστινού-Κουρέα, Τζ. (2007) Δημόσια Υγεία Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές εκδόσεις Τεχνόγραμμα Αθήνα
- ✓ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστημίου Αθηνών. (2007) Μελέτη KIDSCREEN.
- ✓ Καλλινικάκη Θεανώ (2010). *Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας*. Τόπος Αθήνα
- ✓ Κοντιάδης Ξ, Απιστούλας Δ. (2006) *Μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους και τοπική αυτοδιοίκηση*. Παπαζήσης Αθήνα
- ✓ Κοντιάδης Ξ, Καλατζής Ν, Μίχος Λ, Μπιτσάνη Ε, Τσέκος Θ. (2006β). Κοινωνική Πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση. Αθήνα, ΙΤΑ.
- ✓ Κοσμά Κ (2009). Σκανδιναβικό μοντέλο: Το μεγάλο ελληνικό στοίχημα για την οικονομία. Εφημερίδα «Ημερησία», φύλλο της 24/9/2009. Διαθέσιμο στο www.imerisia.gr . Προσπελάστηκε την 2/2/2015
- ✓ Κυριακίδης Μ (2006). Οικονομική ανεξαρτησία- ουσιαστική αποκένρωση: το σουηδικό μοντέλο Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Μεταρρύθμιση, τ.8. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο www.metarithmisi.gr Προσπελάστηκε την 10/3/2015
- ✓ Κυριακόπουλος Γ (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία... ΙΤΑ, Αθήνα
- ✓ Κωνσταντοπούλου Α (2009) Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο www.archive.gr/modules.php?name=news&file=article&sid Προσπελάστηκε την 15/3/2015
- ✓ Λαζαρίδου Δ (2009). Η οργάνωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο: www.pspa.uoa.gr/data/download/ede/

- ✓ Λάγγας, Δ. (2002) Μείζονες παράγοντες κινδύνου Δημόσιας Υγείας στον παιδικό πληθυσμό. Στο Δημολιάτης, Γ. Λάγγας, Δ. Φιλαλήθης, Τ. (επιμ). «Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα» Αθήνα. Εκδόσεις Θεμέλιο. Σειρά: Κοινωνία και Υγεία.
- ✓ Λιαρόπουλος Λ. (2007) *Οργάνωση Υπηρεσιών και συστημάτων Υγείας*. Τόμος Α', εκδόση Βήτα, Αθήνα
- ✓ Μακαρώνη Ν, Παλουκλή Β (2008). Υπάρχει Νότιο Ευρωπαϊκό Μοντέλο Κοινωνικής Πρόνοιας; Πτυχιακή εργασία, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης
- ✓ Ματσαγγάνης Μ (1999) Οι «κόσμοι του καπιταλισμού της Ενημερίας» η θεσμική συγκρότηση του κοινωνικού κράτους. Διάλεξη στα πλαίσια του μαθήματος Κοινωνική Πολιτική στις χώρες της ΕΕ» του Τμήματος Διεθνών & Ευρωπαϊκών Οικονομικών Σπουδών του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών
- ✓ Μελέτη Ερευνητικής Ομάδας. Αθανασάκης, Κ. Καρέλα, Α. Καραμπλή, Ε. Κυριακόπουλος, Ι. Λιόνης, Χ. Μυλωνά, Κ. Σουλιώτης, Κ. Τριτάκη, Γ. Τσιάντου, Β. Αθήνα (2009) Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην δημόσια υγεία.
- ✓ Μπαρδής Β (2006). Περιφερειακή ανάπτυξη και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας στο Σουλιώτης Κ(επιμ) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας». Παπαζήσης, Αθήνα
- ✓ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.). (2002) Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα φροντίδα. Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ελληνική έκδοση υπ' εύθυνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αθήνα. (Internet). Διαθέσιμο στο <http://www.who.int/whr.2001>
- ✓ Ράλλης Γ (2004). Ευρωπαϊκή εμπειρία για τα οικονομικά των ΟΤΑ. Ομιλία στην ημερίδα της ΚΕΔΚΕ για τα «Οικονομικά των ΟΤΑ», Ηράκλειο, 21-23/10/2004
- ✓ Ράλλης Γ 92006). Οι ΟΤΑ σε αριθμούς. ΚΕΔΚΕ.ΙΤΑ. Αθήνα.
- ✓ Σακελλαρόπουλος Θ (2008). Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική. Άρθρο στο Βήμα Ιδεών, φύλλο της 7-11-2008

- ✓ Σαρκόπουλος Γ (1993). Η τοπική αυτοδιοίκηση σε συνάρτηση με την διοικητική αποκέντρωση στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- ✓ Σκαμνάκης Χ (2007). Τοπική αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες υγείας, στο Σουλιώτης Κ (επιμ) «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας» Εκδ. Παπαζήση.
- ✓ Σκορδάς Α (2010). Η αγορά είναι προϋπόθεση του κοινωνικού κράτους. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο: www.voanews.com/greek/news/Greece/Economy-Greece-Interview-01-01-2010-89741307.html
- ✓ Στασινοπούλου Ο (2006). Κοινωνική πολιτική. Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα. Σημειώσεις για το αντίστοιχο μάθημα του Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής του Παντείου Πανεπιστημίου.
- ✓ Τούντας Γ (2001). Η Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(1), σελ. 13-15
- ✓ Τούντας Γ (2003) Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1): 76-87
- ✓ Τούντας Γ (2009). Αγωγή & Προαγωγή Υγείας. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο www.asclepion.mpl.uoa.gr Προσπελάστηκε την 3/3/2015
- ✓ Φεργαδάκη, Μ (2011) Κοινωνική Πολιτική Υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση: Η περίπτωση του Δήμου Ν. Αλικαρνασσού. Μεταπτυχιακή Εργασία. Προσπελάστηκε την 11/11/2014
- ✓ Χαράλαμπος Οικονόμου, Ηλίας Μόσιαλος, Διονικός. (2009) *Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές κοινωνίες* Αθήνα
- ✓ Χατζηπαντελής Θ, Γκέκας Ρ, Γούπιος Γ, Κατσούλης Δ, Κουτσούρη Α, Μαίστρος Π, Μάνος Σ, Μπερίατος Η, Παλαιολόγος Χ (2008). Η πρόκληση μιας νέας μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας τοπικής αυτοδιοίκησης. Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.
- ✓ Χλέτσος Μ (2003). Το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα: Τάσεις και προοπτικές. Σημειώσεις σεμιναρίου στο τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Διαθέσιμες στο διαδίκτυο στο www.econ.uoi.gr/seminarsoikonomiakoinonia/.../pdf.pdf. Προσπελάστηκε την 12/4/2015

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- ✓ Abrahamson P (1999). The Scandinavian Model of Welfare. Διαθέσιμο στο διαδίκτυο στο <http://hdl.handel.net/10224/3574> Προσπελάστηκε την 22/2/2015
- ✓ Bach S (2000). Decentralization and privatization in municipal services. Working Paper for the International Labour Office, Geneva.
- ✓ Christiansen T. (2002) *Organization and Financing of the Danish healthcare system. Health policy*
- ✓ Stewart J (2003). Modernizing British Local Government. Palgrave Macmillan, London.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ✓ Δανιηλίδης Σ. (2010) *Δομές Κοινωνικής Υποστήριξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα*. Παρουσίαση σε συνέδριο της ΚΕΔΚΕ, Τιφλίδα 10-11 Ιουνίου 2010. Διαθέσιμο στο www.inioxos.gr. Δίκτυο Ελλήνων Αιρετών της Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- ✓ Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης των ΟΤΑ www.ddy.gr
- ✓ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας www.nsph.gr
- ✓ Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων www.eof.gr
- ✓ Εθνικό Ινστιτούτο Pasteur www.pasteur.gr
- ✓ Εθνικός Φορέας ελέγχου Τροφίμων www.efet.gr
- ✓ Ελληνική Εταιρεία Τοπικής Ανάπτυξης & Αυτοδιοίκησης. www.eetaa.gr
- ✓ Ε.Σ.Υ.Ε. www.statistics.gr
- ✓ Ιατρού Σ, Κονδούρη Α, Νικολακοπούλου Μ, Χασόμερη Σ. (2005) *Δομή και λειτουργία της τοπικής αυτοδιοίκησης*. ΤΕΕ, Αθήνα. Διαθέσιμο στο www.library.tee.gr
- ✓ Πρόγραμμα «Θησέας» www.thiseaw.ypes.gr
- ✓ Πρόγραμμα «ΕΣΠΑ» www.espa.gr
- ✓ www.interreg.gr
- ✓ www.ec.europa.eu/social

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

- ✓ Ν.ΚΒ'/1845, «Υγειονομικός νόμος»
- ✓ Ν. 346/1914, «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας»
- ✓ Ν.Δ της 28.10.1923, «Περί οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας.
- ✓ Α.Ν. 2588/1940, Μετονομασίας του Υπουργείου Υγιεινής και Αντιλήψεως σε «Υπουργείον Εθνικής Πρόνοιας».
- ✓ Α.Ν. 1671/1951, Σύσταση εκ νέου του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας
- ✓ Β.Δ. 682/1960, «Περί οργανώσεως του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας»
- ✓ Ν. Γ3α/761/1968, «Περί ποιότητας του πόσιμου ύδατος».
- ✓ Ν. 2741/1999, «Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 199/28.09.1999.
- ✓ Ν.2503/1997, « Διοίκηση, Οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις », δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ107Α '/1997
- ✓ Ν. 2517/1997, Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας – Ίδρυση.
- ✓ Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998, « Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας » , δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 435Β'/1998.
- ✓ Υ.Α. Δ3α/οικ. 509/1999, «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας » , δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1593Β'/1999.
- ✓ Ν. 3370/2005, « Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 196Α '/2005.
- ✓ Ν.3370/2005, Τροποποιήσεις του Π.Δ. 95/2001
- ✓ Ν.2218/1994, « Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 90Α'/1994
- ✓ Π.Δ. 224/1989, « Οργάνωση Νομαρχιακών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 68Α'/1989.
- ✓ Π.Δ. 95/2000, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 76Α '/2000.
- ✓ Π.Δ. 95/2000, Ισχύον οργανισμός του Υπουργείου Υγείας.

- ✓ Ν.3172/2003, Τροποποιήσεις του Π.Δ. 95/2000
- ✓ Ν.3172/2003, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 197Α ΄/2003
- ✓ Ν. 2519/1997, « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις », δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 165Α ΄/1997
- ✓ Ν.2194/1994, αρθ.3 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 34Α ΄/1994
- ✓ Ν. 2741/1999, «Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 199/28.09.1999
- ✓ Ν. 390/1976, « Περί κυρώσεως της εν Αθήναις την 24^η Οκτωβρίου 1975 υπογραφείσης Συμβάσεως μεταξύ της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας και του Ινστιτούτου Παστέρ Παρισίων περί του εν Αθήναις Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ (Ίδρυμα Β. Ζαχάρωφ) », δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 2002Α ΄/1976.
- ✓ Ν. 2161/1993, «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν. 1729/1987, Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 119Α΄/1993
- ✓ Ν. 2920/2001, «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 256Α΄.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

1^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΦΥΛΟ: Γυναίκα

Ηλικία: 37

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: Κατερίνη

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ: Δράμα

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: απόφοιτη του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης του Τμήματος Κοινωνικής Διοίκησης & Πολιτικής επιστήμης

ΕΡΩΤΗΣΗ: Καλημέρα κυρία Κ. Τι κάνετε πως είστε;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Καλημέρα πέρασε....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τα είπαμε και στο τηλέφωνο λίγο περί τίνος πρόκειται...

Ολοκληρώνουμε την πτυχιακή μας εργασία και χρειαζόμαστε την βοήθεια σας...

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Μα και βέβαια να σε βοηθήσω λοιπόν όσο μπορώ...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Το θέμα μας όπως σας είχα αναφέρει είναι η κοινωνική πολιτική υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση για τα άτομα με αναπηρία....

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι, ναι θυμάμαι...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πολύ ωραία.... Ας ξεκινήσουμε... Ποια είναι η άποψη σας για τη Κοινωνική Πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Χμμμ... Πιστεύω πως η Κοινωνική Πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες, οι οποίες κατά κύριο λόγο εντοπίζονται στην έλλειψη στοχευμένων στρατηγικών προστασίας των ατόμων σε κατάσταση ανάγκης, όπως επίσης και στην απουσία ολοκληρωμένων ενεργητικών δράσεων εργασιακής και κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι είναι για εσάς η Κοινωνική Πολιτική;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κοινωνική πολιτική αποτελεί την οργανωμένη παρέμβαση του κράτους ή του εκάστοτε φορέα άσκησης εξουσίας, η οποία μέσα από την αναγνώριση και την κάλυψη αναγκών σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο στοχεύει στην ρύθμιση της κοινωνικής αναπαραγωγής και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πως θα χαρακτηρίζατε τη κατάσταση του κράτους πρόνοιας της χώρας μας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Την κατάσταση του κράτους πρόνοιας στην χώρα μας μάλιστα... θα την χαρακτήριζα ασθενή.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Λέτε ασθενή... Μπορείτε να μου πείτε κάτι παραπάνω...;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Τα τελευταία χρόνια ενώ οι δαπάνες για κοινωνική προστασία αυξήθηκαν θεαματικά το ποσοστό φτώχειας στην χώρα παραμένει το ίδιο διάστημα στα ίδια επίπεδα. Η κακή κατάσταση λόγω κρίσης που επικρατεί στην Ελλάδα όπως επίσης και η αναποτελεσματικότητα και η ανισότητα του συστήματος κοινωνικής προστασίας και τέλος ο τρόπος οργάνωσης του θεωρώ πως αποτελούν τα αίτια για να ασθενήσει...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πως θα χαρακτηρίζατε τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής της χώρας μας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θα έλεγα πως δεν είναι ικανά να αποφέρουν όσα θετικά αποτελέσματα θα θέλαμε.. Δεν καλύπτουν όλες τις ανάγκες που προκύπτουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια η οργάνωση της τοπικής αυτοδιοίκησης;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ο οργανισμός τοπικής αυτοδιοίκησης έχει συσταθεί σε συγκεκριμένη εδαφική περιφέρεια της Ελλάδας και έχει ως σκοπό την διοίκηση των τοπικών ζητημάτων, τα δε όργανα του, εκλέγονται με ψηφοφορία από τους δημότες της

περιφέρειας. Κάθε Ο.Τ.Α. έχει καθορισμένη έδρα και συγκεκριμένο πληθυσμό, είναι υπεύθυνη για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει επαρκής στελέχωση της τοπικής αυτοδιοίκησης από το απαιτούμενο εργατικό δυναμικό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θεωρώ πως υπάρχει επαρκής στελέχωση αλλά πιστεύω πως υστερούν λίγο στην οργάνωση αρμοδιοτήτων.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Θα μπορούσατε να μου πείτε ποιά είναι τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση του Νομού Δράμας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας που εφαρμόζονται στην τοπική αυτοδιοίκηση αφορούν κυρίως ευπαθείς ομάδες και καλύπτουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες τους για μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια είναι η άποψη σας για τη κοινωνική πολιτική υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης του Νομού Δράμας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θα έλεγα πως είναι μέτρια.... Θα ήταν καλό και χρήσιμο για τις ευπαθείς κυρίως ομάδες του τόπου να υλοποιούνται περισσότερα προγράμματα, παρεμβάσεις καθώς και συμβουλευτικές όπου είναι αναγκαίες.... Επιμόρφωση και σεμινάρια ακόμα και σε ειδικούς...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχουν ειδικά προσαρμοσμένα μετρά κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα με αναπηρίες καθώς και των οικογενειών τους;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Γίνονται κάποιες προσπάθειες αλλά θεωρώ πως δεν καλύπτονται όλες οι ανάγκες....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μού είπατε λοιπόν πως γίνονται κάποιες προσπάθειες... Τι παραπάνω θεωρείτε πως θα χρειαζόταν για να καλύπτονται όλες οι ανάγκες;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Μμμ... Νομίζω πως χρειάζεται συστηματική δουλειά μέτρα που να επαρκούν, ακριβώς πάνω στις ανάγκες των ομάδων η ατόμων τελospάντων που το έχουν ανάγκη...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες δομές για άτομα με αναπηρίες υπάρχουν στο Νομό Δράμας και τι υπηρεσίες παρέχουν;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Είναι Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με αναπηρίες όπου προσφέρει ουσιαστική υπηρεσία κοινωνικής φροντίδας, δίνει στα παιδιά με αναπηρία την ευκαιρία να έχει το δικό του χώρο ψυχαγωγίας, η Κοινωνική Υπηρεσία που με τον τρόπο της βοηθά ενημερώνοντας μέσα από δράσης όπου διοργανώνει κατά καιρούς, το θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων όπου και αυτό με την σειρά του βοηθά δημιουργικά τα άτομα με αναπηρία έχοντας ένα παράρτημα που δέχεται παιδιά και ενήλικες μέχρι κάποια ηλικίας έτσι ώστε να περνούν ευχάριστα κάποιες ώρες της ημέρας, το ΚΕΔΔΥ επίσης ένα κέντρο διαφοροδιάγνωσης και τέλος είμαστε και εμείς Ο ΠΟΛΥΔΕΥΚΗΣ ένα κέντρο ημέρας, μια δομή εξειδικευμένης υποστήριξης ενήλικων ατόμων απευθύνεται σε άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Είναι επαρκείς οι δομές των υπηρεσιών;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Χμμ... Τίποτα δεν είναι αρκετό... Δεν νομίζω πως οι δομές επαρκούν...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μμμ... Θεωρείτε πως δεν επαρκούν τι θα προτείνατε για αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θα έπρεπε να υπήρχαν και άλλες για να καλύπτουν όλους τους τομείς των ατόμων με αναπηρία για μια καλύτερη ποιότητα ζωής....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μου αναφέρατε για όλους τους τομείς των ατόμων με αναπηρία. Και πάνω σε αυτό θα ήθελα να μου πείτε αν υπάρχουν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι δεν υπάρχουν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες, λυπηρό πραγματικά αλλά αληθινό και δύσκολο για τα άτομα που τις έχουν ανάγκη πόσο μάλλον και των οικογενειών τους...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Σχεδιάζονται δράσεις για την ευαισθητοποίηση του κοινού;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Από εμάς δεν σχεδιάζονται τέτοιου είδους δράσεις αν και νομίζω πως είναι αναγκαίο στο 100% ίσως μόνο μέσα από κάποιες εκδηλώσεις κυρίως ψυχαγωγικού χαρακτήρα όπου μέσα από αυτό προσπαθούμε να ευαισθητοποιήσουμε το κοινό... Συνήθως το ελλείπει προσωπικό ο φόρτος εργασίας επακόλουθα των εργαζομένων δεν επιτρέπουν συχνά να σχεδιάζονται τέτοιες δράσεις.....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια προγράμματα υπηρεσιών υγείας παρέχονται από το φορέα σας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Παρέχεται θεραπευτική-υποστηρικτική ομάδα μελών. Κοινωνική επανένταξη-συμβουλευτική υποστήριξη οικογένειας. Εργοθεραπεία βελτίωση δηλαδή των καθημερινών δραστηριοτήτων, αυτόνομη διαβίωση ατομική φροντίδα, επίσης και εναλλακτικές θεραπευτικές δραστηριότητες μέσω εικαστικών και του θεάτρου.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Σε ποιους απευθύνονται αυτά τα προγράμματα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Απευθύνονται κυρίως στα ΑμεΑ και στην οικογένεια τους....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Τι σκοπό έχουν τα συγκεκριμένα προγράμματα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Βελτίωση της καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων με αναπηρία την επανένταξή τους καθώς και την υποστήριξη των γονέων.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Εκτιμάται ότι τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι ποσοτικός και ποιοτικός επαρκεί;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Χμμμ.... Θα πω πως ναι προσπαθούμε για το καλύτερο και όσο αυτό είναι εφικτό τότε οι υπηρεσίες που παρέχονται θα είναι και ποσοτικός αλλά και ποιοτικός επαρκεί.....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Θα προτείνατε κάποια βελτίωση των προγραμμάτων; Έχετε να προτείνετε τη δημιουργία κάποιου άλλου προγράμματος;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θεωρώ κύρια και σημαντική την αυτόνομη διαβίωση των ατόμων με αναπηρία όπου τέτοιου είδους πρόγραμμα εμείς το παρέχουμε και έτσι δεν θα πρότεινα κάτι παραπάνω όσο για την βελτίωση θα έλεγα πως πάντα και παντού υπάρχει χώρος για την βελτίωση....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες οι δράσεις υπηρεσιών υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Δράσεις κυρίως που αφορούν την επιδοματική πολιτική, κοινωνικές υπηρεσίες, και υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς και διαμόρφωση πολιτικών και προγραμμάτων.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πόσο συχνά οργανώνονται δράσεις στην τοπική αυτοδιοίκηση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αρκετά συχνά

ΕΡΩΤΗΣΗ: Θα μπορούσατε να μου πείτε με ποιο τρόπο οργανώνονται;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ανάλογα με τις ανάγκες.....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους φορείς;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Πιστεύω πως χωρίς συνεργασία δεν θα είχαμε ποτέ τα πιο άριστα αποτελέσματα που θέλουμε ο ένας φορέας συμπληρώνει τον άλλο οπότε η βοήθεια τους είναι απαραίτητη...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια η δική σας συμβολή στην οργάνωση των δράσεων;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Εμείς βρισκόμαστε στο κομμάτι της οργάνωσης κυρίως....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αντιμετωπίζεται δυσκολίες κατά την υλοποίηση μίας δράσης;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Δυσκολίες σίγουρα υπάρχουν σε οτιδήποτε και να ασχοληθείς η να οργανώσεις αλλά τίποτα που δεν λύνεται με τις κατάλληλες κινήσεις τα καταφέρνουμε όλα.....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει ευαισθητοποίηση από την κοινωνία για τα άτομα με αναπηρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι, και αυτό μας χαροποιεί ιδιαίτερα... αν δεν υπήρχε θα ήταν δύσκολο και για εμάς να κάνουμε την δουλειά μας προσπαθώντας πρώτα να τους ευαισθητοποιήσουμε τώρα εστιάζουμε κυρίως στις δυσκολίες που πρέπει να αντιμετωπιστούν...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πως αντιμετωπίζει η κοινωνία τα άτομα με αναπηρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Θα έλεγα πως τα αντιμετωπίζει φυσιολογικά και ικανοποιητικά καλά, η αναπηρία είναι ένα φαινόμενο που ο καθένας μπορεί να ζει στο οικογενειακό η και κοινωνικό του περίγυρο....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Επιπτώσεις στην ψυχολογία των ατόμων με αναπηρία από την αντιμετώπιση της κοινωνίας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Χμμ... θα σου πω το πιο συνήθης απογοήτευση, πολλά από τα άτομα με αναπηρία μη σου πω όλα λειτουργούν σε όλα εντελώς φυσιολογικά τους απογοητεύει λοιπόν το γεγονός ότι αντιμετωπίζονται από κάποιους σαν κάτι διαφορετικό από αυτό που είναι και απογοητεύονται...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια η δική σας παρέμβαση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Δυστυχώς και με λυπεί πραγματικά αυτό που λέω αλλά εμείς δεν έχουμε ιδιαίτερη παρέμβαση σε αυτό το κομμάτι... ευαισθητοποιούμε μέσα από τις εκδηλώσεις μας....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Κατά πόσο οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Σε όσους πλέον μπορούν ακόμα συνεισφέρουν οικονομικά άλλοι πάλι με διάφορα ρούχα και τρόφιμα ότι είναι εφικτό στον καθένα αλλά να κινητοποιούνται εθελοντικά...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες σας σαν οργάνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Τώρα ρώτησες το καλύτερο το λέω συνέχεια δεν νοείτε να κάνεις τέτοιες δουλειές σαν την δική μας που έχει να κάνεις με άτομα όπου έχουν κάποια αναπηρία ψυχική νοητική κινητική και να μην έχεις κάποιο σύμβουλο κάποιον που θα σε εποπτεύει και εσένα υπάρχουν πολλά θέματα που είτε μας προβληματίζουν είτε χρειαζόμαστε κάποια ενημέρωση κάποια στήριξη και θεωρώ πως θα ήταν αναγκαίο...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες ανάγκες προκύπτουν από τη συνεργασία σας με την τοπική αυτοδιοίκηση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Μμμμ... Να σου πω δεν διακρίνω κάποια ανάγκη που δεν μας καλύπτει η τοπική αυτοδιοίκηση...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες ανάγκες προκύπτουν από τη συνεργασία σας με τα άτομα με ειδικές ανάγκες και των οικογενειών τους;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Με τα άτομα δεν παρουσιάζονται ανάγκες οι οικογένειες όμως θα θέλαμε να μας ακούν να συνεχίζουν το έργο μας και στο σπίτι εφόσον ενημερώνονται από εμάς έτσι ώστε εμείς να πηγαίνουμε παρακάτω το έργο μας έτσι θα γίνεται πιο αποδοτικό...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει επαρκή χρηματοδότηση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Τώρα πια δεν έχουμε απαιτήσεις πορευόμαστε με ότι έχουμε....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πάρα πολύ ωραία... Νομίζω πως έχω καλυφθεί από τα όσα μου είπατε... Θα θέλατε μήπως να συμπληρώσετε κάτι άλλο η να μου πείτε κάτι που πιστεύετε πως παραλείψατε...;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι , αν εσύ έχει καλυφτεί χαίρομαι που σε βοήθησα....

ΕΡΩΤΗΣΗ: Θα ήθελα να σας ευχαριστήσω που με δεχτήκατε... Χάρηκα πάρα πολύ που τα είπαμε....

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Να σαι καλά και ότι χρειαστείς εδώ είμαστε...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Γεια σας...

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Γεια σας...

2^η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ

ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ

Φύλο: γυναίκα

Ηλικία: 35

Τόπος καταγωγής: Ξάνθη

Τόπος Διαμονής: Δράμα

Μορφωτικό επίπεδο: απόφοιτη του Τ.Ε.Ι Πάτρας Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

ΕΡΩΤΗΣΗ: Καλημέρα κυρία Μ. Μπορώ να περάσω; Είμαι η σπουδάστρια που είχαμε μιλήσει στο τηλέφωνο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι φυσικά..Πέρασε θυμάμαι το ραντεβού μας....Αλλά ας συστηθούμε και από κοντά.... Με λένε Μαργαρίτα..

ΕΡΩΤΗΣΗ: Χάρηκα πολύ και εγώ είμαι η Δέσποινα... Μήπως σας διέκοψα από κάποια δουλεία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι φρόντισα να έχω τελειώσει κάποιες εκκρεμότητες που είχα, για να μην μας διακόψουν.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Χαίρομαι πολύ και σας ευχαριστώ... Αλλά για να μην καθυστερούμε και κυρίως να μην καθυστερώ εσάς μπορούμε να ξεκινήσουμε αν είστε έτοιμη;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι καλά λες ας ξεκινήσουμε. Μπορείς να μου θυμίσεις λίγο το θέμα σας;

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ναι ασφαλώς αλλά αρχικά θα ήθελα να σας πω πως η συνέντευξη θα είναι απόρρητη όπως σας είχα πει και στο τηλέφωνο.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι, ναι θυμάμαι...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Λοιπόν το θέμα μας αφορά την Κοινωνική Πολιτική, αλλά ποιο συγκεκριμένα είναι Η Κοινωνική πολιτική υγείας για τα άτομα με αναπηρία. Η περίπτωση του νομού Δράμας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: χμμ..ναι..Θα έλεγα ότι είναι ένα δύσκολο θέμα... το θέμα της Κοινωνικής Πολίτικης...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μιας και αναφέρατε για τη δυσκολία του θέματος, θα ήθελα να μου πείτε ποια είναι η άποψη σας για την κοινωνική πολιτική που αναπτύσσει η χώρα μας σήμερα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η Κοινωνική Πολιτική της χώρας μας είναι ανεπαρκής. Θα μπορούσε να πει κανείς μάλιστα πως δεν υφίσταται κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα σήμερα. Εκτός από κάποια επιδόματα δεν παρέχει τίποτα ουσιαστικό σε αυτούς που χρήζουν ανάγκης. Φυσικά τα επιδόματα μετά βίας καλύπτουν βασικές ανάγκες. Βέβαια γίνονται κάποια βήματα για να βελτιωθεί η κοινωνική πολιτική αλλά και πάλι ανταποκρίνονται σε μικρή μερίδα του πληθυσμού, πχ οι ελαφρύνσεις στο ρεύμα.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Έτσι είναι η κατάσταση δυστυχώς, αλλά όπως λέτε και εσείς υπάρχουν κάποια μικρά βήματα βελτίωσης... Αλλά για εσάς τι είναι η Κοινωνική Πολιτική;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η κοινωνική Πολιτική για μένα είναι τα μέτρα που αναπτύσσει το εκάστοτε κράτος πρόνοιας για να καλύψει βασικές ανάγκες του πληθυσμού του αλλά και γενικά για να το βοηθήσεις να είναι ενεργός πολίτης και λειτουργικός.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και πως θα χαρακτηρίζατε τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Τα μέτρα κοινωνικής πολιτικής που αναπτύσσονται χαρακτηρίζονται επιεικώς ανεπαρκή.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Γιατί το λέτε αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Το λέω γιατί βασίζονται σε ένα παλιό κράτος πρόνοιας που δεν ανταποκρίνεται στις σημερινές ανάγκες των σημερινών Ελλήνων αλλά και όσο αφορά τους μη Έλληνες. Πιστεύω πως είναι ένα άκαμπτο κράτος πρόνοιας και οι όποιες αλλαγές του έχουν γίνει έχουν βασιστεί σε αλλαγές των μέτρων κοινωνικής πολιτικής των άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Δηλαδή; Μπορείτε να μου μιλήσετε λίγο παραπάνω γι' αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κοίταξε πιστεύω καταλαβαίνεις πως δεν μπορείς να εφαρμόξεις ίδια μέτρα σε Ελλάδα και Γαλλία για παράδειγμα. Και να μην αναφέρω καμία σύγκριση της δική μας κοινωνικής πολιτικής με την κοινωνική πολιτική της Γερμανίας ή της Σουηδίας.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μάλιστα.... Μόλις δώσατε ένα πολύ κάλο παράδειγμα. Όσον αφορά τώρα την τοπική αυτοδιοίκηση γνωρίζετε την οργάνωση της;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η τοπική μας αυτοδιοίκηση αποτελείται από την περιφέρεια μας η οποία δίνει με τη σειρά της εντολές στο δήμο και ο δήμος μας έχει την ευθύνη να διοικεί την εκάστοτε υπηρεσία η οργάνωση πχ την υπηρεσία οικονομίας του δήμου ή την Κοινωνική Υπηρεσία του Νομού μας. Δεν ξέρω πως ακριβώς να στα πω...

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μην αγχώνεστε είστε πολύ ξεκάθαρη σχετικά με τις απόψεις σας και τις απαντήσεις σας... κάτι τελευταίο για την τοπική αυτοδιοίκηση... Υπάρχει επαρκής στελέχωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι δεν υπάρχει επαρκής στελέχωση ούτε στο δήμο ούτε στις υπηρεσίες. Εμείς προσωπικά σαν φορέας δεν έχουμε ούτε τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού, ούτε σε εκπαιδευτές, ούτε σε κοινωνικούς λειτουργούς είμαι μόνο εγώ ενώ θα έπρεπε να είμαστε δύο, ούτε σε ψυχολόγους και δεν έχουμε λογοθεραπευτή ούτε επαρκές βοηθητικό προσωπικό. Καταλαβαίνεις φαντάζομαι τη φόρτο εργασίας έχει ο καθένας και τι προβλήματα δημιουργεί στη φροντίδα των παιδιών.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Δηλαδή τι εννοείτε με αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Εννοώ πως αν είμαστε περισσότεροι θα ήμασταν αποδοτικότεροι και τα παιδιά θα έπαιρναν περισσότερη φροντίδα και διάθεση χρόνου αλλά αυτό αποτελεί ουτοπικό όνειρο. Βέβαια δίνουμε όλο μας τον εαυτό και τη ψυχή μας στα παιδιά αλλά μας φθείρει κάποιες φορές αυτό.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αχα κατάλαβα...

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κυρία Μ γνωρίζετε να μου πείτε ποια μέτρα κοινωνικής πολιτικής υγείας εφαρμόζονται;

ΕΡΩΤΗΣΗ: Εεε είναι αρκετά αλλά τα μέτρα που ξέρω πως εφαρμόζονται είναι τα επιδόματα αναπηρίας, η ασφάλιση, γενικά επιδόματα όπως σε πολύτεκνες οικογένειες ή μονογονεϊκές, το κοινωνικό παντοπωλείο, τα επιδόματα για τους νεφροπαθείς..αυτά με βάση τις γνώσεις μου.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αχα πολύ ωραία ευχαριστώ... Υπάρχουν ειδικά προσαρμοσμένα μετρά κοινωνικής πολιτικής για τα άτομα με αναπηρίες αλλά και για τις οικογενειών τους;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Από όσο γνωρίζω μόνο τα επιδόματα υπάρχουν και οι κατασκηνώσεις για ΑμεΑ

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και καλύπτονται οι ανάγκες τους;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Δεν πιστεύω πως καλύπτουν τις ανάγκες τους ένα άτομο με αναπηρίες χρειάζεται μεγάλη φροντίδα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και γενικά έχει περισσότερες ανάγκες από ένα άτομο που δεν έχει κάποια πάθηση. Είναι ευνόητο πως τα 400 στην καλύτερη περίπτωση ευρώ που δίνονται δεν μπορούν να καλύψουν αυτές

τις ανάγκες ειδικά αν ο ένας γονέας δεν δουλεύει για να φροντίζει το παιδί ή τον ενήλικα με αναπηρία.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μάλιστα. Προηγούμενος αναφέρατε και τις κατασκηνώσεις ΑμεΑ..Ποια είναι η άποψη σας γι' αυτές;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κοίταξε οι κατασκηνώσεις είναι μία βοήθεια, ειδικά για να ξεκουραστεί ο φροντιστής αλλά και πάλι δεν παρέχεται σε όλα τα παιδιά αυτή η ικανότητα χωρίς κόστος.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Στο δικό μας Νομό ποιες δομές για άτομα με αναπηρίες υπάρχουν;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Υπάρχει το ΚΔΑΠμεΑ “ Το χαμόγελό μας”, η Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου που παρέχει κάποια βοηθήματα σε ευπαθείς ομάδες και άπορους αλλά και επιδόματα, το ΤΕΕ Ειδικής Αγωγής , το Ειδικό Σχολείο, επίσης είναι οι Δομές ΕΨΥΚΑ που εκεί εντάσσονται το – Κέντρο Ημέρας “Πολυδεύκης” / Οικοτροφεία “Αγάπανθος” και “Αρσινόη”/ Προστατευόμενο Διαμέρισμα, η Δομή ΔΕΥΨΥ – Οικοτροφείο “Πηγή”, το ΚΕΔΥ ,το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, το Παράρτημα Θεραπευτηρίου Χρονίων Παθήσεων αυτά ίσως και να ξέχασα κάποιο..Αυτά είναι τα ποιο ακουστά.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Μου αναφέρατε κάποιες δομές.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πιστεύεται ότι είναι επαρκής οι δομές.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι δεν είναι. Υπάρχουν πολλές ελλείψεις.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχουν υπηρεσίες που να απευθύνονται σε συγκεκριμένη κατηγορία αναπηρίας;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Στο Κέντρο ψυχικής υγείας δημιουργούνται κάποιες ομάδες... Αλλά μόνο αυτό.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Από εσάς ποια προγράμματα υπηρεσιών υγείας παρέχονται;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Εμείς συμμετέχουμε σε δράσεις και προγράμματα μαζί με όλους τους φορείς ΑμεΑ του Νομού μας.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και σε ποιους απευθύνονται αυτά τα προγράμματα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Στα ίδια τα ΑμεΑ, στις οικογένειες τους αλλά και προς την κοινωνία.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αλήθεια από την κοινωνία υπάρχει ευαισθητοποίηση για τα άτομα με αναπηρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι μέσα από αυτές τις δράσεις βλέπουμε ότι με το πέρασμα των χρόνων υπάρχει βελτίωση στο θέμα της ευαισθητοποίησης.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Πως αντιμετωπίζει η κοινωνία τα άτομα με αναπηρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Υπάρχει πάντα το στερεότυπο δυστυχώς όσον αφορά τα παιδιά άλλοι τα συμπονούν άλλοι νιώθουν οίκτο. Σίγουρα θα δείξουν την λύπη τους ή θα κοιτάξουν έντονα κάποιο παιδί που δεν το θεωρούν ‘φυσιολογικό’

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και αυτό; έχει επιπτώσεις στην ψυχολογία των ατόμων με αναπηρία;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Εεεε... Κάποια παιδιά λυπούνται και ντρέπονται άλλα δεν τα νοιάζει καθόλου και άλλα δεν καταλαβαίνουν την ‘υποτιθέμενη διαφορά τους από τους υπόλοιπους φυσιολογικούς’. Όταν ένα παιδί είναι δουλεμένο από το σπίτι του και νιώθει ζεστασιά στοργή και αποδοχή δεν το ενδιαφέρει τι σκέφτονται η άλλη για αυτό έχει σχηματίσει καλή εικόνα εαυτού.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια η δική σας παρέμβαση σε αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Προσπαθούμε να τους αναπτύξουμε την αποδοχή του εαυτού τους και κάνουμε και ανάλογη συμβουλευτική στους γονείς.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Είπατε πως παρέχεται συμβουλευτική στους γονείς. Κάθε πότε συμβαίνει αυτό;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κυρίως όταν έχουν δημιουργηθεί κάποια έντονα περιστατικά. Αλλά και γι’ αυτό που αναφέραμε προηγούμενος.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Οι πολίτες κινητοποιούνται εθελοντικά για να βοηθήσουν αυτά τα άτομα;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι κι αυτό μας δίνει μεγάλη χαρά. Επίσης σε αυτό έχει βοηθήσει πολύ ο σύλλογος γονέων μας

ΕΡΩΤΗΣΗ: Παρατηρείται κάποια ευαισθητοποίηση από τη υλοποίηση των δράσεων;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι... Είναι πολύ θετικό και υπάρχει και μεγάλη συμμετοχή στις διαδραστικές δράσεις μας.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Στην τοπική αυτοδιοίκηση πόσο συχνά οργανώνονται δράσεις ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Αρκετά συχνά ιδίως όταν είναι παγκόσμιες ημέρες πχ παγκόσμια ημέρα αυτισμού

ΕΡΩΤΗΣΗ: Και με ποιο τρόπο οργανώνονται;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ξεκινά συνήθως σαν πρωτοβουλία του προσωπικού στέλνεται έγγραφη πρόταση σε προϊστάμενο και δήμο και αφού εγκριθεί φροντίζονται τα απαραίτητα ώστε να υλοποιηθεί και ενημερώνεται και ο τύπος για περισσότερη προσέλευση

ΕΡΩΤΗΣΗ: Υπάρχει συνεργασία ανάμεσα στους φορείς;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι και αυτό μας χαροποιεί ιδιαίτερα γενικά έχουμε ένα θετικό συνεργασιακό κλίμα

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια η δική σας συμβολή στην οργάνωση των δράσεων;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Κοιτάξε σαν κοινωνική λειτουργός εγώ οργανώνω δράσεις για ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για κάποιες ομιλίες για σχολές γονέων και για κάποια συνεργασία με άλλους φορείς ώστε να έχουμε την μεγαλύτερη δυνατή δικτύωση και υποστήριξη.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Η δική σας συνεργασία με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Δεν έχω ιδιαίτερη συνεργασία κυρίως ο διευθυντής μας που είναι πολύ ικανός τα αναλαμβάνει αυτά.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αντιμετωπίζεται δυσκολίες κατά την υλοποίηση μίας δράσης;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι ευτυχώς δεν έχει προκύψει δυσκολία σε κάποια εκδήλωση μας, αναθέτονται οι ρόλοι του καθενός και απλά τους εκτελούμε.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποιες θεωρείτε ότι είναι οι ανάγκες σας σαν οργάνωση;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Η έλλειψη του προσωπικού που όπως σου είπα μας δυσκολεύει, αλλά και των υποδομών. Δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση από το κράτος.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Ποια είναι η συνεργασία σας με τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Εεε... Στις ελάχιστες φορές που χρειάστηκε να συνεργαστούμε δεν δημιουργήθηκε κάποιο πρόβλημα. Υπήρχε συνεργασία.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Αυτό είναι σημαντικό... Γιατί δεν σας εμποδίζει στην υλοποίηση των σχεδίων σας.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι πάλι καλά σε αυτό ευτυχώς δεν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Θα ήθελα να σας ξανά ευχαριστήσω, για τη συνεργασία σας. Αν δεν έχετε κάτι άλλο να προσθέσετε έχουμε τελειώσει.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Όχι κοπέλα μου, εκτός αν δεν σε κάλυψα σε κάτι που ήθελες.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Όχι, νομίζω πως είμαι καλυμμένη... Πρέπει να σας αφήσω τώρα γιατί με περιμένει αρκετή δουλειά με τη πτυχιακή

ΑΠΑΝΤΗΣΗ: Ναι μπορώ να σε καταλαβαίνω από δική μου εμπειρία. Λοιπόν να μην σε καθυστερώ. Χάρηκα που σε βοήθησα και αν χρειαστείς οτιδήποτε μετά χαράς να σε ξανά βοηθήσω.

ΕΡΩΤΗΣΗ: Να είστε καλά. Και καλή συνέχεια στη μέρα σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Πίνακας 1: Οπτική (Σκοπιά παρατήρησης) - Συστήματα αντίληψης της αναπηρίας:

Οπτική-Σύστημα	Αντίληψη της αναπηρίας	Δυαδικοί Κώδικες
Ιατρικό σύστημα	Αρρώστια, έλλειμμα, δυσλειτουργία, Έκπτωση χρήζουσα θεραπείας.	-υγεία -αρρώστια
Οικονομικό σύστημα	Έλλειψη οικονομικών πόρων, αδυναμία πληρωμής, φτώχεια	-ικανότητα για πληρωμή -ανικανότητα για πληρωμή
Σύστημα αγορά εργασίας	Εργασιακή ανικανότητα, αδυναμία εμπλοκής σε επικερδή δραστηριότητα	- ικανότητα για εργασία - ανικανότητα για εργασία
Νομικό σύστημα	Νομική ανικανότητα, έλλειψη δικαιωμάτων/ υποχρεώσεων	-λογική -ακαταλόγιστο
Σύστημα αποκατάστασης	Υποστήριξη, διόρθωση λειτουργικών Ανικανοτήτων	-ικανότητα λειτουργίας -ανικανότητα λειτουργίας
Εκπαιδευτικό σύστημα	Μαθησιακές δυσκολίες, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο	-εκπαιδευμένος/η -μη εκπαιδευμένος/η
Σύστημα της τέχνης	Ασχήμια, ελλειμματικό /ελαττωματικό σώμα	-ομορφιά -ασχήμια

Πηγή: Λεπίδα 2003: 7

Πίνακας 2: Κατανομή κλινών στα ελληνικά νοσοκομεία

	Σύνολο	Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία	340	60%	40%
Αττική	110	62,5%	37.5%
Κλίνες Ασθενών	50.000	30%	70%
Αττική	23.000	34%	66%

(Πηγή: www.mohaw.gr)

Πίνακας 3: Τάσεις στην Πρωτοβάθμια και στην Δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

- Μέγεθος αγοράς: 270 εκ. ευρώ
- Ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5%- 7% κατά έτος
- Τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα από την δευτεροβάθμια περίθαλψη
- Υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός μικρών μονάδων
- Η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή

Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία
- Ιδιωτική υγεία δύο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο νέων νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας
- Υπό- ασφαλισμένος πληθυσμός

(Πηγή: www.iatriko.gr)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

	Πρωτοβάθμια	Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια	Μ.Ο. κατοίκων /δήμο
ΑΥΣΤΡΙΑ	2.359			3.400
ΒΕΛΓΙΟ	589	10		17.400
ΚΥΠΡΟΣ	389			1.800
ΤΣΕΧΙΑ	6.258	14		1.600
ΔΑΝΙΑ	275	14		19.400
ΕΣΘΟΝΙΑ	241			5.600
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	444			11.700
ΓΑΛΛΙΑ	36.565	96	22	1.600
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	13.854	323		5.900
ΕΛΛΑΔΑ	1.031	54		10.200
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	3.158	19		3.200
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	85	29	8	44.900

ΙΤΑΛΙΑ	8.100	104	20	7.100
ΛΕΤΟΝΙΑ	547	26		4.300
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	61			60.500
ΛΟΥΞΕΜΒ.	118			3.700
ΜΑΛΤΑ	68			5.800
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	483	12		33.500
ΠΟΛΩΝΙΑ	2.489	373	16	15.500
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	278			36.000
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	2.920	8		1.900
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	193			10.300
ΙΣΠΑΝΙΑ	8.106	50	17	4.900
ΣΟΥΗΔΙΑ	289	21		30.800
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	434	36		135.700
ΕΕ-15	73.012	745	67	5.200
ΕΕ-10	16.324	440	16	4.600
ΕΕ-25	89.336	1.185	83	5.100

(πηγή: ΙΤΑ, 2006)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

ΤΟΠΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 2001

	σε εκατομμύρια€	% του ευρωπ. Συνόλου	σε € ανά κάτοικο	% του ΑΕΠ	% συνολ. Δημοσίων δαπανών
ΑΥΣΤΡΙΑ	17.429	1,70	2.150	8,20	15,8
ΒΕΛΓΙΟ	16.566	1,60	1.610	6,50	13,2
ΓΑΛΛΙΑ	146.206	14,10	2.460	9,90	18,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	151.850	14,60	1.850	7,30	15,2
ΔΑΝΙΑ	53.714	5,20	10.040	30,20	54,6
ΤΣΕΧΙΑ	5.976	0,60	580	9,40	20,8
ΕΛΛΑΔΑ	3.456	0,30	330	2,60	5,5
ΕΣΘΟΝΙΑ	571	0,10	420	9,20	24,4
ΗΝΩΜ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	149.210	14,40	2.540	9,30	23,2
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	15.553	1,50	4.070	13,60	39,9
ΙΣΠΑΝΙΑ	95.886	9,20	2.430	14,70	37,3
ΙΤΑΛΙΑ	177.510	17,10	3.070	14,50	30,0

ΚΥΠΡΟΣ	181	0,00	260	1,80	4,1
ΛΕΤΟΝΙΑ	876	0,10	370	10,30	25,8
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ	944	0,10	260	7,10	21,7
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	1.274	0,10	2.890	5,80	14,8
ΜΑΛΤΑ	33	0,00	90	0,80	1,7
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	73.392	7,10	4.590	17,10	36,7
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	7.414	0,70	740	12,80	23,7
ΠΟΛΩΝΙΑ	22.530	2,20	580	11,50	22,2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	7.724	0,70	770	6,30	13,5
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	660	0,10	120	2,90	7,3
ΣΛΟΒΕΝΙΑ	1.098	0,10	550	5,20	11,6
ΣΟΥΗΔΙΑ	61.986	6,00	6.980	25,30	44,3
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ	25.199	2,40	4.860	18,60	37,9
ΣΥΝΟΛΟ	1.037.239	100,00	2.300	11,20	24,0

(πηγή: ΙΤΑ, 2006)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6

ΑΡΜΟΛΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΟΤΑ											
	Αυστρία	Βέλγιο	Δανία	Φινλανδία	Γαλλία	Γερμανία	Ιταλία	Λουξεμβούργο	Ολλανδία	Πορτογαλία	Ελλάδα
Ληξιαρχείο	X	X			X	X	X	X		X	
Νόμος & Τάξη	X	X					X	X		X	
Πυροσβεστική	X	X	X	X	X	X		X	X	X	
Χωρική Ανάπτυξη, Πολεοδομικός σχεδιασμός	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Υδρευση-αποχέτευση	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Οικιακά απορρίμματα	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Διανομή ενέργειας			X	X			X	X		X	
Αστικές Μεταφορές	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Δρόμοι		X	X	X	X	X	X	X		X	X
Πάρκα και κήποι		X		X	X	X	X	X		X	
Κατοικία				X			X		X	X	X
Υγειονομική περιθαλψη	X	X	X	X		X		X	X	X	

Κοινων. Υπηρεσίες	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Εκπαίδευση	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Πολιτισμός		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Αθλητισμός & ελεύθερος χρόνος	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Οικον. Ανάπτυξη				X	X	X	X			X	
Δραστηρ. εμπορικών συναλλαγών											
Άλλες	X		X			X					

(πηγή:ΙΤΑ, 2006)

ΠΙΝΑΚΑΣ 7															
ΤΟΠΙΚΟΙ ΦΟΡΟΙ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΕ															
	Ακίνητης περιουσίας	Εισοδήματος	Επιτηδεύματος	Κατοικίας	Δασκέδαση	Απόβλητα	Ηλεκτρική ενέργεια	Μεταφορές	Διαφήμιση	Κατάληψη δημ. Χώρων	Μεταβίβαση ακινήτων	Τυχερών παιχνιδιών	Πορεπιδημιοντων	Αγορές	Τράπεζες
ΑΥΣΤΡ	√		√	√	√										
ΒΕΛΓ	√	√													
ΔΑΝΙΑ	√	√													
ΦΙΝΛ.	√	√													
ΓΑΛΛΙΑ	√		√			√	√	√							
ΓΕΡΜ.	√		√												
ΙΤΑΛΙΑ	√	√				√	√		√	√					
ΙΡΛΑΝ	√														
ΛΟΥΞ	√	√		√							√	√			
ΟΛΛΑΝΔ	√					√							√		
ΠΟΡΤ.	√	√									√			√	
ΙΣΠΑΝ	√	√	√									√		√	√
ΣΟΥΗΔ		√													

M. BPET	√														
------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--