

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

## Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

**«ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ»**

**Συγγραφέας: ΓΑΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**A.M. :21090**

**Επιβλέπων Καθηγητής: ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**Αθήνα, Φεβρουάριος 2023**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION  
SOCIAL POLICE



DEPARTMENT  
BUSINESS ADMINISTRATION

MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE  
MANAGEMENT

---

## **Diploma Thesis**

**Title**

**«THE SOCIAL NEEDS OF THE POPULATION OF GREECE. THE CASE OF WESTERN ATHENS»**

**Student name and surname:**

**GAKI PARASKEVI**

**Registration Number:**

**21090**

**Supervisor name and surname:**

**PIERRAKOS GEORGIOS**

**Athens, February 2023**

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

---

### Τίτλος εργασίας

**«ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ»**

### Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	
2	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΕΠΕΤΗΣ	ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΓΑΚΗ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 21090 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος «Διοίκηση Επιχειρήσεων» της Σχολής «Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας ολοκληρώνονται οι σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος «Διοίκηση Επιχειρήσεων» της Σχολής «Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής».

Στην ολοκλήρωση των σπουδών μου καθοριστική υπήρξε η συμβολή των καθηγητών μου, στους οποίους και εκφράζω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα, τον καθηγητή μου και επιβλέποντα την παρούσα διπλωματική εργασία, κο ΠΙΕΡΡΑΚΟ ΓΕΩΡΓΙΟ, για την επιστημονική του καθοδήγηση, τις εύστοχες διευκρινίσεις του, τις χρήσιμες παρεμβάσεις του, την διαρκή ανατροφοδότησή του αλλά και για τη συνεχή παρότρυνση και ηθική υποστήριξη του σε όλη την πορεία της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τους συναδέλφους μου και φίλους μου που με τις παραινέσεις τους και τη συμπαράστασή τους, συμβάλλανε στην ολοκλήρωση τόσο της διπλωματικής εργασίας όσο και των σπουδών.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, και ιδιαίτερα στο σύζυγό μου και στον γιό μου, για την υπομονή τους, την κατανόησή τους, την ψυχολογική στήριξή τους και την αμέριστη συνδρομή τους σε όλη την πορεία των σπουδών μου μέχρι σήμερα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο άνθρωπος ως βιολογικός οργανισμός, προκειμένου να επιβιώσει έχει ανάγκη οξυγόνου, νερού, τροφής, στέγης, ένδυσης, καλής υγείας. Εάν ικανοποιήσει αυτές τις βασικές, για το βιοτικό του επίπεδο, ανάγκες, τότε θα θέλει να ικανοποιήσει τις κοινωνικές του ανάγκες, δηλαδή την αναγκαιότητα του να ενσωματωθεί σε ομάδες, να γίνει αποδεκτός από τους γύρω του, να προσφέρει και να δέχεται αγάπη. Έτσι αναπτύσσεται ορθά η προσωπικότητα του και εξασφαλίζεται η ψυχοσωματική υγεία του.

Όμως τροχοπέδη της ικανοποίησης αυτών των αναγκών είναι η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι κοινωνικές ανισότητες. Για να αντιμετωπιστούν τα παραπάνω, αναλαμβάνει ρυθμιστής το κράτος, που με νομοθετικά μέτρα και πολιτικές, επιδιώκει να αποκαταστήσει τις ισορροπίες, να εξαλείψει τις κοινωνικές ανισότητες, να λειτουργήσει ως κράτος πρόνοιας με σκοπό να επέλθει ευημερία στην κοινωνία. Βέβαια, εξετάζοντας ανάλογους οικονομικούς δείκτες, επαναπροσδιορίζεται και επαναχαράσσεται η Κοινωνική Πολιτική του κράτους.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι, μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, να διερευνηθούν οι κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού της Ελλάδας και ειδικά του πληθυσμού που εδρεύει στη Δυτική Αθήνα, του τρόπου ικανοποίησης αυτών των αναγκών και του ρόλου του ελληνικού κράτος, ως κράτους πρόνοιας. Επίσης θα εξεταστεί κατά πόσο η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός, εμποδίζουν τον πληθυσμό από την παροχή υγειονομικής φροντίδας.

Η αναζήτηση των δεδομένων θα γίνει μέσω μελετών, βιβλιογραφίας, άρθρων κάνοντας χρήση βασικών λέξεων – κλειδιών.

**Λέξεις – κλειδιά:** κοινωνικές ανάγκες, απασχόληση, ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνικές ανισότητες, κοινωνική ευημερία, κράτος πρόνοιας, κοινωνική προστασία, κοινωνική ασφάλιση, επιδόματα, κοινωνική πολιτική, δείκτες φτώχειας και ανεργίας, υγειονομική περίθαλψη, ανασχεδιασμός Κοινωνικής πολιτικής, δράσεις Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ΑΣΔΑ

## **Abstract**

Man as a biological organism, in order to survive, needs oxygen, water, food, shelter, clothing, good health. If he satisfies these basic, for his standard of living, needs, then he will want to satisfy his social needs, that is, his need to integrate into groups, to be accepted by those around him, to give and receive love. This is how his personality develops properly and his psychosomatic health is ensured.

However, unemployment, poverty, social exclusion, and social inequalities are obstacles to the satisfaction of these needs. In order to deal with the above, the state assumes the role of regulator, which with legislative measures and policies, seeks to restore balances, eliminate social inequalities, operate as a welfare state with the aim of bringing prosperity to society. Of course, by examining similar economic indicators, the Social Policy of the state is redefined and redefined.

The aim of this paper is, through the bibliographic review, to investigate the social needs of the population of Greece and especially the population based in Western Athens, the way to satisfy these needs and the role of the Greek state, as a welfare state. It will also be examined whether poverty and social exclusion prevent the population from providing health care.

The data search will be done through studies, bibliography, articles using key words.

**Keywords:** social needs, employment, unemployment, poverty, social exclusion, social inequalities, social welfare, welfare state, social protection, social security, benefits, social policy, poverty and unemployment indicators, health care, Social Policy redesign, Local actions of Self-Government, ASDA





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ. vi
Abstract	σελ. vii
Κατάλογος σχημάτων, πινάκων, γραφημάτων, διαγραμμάτων	σελ. 5
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	σελ. 6
Εισαγωγή	σελ. 7
ΜΕΡΟΣ Α΄ ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ	σελ. 9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ	σελ.14
2.1 Ο Πληθυσμός της Ελλάδας	σελ.14
2.2 Κοινωνικά Ευπαθείς Ομάδες του Πληθυσμού	σελ.16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> :ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΟΡΙΣΜΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΑΝΕΡΓΙΑΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ-ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ-ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ	σελ.20
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός απασχόλησης	σελ.20
3.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός ανεργίας	σελ.20
3.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός φτώχειας • Παιδική Φτώχεια	σελ.23 σελ.29

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ενεργειακή φτώχεια</b></li> </ul>	<b>σελ. 30</b>
<b>3.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός κοινωνικού αποκλεισμού</b>	<b>σελ. 31</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° : ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ</b>	<b>Σελ. 37</b>
<b>4.1. Αιτίες και Αποτελέσματα Ανεργίας</b>	<b>σελ. 37</b>
<b>4.2 Αιτίες και Αποτελέσματα Φτώχειας– Κοινωνικού Αποκλεισμού</b>	<b>σελ. 41</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°: ΠΩΣ Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>σελ. 46</b>
<b>5.1 Δαπάνες για την υγεία</b>	<b>σελ. 52</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6° :ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ</b>	<b>σελ. 54</b>
<b>6.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Κοινωνικής Προστασίας</b>	<b>σελ. 54</b>
<b>6.2Εννοιολογικός προσδιορισμός Κοινωνικής Ασφάλισης</b>	<b>σελ. 59</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7° ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ – Ορισμός- Στόχος- επίπεδα άσκησης πολιτικής- κράτος ευημερίας</b>	<b>σελ. 61</b>
<b>7 .1. Διαστάσεις Κοινωνικής Πολιτικής</b>	<b>σελ. 63</b>
<b>7.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός Κοινωνικής Ευημερίας</b>	<b>σελ. 65</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8° : ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΦΤΩΧΕΙΑΣ</b>	<b>σελ. 66</b>
<b>8.1. Δείκτης Απασχόλησης – Ανεργίας – Μακροχρόνιας Ανεργίας</b>	<b>σελ. 66</b>

8.2 Δείκτης Φτώχειας – Κοινωνικού Αποκλεισμού	σελ. 69
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 <sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΗ-ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	σελ.75
9.1 ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΗ -ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	
• Ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα	σελ. 85
• Λοιπά Επιδόματα και Παροχές	σελ. 89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 <sup>ο</sup> : ΑΝΑΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	σελ. 92
ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄	
1 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: _Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	σελ. 95
1.1. ΔΥΤΙΚΗ ΑΘΗΝΑ- ΔΗΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	σελ. 95
1.2 ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	σελ. 103
1.3 ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	σελ. 106
2 <sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ-ΑΣΔΑ-ΡΟΛΟΣ -ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ- ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΥΤΙΚΗ ΑΘΗΝΑ	σελ. 108
2.1 ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΚΗΣΗ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ	σελ. 109
2.2 ΑΣΔΑ – ΡΟΛΟΣ	σελ. 112

<p><b>2.3 ΣΟΑΠ - ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΟΑΠ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ</li> <li>• ΣΧΕΔΙΟ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΒΑΑ), ΟΧΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ 2014-2020 – ΡΟΛΟΣ, ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥ ΦΟΡΕΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΟΧΕ (ΑΣΔΑ)</li> <li>• ΝΕΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΧΕ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ 2021-2027 ΜΕ ΟΡΟΣΗΜΟ ΤΟ 2030.</li> </ul> <p><b>2.4 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΒΑ/FEAD-ΕΠΙΣΤΙΤΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΗΣ ΥΛΙΚΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ</b></p>	<p>σελ. 116</p> <p>σελ. 117</p> <p>σελ.118</p> <p>σελ. 120</p> <p>σελ. 121</p>
<p><b>2.5ΔΡΑΣΕΙΣ ΔΗΜΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ</b></p> <p>1.ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ</p> <p>2.ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ-ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ</p> <p>3. ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΝ</p> <p>4. ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ</p> <p>5. ΔΗΜΟΣ ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗΣ</p> <p>6. ΔΗΜΟΣ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ</p> <p>7. ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ</p> <p>8. ΔΗΜΟΣ ΦΥΛΗΣ</p> <p>9. ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ</p> <p><b>Μεθοδολογία-Ερευνητικός Σκοπός και Στόχοι</b></p> <p><b>Ερευνητικός σχεδιασμός και ερευνητική προσέγγιση</b></p>	<p>σελ. 122</p> <p>σελ. 122</p> <p>σελ. 123</p> <p>σελ. 124</p> <p>σελ. 125</p> <p>σελ. 126</p> <p>σελ. 127</p> <p>σελ. 127</p> <p>σελ. 130</p> <p>σελ. 131</p> <p>σελ. 132</p> <p>σελ. 133</p>
<p><b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b></p>	<p>Σελ. 134</p>
<p><b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b></p>	<p>σελ. 140</p>
<p><b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b></p>	<p>σελ. 142</p>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ, ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1 : πυραμίδα MASLOW, σελ. 10

Πίνακας 1: Μορφές Απασχόλησης, σελ. 21

Πίνακας 2 : Κατανομή ανέργων αναζητούντων εργασία ανά Περιφέρεια: Σεπτέμβριος 2022, σελ. 22

Γράφημα 1: Επιπολασμός μέτριας ή σοβαρής ανεπάρκειας τροφής του συνολικού πληθυσμού με βάση την κλίμακα ανεπάρκεια τροφής, σελ. 27.

Πίνακας 3 : Επίπεδα άσκησης Κοινωνικής πολιτικής, σελ. 63

Πίνακας 4: Διαστάσεις και λειτουργίες κοινωνικής πολιτικής, σελ. 63

Πίνακας 5: Τύποι Πολιτικών Καταπολέμησης κοινωνικού αποκλεισμού, σελ. 79

Διάγραμμα 1: Πόσο μεταβάλλεται το ποσοστό φτώχειας μετά την καταβολή κοινωνικών επιδομάτων, σελ. 94

Πίνακας 6: Πληθυσμός 2021 δήμων Δυτικού Τομέα Αθηνών, και σύγκριση με την προηγούμενη απογραφή (2011) όπως επίσης και την αναλογία αντρών – γυναικών σε κάθε δήμο, σελ. 95

Πίνακας 7: Εξέλιξη του Πληθυσμού των Δήμων του Δυτικού Τομέα Αθηνών 1991-2001-201, σελ. 96

Πίνακας 8 : Κατανομή της Ακραίας Φτώχειας στη Δυτική Αθήνα, σελ.100

Πίνακας 9: Ανεργία Ελλάδα, Αττική, Δυτική Αθήνα – Εξέλιξη 2010-2016 ΕΛΣΤΑΤ & ΟΑΕΔ, σελ. 102

Πίνακας 10 : Αποτύπωση της Ενεργειακής Φτώχειας στη Δυτική Αθήνα ανά Δήμο, σελ. 103

Πίνακας 11: Δράσεις ΑΣΔΑ, σελ. 114

Διάγραμμα 2: Θάνατοι από νεοπλασίες το 2019: Η Δυτική Αττική «τραγική πρωταθλήτρια» σε όλη την Ελλάδα, σελ. 107

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ & ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο προϊόν

ΑΣΔΑ: Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αττικής

ΔΥΠΑ: Δημόσια Υπηρεσία Απασχόλησης

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΣΥΕ: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΕΠ: Ευρωπαϊκή Εγγύηση για τα Παιδιά

ΕΣΚΕ: Εθνική Στρατηγική Κοινωνική Ένταξη

ΚΕΑ: Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα

ΚΗΦΗ: Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΟΧΕ: Ολοκληρωμένες Χωρικές Επενδύσεις

ΟΠΕΚΑ: Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΤΕΒΑ: Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους

ΣΟΑΠ: Σχέδια Ολοκληρωμένης Αστικής Ανάπτυξης

ΥΠΕΚΑ: Υπουργείο Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής

Poverty line: Η γραμμή φτώχειας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Αμερικανός ψυχολόγος-ανθρωπιστής A. Maslow το 1954 στο έργο του «Κίνητρα και Προσωπικότητα» έθεσε μια θεωρία των αναγκών, με βάση μια ιεραρχική τάξη. Προκειμένου ο άνθρωπος να καλύψει τις κοινωνικές του ανάγκες και η ζωή του να γεμίσει με νόημα, επιθυμία και αίσθημα χρησιμότητας στην κοινωνία, πρέπει πρώτα να καλύψει τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες όπως την ανάγκη της επιβίωσης, η οποία για να ικανοποιηθεί θα πρέπει να εξασφαλιστούν: τρόφιμα, νερό, αέρας, ύπνος, θερμότητα. Χωρίς τέτοια απλά πράγματα, διακόπτεται η ομοιόσταση, η οποία μπορεί να οδηγήσει στο θάνατο του σώματος. Αυτές είναι οι σημαντικές πρωτογενείς ανθρώπινες ανάγκες. Επίσης σημαντικές είναι και οι υλικές ανάγκες που προέρχονται από τις βιολογικές ανάγκες και την κοινωνική αυτοπραγμάτωση. Αυτές είναι η στέγαση με επαρκές επίπεδο άνεσης, η ποικίλη τροφή, τα είδη οικιακής χρήσης (ρούχα, εργαλεία, οικιακές συσκευές), τα μέσα μεταφοράς, η τηλεφωνία, το διαδίκτυο, η τηλεόραση. Με την ικανοποίηση αυτών, (<https://el.everaoh.com>), μπορούμε να ικανοποιήσουμε τις κοινωνικές μας ανάγκες, δηλ. την ανάγκη για αγάπη, φιλία, σύνδεση με άλλους κτλ. (Πολύζος Ν., Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ, 2014).

Όταν ικανοποιούμε τις βασικές, βιολογικές μας ανάγκες και μπορούμε έπειτα να καλύψουμε ανάγκες κοινωνικής ένταξης, σύνδεσης στην ομάδα κτλ., τότε μπορούμε να πούμε ότι είμαστε ενταγμένοι σε ένα κράτος ευημερίας, χωρίς μεγάλες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, χωρίς φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό και απολαμβάνουμε τις αρετές του.

Όμως την κοινωνική ευημερία μπορεί να απολαύσει όλο ο πληθυσμός της χώρας; Τα τελευταία χρόνια στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας που επέφεραν κρίση αξιών και μεγάλη κοινωνική κρίση, η απειλή της φτωχοποίησης είναι ορατή για χιλιάδες νοικοκυριά σε όλη τη χώρα ο πληθωρισμός «καλπάζει», η αγοραστική δύναμη των πολιτών όλο και συρρικνώνεται, η ενεργειακή κρίση βρίσκεται σε εξέλιξη.

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ σχετικά με τις δαπάνες του οικογενειακού προϋπολογισμού- 2021, η μέση ετήσια δαπάνη για αγορές έχει μειωθεί κατά 33% σε σχέση με το 2008, ενώ το 17% του πληθυσμού, βρίσκεται αντιμέτωπο με το φάσμα της φτώχειας.

Επικρατεί κοινωνικοοικονομική ανισότητα στη χώρα, άνιση κατανομή του πλούτου, φτώχεια, ανεργία, κοινωνικός αποκλεισμός. Έννοιες που δυσχεραίνουν την αποτελεσματική κάλυψη των κοινωνικών αναγκών πολλών πληθυσμιακών ομάδων της χώρας μας. Επίσης,

αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόβλημα έγινε εντονότερο τα τελευταία χρόνια με την εισροή πολλών μεταναστευτικών ρευμάτων και ο πληθυσμός πλέον της χώρας τροποποιήθηκε.

Σε μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στη χώρα μας, βρίσκονται τα παιδιά, ανύπαντρες γυναίκες, μονογονεϊκές οικογένειες, ηλικιωμένοι, εργαζόμενοι χαμηλής ειδίκευσης, άνεργοι, άτομα με ειδικές ανάγκες, άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές και οι μετανάστες.

Επακόλουθα της φτώχειας, είναι ο *υποσιτισμός*, καθώς ο φτωχοποιημένος πληθυσμός δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να εξασφαλίσει θρεπτική τροφή ούτε καν επαρκής ποσότητα για τα μέλη της οικογένειά τους, η *εκπαίδευση* που δεν λαμβάνεται ούτε η βασική και έτσι σημειώνονται τα μεγαλύτερα ποσοστά αναλφαβητισμού σε χώρες με υψηλά επίπεδα φτώχειας, η *υγεία* που κλονίζεται από συχνές ασθένειες και μειώνεται το προσδόκιμο ζωής.

Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες αλλά λειτουργούν αθροιστικά. Για να λυθούν αυτά τα προβλήματα και να ικανοποιηθούν οι κοινωνικές ανάγκες, παρεμβαίνει η επιστήμη της κοινωνικής πολιτικής που επιδιώκει να μειώσει τις ανισότητες, και να κάνει πράξη την αναδιανεμητική οικονομική δικαιοσύνη για να προστατευτούν οι ασθενέστεροι και να αυξηθεί η κοινωνική ευημερία της κοινωνίας.(Σούλης, 2015). Ουσιαστικά αποτελεί μία συλλογική προσπάθεια της κοινωνίας που επιχειρείται μέσω θεσμικών – ρυθμιστικών παρεμβάσεων. Επιτελικός φορέας σχεδιασμού και διαμόρφωσης της Κοινωνικής Πολιτικής είναι το κράτος. “Βοηθό” σε αυτό έχει τις τοπικές αρχές, ευρωπαϊκούς και διεθνείς θεσμούς και τον ιδιωτικό τομέα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών αναγκών στον πληθυσμό της Ελλάδας, οι παρεμβάσεις και ο κοινωνικός σχεδιασμός που έχουν γίνει προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες και να αμβλυνθούν οι οικονομικές ανισότητες. Επίσης θα εξεταστεί η περίπτωση της Δυτικής Αθήνας και οι αντίστοιχες παρεμβάσεις – κοινωνική (επιδοματική κυρίως) πολιτική του κοινωνικού κράτους, και ιδιαίτερα της τοπικής αυτοδιοίκησης η οποία έχει αναλάβει δράσεις μέσω υλοποίησης κοινωνικών προγραμμάτων, στα πλαίσια της αποκέντρωσης της Κεντρικής Διοίκησης και με γνώμονα τη γνώση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης των προβλημάτων του Δήμου τους.



## ΜΕΡΟΣ Α΄

### ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

- **Εννοιολογικός προσδιορισμός των κοινωνικών αναγκών**

Τι είναι όμως οι κοινωνικές ανάγκες και πώς θα μπορούσαμε να τις ορίσουμε; Όπως μπορεί εύκολα να γίνει κατανοητό η έννοια των κοινωνικών αναγκών έχει ένα πολύ ευρύ φάσμα ανάλυσης και βρίσκει αναφορές σε πολλούς κλάδους. Μία αρχική ανάλυση στην οποία θα μπορούσε να γίνει αναφορά δεν είναι άλλη από την ευρέως διαδεδομένη πυραμίδα αναγκών του Maslow ο οποίος προέβει στην ιεραρχική κατάταξη τους το 1943 στο σχετικό του άρθρο με τίτλο: ‘A Theory of Human Motivation’. Οι αρχικές κατηγορίες στις οποίες κατέληξε, από τις κατώτερες στις ανώτερες, ήταν οι πέντε παρακάτω:

1. φυσιολογικές ανάγκες, οι βιολογικές (όπως τροφή, νερό, ύπνος, θέρμανση, κλπ.)
2. ανάγκες ασφάλειας (στέγαση, υγεία, προστασία, εργασία, σύνταξη κλπ.)
3. κοινωνικές ανάγκες (αγάπη και ανήκειν), αποτελεί την φυσική επιθυμία των ανθρώπων για ένταξη σε ομάδες
4. ανάγκες αναγνώρισης, αποδοχής από τον κοινωνικό περίγυρο
5. ανάγκες αυτοπραγμάτωσης, που αφορούν την ανάγκη για προσωπικά επιτεύγματα, με τις δύο ανώτερες (κοινωνικές και αυτό-πραγμάτωσης) να λειτουργούν με σκοπό την εκπλήρωση των κοινωνικών προσδοκιών αλλά και την εξάρτηση της μονάδας από το κοινωνικό σύνολο.

Κατά τον Maslow, μόνον οι ανάγκες που **δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης**. Δηλαδή, μόνον αν πεινάμε θα αγοράσουμε, θα καλλιεργήσουμε, ακόμα θα κλέψουμε τροφή για να ικανοποιήσουμε τη σημαντικότερη βιολογική ανάγκη της επιβίωσης. Υπάρχει μια φυσική σειρά με την οποία οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται καθεμιά από αυτές τις ανάγκες και υποκινούνται με βάση αυτές. Οι ανάγκες αυτές, σε αύξουσα σειρά, παρουσιάζονται στην πυραμίδα του:

Η Πυραμίδα της  
ιεράρχησης των  
αναγκών του  
Abraham Maslow



Πηγή: <https://www.psychology.gr>

Είναι σημαντικό σε αυτό το σημείο να γίνει μια διάκριση ανάμεσα στις ανάγκες γενικά και στις κοινωνικές ανάγκες (social needs). Οι κοινωνικές ανάγκες αφορούν όχι μόνο τα προβλήματα του ατόμου (πχ. ένδεια) αλλά το σύνολο των προβλημάτων σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, στις αιτίες που προέρχονται από την κοινωνία και τις προκαλούν αλλά και στις διαδικασίες και πολιτικές που πρέπει να ακολουθηθούν για να επιτύχουν την ικανοποίησή τους.

Σε μια ακόμα ενδιαφέρουσα ταξινόμηση των αναγκών προχώρησε και ο Bradshaw το 1972, θεωρώντας όμως την έννοια αρκετά σύνθετη. Εδώ η διάκριση των αναγκών έγινε σε τέσσερις κατηγορίες: (Σακελλαρόπουλος και σύν 2018)

1. κανονιστικές ανάγκες (normative), οι οποίες καθορίζονται από εκτιμήσεις ειδικών (πχ. τα κριτήρια βάση των οποίων θα πρέπει να καθορίζονται τα επιδόματα)

2. αισθητές ανάγκες (felt), είναι οι ανάγκες που κρίνουν ότι έχουν οι άνθρωποι ή οι κοινωνικές ομάδες. Είναι υποκειμενικές, πολλές φορές μπορούν να ταυτιστούν με τις επιθυμίες και επηρεάζονται από τις γνώσεις. Είναι μια απεικόνιση της διαφοράς ανάμεσα στην υπαρκτή κατάσταση και την προσδοκώμενη-ιδεατή.
3. εκφρασμένες ανάγκες (expressed), προκύπτουν από την παραπάνω κατηγορία αναγκών, εκφράζονται λεκτικά και αποτελούν απαιτήσεις. Σε αυτό το σημείο να τονίσουμε ότι οι απαιτήσεις δεν συνεπάγονται απαραίτητα με ανάγκες.
4. συγκριτικές ανάγκες (comparative), προκύπτουν από σύγκριση αναγκών μεταξύ ατόμων η ομάδων ενώ εντοπίζονται εμφανώς μετά από τον καθορισμό του επιπέδου διαβίωσης τους.

Ακόμα οι κοινωνικές ανάγκες επικεντρώνονται στο άτομο ή την οικογένεια. Περιλαμβάνουν κενά και προβλήματα που δημιουργούνται σε πραγματικό χρόνο και μπορούν να εμποδίσουν δυνητικά την ευημερία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Αυτά τα προβλήματα μπορεί να αφορούν *τον κίνδυνο της έξωσης, την ανάγκη για πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή μετά από την παύση νοσοκομειακής περίθαλψης, το δικαίωμα στην δημόσια μεταφορά, την υγειονομική περίθαλψη* κ.λπ.

Οι άμεσες κοινωνικές ανάγκες φαίνεται να σχετίζονται με την *επισιτιστική ασφάλεια, την στέγαση, την πρόσβαση στις μεταφορές (κ.α)* ενώ η κύρια μερίμνα των ειδικών του κλάδου αφορά την αντιμετώπιση των προβλημάτων ή των ανισοτήτων που μπορεί να απορρέουν από το κοινωνικό περιβάλλον και η επίλυση τους από την κοινότητα και τους φορείς της (Glasheen,<https://www.uhccommunityandstate.com/content/blog-post/sarah-glasheen-posts/meeting-social-needs-and-addressing-social-determinants-of-health>)

Επίσης οι κοινωνικές ανάγκες δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από την αγορά ή τον οικογενειακό πυρήνα ενώ είναι κοινώς αποδεκτό ότι σχετίζονται με την αρχή της κοινωνικής αμοιβαιότητας και την συλλογική ευθύνη. Να σημειώσουμε ότι οι διαφορές ανάμεσα σε βιολογικές και κοινωνικές ανάγκες δεν είναι πάντα έκδηλες.

Μια ακόμη θεωρία προσέγγισης των αναγκών είναι αυτή των Doyal και Cough.(L. Doyal, I. Cough, A Theory of Human Need, ο.π.) Οι συγγραφείς δηλώνουν πως βασικές ανάγκες στις ανθρώπινες κοινωνίες καλύπτονται μέσα από διάμεσες ανάγκες. Η ικανοποίηση των ατομικών αναγκών είναι προϋπόθεση για την εκπλήρωση άλλων σκοπών. Υπάρχουν δύο βασικές πρωταρχικές ανάγκες, η ανάγκη για επιβίωση και φυσική υγεία και η ανάγκη για την

ανθρώπινη αυτονομία. Η ικανοποίηση της ανάγκης για επιβίωση και φυσική υγεία αποτελεί προϋπόθεση για να αναπτυχθεί κάποιος νοητικά, γνωστικά και να ωριμάσει συναισθηματικά. Η φυσική υγεία και η αποφυγή ορισμένων φυσικών ασθενειών εξασφαλίζουν μία καλή ζωή στον άνθρωπο σε όποιο κοινωνικό περιβάλλον και αν ζει. Η ανάγκη για αυτονομία, στην ουσία αφορά το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου που το βοηθά να διαμορφώνει σταθερούς στόχους και στρατηγικές, να ασκεί τα δικαιώματά του. Υπάρχουν τρεις μεταβλητές που επηρεάζουν τα επίπεδα της αυτονομίας του κάθε ατόμου:

1. Το επίπεδο της κατανόησης που έχει από τον εαυτό του και για το τι περιμένει από αυτόν. Αυτό εξαρτάται από τις γνωστικές δεξιότητες και την εκπαίδευση που έχει λάβει.
2. Το επίπεδο της ψυχολογικής ικανότητας να διαμορφώνει τις σωστές επιλογές στη ζωή του. Αυτό εξαρτάται από την ψυχική και συναισθηματική επάρκειά του.
3. Οι ευκαιρίες που υπάρχουν στο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον του ανθρώπου και του δίνουν τη δυνατότητα να είναι κοινωνικά δραστήριος στην οικογένεια, στην εργασία και στην κοινωνία των πολιτών. (L. Doyal, I. Cough, A Theory of Human Need, ο.π., σσ. 49-75)

Για να ικανοποιηθούν οι ανθρώπινες ανάγκες θα πρέπει η κοινωνία να παράγει υλικό: να δημιουργεί τροφή, ένδυση, κατοικία και ότι άλλο είναι απαραίτητο για την εξασφάλιση υγείας και επιβίωσης, μέσα σε κλίμα συνεργασίας και επικοινωνίας με την ανάλογη κατανομή ευθυνών στους εμπλεκόμενους. Επίσης, να εξασφαλίζει τα θεμέλια για επιτυχή βιολογική αναπαραγωγή, τεκνοποίηση, να φροντίζει το μωρό λόγω της ανίκανης φύσης του και να μεριμνά για την κοινωνικοποίηση των παιδιών, να διαχειρίζεται το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον ώστε να μην απειλείται η ισορροπία του οικοσυστημάτος (L. Doyal, I. Cough, A Theory of Human Need, ο.π., σσ. 49-75.)

Για την επαρκή διαβίωση και αυτονομία είναι απαραίτητο να εξασφαλιστούν ένδεκα ανάγκες (L. Doyal, I. Cough, A Theory of Human Need, ο.π., σσ. 191-207). Οι πρώτες πέντε σχετίζονται με τη φυσική υγεία και επιβίωση. Οι υπόλοιπες με την αυτονομία.

Αρχικά τα βασικά στοιχεία για την διαβίωση είναι η επαρκής θρεπτική τροφή και το καθαρό νερό. Δεύτερον, η προστατευτική κατοικία που θα παρέχει προστασία από ακραίες κλιματολογικές καταστάσεις, θα διασφαλίζει την ιδιωτικότητα και την υγιεινή για την αποφυγή βασικών ασθενειών. Τρίτον, ένα ασφαλές εργασιακό περιβάλλον που δεν θα έχει αρνητικές συνέπειες στη φυσική υγεία του ατόμου. Τέταρτον, ένα υγιεινό φυσικό περιβάλλον χωρίς ατμοσφαιρική και ηχητική ρύπανση. Πέμπτον, η πρόσβαση σε υπηρεσίες

υγείας, η λήψη προληπτικών μέτρων, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως προϋποθέσεις για την κάλυψη των αναγκών υγείας. Έκτον, η ασφάλεια στην παιδική ηλικία που συντελεί στη διαμόρφωση αυτόνομης προσωπικότητας. Έβδομον, η ανάπτυξη ουσιαστικών και πρωταρχικών σχέσεων. Όγδοο, η οικονομική ασφάλεια. Ένατο, η φυσική ασφάλεια που προστατεύει από κάθε μορφή βίας και εγκληματικότητας. Δέκατο, η εκπαίδευση που βοηθά το άτομο να αποκτήσει αυτονομία μέσω της ανάπτυξης γνωστικών και μαθησιακών δεξιοτήτων. Ενδέκατο, ο έλεγχος γεννήσεων και η σωστή ανατροφή παιδιών μέσω οργανωμένων δομών οικογενειακού προγραμματισμού.

Στόχος της θεωρίας τους, η τοποθέτηση της έννοιας της ανθρώπινης ανάγκης στο επίκεντρο των συζητήσεων για την ανθρώπινη ευημερία που αποτελεί το βασικό άξονα συζήτησης για να αναπτυχθεί κάθε μορφή συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. (Dr. Öğr. Üyesi Melih SEVER 2019)

Προκειμένου λοιπόν να καλυφθούν οι κοινωνικές ανάγκες και να ανταποκριθούν οι κοινωνίες στις ζητούμενες ανάγκες των πολιτών, πρέπει να ασκηθεί ανάλογη Κοινωνική Πολιτική, για την οποία θα γίνει εκτενή αναφορά στη συνέχεια. Έχει ως βασικό αντικείμενο μελέτης, τη σωστή διανομή κοινωνικών αγαθών για εξασφάλιση της κοινωνικής ευημερίας αλλά και για την επίλυση των προβλημάτων που προέρχονται από ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Η ορθή και δίκαιη αναδιανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων και καταστάσεων (π.χ από πλούσιους σε άπορους, εργαζόμενους σε ανέργους) βάση των αναγκών τους, η παροχή ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης για όλους τους πολίτες μέσω παροχών και λοιπών υπηρεσιών, οι απαραίτητες θεσμικές προβλέψεις για την ίση εφαρμογή των αξιών της ελευθερίας, της ισονομίας, της κοινωνικής δικαιοσύνης σε όλους τους πολίτες, αποτελούν παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνική ευημερία. Το κράτος θα πρέπει να λειτουργεί ως εργαλείο ρύθμισης των προβλημάτων της ελεύθερης οικονομίας, για να διασφαλίζεται η κοινωνική ευημερία, να εξαλείφονται οι κοινωνικές ανισότητες και να εξασφαλίζεται ένα αποδεκτό επίπεδο ζωής (<https://www.koinonikikainotomia>).

Πώς προσδιορίζεται όμως ο πληθυσμός στη χώρα μας, τις κοινωνικές ανάγκες του οποίου θα μελετήσουμε;

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Ο ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΟΜΑΔΕΣ

Η Ελλάδα καλύπτει έκταση 131.957 τετραγωνικών χιλιομέτρων. Ο μόνιμος πληθυσμός της Χώρας (απογραφή 2021) ανήλθε σε 10.432.481 άτομα, από τα οποία 5,075,249 είναι άνδρες (48.6%) και 5,357,232 είναι γυναίκες (51.4%).

Οι δυσμενείς δημογραφικές αλλαγές και οι τάσεις υπογεννητικότητας και γήρανσης του πληθυσμού είναι αρνητικοί προβλεπτικοί παράγοντες για το μέλλον του πληθυσμού που θα κατοικεί στην χώρα μας. Προβλέπεται ότι ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδος το 2050, θα ανέρχεται σε 8.920.000.

Ο πληθυσμός στην ελληνική επικράτεια είναι "ανάμεικτος". Εκτός από τα 9.904.286 άτομα που έχουν ελληνική υπηκοότητά, 199.121 άτομα έχουν υπηκοότητα από άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 530.244 άτομα έχουν υπηκοότητα Χωρών Αφρικής, χωρών Καραϊβικής, Νότιας ή Κεντρικής και Βόρειας Αμερικής, Ασίας και Ωκεανίας. 6.705 άτομα είναι χωρίς υπηκοότητα. Το 52,7% των αλλοδαπών που διαμένουν στην Ελλάδα έχουν Αλβανική υπηκοότητα, το 8,3% Βουλγαρική, το 5,1% Ρουμάνικη και το 3,7% Πακιστανική και 3,0% Γεωργιανή (Απογραφή Πληθυσμού - Κατοικιών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ 2016).

Το 2016 - 2017, σημειώθηκε θετικό ισοζύγιο μετανάστευσης λόγω μεγάλων εισροών προσφύγων και κυρίως πολιτών από χώρες εκτός ΕΕ.. Η εκτεταμένη μεταναστευτική ροή, εντοπίζεται ήδη από τη δεκαετία του 1990. Επίσης, η μεταναστευτική εκροή Ελλήνων πολιτών συνεχίστηκε και το 2017, αν και είναι μικρότερη μετά το 2013. Ανησυχία προκαλεί το γεγονός ότι εγκαταλείπει τη χώρα επιστημονικό δυναμικό (brain drain). (<https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/el/national-education-systems/greece/dimografiki-katastasisglosses-kai-thriskeies>)

Η διαφορετική αυτή μείξη μειονοτήτων στη χώρα, προκάλεσε σε αυτές τις κοινωνικές ομάδες, μεγάλες κοινωνικές ανάγκες, προβλήματα που οδήγησαν σε κοινωνικές ανισότητες.

### 2.1 Ο Πληθυσμός της Ελλάδας

Η απογραφή που διενεργήθηκε για το ημερολογιακό έτος 2021 από την ΕΛΣΤΑΤ είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς αποτελεί την πρώτη ψηφιακή απογραφή που έχει διενεργηθεί ποτέ στην Ελλάδα. Η ηλεκτρονική αυτοαπογραφή έχει αρκετά υψηλό ποσοστό συμμετοχής ενώ ο νέος τρόπος απογραφής βοήθησε την ύπαρξη μαζικής συμμετοχής των πολιτών της χώρας σε αυτή ακόμα και εν μέσω της πανδημίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μπορούν να αποτελέσουν την βάση για την δημιουργία ενός δομημένου και πλήρες πρώτου Στατιστικού Μητρώου Πληθυσμού.

Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2021, ο συνολικός και μόνιμος πληθυσμός της Ελλάδας είναι **10.432.481** και παρουσιάζει πτώση **3,5%** σε σχέση με

τα αντίστοιχα ποσοστά για το 2021/2011. Από τον συνολικό πληθυσμό που καταγράφηκε το 51,6% (5.357.232) είναι Γυναίκες και το 48,6% είναι Άνδρες (5.075.249). Πιο αναλυτικά ο πληθυσμός στις περιφέρειες της Ελλάδας:

- Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης ⇒ 562.069 (49% άνδρες – 51% γυναίκες), σημειώθηκε πτώση 7,6% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Κεντρική Μακεδονία ⇒ 1.792.069 (48,1% άνδρες -51,9% γυναίκες), σημειώθηκε πτώση 4,8% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Δυτική Μακεδονία ⇒ 255.056 (49,7% άνδρες – 50,3%), σημειώθηκε πτώση 10,1% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Ήπειρος ⇒ 319.543 (49,2% άνδρες – 50,8% γυναίκες), σημειώθηκε πτώση 5,1% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Θεσσαλία ⇒ 687.527 (49% άνδρες – 51% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 6,2% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Στερεά Ελλάδα ⇒ 505.269 (49,9% άνδρες – 50,1% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 7,7% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Ιόνια Νησιά ⇒ 200.726 (49,4% άνδρες – 50,6% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 3,4% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Δυτική Ελλάδα ⇒ 643.349 (50,1 άνδρες – 49,9% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 5,4% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Πελοπόννησος ⇒ 538.366 (50% άνδρες – 50% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 6,8% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Αττική ⇒ 3.792.469 (47,8% άνδρες – 52,2% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 0,9% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Βόρειο Αιγαίο ⇒ 194.136 (50,1% άνδρες – 49,9% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 2,6% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021
- Νότιο Αιγαίο ⇒ 324.542 (50,1% άνδρες – 49,9% γυναίκες),σημειώθηκε αύξηση 5% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021

Κρήτη ⇒ 617.360 (49,3% άνδρες - 50,7% γυναίκες),σημειώθηκε πτώση 0,9% σχετικά με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2011/2021 ([https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022\\_GR.pdf](https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf) 19/7/2022)

Πιο συγκεκριμένα η Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει τον Κεντρικό, τον Βόρειο, τον Δυτικό και τον Νότιο Τομέα Αθηνών, τις Περιφερειακές Ενότητες Ανατολικής και **Δυτικής**

**Αττικής**, Πειραιά και Νήσων. Η Περιφερειακή Ενότητα Δυτικής Αττικής περιλαμβάνει τους δήμους Ελευσίνας, Ασπροπύργου, Μάνδρας-Ειδυλλίας, Μεγαρέων και Φυλής με αντίστοιχους πληθυσμούς 29.619, 31.420, 17.524, 38.046, 48.255. Επίσης στον πληθυσμό της συγκεκριμένης Περιφερειακής Ενότητας έχει σημειωθεί αύξηση 2,4% στο ποσοστό του πληθυσμού σε σχέση με τα στοιχεία απογραφής 2011/2021.

Έρευνα των καθηγητών Βύρωνα Κοτζαμάνη (Παν. Θεσσαλίας) και Βασίλη Παππά (Παν. Πατρών) με θέμα: «Η απογραφή πληθυσμού του 2021, μια πρώτη ανάλυση των προσωρινών αποτελεσμάτων της», καταλήγει στο συμπέρασμα ότι διαπιστώνονται σημαντικές διαφοροποιήσεις από τον εθνικό μέσο όρο (μείωση του πληθυσμού κατά 3,5%) σε διοικητικά επίπεδα χαμηλότερα των 13 Περιφερειών. *«13 μόνον Περιφερειακές Ενότητες αύξησαν τον πληθυσμό τους και 61 είχαν μείωση, με τη μέγιστη αύξηση να καταγράφεται στην ΠΕ Κω (+10,5%), και τη μέγιστη μείωση στην ΠΕ Γρεβενών (-16%). Να σημειώσουμε ότι τα μικρά ποσοστά μεταβολής σε 14 Περιφερειακές Ενότητες, αφήνουν να διαφανεί μια σχετική σταθερότητα του πληθυσμού τους ανάμεσα στο 2001 και το 2021».*

## **2.2 Κοινωνικά Ευπαθείς Ομάδες του Πληθυσμού**

Ως κοινωνικά ευπαθείς ή αλλιώς ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού θεωρούνται εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα συμμετοχής στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό μια κοινωνίας. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά αποκλεισμένα ενώ βιώνουν σε μια κατά κύριο λόγο μόνιμη βάση αποστέρηση και αποξένωση από τους θεμελιώδεις θεσμούς και μηχανισμούς της κοινωνίας. Τα άτομα αυτά έρχονται αντιμέτωπα με κινδύνους κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού επειδή, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση συγκεντρώνουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Τα χαρακτηριστικά αυτά των ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες είναι τα παρακάτω:

- Μακροχρόνια ανεργία (που δεν καλύπτεται από το σύστημα ασφάλισης)
- Στέρηση επαρκών εισοδηματικών πόρων (συνεπάγεται της αδυναμίας για εξασφάλιση αξιοπρεπούς βιοτικού επιπέδου και της περιθωριοποίησης-αποκλεισμού κλπ)
- Έλλειψη στέγασης ή μη κατάλληλες συνθήκες στέγασης
- Μεγάλη ηλικία (γήρας μη καλυπτόμενο από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης)
- Αναπηρία (ΑμεΑ)



- Κακή κατάσταση υγείας
- Απουσία σταθερού δικτύου υποστήριξης (οικογένεια, πχ. παραμελημένα παιδιά)
- Διαβίωση σε περιοχή που θεωρείται απομακρυσμένη ή υποβαθμισμένη και έχει πολλά μειονεκτήματα
- Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και αναλφαβητισμός
- Υπερχρέωση (αδυναμία αποπληρωμής στεγαστικού-καταναλωτικού δανείου)
- Η οικονομική μετανάστευση και η προσφυγιά
- Διάκριση λόγω θρησκευτικών και πολιτικών ιδιαιτεροτήτων (πχ. Ρομά).

(Αμίτσης 2014)

Επομένως οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένη ή μηδενική πρόσβαση σε δημόσια και κοινωνικά αγαθά και παράλληλα αντιμετωπίζουν δυσκολίες ή αδυνατούν να έχουν ποιότητα ζωής σε διάφορα επίπεδα χαρακτηρίζονται ως ευπαθείς ή ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αλλά και ως ομάδες υψηλού κινδύνου. Δηλαδή αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγης, εργασίας, ανεπαρκές εισόδημα, έλλειψη εκπαίδευσης, περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης.

Σε αυτές τις ομάδες μπορούν να συμπεριληφθούν οι άνεργοι και οι μακροχρόνια άνεργοι (με χαμηλά επίπεδα δεξιοτήτων), άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ), γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης, Θύματα εμπορίας (trafficking) -για γυναίκες και για άνδρες, να σημειώσουμε όμως ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες και παιδιά, πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, Τσιγγάνοι-Ρομά και άτομα γενικά με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, Έλληνες μουσουλμάνοι και άτομα με θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, μετανάστες και παλιννοστούντες, οι αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, οι άστεγοι, άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από αυτήν, άτομα που βιώνουν διακρίσεις λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού, άτομα που βιώνουν διακρίσεις λόγω της ταυτότητας του κοινωνικού τους φύλου, αποφυλακισθέντες και ανήλικοι παραβάτες, πρώην εξαρτημένα σε ουσίες άτομα (τοξικομανείς, αλκοολικοί) και τέλος οι οροθετικοί (Μπαλούρδος και συν 2014).

Στην Ελλάδα οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού ορίζονται από τον Ν.4019/2011 για την Κοινωνική οικονομία και την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα (ΦΕΚ 216 Α΄) στο άρθρο 1 παρ. 4. Ω «**Ευπαθείς Ομάδες Πληθυσμού**» θεωρούνται οι ομάδες εκείνες του πληθυσμού των οποίων η συμμετοχή στην οικονομική ζωή δυσχεραίνεται για κάποιους συγκεκριμένους λόγους. Οι λόγοι αυτοί είναι: κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, σωματικές ή ψυχικές

διαταραχές, πιθανά απρόβλεπτα γεγονότα και επηρεάζουν την ομαλή και εύρυθμη λειτουργία της τοπικής ή περιφερειακής ενότητας. Οι ομάδες αυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

- **«Ευάλωτες Ομάδες Πληθυσμού»** ⇒ Είναι οι ομάδες των οποίων η ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή παρεμποδίζεται εξαιτίας σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, νοητικής στέρησης, άτομα με αναπηρίες αλλά και τοξικοεξαρτημένα ή απεξαρτημένα άτομα.
- **«Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού»** ⇒ Είναι οι ομάδες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση όσο αφορά την ομαλή ένταξη τους στην αγορά εργασίας εξαιτίας πολιτισμικών και, κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών. Σε αυτή την ομάδα ανήκουν οι άνεργοι, οι άνεργοι άνω των πενήντα ετών, οι άνεργες γυναίκες, οι μακροχρόνια άνεργοι, οι αναλφάβητοι, οι αρχηγοί των οικογενειών, οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών (ορεινές περιοχές και νησιά), οι πρώην ή νυν φυλακισμένοι, οι μετανάστες και άτομα με γλωσσικές ή πολιτισμικές ιδιαιτερότητες. (<http://www.synigoros-solidarity.gr/solidarity/assets/uploads/2015/11/N-4019-2011.pdf>)

Να σημειωθεί ότι οι διακρίσεις που μπορεί να γίνουν στον τομέα της αγοράς εργασίας μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις κατηγορίες. Η πρώτη αφορά διακρίσεις ως προς την πρόσληψη για κάλυψη κενής θέσης στην αγορά εργασίας (πχ. κριτήρια αξιολόγησης υποψηφίων). Η δεύτερη αφορά διακρίσεις σχετικά με μισθούς και πρόσθετες αμοιβές (πχ. διαφοροποίηση μισθών για το ίδιο πόστο, παροχών ή μόνους). Η τρίτη σχετίζεται με διακρίσεις ως προς το είδος, την σχέση και τις συνθήκες απασχόλησης (πχ. αδήλωτη εργασία, άνιση διαφοροποίηση συμβάσεων εργασίας). Η τέταρτη αφορά διακρίσεις στα κριτήρια προαγωγής σε ανώτερο πόστο εργασίας και άνιση μεταχείριση. Η πέμπτη αφορά διακρίσεις που σχετίζονται με τη απόλυση και η έκτη αφορά πιθανές δυσκολίες ως προς την πρόσβαση στην δια βίου μάθηση (πχ. αποκλεισμός από σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης). (Μπαλούρδος και συν 2014).

Ακόμα όσο αφορά τον τομέα της εργασίας είναι πλέον εμφανές ότι οι γυναίκες υφίστανται πολλές διακρίσεις που βασίζονται σε έμφυλα πρότυπα. Η μισθολογική απόσταση που υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο που δείχνει την ανισότητα και τις διακρίσεις που υφίσταται το γυναικείο φύλο. Εξαιτίας αυτής της μισθολογικής απόκλισης μια γυναίκα είναι πολύ πιο πιθανό να βρεθεί στα όρια της φτώχειας σε σχέση με έναν άνδρα και να βιώσει κοινωνικό αποκλεισμό. Η φτώχεια των γυναικών δεν

είναι ένα πρωτοεμφανιζόμενο φαινόμενο ωστόσο τα τελευταία χρόνια έχει αναδυθεί στην επιφάνεια εξαιτίας αλλαγών σε παράγοντες όπως η αύξηση της γυναικείας απασχόλησης (με την ταυτόχρονη εισοδηματική φτωχοποίηση της σε σχέση με το αντίθετο φύλο) αλλά και μετασχηματισμών που γίνονται στις οικογενειακές δομές (μονογονεϊκές οικογένειες κλπ) (Daly 1992).

Τα άτομα που συγκαταλέγονται σε αυτές τις ομάδες λοιπόν υφίστανται διακρίσεις και όσο αφορά στην πρόσβαση τους στην εκπαίδευση. Ομάδες όπως οι Ρομά ή πρόσφυγες υποφέρουν από διακρίσεις ακόμα εντός των φορέων εκπαίδευσης ενώ ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται σε συνδυασμό με το εξαιρετικά μικρό ποσοστό απορρόφησης τους στην αγορά εργασίας έχει ως αποτέλεσμα πολλά από τα παιδιά που ανήκουν σε τέτοιες οικογένειες να μην τελειώνουν καν το σχολείο. Αυτό φυσικά και μπορεί να έχει μόνο αρνητικά αποτελέσματα τόσο για την κοινωνία αυτή καθαυτή όσο και για την οικονομία. Χωρίς επαρκείς επίπεδα γνώσεων τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να αποκτήσουν τις δεξιότητες που θα τους έδιναν πρόσβαση σε μία αξιοπρεπή θέση εργασίας. Αυτό αυτόματα οδηγεί τα άτομα στην περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό ενώ δρα ως καθοριστικός παράγοντας φτωχοποίησης τους. Επίσης τα παιδιά αυτά δεν μπορούν να εντοπίσουν κίνητρα ώστε να προσπαθήσουν να εξελιχθούν προσωπικά καθώς οι εμπειρίες και ο κοινωνικός τους περίγυρος έχει ήδη λειτουργήσει ματαιωτικά ως προς τις προσδοκίες και τα θέλω τους. Οι διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο αποκλεισμός από τους φορείς εκπαίδευσης και κατ' επέκταση μετά από την αγορά εργασίας δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο φτωχοποίησης και κοινωνικής στασιμότητας.

Τα παιδιά γενικά αποτελούν την πιο ευάλωτη από τις κοινωνικές ομάδες. Είναι δυστυχώς συχνό φαινόμενο η εκμετάλλευση τους και ειδικά στις αναπτυσσόμενες χώρες η θέση τους δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο. Το φαινόμενο της παιδικής εργασίας είναι ευρέως διαδεδομένο σε αυτές τις χώρες όπως και αυτό του αναλφαβητισμού.

Οι διακρίσεις που υφίστανται οι αποφυλακισμένοι επίσης είναι εύκολα αντιληπτές καθώς το κοινωνικό στίγμα που τους ακολουθεί λειτουργεί ως κατασταλτικός παράγοντας σε όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου. Το στίγμα θα οδηγήσει σε διακρίσεις στην αγορά εργασίας. Τις περισσότερες φορές τα άτομα αυτά δεν μπορούν να αποκτήσουν μια αξιοπρεπή εργασία που θα τους καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες και θα τους παρέχει ένα καλό βιοτικό επίπεδο λόγω αυτών των διακρίσεων. Το αποτέλεσμα και εδώ είναι η φτωχοποίηση και ο αποκλεισμός αυτής της ομάδας εξαιτίας απουσίας εισοδήματος. Αυτός είναι και ο

καταλυτικός παράγοντας όσο αφορά τον φαύλο κύκλο της ιδρυματοποίησης αυτών των ανθρώπων καθώς οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι ένα άτομο που έχει εγκληματήσει και έχει φυλακιστεί είναι πολύ πιθανό να ξαναβρεθεί σε κατάσταση κράτησης λόγω των διακρίσεων που υφίσταται. Οι διακρίσεις στην αγορά εργασίας δηλαδή οδηγούν σε απουσία εισοδήματος, μια συνθήκη που ωθεί να άτομα να εγκληματήσουν ξανά και να φυλακιστούν ξανά.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι ειδικές πληθυσμιακές ομάδες αδυνατούν να καλύψουν βασικές κοινωνικές ανάγκες τους λόγω έλλειψης απασχόλησης, αυξημένης ανεργίας που οδηγεί στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, έννοιες που αναλύονται παρακάτω.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΟΡΙΣΜΟΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΑΝΕΡΓΙΑΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ-ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ - ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ**

#### **3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός απασχόλησης**

Ως τυπική απασχόληση θεωρείται η σταθερή και με πλήρης ωράριο μισθωτή απασχόληση. Ο τομέας της απασχόλησης στο ελλαδικό χώρο δομείται από δύο βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο χαρακτηριστικό σχετίζεται με το μέγεθος των απασχολούμενων στον πρωτογενή τομέα. Το δεύτερο αφορά την διάρθρωση της απασχόλησης και τη σχέση μισθωτών και μη μισθωτών απασχολούμενων. Επίσης ο τομέας απασχόλησης αποτελείται από τον Πρωτογενή, Δευτερογενή και Τριτογενή τομέα. Η έννοια της απασχόλησης άφορα την εργασία στην Ελλάδα και τα στατιστικά στοιχεία που συντελούν το εργατικό δυναμικό της χώρας. Σύμφωνα με τα στοιχεία που ανακοίνωσε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), μετά από έρευνα που αφορά το Εργατικό Δυναμικό, για το Β' τρίμηνο του έτους 2022, ο αριθμός των απασχολούμενων υπολογίστηκε στα 4.167.239 άτομα, ποσό που παρουσιάζει αύξηση 3% σε σχέση με το Α' τρίμηνο και αύξηση 6,4% σε σχέση με το ίδιο τρίμηνο για το 2021. Να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την τελευταία απογραφή είναι 10.816.286 άτομα, πράγμα που αυτομάτως σημαίνει ότι το ποσοστό απασχόλησης είναι αρκετά χαμηλό. Από την ίδια πηγή (ΕΛΣΤΑΤ) ο αριθμός των ανέργων υπολογίζεται σε 591.573 άτομα.

#### **3.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός ανεργίας**

Όταν χρησιμοποιούμε τον όρο ανεργία εννοούμε τα άτομα που σε μία δεδομένη στιγμή δεν βρίσκουν εργασία ενώ επιθυμούν και αναζητούν δουλειά. Ακόμα να τονίσουμε ότι σε καμία

περίπτωση δεν πρέπει ο όρος να συγγέεται με αυτόν της αεργίας ο οποίος άφορα άτομα που δεν εργάζονται και δεν επιθυμούν κιάλας να εργαστούν. Ακόμα μπορεί να εντοπίσουμε τον όρο “αποθαρρυσμένοι εργαζόμενοι” που αναφέρεται σε εκείνους που επιθυμούν να εργαστούν αλλά δεν έχουν κάνει καμία προσπάθεια (εντός των τελευταίων τεσσάρων εβδομάδων) καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμες θέσεις ή υπάρχουν κωλύματα στην πρόσληψη εξαιτίας προσωπικών παραγόντων (ηλικία, φύλο, έλλειψη εκπαίδευσης κλπ).

Πιο συγκεκριμένα, η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (ΕΣΥΕ) ορίζει ως άνεργους “τα άτομα δεκατεσσάρων ετών και άνω που δεν σπουδάζουν και που κατά την εβδομάδα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας δεν εργαστήκαν καθόλου, ούτε είχαν μια κανονική εργασία ως μισθωτοί (με μισθό ή ημερομίσθιο) που να τη αναλάβουν αμέσως”. Στην Ελλάδα οι άνεργοι εγγράφονται στο μητρώο της Δημόσιας Υπηρεσίας Απασχόλησης (ΔΥΠΑ) πρώην Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ).

Αρκετά σχετική με τον όρο ανεργία είναι και ο όρος υποαπασχόληση. Ο όρος αυτός σχετίζεται με τα άτομα που απασχολούνται λιγότερες ώρες από αυτές που αφορούν το πλήρες ωράριο ενώ θα επιθυμούσαν να εργάζονται σύμφωνα με αυτό. Επίσης υπάρχει ο όρος “ανεργία μακράς διάρκειας” που αναφέρεται σε αυτούς που δυσκολεύονται να βρουν δουλειά και ως αποτέλεσμα δεν απασχολούνται εργασιακά για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Αυτή η κατηγορία συνίσταται κυρίως από άτομα με ειδικές ανάγκες, γυναίκες, ανειδίκευτους, νέους και ηλικιωμένους (δηλαδή σε ευπαθείς κατά κύριο λόγο ομάδες τις οποίες θα αναλύσουμε σε παρακάτω κεφάλαιο) που έχουν χάσει την δουλειά τους.

Η ανεργία μπορεί να πάρει τις παρακάτω βασικές μορφές:

Υποαπασχόληση	Αφορά τον γραφειοκρατικό τομέα
Κλαδική ανεργία	Αφορά τον αγροτικό ή βιομηχανικό τομέα
Διαρθρωτική ανεργία	Πηγάζει από έλλειψη συμπληρωματικών συντελεστών παραγωγής
Ανεργία τριβής	Δημιουργείται από τη μη άμεση προσαρμογή προσφοράς – ζήτησης εργασίας
Τεχνολογική ανεργία	Αναδύεται από την εισαγωγή τεχνολογικού παράγοντα
Συγκαλυμμένη ανεργία	Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες η οριακή παραγωγικότητα εργασίας βρίσκεται στο μηδέν και χρειάζεται να μειωθεί ο αριθμός των απασχολούμενων ώστε να επιτευχθεί η αύξηση παραγωγικότητας
Μακροχρόνια ανεργία	Τις περισσότερες φορές συνίσταται σε περιόδους που η οικονομία βρίσκεται σε ύφεση

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Μορφές Απασχόλησης (Σακελλαρόπουλος 2004:131-132 )

Ακόμα, τα μοντέλα κοινωνικής ρύθμισης της ανεργίας είναι τρία και σχετίζονται με το βάρος της ευθύνης που επωμίζεται το κράτος πρόνοιας για την προστασία των ανέργων αλλά και αυτό που επωμίζεται η οικογένεια. Αυτά είναι το *δημόσιο-ατομιστικό* – συλλογική κοινωνική ευθύνη, το *μοιρασμένης ευθύνης* -διαμοιρασμός ευθύνης ανάμεσα σε κοινωνία και κράτος- και τέλος το *οικογενειοκεντρικό μοντέλο* –όπου η ευθύνη επικεντρώνεται στην οικογένεια, δηλαδή το νοικοκυριό και συγγενείς. Να συμπληρώσουμε ότι η Ελλάδα, μαζί με τις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) εμπίπτει στο τελευταίο μοντέλο που αναφέρθηκε, το οικογενειοκεντρικό. (Πετζεμίδου-Παπαθεωδώρου 2004:407).

Σύμφωνα με το δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ ‘το εποχικά διορθωμένο ποσοστό ανεργίας τον Αύγουστο του 2022 ανήλθε σε 12,2% έναντι του αναθεωρημένου προς τα κάτω 13,7% τον Αύγουστο του 2021 και του αναθεωρημένου προς τα κάτω 12,2% τον Ιούλιο του 2022’ (Δελτίο Τύπου ΕΛΣΤΑΤ , Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Αύγουστος 2022)

Στην Ελλάδα διαχρονικά παρατηρούνται ποσοστά ανεργίας που ξεπερνούν κατά πολύ τα αντίστοιχα άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Επίσης σχετικά με το ποσοστό της μακροχρόνιας ανεργίας, αυτό εξαρτάται αρχικά από το μέγεθος του ποσοστού ανεργίας της εκάστοτε χώρας και έπειτα από τα διαρθρωτικά χαρακτηριστικά της αγοράς εργασίας και θα πρέπει να τονιστεί ότι οι συμβατικές μετρήσεις που διεξάγονται σχετικά με την μακροχρόνια ανεργία (πχ. έρευνες ή απογραφές) οδηγούν στην υποτίμηση της έκτασης του φαινομένου καθώς διεξάγονται πάντα σε δεδομένες χρονικές περιόδους.

Τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας παρατηρήθηκαν στις γυναίκες και σε άτομα έως 24 ετών, στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας καθώς και σε αυτούς που έχουν ολοκληρώσει λίγες τάξεις Δημοτικού. Το μεγαλύτερο ποσοστό εργατικού δυναμικού παρατηρείται στους άνδρες ηλικίας 30 - 44 ετών, στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου και στα άτομα που έχουν ολοκληρώσει μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση καθώς και σε άτομα ξένης υπηκοότητας (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα εργατικού δυναμικού: Β΄ τρίμηνο, 2022)

<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΝΕΡΓΩΝ ΑΝΑΖΗΤΟΥΝΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022</b>		
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	52.537	5,95%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	177.640	20,11%

ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	25.322	2,87%
ΗΠΕΙΡΟΣ	25.469	2,88%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	61.165	6,92%
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	9.614	1,09%
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	71.596	8,10%
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	39.059	4,42%
ΑΤΤΙΚΗ	316.471	35,82%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	38.869	4,40%
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	13.466	1,52%
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	15.552	1,76%
ΚΡΗΤΗ	36.713	4,16%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>883.473</b>	<b>100,00%</b>

Πίνακας 2: Κατανομή ανέργων αναζητούντων εργασία ανά Περιφέρεια:

Σεπτέμβριος 2022 (ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΕΛΣΤΑΤ έρευνα εργατικού δυναμικού: Β' τρίμηνο, 2022)

Σύμφωνα με στοιχεία της ΔΥΠΙΑ από συνοπτική έκθεση εγγεγραμμένων στο μητρώο της τον Σεπτέμβριο του 2022, το σύνολο των επιδοτούμενων ανέργων ανέρχεται σε 175.432 άτομα. Από αυτά 135.226 (ποσοστό 77,08%) είναι κοινοί επιδοτούμενοι, 1.404 (ποσοστό 0,80%) είναι επιδοτούμενοι σε οικοδομο-τεχνικά επαγγέλματα, 9.499 (ποσοστό 5,41%) είναι εποχικοί τουριστικών επαγγελμάτων επιδοτούμενοι, 1.032 (ποσοστό 0,59%) είναι εποχικοί λοιποί επιδοτούμενοι (αγροτικά), 27.980 (ποσοστό 15,95%) είναι εκπαιδευτικοί επιδοτούμενοι και 291 (ποσοστό 0,17%) είναι λοιποί επιδοτούμενοι.

### 3.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός φτώχειας

Πέρα από τον όρο της *φτώχειας* μπορεί να χρησιμοποιηθεί και αυτός της απορίας ή της ένδειας και σίγουρα παραπέμπει σε ένα οικονομικό φαινόμενο και πιο συγκεκριμένα σε ένα κοινωνικό φαινόμενο ανισότητας, με την έννοια ότι πλήττει τα πιο ευάλωτα μέρη του πληθυσμού. Αν και η φτώχεια αποτελεί ένα γνωστό όρο δεν έχει δοθεί κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός και κατά συνέπεια δεν υπάρχει κάποιο κοινά αποδεκτό μέτρο για την καταπολέμηση της. Συγκεκριμένα η φτώχεια χωρίζεται σε απόλυτη και σχετική.

Ως *απόλυτη φτώχεια* ορίζεται ως η αδυναμία του ανθρώπου να καλύψει τις βασικές ανάγκες για την επιβίωση του (στέγαση, διατροφή, ένδυση κλπ.). Το αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι το άτομο που την βιώνει να βρίσκεται κάτω από το επίπεδο αυτοσυντήρησης. Η συγκεκριμενοποίηση του όρου της φτώχειας γίνεται με τον καθορισμό ενός εισοδηματικού επιπέδου που θεωρείται ως το κατώτερο όριο, κάτω από το οποίο το άτομο δεν μπορεί να εξασφαλίσει την συντήρηση και επιβίωση του. Για να προσδιοριστεί το επίπεδο αυτό προϋποθέτονται τρεις βασικοί παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας είναι ο καθορισμός των βασικών αναγκών του ατόμου, ο δεύτερος είναι ο καθορισμός του τρόπου κάλυψης των αναγκών αυτών και ο τρίτος είναι ο υπολογισμός του κόστους κάλυψης των αναγκών αυτών με καθορισμένο τρόπο. Όμως εύκολα μπορούμε να φτάσουμε στο συμπέρασμα ότι για κάθε κοινωνία το επίπεδο αυτό μπορεί να διαφέρει ριζικά και εκ διαμέτρου. Αυτό σαφώς έχει να κάνει και με τις συνθήκες αλλά και το τι θεωρείται κανονικότητα σε κάθε κοινωνία. Για παράδειγμα υπάρχουν ακόμα φυλές που διαμένουν σε καλύβες επομένως στην περίπτωση αυτή μια καλύβα μπορεί να θεωρηθεί επαρκής στέγαση ενώ σε άλλα μέρη του κόσμου αυτό δεν ισχύει. Γίνεται δηλαδή εδώ κατανοητό ότι ο καθορισμός ενός σταθερού εισοδηματικού δείκτη ως μέτρο φτώχειας δεν ανταποκρίνεται σε μια σταθερή, καθολική και αντικειμενική κατάσταση. Αυτό ήταν και το σημείο στο οποίο ασκήθηκε έντονη κριτική σε αυτή την έννοια και για τον λόγο αυτό κρίθηκε ως ανεπαρκής.

Η *σχετική φτώχεια* μπορεί να ορισθεί με αναφορά σε συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο ή στο ίδιο το άπορο άτομο. Στην περίπτωση που αφορά το κοινωνικό σύνολο, η φτώχεια ορίζεται βάση του τι θεωρεί ένα συγκεκριμένο κοινωνικό σύνολο ότι είναι το ελάχιστο-ποιοτικά και ποσοτικά- επίπεδο διαβίωσης. Όμως και σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ δύσκολο να συγκριθεί η μία κοινωνία με την άλλη. Στην περίπτωση που αφορά το ίδιο το άτομο μπορεί να νοηθεί με δύο τρόπους. Ο πρώτος αφορά τον συσχετισμό των αναγκών με το κοινωνικό του επίπεδο ή με ιδιαίτερες συνθήκες-όπου αυτές μπορεί να υπάρχουν. Ο δεύτερος τρόπος είναι υποκειμενικός και σαν βάση του έχει τις εκτιμήσεις του ίδιου του ατόμου. Εδώ εντοπίζεται και ο όρος της σχετικής στέρησης που υποδηλώνει την αίσθηση του ατόμου ότι στερείται κάτι την ίδια στιγμή που άλλοι το απολαμβάνουν. Αυτοί οι “άλλοι” με τους οποίους συγκρίνει τον εαυτό του αποτελούν και το σημείο αναφοράς του. (Δ. Γ. Τσαούσης 2002:614,615,616)

Με τον όρο *γραμμή της φτώχειας* περιγράφεται το ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης που δύναται να χαρακτηρίζει μια συγκεκριμένη κοινωνία σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο ή συγκυρία. Ο απόλυτος ορισμός της καθορίζεται από τον προσδιορισμό της φτώχειας αν



δηλαδή είναι σχετική ή απόλυτη. Στην πρώτη περίπτωση η γραμμή αντιπροσωπεύει την κατανομή του εισοδήματος ως ένα ποσοστό του μέσου ή διαμέσου εισοδήματος. Στην δεύτερη περίπτωση η γραμμή αντιπροσωπεύει την απαραίτητη κατανάλωση για την ζωή των ατόμων.

Η *απόλυτη φτώχεια* εντοπίζεται συνήθως σε αναπτυσσόμενες χώρες αλλά δεν είναι ασυνήθιστο να εντοπιστεί και σε ανεπτυγμένες. Ένα μέτρο απόλυτης φτώχειας που χρησιμοποιείται σε συγκρίσεις που αφορούν τον διεθνή τομέα είναι αυτό του ορίου φτώχειας των Ηνωμένων Πολιτειών όπου προσδιορίζει ένα επίπεδο εισοδήματος που εντοπίζεται άμεση απειλή για την σωματική ακεραιότητα κάποιου (Innocenti Research Center 2005).

Ακόμα, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους, οι εμπειρικές μελέτες του φαινομένου της φτώχειας που διεξάγονται στις ανεπτυγμένες χώρες, χρησιμοποιούν σχετικές γραμμές φτώχειας. Σύμφωνα με την Eurostat, η γραμμή φτώχειας (poverty line), δηλαδή το επίπεδο εισοδήματος κάτω από το οποίο το άτομο θεωρείται φτωχό, ορίζεται ως το 60% του διάμεσου εισοδήματος (Σφένδαμος Γ. και σύν 2008:20).

Όπως προαναφέρθηκε ο όρος της φτώχειας συνεπάγεται πολλών ορισμών. Σύμφωνα με τον ορισμό της διεθνούς διάσκεψης για την Κοινωνική Ανάπτυξη (1995) που διεξάχθηκε στην Κοπεγχάγη η συνολική φτώχεια αφορά τα παρακάτω: (Πετμεζίδου Μ. Παπαθεωδώρου Χ. 2004:239)

- πείνα και υποσιτισμός
- κακή υγεία
- έλλειψη στέγης και κακές συνθήκες διαβίωσης
- περιορισμένη ή καθόλου πρόσβαση σε εκπαίδευση και βασικές υπηρεσίες
- αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προέρχεται από ασθένειες
- έλλειψη εισοδήματος και πηγών (ανεργία) που εξασφαλίζουν το προς το ζην μακροπρόθεσμα
- κοινωνικές διακρίσεις κα κοινωνικός αποκλεισμός

Ο πρώτος απόλυτος όρος που δόθηκε για την φτώχεια ήταν το 1901 στην έρευνα το S. Rowntree. Σύμφωνα με αυτόν η φτώχεια αποτελεί την πλήρη ανεπάρκεια εισοδήματος και πόρων που είναι απολύτως απαραίτητα για την κάλυψη των βασικών αναγκών που είναι απαραίτητα για την συντήρηση της φυσικής δύναμης του ατόμου. Αν και ο ορισμός αυτός μπορεί να θεωρηθεί σχετικά απλός έχει μεγάλη σημασία. Στην ουσία εδώ προσδιορίζονται τα

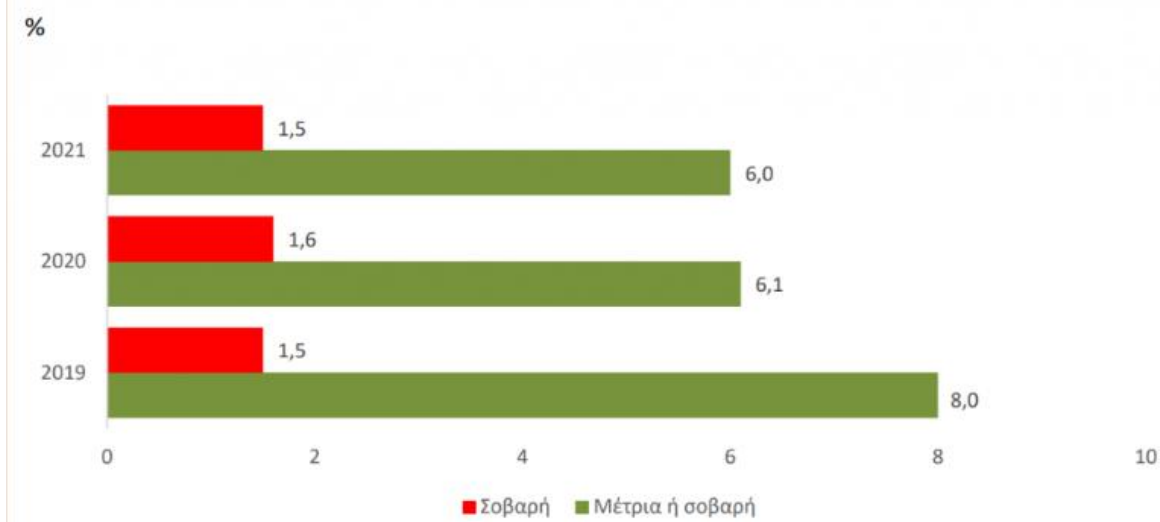
ελάχιστα επίπεδα διατροφής, θέρμανσης και ένδυσης που διαφυλάσσουν την διατήρηση της ανθρώπινης ζωής. Επίσης με οδηγό τις χαμηλότερες τιμές, τα χαμηλότερα αυτά επίπεδα (διατροφής-ένδυσης-θέρμανσης) μεταφράστηκαν σε χρηματική αξία. Με λίγα λόγια, σε αυτό το σημείο ορίζεται το επίπεδο της καταναλωτικής δαπάνης ή του χρηματικού εισοδήματος που συνεπάγεται με το όριο της φτώχειας, και όσοι βρίσκονται κάτω από το αυτό θεωρούνται φτωχοί. Ακόμα έγινε αναφορά και στα νοικοκυριά. Όταν τα εισοδήματα ενός νοικοκυριού δεν ήταν αρκετά για να καλύψουν την αγορά αγαθών πρώτης ανάγκης (στέγασης- δηλαδή ενοίκιο, διατροφής, ενδυμασίας και θέρμανσης) τότε το συγκεκριμένο νοικοκυριό ήταν σε κατάσταση πρωτογενούς φτώχειας. Όμως, αν τα εισοδήματα ήταν αρκετά αλλά παράλληλα ήταν και κάτω από το όριο της φτώχειας, το νοικοκυριό κατατάσσονταν σε κατάσταση δευτερογενούς φτώχειας<sup>1</sup>. (Μπαλούρδος 1991: 102, 103)

Μέχρι αυτό το σημείο έχει γίνει κατανοητό ότι οι ανάγκες του ατόμου ή του νοικοκυριού σχετίζονται άμεσα και με του πόρους. Η φτώχεια δηλαδή αποτελεί μια μορφή ανάγκης που δημιουργείται από την στέρηση πόρων. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) η φτώχεια ορίζεται ως μια κατάσταση σοβαρής στέρησης βασικών ανθρώπινων αναγκών. Στις ανάγκες αυτές συγκαταλέγονται η στέρηση τροφίμων, ασφαλούς πόσιμου νερού αλλά και η στέρηση πρόσβασης σε εγκαταστάσεις στέγασης, υγιεινής, υγείας, εκπαίδευσης, ενημέρωσης. Με άλλα λόγια, η φτώχεια εξαρτάται τόσο από το εισόδημα όσο και από την πρόσβαση σε υπηρεσίες. (ΟΗΕ 1995). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα ως φτώχεια θεωρείται η «ανικανότητα να επιτευχθεί ένα ελάχιστο βιοτικό επίπεδο». (World Bank 1990)

---

<sup>1</sup> Να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο ότι η απολύτως αναγκαία διατροφή βασίστηκε στο διατροφολόγιο που χρησιμοποιούσαν τα εργοτάξια της περιοχής (York) με παραλλαγές

**Γράφημα 1.Επιπολασμός μέτριας ή σοβαρής ανεπάρκειας τροφής του συνολικού πληθυσμού με βάση την κλίμακα ανεπάρκειας τροφής (Food Insecurity Experience Scale -FIES): Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης, 2019 -2021**



Πηγή: <https://www.tovima.gr/2022/10/09/society/ftoxeia-i-elleipsi-trofis-oi-kindynoi-kai-oi-anisotites-pou-dimiourgountai>

Στο παραπάνω γράφημα διαφαίνονται τα ποσοστά ανεπάρκειας τροφής στον πληθυσμό. Μέτρια ή σοβαρή ανεπάρκεια τροφής θεωρείται η κατάσταση κατά την οποία τουλάχιστον ένα μέλος του νοικοκυριού αναγκάστηκε να παραλείψει ένα γεύμα, ή έφαγε λιγότερο ή δεν είχε τροφή για όλη την ημέρα.

Με βάση την απογραφή πληθυσμού του 2021, **μέτρια/σοβαρή ανεπάρκεια τροφής αντιμετώπισαν 624.000 άνθρωποι**, και απόλυτη ανεπάρκεια τροφής 156.000.

Επίσης η φτώχεια μπορεί να έχει να κάνει και με την θέση του ατόμου στην κοινωνία συγκριτικά με κάποιον άλλον, η φτώχεια δηλαδή εδώ ορίζεται ως η κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα άτομα που είναι σε μειονεκτική θέση. Οι Ο' Higgins και Jenkins φέρνουν στην επιφάνεια την αναπόφευκτη σύνδεση της **φτώχειας** με την **ανισότητα** υποστηρίζοντας ότι ορισμένοι βαθμοί και διαστάσεις ανισότητας οδηγούν τους ανθρώπους να βρίσκονται κάτω από τα ελάχιστα αποδεκτά πρότυπα της εκάστοτε κοινωνίας. Και γίνεται αναφορά στον διαχωρισμό της μιας κοινωνίας από την άλλη καθώς όλοι οι ορισμοί που έχουν δοθεί σε ανεπτυγμένες κοινωνίες και αφορούν το όριο φτώχειας σχετίζονται με τον καθορισμό του επιπέδου εισοδήματος που εγγυάται την πρόσβαση στα ελάχιστα βιοτικά επίπεδα που είναι

αποδεκτά σε κάθε ξεχωριστή κοινωνία σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Για αυτούς λοιπόν η φτώχεια είναι αυτή η κατάσταση της οικονομικής απόστασης που γεννά η ανισότητα. (O' Higgins and Jenkins 1990)

Μια σχετικά πρόσφατη προσπάθεια απόδοσης του ορισμού της φτώχειας είναι και αυτή που δίνουν οι Rainwater και Smeeding το 2003. Εκείνοι υποστηρίζουν ότι ως φτωχά μπορούν να θεωρηθούν τα άτομα, οι οικογένειες και οι ομάδες του πληθυσμού που δεν διαθέτουν τους εισοδηματικούς πόρους ώστε να έχουν πρόσβαση σε τρόφιμα ενώ δεν μπορούν να συμμετέχουν στις δραστηριότητες και να διαβιώνουν σε άνετες, για την κοινωνία που βρίσκονται, συνθήκες. Αναφέρονται δηλαδή στον αποκλεισμό των ατόμων από τα συνηθισμένα και αποδεκτά για την συγκεκριμένη κοινωνία έθιμα, πρότυπα ζωής και δραστηριότητες. Το αποτέλεσμα εδώ είναι ότι τα άτομα αυτά δεν μπορούν να ανταποκριθούν στους ρόλους τους (στην κοινωνία, την οικογένεια κλπ), να λάβουν μέρος σε δραστηριότητες ή να διατηρήσουν τις κοινωνικές σχέσεις που θεωρούνται ως καθοριστικές από τα μέλη της κοινωνίας καθώς οι διαθέσιμοι πόροι τους είναι κάτω από το ορισμένο ως ελάχιστο. (Raniwater and Smeeding 2003)

Στην προσέγγιση της «αντικειμενικής-μονοδιάστατης φτώχειας», η φτώχεια ορίζεται ως έλλειψη επαρκούς εισοδήματος και του αποτελέσματος αυτού που δεν είναι άλλο από το χαμηλό επίπεδο κατανάλωσης και ευημερίας. Τα βασικά στάδια μέτρησης της φτώχειας είναι τρία:

1. προσδιορισμός προσεγγιστικής μεταβλητής επιπέδου ατομικής ευημερίας
2. προσδιορισμός συγκεκριμένου επιπέδου ευημερίας κάτω από το οποίο ένα άτομο μπορεί να θεωρηθεί φτωχό
3. συνάθροιση ελλείμματος ατομικών μέτρων ευημερίας σε δείκτη φτώχειας

Τα δύο πρώτα στάδια αποτελούν το «πρόβλημα προσδιορισμού» (identification problem) της μέτρησης της φτώχειας ενώ το τρίτο αποτελεί το γνωστό και ως «πρόβλημα συνάθροισης» (aggregation problem) στο οποίο γίνεται εκτενέστερη αναφορά στο κεφάλαιο που συμπεριλαμβάνει τους δείκτες της φτώχειας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με στοιχεία από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών της ΕΛΣΤΑΤ το 28,3% του πληθυσμού, δηλαδή 3 εκατομμύρια άτομα, βρέθηκαν στο όριο της φτώχειας το 2021, αυξημένο κατά 0,9 ποσοστιαίες μονάδες το ποσοστό, σε σχέση με το 2020 (27,4%).

Σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωζώνης το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στην χώρα μας, παραμένει σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο και συνεχώς αυξάνεται.

- **ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ**

Επιβάλλεται να γίνει αναφορά στην *παιδική φτώχεια* στη χώρα μας. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, το 2020, περίπου 31 τοις εκατό των παιδιών (κάτω των 18 ετών) ζουν σε νοικοκυριά που βιώνουν φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό. Το ποσοστό αυτό ήταν ελαφρώς αυξημένο στα αγόρια (33%) και ελαφρώς χαμηλότερο στα κορίτσια (28,9%).

Το 2015, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζήτησε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης «να εισάγουν την *Εγγύηση για τα Παιδιά, ώστε κάθε παιδί που ζει σε συνθήκες φτώχειας να έχει πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, δωρεάν παιδεία, δωρεάν φροντίδα, αξιοπρεπείς συνθήκες στέγασης και επαρκή διατροφή, στο πλαίσιο ενός ολοκληρωμένου ευρωπαϊκού σχεδίου για την αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας*». Η πρόταση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Ευρωπαϊκή Εγγύηση για τα Παιδιά (ΕΕΠ) υιοθετήθηκε τον Ιούνιο του 2021 από το Συμβούλιο Απασχόλησης, Κοινωνικής Πολιτικής, Υγείας και Καταναλωτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (UNICEF, *Ανάλυση παιδικής φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, UNICEF – Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης και Κεντρικής Ασίας, Γενεύη, 2021).

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος που χρησιμοποιείται για την μέτρηση του προσδιορισμού της ευημερίας γίνεται μεταξύ κατανάλωσης και εισοδήματος. Η κατανάλωση αφενός, προσεγγίζει το μόνιμο εισόδημα των μελών του πληθυσμού (οι πόροι που χρησιμοποιούν τα άτομα ή νοικοκυριά για να αυξήσουν την ατομική τους ευημερία) και του εισοδήματος αφετέρου, απεικονίζει την πραγματική αγοραστική δύναμη των μελών του πληθυσμού. Ωστόσο σε αυτό το σημείο αναδεικνύεται ένα πρόβλημα ως προς την επιλογή συγκεκριμένου προσωπικού επιπέδου ευημερίας. Το πρόβλημα έγκειται στο ότι αυτό το συγκεκριμένο επίπεδο εκφράζει τις ελάχιστες ανάγκες που πρέπει να ικανοποιήσει το άτομο όπως αυτές ορίζονται σε συγκεκριμένο χωροχρονικό πλαίσιο, την κοινωνία στην οποία αποτελεί μέρος αυτή τη χρονική στιγμή. Να σημειωθεί ότι στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες ως προσεγγιστική μεταβλητή του ατομικού επιπέδου ευημερίας χρησιμοποιείται το *διαθέσιμο εισόδημα*. Το πρόβλημα που αναδεικνύεται είναι του προσδιορισμού του επιπέδου εισοδήματος κάτω από το οποίο το άτομο θεωρείται φτωχό (σαν μέτρο ευημερίας) που

σχετίζεται πολύ με τους ορισμούς της σχετικής και απόλυτης φτώχειας που έχουν ορισθεί παραπάνω. (Δαφέρμος Γ. και σύν 2008)

Το κράτος μέσω του οργανισμού προνοιακών επιδομάτων (ΟΠΕΚΑ) θεσμοθέτησε το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, στο οποίο θα γίνει εκτενέστερη ανάλυση σε άλλο κεφάλαιο της εργασίας, το οποίο είναι «ένα προνοιακό πρόγραμμα που δίνεται σε περίπου 273.000 ευάλωτα νοικοκυριά. Αποτελεί αναγκαίο δίκτυ προστασίας για την αντιμετώπιση των συνεπειών της φτώχειας και την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού. Η κρατική μέριμνα για τη διασφάλιση συνθηκών αξιοπρεπούς διαβίωσης όλων των πολιτών μέσω ενός συστήματος ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος θωρακίζεται με το Άρθρο 21 του Συντάγματος» (<https://opeka.gr/elachisto-engyimeno-eisodima-kea>)

- **ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ**

Επίσης η ενεργειακή φτώχεια ή ένδεια, σύμφωνα με τον Συνήγορο του Πολίτη, είναι η αδυναμία πρόσβασης σε σύγχρονες υπηρεσίες υγείας. Ακόμα είναι η κατάσταση κατά την οποία ένα νοικοκυριό δεν δύναται να έχει πρόσβαση στις θεωρούμενες ως βασικές υπηρεσίες ενέργειας (αυτές δηλαδή που επαρκούν για θέρμανση, μαγείρεμα, φωτισμό και χρήση οικιακών σκευών). Ως συνέπειες του φαινομένου θεωρούνται η περιορισμένη χρήση θέρμανσης, τα σπίτια που είναι κρύα και πλήττονται από υγρασία, η ύπαρξη χρεών σε λογαριασμούς κοινής ωφέλειας αλλά και η μείωση εξόδων σε άλλα είδη πρώτης ανάγκης. Ένα νοικοκυριό θεωρείται ότι βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση όταν τα μέλη του δεν μπορούν να εξασφαλίσουν την επάρκεια θέρμανση της οικείας σε λογικό κόστος συγκριτικά με το εισόδημα τους. Επίσης η ενεργειακή φτώχεια έχει συνδεθεί με φυσικές αλλά και ψυχικές ασθένειες της υγείας όπως η κατάθλιψη, η καρδιακή ασθένεια και το άσθμα.

Η ενεργειακή φτώχεια συντελείται όταν συντρέχουν πέντε παράγοντες: *χαμηλό εισόδημα, αναποτελεσματική ενεργειακή απόδοση μια οικίας, υψηλές τιμές καυσίμων, υπό μερική κατάληψη (τη χρήση δηλαδή) μιας οικίας και τη μεγάλη ηλικία.* Να σημειωθεί ότι η αύξηση που έχει υπάρξει τα τελευταία χρόνια έχει αυξήσει κατά πολύ την εμφάνιση αυτής της κατάστασης φτώχειας. (<https://www.synigoros-solidarity.gr/470/energiaki-ftoxia>)

Η καταπολέμηση του φαινομένου της ενεργειακής φτώχειας ρυθμίζεται με την Οδηγία 2009/72/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της που πραγματοποιήθηκε στις 13<sup>ης</sup> Ιουλίου 2009 «Σχετικά με τους κοινούς κανόνες για την εσωτερική αγορά ηλεκτρικής ενέργειας και την κατάργηση της Οδηγίας 2003/54/EK». Η συγκεκριμένη Οδηγία

περιλαμβάνει ρήτρες για την οριοθέτηση των ευπαθών ομάδων ως ομάδας στόχου και το περιεχόμενο των μέτρων κάλυψης. Η Οδηγία αυτή ενσωματώθηκε στην Ελληνική έννομη τάξη με το Ν. 4001/2011 «Για τη λειτουργία Ενεργειακών Αγορών Ηλεκτρισμού και Φυσικού Αερίου, για Έρευνα, Παραγωγή και δίκτυα μεταφοράς Υδρογονανθρακών και άλλες ρυθμίσεις».

Συγχρόνως η Οδηγία για Ενεργειακή Απόδοση ενθαρρύνει τα κράτη μέλη να εντάσσουν στα εθνικά τους συστήματα ρυθμίσεις που έχουν κοινωνικό προσανατολισμό και συμπεριλαμβάνουν τις ειδικές ανάγκες των ευπαθών ομάδων. (Αμίτσης 2014:117, 118).

### **3.4 Εννοιολογικός προσδιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού**

Ο επόμενος όρος που κρίνεται σημαντικό να αναλυθεί είναι αυτός του **κοινωνικού αποκλεισμού**. Σε αυτό το σημείο γίνεται εύκολα κατανοητό ότι η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού είναι εξαιρετικά πολυδιάστατη ενώ στην διεθνή βιβλιογραφία μπορεί να εντοπιστεί ένας πολύ μεγάλος όγκος προσπάθειας προσδιορισμού της. Σαφέστατα αποτελεί ένα φαινόμενο που η εμφάνιση του εντοπίζεται από την αρχαιότητα καθώς είναι άμεσα συνδεδεμένο με την ύπαρξη και λειτουργία κοινωνικών συστημάτων. Στον δέκατο ένατο αιώνα συνδέθηκε έντονα με τον όρο της φτώχειας από τους θεωρητικούς της εποχής καθώς εκείνη την περίοδο εισάχθηκε και ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής στις δυτικές κοινωνίες. Άγγλοι και Γάλλοι θεωρητικοί χρησιμοποιούν στις έρευνες τους πολύ έντονα τον όρο φτώχεια και προσδίδουν έναν οικονομικό χαρακτήρα στον όρο που στην συνέχεια μεταφράστηκε ως έλλειψη στην πρόσβαση αγοράς εργασίας και σε οικονομικές δραστηριότητες από το άτομο. Αν και μέχρι και σήμερα αυτοί οι δύο όροι συγχέονται συχνά υπάρχουν δύο διακριτές διαφορές ανάμεσα τους. Αρχικά ο όρος του κοινωνικού αποκλεισμού δεν παραπέμπει μόνο σε οικονομικά φαινόμενα, όπως αυτός της φτώχειας, αλλά συμπεριλαμβάνει φαινόμενα διαφόρων φύσεων (πχ. μειονότητες). Το δεύτερο σημείο διαφοροποίησης είναι ότι δεν χαρακτηρίζει μια κατάσταση αλλά μία η περισσότερες διαδικασίες ακόμα και όταν καταλήγει να μετρά μία συγκεκριμένη κατάσταση όπως η φτώχεια. Από αυτό μπορούμε να καταλήξουμε σε έναν πρώτο ορισμό που υποστηρίζει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι μια κατάσταση που εμφανίζεται ως το αποτέλεσμα της συγκέντρωσης πολλών κοινωνικών μειονεκτημάτων ή κοινωνικών καταστάσεων (φτώχεια, ευπάθεια κλπ.). Αυτή η συγκέντρωση είναι απόρροια αλλά και αποτέλεσμα της αδυναμίας άσκησης των βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων του ανθρώπου. Στην Ελλάδα η έννοια αυτή εισήχθη στις αρχές τις δεκαετίας του 1990 μέσα από συγκεκριμένες πολιτικές διαδικασίες

για την ευρωπαϊκή ενοποίηση (Πράσινη και Λευκή Βίβλος). Ακόμα στην Ελλάδα ο όρος συνδέθηκε πολύ νωρίς με φαινόμενα όπως είναι η ανεργία, η φτώχεια ή η περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων λόγω πολιτισμικών διαφορών (πχ. Ρομά, μετανάστες κλπ.). Τέλος όσο αφορά την Ελλάδα ο όρος αυτός όταν εμφανίζεται σχετίζεται με την απορρύθμιση των οικογενειακών-άτυπων κοινωνικών δικτύων επομένως με την απορρύθμιση του κοινωνικού δεσμού. (Πετμεζίδου Παπαθεοδώρου 2004: 367-373).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970, ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός χρησιμοποιήθηκε από την κρατική διοίκηση της Γαλλίας για να περιγράψει ομάδες ατόμων που έχουν περιθωριοποιηθεί και δεν έχουν πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση. Οι ομάδες αυτές συμπεριλάμβαναν άστεγους, μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα με ειδικές ανάγκες κλπ. Ο όρος εξαπλώθηκε εντός του θεσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (πρώτη χρήση το 1989) με σκοπό να στοχοθετηθούν τα Προγράμματα του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου. (Τσαούσης 2007). Αυτή χαρακτηρίζει μορφές στέρησης και τις αντίστοιχες δράσεις και προγράμματα για την καταπολέμηση τους.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός ακόμα μπορεί να γίνει αντιληπτός ως μια κατάσταση που περιλαμβάνει στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι αυτό της αστάθειας . Ως αστάθεια εδώ θεωρείται η αίσθηση αβεβαιότητας που έχει αναπτύξει το άτομο σχετικά με την εργασία και τους κοινωνικούς δεσμούς. Το δεύτερο στάδιο αφορά εξάρτηση από τις κοινωνικές αρχές. Εδώ το άτομο είναι άνεργο και εξαρτάται από κρατικές υπηρεσίες και προγράμματα ώστε να επιβιώσει –πχ. επίδομα- και ως αποτέλεσμα αυτού περιορίζει και τις κοινωνικές του συναναστροφές. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο χαρακτηρίζεται ως μια κατάσταση ρήξης, μετά δηλαδή την απομάκρυνση του ατόμου από την εργασία και τις κοινωνικές δομές διακόπτονται και οι κοινωνικοί του δεσμοί και σε πολλές περιπτώσεις το άτομο αυτό μπορεί να στραφεί σε χρήση αλκοόλ, ουσιών κλπ. (Paugam 1997)

Σε αυτό το σημείο μπορεί να σημειωθεί ότι με την ανάλυση της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού τονίζεται η δυναμική του φαινομένου. Αυτό προκύπτει από το γεγονός ότι οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί που οδηγούν τα άτομα να βιώνουν αυτή την κατάσταση αλλά και οι στέρησεις που βιώνουν κατ' επέκταση δεν μπορούν να αποτελούν προσωπικές αποτυχίες του ατόμου αλλά. Είναι επίσης αποδεκτό ότι η αύξηση του φαινομένου έχει άμεσο συσχετισμό με τις ανεπάρκειες και τις ελλείψεις που εντοπίζονται στις εφαρμοσμένες πολιτικές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ως βασικά χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού είναι ο πολυδιάστατος χαρακτήρας των στέρησεων που οδηγούν σε αυτή τη



κατάσταση, η χρονική επιμονή του φαινομένου, ο εντοπισμός της σε συγκεκριμένες ομάδες ή περιοχές του πληθυσμού αλλά και η αντίσταση της σε παραδοσιακές κοινωνικές πολιτικές

Ακόμα ο κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται και ως μια «προοδευτική διαδικασία περιθωριοποίησης που οδηγεί σε οικονομική εξαθλίωση και σε διάφορες μορφές κοινωνικής και πολιτισμικής μειονεκτικότητας». Επίσης ένα κοινό στοιχείο που διαπερνά όλες τις πτυχές αυτού του φαινομένου είναι η στέρηση αγαθών που οδηγεί τα άτομα ή τις ομάδες σε περιθωριοποίηση και ένδεια. Ως κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να θεωρηθεί η παρεμπόδιση από την πρόσβαση σε δημόσια και κοινωνικά αγαθά όπως είναι η εκπαίδευση ή η πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, απόρροια των οποίων είναι η οικονομική ανέχεια, η εξαθλίωση και η περιθωριοποίηση. Ο βαθμός πρόσβασης σε αυτά τα αγαθά δεν είναι για όλα τα άτομα ή τις κοινωνικές ομάδες ο ίδιος. Το αποτέλεσμα αυτού είναι να υπάρχουν πάντα κάποιες ομάδες που είναι πιο κοντά σε αυτό το φαινόμενο (πχ. ΑΜΕΑ, μετανάστες κλπ).

Αναφορά σε βιβλιογραφίες γίνεται επίσης και στη διάκριση μεταξύ ενδογενούς και εξωγενούς αποκλεισμού όπου με τον πρώτο όρο εννοείται μια εσωτερική κοινωνική αλλαγή που αφορά τα τυπικά και ουσιαστικά έγκριτα μέλη της κοινωνίας. Ο δεύτερος είναι αποτέλεσμα πληθυσμιακών μετακινήσεων σε διεθνές επίπεδο και αφορά άτομα που εξαιτίας του αποκλεισμού που βίωναν από την μητρική τους χώρα αναγκάστηκαν να μεταφερθούν σε κάποια άλλη ως φιλοξενούμενοι αλλά σε καθεστώς περιορισμένης ένταξης η μη ένταξης. Ακόμα το φαινόμενο μπορεί να κατηγοριοποιηθεί μέσα από διάκριση μεταξύ ομάδων και κοινωνικών αθροισμάτων αλλά και ανάλογα με τον τύπο του κοινωνικού αποκλεισμού, ο οποίος μπορεί να είναι α) τυπικός (πχ. παράνομη εργασία) ή άτυπος (πχ διάκριση για σεξουαλική ταυτότητα) και β) προϊόν αναγνώρισης προηγούμενης ιδιότητας (πχ πρώην φυλακισμένοι) ή προϊόν άρνησης αναγνώρισης μια ιδιότητας (πχ. ηλικιωμένοι). (Παναγιωτόπουλος και συν 2009).

Ως προς την τυποποίηση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού εκτενής αναφορά έχει γίνει από τον Γ. Αμίτση. Σύμφωνα με αυτόν η έννοια ορθώς παραμένει υπό διερεύνηση καθώς χαρακτηριστικά της είναι η δυναμική της και η συνεχής εξέλιξη της εξαιτίας της φύσης της, η οποία σχετίζεται με ανάγκες που μεταβάλλονται και διαφοροποιούνται ανάλογα με την κοινωνία και την χρονική στιγμή. Άσχετα όμως με το γεγονός ότι η έννοια είναι ακόμα υπό προσδιορισμό μπορούν να εντοπιστούν κάποια βασικά στοιχεία του συλλογισμού που συνθέτουν τον πυρήνα της. Ο συλλογισμός αυτός ακολουθεί ως εξής: το συγκεκριμένο

φαινόμενο σχετίζεται με τις αυξημένες δυσχέρειες αξιοποίησης της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη και άσκησης δεξιοτήτων και ικανοτήτων του, αντιπροσωπεύει τις συνθήκες ανισότητας, σχετίζεται με τις κοινωνικές σχέσεις και τις οικονομικές συναλλαγές και τέλος αποτέλεσμα του είναι η αποξένωση του ατόμου από την αγορά εργασίας, τις υπηρεσίες που παρέχει το κοινωνικό κράτος, τα άτυπα δίκτυα στήριξης (πχ. οικογένεια), την κοινότητα αλλά και τους νομικο-πολιτικούς θεσμούς της κοινωνίας.

Βάση αυτού του συλλογισμού, το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα ή σε νοικοκυριά σε περιόδους συγκέντρωσης προβλημάτων που εκδηλώνονται σε πέντε πεδία με τις αντίστοιχες μορφές εκδήλωσης για το κάθε πεδίο. Στο Οικονομικό πεδίο εκδηλώνεται μέσα από την αδυναμία πρόσβασης στην αγορά εργασίας και στους κοινούς κοινοτικούς πόρους και δραστηριότητες. Στο Κοινωνικό πεδίο εκδηλώνεται με την απουσία απασχόλησης και τις δυσκολίες που μπορεί να βιώνει το άτομο σχετικά με την πρόσβαση του στην εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη και άλλες υπηρεσίες. Στο Νομικό πεδίο σχετίζεται με την αδυναμία άσκησης των θεμελιωδών δικαιωμάτων αλλά και της πρόσβασης στο σύστημα απονομής δικαιοσύνης. Στο Πολιτικό πεδίο σχετίζεται με την μη άσκηση του εκλογικού δικαιώματος, στην αδυναμία πρόσβασης σε δημοκρατικούς μηχανισμούς λήψης αποφάσεων αλλά και στην αίσθηση αδιαφορίας όσο αφορά τις δραστηριότητες και της εξελίξεις που έχουν να κάνουν με την τοπική κοινότητα (μικρή έως και μηδενική συμμετοχή του ατόμου στις οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών. Τέλος αναφέρεται το Πολιτιστικό πεδίο ο κοινωνικός αποκλεισμός εκδηλώνεται μέσω της αδυναμίας συμμετοχής σε πολιτιστικές δραστηριότητες, της εξασθένησης του κοινωνικού δικτύου του ατόμου που συνεπάγεται της μείωσης των άτυπων κοινωνικών επαφών και τον αποκλεισμό του ατόμου από τις διαδεδομένες παραδοσιακές πρακτικές (παραδόσεις που μπορεί να σχετίζονται με την θρησκεία, την γλώσσα κλπ). (Αμίτσης 2014: 28, 29)

Επίσης στην βιβλιογραφία συναντάται ακόμα μία κατηγοριοποίηση σταδίων του κοινωνικού αποκλεισμού που θεωρεί ότι η φύση του φαινομένου είναι δυναμική. Αυτή είναι και η κατηγοριοποίηση στην οποία προέβει ο Mazel που συμπεριλαμβάνει πέντε στάδια και τη θεωρεί ως μια διαδικασία που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία κατάπτωση. Το πρώτο στάδιο αφορά τον βαθμό του κινδύνου του αποκλεισμού (αφορά κυρίως τα άτομα που τοποθετούνται στις ευπαθείς-ευάλωτες ομάδες), το δεύτερο τον βαθμό της απειλής του, το τρίτο της αποσταθεροποίησης (του τρόπου δηλαδή με τον οποίο το άτομο διαχειρίζεται το προηγούμενο στάδιο), το τέταρτο είναι το στάδιο της έκπτωσης (το άτομο αποκόβεται από

τις κοινωνικές του σχέσεις) και τέλος το πέμπτο αφορά τον πραγματικό αποκλεισμό του ατόμου (είναι η απόλυτη ρήξη με τους κοινωνικούς δεσμούς).

Ακόμα ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να πάρει τέσσερις βασικές μορφές. Η πρώτη είναι ο εξοστρακισμός (η εξορία δηλαδή από την υπόλοιπη κοινωνία), ακολουθεί η διαπάλη (η ταξινόμηση δηλαδή των ατόμων σε ομάδες), η τρίτη μορφή είναι η απόρριψη του ατόμου από την ομάδα που ανήκε ενώ τέταρτη και τελευταία είναι η παρενόχληση (έκφραση του φαινομένου από τα άτομα που το βιώνουν με επιθετικές συμπεριφορές και πράξεις). (Παπαδοπούλου 2002)

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να γίνει αναφορά και στο μοντέλο που ανέπτυξε η Levitas το 1998 το οποίο προσδιορίζει τρεις βασικές προσεγγίσεις του φαινομένου που αποκαλύπτουν αιτιακές σχέσεις.

Το πρώτο μοντέλο της προσέγγισης, το **RED** (Redistributive Discourse) υποστηρίζει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι απόρροια της φτώχειας. Εδώ εντοπίζεται ένας αναδιανεμητικός ρόλος που εκπορεύεται από την κριτική κοινωνική πολιτική. Αυτό σημαίνει ότι η φτώχεια δεν θα πρέπει να σχετίζεται με τον όρο της επιβίωσης, δηλαδή με το επίπεδο εκείνο κατά το οποίο το άτομο δεν είναι φτωχό καθώς μπορεί να ικανοποιήσει τις πρωταρχικές και βασικές του ανάγκες, αλλά θα πρέπει να σχετίζεται με την δυνατότητα των ανθρώπων να συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή. Με άλλα λόγια σε αυτή τη προσέγγιση, αν και βασικός πυρήνας είναι η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός θεωρείται ως ένα πολυδιάστατο διαδραστικό και υπό συνεχή εξέλιξη φαινόμενο που είναι ανοιχτό ως προς την διερεύνηση των πρακτικών διάκρισης και αποκλεισμού ως των βασικών αιτιών της φτώχειας. Ο κύριος δείκτης σε αυτό το μοντέλο είναι ο δείκτης κοινωνικού αποκλεισμού.

Σύμφωνα με το δεύτερο μοντέλο αποκλεισμού, το **SID** (Social Integration Discourse) η κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων γίνεται μέσα από την αμειβόμενη εργασία η οποία θεωρείται ως το μοναδικό και πρωτεύον αποδεκτό μέσο ενσωμάτωσης. Ως αποκλεισμένοι σε αυτό το μοντέλο θεωρούνται όσοι δεν έχουν εργασία (workless), ή όσο αφορά τα νεαρά άτομα αυτά που είναι σε κίνδυνο να προσέλθουν σε αυτή τη κατάσταση. Ως κύριος δείκτης αυτού του μοντέλου θεωρείται ο δείκτης ανεργίας ή οικονομικής αδράνειας.

Στην τρίτη και τελευταία προσέγγιση, την **MUD** (Moral Underclass Discourse) γίνεται λόγος ως προς την ηθική. Σε αυτό το μοντέλο δίνεται έμφαση στις ηθικές και πολιτισμικές αιτίες της φτώχειας και ως κύριο σημείο ορίζει τον ηθικό κίνδυνο εξάρτησης. Δηλαδή στην

συγκεκριμένη περίπτωση ο λόγος άφορα τα νοικοκυριά στα οποία δεν εντοπίζεται κανένα απασχολούμενο μέλος και όχι τόσο στην κατάσταση προσκόλλησης του ατόμου στην αγορά εργασίας. Αυτό το μοντέλο επαναλαμβάνει το θέμα των επικίνδυνων κοινωνικών τάξεων, δίνει προσοχή στις συνέπειες που έχει ο κοινωνικός αποκλεισμός στην κοινωνική ευταξία και τέλος εφιστά την προσοχή για συγκεκριμένες ομάδες που θεωρεί ως πιθανούς εγκληματίες (πχ. άνεργοι άνδρες). (Πετμεζίδου Παπαθεοδώρου 2004: 229-231). Ως προς τους αποκλεισμένους εντοπίζεται συσχετισμός τους με έννοιες όπως φτώχεια και εγκληματικότητα ενώ γίνεται αναφορά και στην εξαρτητική σχέση που έχουν με οικονομικές και στεγαστικές παροχές από την πρόνοια.

Μία ακόμα συνιστώσα του κοινωνικού αποκλεισμού είναι και ο γεωγραφικός αποκλεισμός. Αυτό το ζήτημα ερευνάται σε δύο πτυχές και παραμέτρους, το επίπεδο ανάπτυξης και την ανεργία. Οι περιοχές που χαρακτηρίζονται από χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και υψηλό επίπεδο ανεργίας συνιστούν από μόνες τους έναν παράγοντα που οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό των κατοίκων της καθώς ο παράγοντας αυτός από μόνος του αυξάνει τις πιθανότητες οι κάτοικοι να έχουν ένα χαμηλό βιοτικό επίπεδο και να αποκλείονται από την εύρεση εργασίας. Αυτό το είδος αποκλεισμού μπορεί να οδηγήσει τα άτομα να ακολουθήσουν τον δρόμο της προσφυγιάς ενώ οι τρόποι με τους οποίους αντιμετωπίζονται οι πρόσφυγες από τις κοινωνίες υποδοχής στην καθημερινότητα υποδεικνύουν τάσεις κοινωνικού αποκλεισμού.

Μία άλλη μορφή αποκλεισμού είναι και αυτή που σχετίζεται με την παραβατικότητα. Σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα άτομα που έχουν περάσει από προγράμματα απεξάρτησης, οι φυλακισμένοι σε σωφρονιστικά ιδρύματα αλλά και τα άτομα που έχουν απολυθεί από αυτά μετά την έκτιση της ποινής τους και τέλος οι νεαροί παραβάτες. Τα άτομα αυτά θεωρούνται ως αποκλειόμενα καθώς η διαδικασία κοινωνικής ένταξης και επανένταξης είναι πολύ δύσκολη ενώ παράλληλα ακολουθούνται από ένα έντονο κοινωνικό στίγμα το οποίο τους αποτρέπει από το να δημιουργούν κοινωνικούς δεσμούς ενώ παράλληλα λειτουργεί ως εμπόδιο στην απορρόφηση τους από την αγορά εργασίας.

Άλλη μορφή εκδήλωσης του κοινωνικού αποκλεισμού είναι και οι ανισότητες που προκύπτουν στον τομέα της εκπαίδευσης. Είναι σημαντικό να τονιστεί σε αυτό το σημείο ότι το δικαίωμα της εκπαίδευσης αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη συνταγματικά κατοχυρωμένα κοινωνικά δικαιώματα. Οι εκπαιδευτικές ανισότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός όταν λειτουργούν από κοινού αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες του αποκλεισμού καθώς

προσθέτουν επιπλέον μειονεκτήματα σε άτομα που βρίσκονται ήδη σε μειονεκτική θέση και να επιβαρύνουν περισσότερο την κοινωνικό-οικονομική τους κατάσταση. Τεράστια εμπόδια στην εκπαίδευση συναντούν και τα άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία και αποθαρρύνονται και περιθωριοποιούνται ενώ το ίδιο συμβαίνει και με την εύρεση εργασίας.

Ακόμα ο κοινωνικός αποκλεισμός σχετίζεται και με την δυνατότητα συμμετοχής στην αγορά εργασίας καθώς η απώλεια εργασίας ενός ατόμου συνεπάγεται με την απουσία εισοδήματος που προέρχεται από απασχόληση. Αυτό το φαινόμενο είναι εξαιρετικά σημαντικό καθώς υποδηλώνει τον αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (Παναγιωτόπουλος και συν 2009).

Η καταπολέμηση του φαινομένου της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκεται στο επίκεντρο της στρατηγικής του προγράμματος Ευρώπη 2020 για έξυπνη, βιώσιμη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη. Το 2008 πάνω από 120.000.000 άνθρωποι βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού με αποτέλεσμα τα ηγετικά μέλη της ΕΕ δεσμεύτηκαν μέσα από δράσεις τους να βγάλουν από την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό 20 εκατομμύρια ανθρώπους έως το 2020.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : ΑΙΤΙΕΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΕΡΓΙΑΣ, ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ**

### **4.1. Αιτίες και Αποτελέσματα Ανεργίας**

Ως ανεργία θεωρείται η ανεπαρκής χρήση πόρων και είναι ένας ανασταλτικός παράγοντας για την επίτευξη του μακροπρόθεσμου οικονομικού στόχου που είναι να αυξηθεί το βιοτικό επίπεδο ενός πληθυσμού. Η μη επαρκής χρήση πόρων σε μια οικονομία οδηγεί στη δημιουργία παραγωγικού κενού. Ως παραγωγικό κενό θεωρείται η διαφορά μεταξύ πραγματικού και δυνητικού ΑΕΠ-είναι αυτό που ανταποκρίνεται στις παραγωγικές δυνατότητες μια κοινωνίας στην οποία υπάρχει πλήρης απασχόληση. Όμως ακόμα και σε περιόδους πλήρης απασχόλησης το ποσοστό ανεργίας δεν θεωρείται ότι μηδενίζεται καθώς υπάρχει πάντα και η ανεργία τριβής που θεωρείται ως το φυσικό ποσοστό ανεργίας και είναι 5,5% όμως δεν είναι σταθερό με την πάροδο του χρόνου και επηρεάζεται από την οικονομική πολιτική. Το φυσικό ποσοστό ανεργίας εξαρτάται από πολλούς κοινωνικούς, οικονομικούς αλλά και πολιτισμικούς παράγοντες. (Σούλης 2015).

Υπάρχουν βέβαια και κάποιοι συγκεκριμένοι αιτιολογικοί παράγοντες της λειτουργίας αγοράς εργασίας και ανεργίας που θα πρέπει να συσχετίζονται με επιδράσεις που ασκούνται:

- Από το φαινόμενο της μετανάστευσης
- Από τις διακρίσεις ανάμεσα στα δύο φύλα
- Από την διαμόρφωση των μισθών
- Από την δύναμη που μπορεί να ασκήσουν τα εργατικά κινήματα
- Από την εργασία που είναι ασταθής και υπό διαρκή αναπροσαρμογή
- Από την ποιότητα που παράγεται από την εργασία και το ανθρώπινο κεφάλαιο (Samuelson Nordhaus 2000).

Μια σειρά από **αιτίες** που μπορούν να οδηγήσουν στην ανεργία, όσο αφορά την Ελλάδα, είναι:

- Απουσία επαρκών επενδύσεων σε ανθρώπινο κεφάλαιο
- Ανισορροπία ανάμεσα σε δικαιώματα και υποχρεώσεις εργαζομένων και ανεπάρκεια ως προς το έργο που παράγουν τα συνδικάτα
- Αδυναμία συνδικάτων να συμβάλλουν στην διαμόρφωση ισορροπημένων αμοιβών
- Αναντιστοιχία μισθών-παραγωγικότητας-τομών ανταγωνιστικότητας και ποιότητας αγαθών και υπηρεσιών
- Τεχνολογική και τεχνική υποβάθμιση παιδείας
- Απουσία φορέων και συστημάτων πληροφόρησης και συμβουλευτικής που θα βοηθά στην αναζήτηση ευρέσεως εργασίας και θα μειώνει τον χρόνο ανεργίας
- Απουσία αποτελεσματικής αναπτυξιακής στρατηγικής από την χώρα
- Η αποβιομηχανοποίηση της ελληνικής κοινωνίας
- Οι επικρατούσες πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις για την εργασία, η κοινωνική δομή αλλά και οι αντιλήψεις που αφορούν την κοινωνική επιχειρηματικότητα
- Η μη προσαρμογή των επιχειρήσεων στο μετα-τεχνολογικό διεθνές περιβάλλον και το ανεπαρκές τεχνολογικό επίπεδο
- Η υπερδιογκωμένη γραφειοκρατία που επικρατεί στην δημόσια διοίκηση και αφορά την επιχειρηματικότητα αλλά και την ιδιωτική πρωτοβουλία
- Αβέβαιο και συνεχώς μεταλλασσόμενο οικονομικό κλίμα
- Η ανυπαρξία διαφάνειας στους τομείς της δημόσιας διοίκησης αλλά και του δικαστικού και πολιτικού σώματος
- Οι έντονες μεταναστευτικές ροές

- Ο τρόπος λειτουργίας της ελληνικής επιχειρηματικότητας που βασίζεται στις οικογενειακές επιχειρήσεις και το μικρό τους μέγεθος αλλά και την υπέρμετρη στήριξη των νέων από την οικογένεια. (Σούλης 2015)

Κάποιοι ακόμα παράγοντες που μπορούν να θεωρηθούν ως αιτίες είναι η φύση των κλειστών επαγγελμάτων, το νομοθετικό πλαίσιο εισόδου των επαγγελματιών στην αγορά εργασίας, η κακή διανομή κονδυλίων ΕΣΠΑ, η μετανάστευση κεφαλαίων και η μεταφορά επιχειρήσεων στο εξωτερικό, οι αντιδράσεις που εγείρονται στις τοπικές κοινωνίες από αναπτυξιακά προγράμματα που δημιουργούν θέσεις εργασίας και τέλος η απουσία εθνικής ευθύνης από τις ελληνικές ηγετικές επιχειρήσεις (Σούλης 2015).

Είναι αρκετά ευδιάκριτο ότι η ένταση και τα χαρακτηριστικά της ανεργίας μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο σε κοινωνικό αποκλεισμό. Οι δε μακροχρόνια άνεργοι θεωρούνται ως πληθυσμός υψηλού κινδύνου καθώς θεωρείται ότι δεν μπορούν να επωφεληθούν από τις πολιτικές απασχόλησης. Ακόμα η μακροχρόνια ανεργία επηρεάζει δημογραφικά γεγονότα οδηγώντας μάλιστα πολλές φορές σε δημογραφικό αποκλεισμό καθώς μπορεί να αναστείλει την πραγματοποίηση γάμων επηρεάζοντας το ζήτημα της υπογεννητικότητας. Οι μακροχρόνια άνεργοι είναι επιρρεπείς στην εσωτερική μετανάστευση ενώ για αυτήν την ομάδα διαφοροποιούνται τα πρότυπα και τα επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας. (Τσομπανόγλου, Κορρές και Γιανοπούλου 2005)

Ακόμα οι αρνητικές **συνέπειες** της ανεργίας μπορούν να είναι οικονομικές, υλικές και ψυχολογικές καθώς η εργασία και η απασχόληση του ατόμου σχετίζεται άμεσα και με την κάλυψη των βιοτικών αλλά και κοινωνικών αναγκών του. Οι οικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις εντείνονται όσο περισσότερο παραμένει το άτομο σε κατάσταση ανεργίας (Πετμεζίδου Παπαθεοδώρου 2004). Ως προς τις ψυχολογικές επιπτώσεις, σύμφωνα με τον ψυχολόγο S. Freud, η ανεργία ωθεί το άτομο σε αντικοινωνική συμπεριφορά και το απομακρύνει από την πραγματικότητα ενώ ευνοεί την αμφισβήτηση της κοινωνικής χρησιμότητας από το ίδιο το άτομο. Γενικά είναι εύκολα κατανοητό ότι η ανεργία ωθεί το άτομο στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Όσο αφορά τις επιπτώσεις που έχει η ανεργία στο άτομο αυτό καθεαυτό αυτές σχετίζονται με την απώλεια της αυτοεκτίμησης του, την αδυναμία αυτοπραγμάτωσης και την απουσία δημιουργικών δραστηριοτήτων από την ζωή του.

Στα αρνητικά αποτελέσματα της ανεργίας στον κοινωνικό τομέα μπορούν να προσμετρηθούν πολλοί παράγοντες όπως η αύξηση διαζυγίων, η οικογενειακή εγκατάλειψη, η αδυναμία

φροντίδας τέκνων αλλά και ηλικιωμένων, η αύξηση των φυλετικών διακρίσεων και η αποσταθεροποίηση των ομαλών σχέσεων ανάμεσα στον γηγενή πληθυσμό και τους μετανάστες, αυξάνει το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, οδηγεί στην απόρριψη του ατόμου από την κοινωνία και την ταυτόχρονη απομάκρυνση από τις κοινωνικές του σχέσεις. Μπορεί επίσης να οδηγήσει στην άμβλυνση παθολογικών φαινομένων της κοινωνίας όπως είναι η παιδική εκμετάλλευση, η σεξουαλική εκμετάλλευση αλλά και η αύξηση της εγκληματικότητας και της ενδοοικογενειακής βίας.

Συνεχίζοντας την ανάλυση, οι οικονομικές επιπτώσεις- αποτελέσματα της ανεργίας μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες, τις μακροοικονομικές και τις μικροοικονομικές. Οι τελευταίες σχετίζονται με την απώλεια εισοδήματος, την πιθανή απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης αλλά και την μείωση των δεξιοτήτων του ανέργου. Οι μακροοικονομικές σχετίζονται με την απώλεια εσόδων από το ασφαλιστικό σύστημα, την άμβλυνση της φτώχειας και των εισοδηματικών ανισοτήτων, την αύξηση της ανισότητας ανάμεσα στα δύο φύλα, την ανικανότητα κατοχύρωσης εργασιακών δικαιωμάτων που θα προκύπτουν από συλλογικές διαπραγματεύσεις, την αύξηση των μεταναστευτικών εκροών, την συμπίεση μισθών αλλά και τις εκροές ανθρώπινου κεφαλαίου. Άλλες μακροοικονομικές επιπτώσεις είναι η δημιουργία παραγωγικού κενού (άρα και μικρότερου εισοδήματος) και τέλος η μείωση στην ποσότητα και την ποιότητα στα δημόσια και συλλογικά αγαθά όπως είναι τα σχολεία, το οδικό δίκτυο, τα νοσοκομεία, οι βρεφονηπιακοί σταθμοί κλπ.

Ως προς τις επιπτώσεις που έχει στην υγεία του ατόμου πρέπει να σημειωθεί ότι η ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας και ψυχικής νοσηρότητας που συνδέεται με την κατάθλιψη για το ίδιο το άτομο, ενώ έχει αποδειχθεί η άμεση σχέση της αύξησης αυτοκτονιών με την αύξηση της ανεργίας ειδικά όσο αφορά τους μακροχρόνια άνεργους. Γενικά η μακροχρόνια ανεργία μπορεί επίσης να επιφέρει και προβλήματα που αφορούν και την σωματική υγεία του ατόμου. Αυτά τα προβλήματα υγείας είναι η ύπαρξη διαταραχών ύπνου, η αύξηση πονοκεφάλων και ημικρανιών, οι στομαχικές διαταραχές που μπορεί να προκληθούν από την κακή διατροφή, η αύξηση στεσογόνων καταστάσεων και τέλος η αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας όσο αφορά του άνεργους γονείς. Συνοπτικά, τα αρνητικά αποτελέσματα που μπορεί να έχει η υγεία στο άτομο είναι η αύξηση του αλκοολισμού και των εξαρτήσεων από ναρκωτικές ουσίες, οι καταθλιπτικές τάσεις, η αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας και ενώ τέλος παρατηρείται θετικός συσχετισμός ανάμεσα στην ανεργία και τις αυτοκτονίες.



Κλείνοντας θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο βαθμός κατά τον οποίο θα επηρεαστεί ένα άτομο από τις επιπτώσεις της ανεργίας σχετίζεται με συγκεκριμένους παράγοντες. Σίγουρα πολύ σημαντικός είναι η διάρκεια παραμονής στην ανεργία, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση (ο αριθμός μελών της οικογένειας), το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος διαμονής, το είδος και η θέση εργασίας, ο βαθμός και την διάρκεια της εισοδηματικής κάλυψης, τα περιουσιακά στοιχεία, ο βαθμός ιδιοκτησίας, το ύψος απώλειας εισοδήματος, η αποταμιευτική ιδιότητα, οι κοινωνικές σχέσεις, η πολιτισμική συμπεριφορά, η μορφή του συστήματος προστασίας και υγείας ενώ τέλος σημαντικό ρόλο παίζουν και οι υποχρεώσεις που έχει αναλάβει το άτομο όπως πιθανές δανειοδοτήσεις, ιδιωτικά σχολεία, οικοδόμηση οικείας κλπ. (Σούλης 2015).

#### **4.2 Αιτίες και Αποτελέσματα Φτώχειας – Κοινωνικού Αποκλεισμού**

Το φαινόμενο της φτώχειας είναι αποτέλεσμα πολλών διαφορετικών και πολύπλοκων παραγόντων. Αυτό σημαίνει ότι οι συνθήκες που μπορούν να οδηγήσουν ένα άτομο στην κατάσταση της φτώχειας και θεωρούνται ως οι **αιτίες** τις είναι μεταξύ άλλων οι παρακάτω:

- Χαμηλή οικονομική ανάπτυξη μιας κοινωνίας
- Εφαρμογή κακών μακροοικονομικών πολιτικών που εφαρμόζονται σε αυτήν
- Περιορισμένες θέσεις εργασίας που σχετίζονται με ελλείψεις στην αγορά εργασίας
- Χαμηλή παραγωγικότητα
- Χαμηλό επίπεδο μισθών
- Υπανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της κοινωνίας

Ακόμα αιτίες που συνδέονται με το φαινόμενο της φτώχειας σχετίζονται με απολύσεις εργαζομένων, αλλαγές στην δομή της οικογένειας, αύξηση βίας και εγκληματικότητας, εξαθλίωση συστημάτων ασφάλειας και υγείας αλλά και η γενική υποβάθμιση του περιβάλλοντος. (Brandy 2019)

Ακόμα μπορούν να ορισθούν οι παράγοντες εκείνοι που κάνουν έναν άνθρωπο πιο επιρρεπή να φτωχοποιηθεί. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

- Το μέγεθος και το είδος της οικογένειας στην οποία μπορεί να ανήκει (πχ. μονογονεϊκές ή πολύτεκνες)

- Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου μπορεί να επηρεάσει τις πιθανότητες πρόσβασης του σε μια αξιοπρεπή εργασία
- Η ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί και η επισφαλής εργασία καθώς σχετίζονται με την επάρκεια και την ποιότητα του εισοδήματος
- Το φύλο καθώς είναι γνωστό ότι για τις γυναίκες επικρατούν μεγάλα ποσοστά ανεργίας, χαμηλότερη μισθολογική αμοιβή για την ίδια θέση συγκριτικά με έναν άνδρα, χαμηλότερες συμβάσεις κλπ.
- Η ύπαρξη ασθένειας, αναπηρίας ή γενικότερα κακής υγείας που δεν επιτρέπει στο άτομο να εργάζεται
- Ο τόπος διαμονής. Αναφέρθηκε και παραπάνω ότι ο γεωγραφικός αποκλεισμός ενός ατόμου συνδέεται με την ανεργία την φτώχεια και την δυνατότητα πρόσβασης σε φορείς υγειονομικής περίθαλψης
- Η πιθανότητα το άτομο να ανήκει σε μειονοτικές εθνοτικές ομάδες, αυτή η ιδιότητα κάνει τα άτομα πιο επιρρεπή στο να πέσουν θύματα ρατσισμού και διακρίσεων. Οι διακρίσεις αυτές οδηγούν στο να μην έχουν τις ίδιες πιθανότητες πρόσβασης σε αξιοπρεπή εργασία συγκριτικά με άλλες ομάδες της κοινωνίας. Συνέπεια αυτού είναι να έχουν πολύ χαμηλό βιοτικό επίπεδο με κακές συνθήκες στέγασης σε περιοχές υψηλού κινδύνου κλπ. (Iowa 2012)

Σύμφωνα με έκθεση της Παγκόσμιας Τράπεζας τα αίτια της φτώχειας μπορεί να είναι οικογενειακά, ατομικά ή χαρακτηριστικά πρόσβασης. Το πρώτο αφορά στοιχεία που σχετίζονται με το μέγεθος ή το είδος της οικογένειας, τον προϋπολογισμό της, την περιουσία που διαθέτει κλπ. Και το δεύτερο σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, στέγασης κλπ. Ως χαρακτηριστικά πρόσβασης θεωρούνται στοιχεία όπως φυλετικές ανισότητες, γεωγραφικός αποκλεισμός, διαθεσιμότητα και η ποιότητα σχολείων, υπηρεσιών, νοσοκομείων κλπ. (World Bank 2016)

Σε αυτό το σημείο έχει γίνει κατανοητό ότι τα **αποτελέσματα** που μπορεί να έχει η φτώχεια σε ένα άτομο και κατ' επέκταση σε μια κοινωνία μπορούν να είναι αναρίθμητα και οι επιπτώσεις μόνο αρνητικές. Παρακάτω θα γίνει μια επιγραμματική αναφορά σε κάποια μόνο από αυτά ενώ θα σημειωθεί ότι υπάρχουν ακόμα πολλά που θα μπορούσαν να αναλυθούν εδώ.

- Ως προς το βιοτικό επίπεδο του ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε εξαθλίωση των συνθηκών της καθημερινής του ζωής. Αυτό μπορεί να έχει να κάνει με τις συνθήκες

και την ποιότητα στέγασης του, την πρόσβαση του σε θέρμανση, την ικανότητα του να αποκτήσει τα βασικά αγαθά πρώτης ανάγκης για την επαρκή διατροφή του ενώ τα άτομα χωρίς στέγη αποτελούν μια ομάδα υψηλού κινδύνου όσο αφορά την νοσηρότητα και την θνησιμότητα λόγω των άθλιων συνθηκών διαβίωσης τους. Ακόμα η κακή διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε ανάπτυξη ασθενειών και γενικά σε μια κακή κατάσταση υγείας.

- Ως προς τον τομέα της εκπαίδευσης, ένα άτομο που θεωρείται φτωχό δεν έχει τις ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης σε όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες του εκπαιδευτικού συστήματος μιας χώρας. Αυτό θα οδηγήσει σε ανισότητες στην αγορά εργασίας καθώς δεν θα μπορέσει να αναπτύξει τις δεξιότητες που θα του διασφαλίσουν μια αξιοπρεπή θέση εργασίας άρα και επαρκούς εισοδήματος, μια περίπτωση κατά την οποία διενεργείται ένας φαύλος κύκλος φτωχοποίησης του.
- Ως προς τον τομέα της υγείας, σαφώς ένα φτωχό άτομο δεν έχει την ίδια δυνατότητα πρόσβασης σε υγειονομικούς φορείς και υπηρεσίες υγείας γενικά. Επίσης έχει εντοπιστεί ότι το επίπεδο άγχους και στρες των φτωχών οικογενειών είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό που βιώνουν οι οικογένειες της μεσαίας τάξης. Το στρες μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα υγείας ενώ πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση περιστατικών ενδοοικογενειακής κακοποίησης.
- Ως προς τις κοινωνικές επαφές, η φτώχεια μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια κοινωνικών δεσμών από το άτομο καθώς χωρίς εισόδημα δεν μπορεί να έχει πρόσβαση σε κοινωνικές ή πολιτισμικές περιστάσεις. Αυτό οδηγεί στην ρήξη των κοινωνικών συναναστροφών του ατόμου και στην κοινωνική του απομόνωση. Αυτό μπορεί να έχει και πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχολογία του ατόμου και την αυτοεκτίμηση του.

Γενικά είναι ευρέως αποδεκτό ότι η φτώχεια ή ο φόβος της φτώχειας μπορεί να λειτουργήσει σαν αυξητικός παράγοντας της εγκληματικότητας. Το άτομο είναι πιο επιρρεπές στο να διαπράξει κάποια παραβατική -εγκληματική συμπεριφορά σε μια προσπάθεια να εξασφαλίσει τις προσωπικές του ανάγκες.

Όσο αφορά το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και τα αιτίες γέννησης του μπορεί και εδώ να γίνει η παρατήρηση ότι ως πολυδιάστατο φαινόμενο οι αιτίες και οι διαστάσεις που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο να βιώσει αυτήν την κατάσταση είναι αναρίθμητες και μπορούν να πάρουν πολλές μορφές. Η Ευρωπαϊκή Κοινότητα, η οποία έχει υιοθετήσει τον

όρο κοινωνικού αποκλεισμού αντί για αυτού της φτώχειας, έχει καταθέσει κάποιες αιτίες που φαίνεται ότι προκαλούν κοινωνικό αποκλεισμό. Να σημειωθεί ότι για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός αφορά τον αποκλεισμό από την χρήση κοινωνικών υποδομών όπως είναι η ασφάλιση, η παιδεία, η υγεία, η στέγαση, τα δίκτυα κλπ. Έτσι λοιπόν οι **αιτίες** πρόκλησης του φαινομένου θεωρεί:

- Την άνιση κατανομή πόρων που αφορούν κοινωνικές δαπάνες
- Την μεταφορά αρμοδιοτήτων από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει κάποιες ομάδες του πληθυσμού να αποκλείονται από την απορρόφηση κοινωνικών πόρων
- Την μείωση του σχετικού ποσοστού Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) που κατανέμεται στις δραστηριότητες στο γενικό πλαίσιο κατανομής της χώρας. Αυτό μπορεί να αποτελέσει παράγοντας ενίσχυσης των χωρικών διαφορών.  
(Παναγιωτόπουλος και συν 2009).

Ακόμα εντοπίζεται στην βιβλιογραφία μια κατηγοριοποίηση των παραγόντων που γεννούν ή ενισχύουν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με αυτήν οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτήν την κατάσταση είναι τρεις:

- Έλλειψη πρόσβασης σε κρίσιμους πόρους ⇒ σχετίζονται με την αδυναμία πρόσβασης του ατόμου σε παράγοντες όπως είναι αυτοί της στέγασης, της κοινωνικής κινητικότητας, της κοινωνικής ασφάλισης, των υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης. Ακόμα σχετίζεται με την αποστέρηση από δημόσιες ανέσεις αλλά και την αδυναμία πρόσβασης σε μέσα επικοινωνίας, ζωτικά κοινωνικά συστήματα. Τέλος μπορεί να θεωρηθεί η αδυναμία εξάσκησης της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη.
- Έλλειψη δίκαιης αναγνώρισης ⇒ συμπεριλαμβάνει την εχθρότητα, τον στιγματισμό, τον διαχωρισμό, τις κοινωνικές διακρίσεις, την γενική αρνητική εικόνα που επικρατεί για τις φτωχές ομάδες του πληθυσμού, τις πολιτισμικές ανισότητες και τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που επικρατούν σε μια κοινωνία. Ακόμα περιλαμβάνει τις εθνικές διακρίσεις αλλά και τις έμφυλες (χαμηλά ποσοστά συμμετοχής από το γυναικείο φύλο).
- Χωρικοί, προσωπικοί και οικονομικοί ενισχυτές ⇒ οι προσωπικοί ενισχυτές αφορούν παράγοντες όπως η κακή υγεία, η ύπαρξη χρέους, ο κακός τρόπος ζωής, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και δεξιοτήτων, η έλλειψη γνώσεων, πιθανές αρνητικές συνθήκες που επικρατούν στο οικογενειακό περιβάλλον

αλλά και η διακίνηση η χρήση ναρκωτικών. Ως χωρικοί ενισχυτές μπορούν να θεωρηθούν την κοινωνική και γεωγραφική απομόνωση, την αποστασιοποίηση από δίκτυα προστασίας (οικογένεια, φίλοι) αλλά και την καταφυγή στην μετανάστευση.

Ως προς την χωρητικότητα του αποκλεισμού μπορούν να διακριθούν κάποιες μεταφορές ή μεταφορικούς συσχετισμού. Ως κοινές μεταφορές θεωρούνται η απομάκρυνση από εργασιακές σχέσεις, η περιθωριοποίηση, η επιμονή της φτώχειας κατά την διάρκεια της ζωής ενός φτωχού ατόμου, οι παράνομα ή τυχαία κατοικημένες ζώνες, ο κύκλος του αποκλεισμού, η συνεχής κατάσταση παρακμής, η διαβίωση σε φτωχούς χώρους (γκέτο, παράγκες κλπ). (Peace 1999)

Εύκολα γίνεται κατανοητό ότι τα αποτελέσματα του κοινωνικού αποκλεισμού είναι εξαιρετικά αρνητικά για το άτομο ή την ομάδα που τα βιώνει. Το μόνο σίγουρο είναι ότι στη βάση αυτού του φαινομένου εντοπίζεται η στέρηση που βιώνουν κάποια άτομα ως προς τα δικαιώματα και τις ευκαιρίες που τους δίνονται σε σχέση με άλλα. Προκαλεί δηλαδή αρχικά μια κατάσταση ανισότητας η οποία σχετίζεται με όλες τις πτυχές της ζωής του ατόμου.

**Ο κοινωνικός αποκλεισμός προκαλεί φτώχεια** και συγχρόνως εμποδίζει την μείωση της με δύο τρόπους. Αρχικά βλάπτει τα άτομα υλικά με την έννοια ότι καθιστά τα άτομα φτωχά από άποψη εισοδήματος,, υγείας και εκπαίδευσης. Αυτό συνεπάγεται την αδυναμία πρόσβασης τους σε δημόσιες υπηρεσίες, πόρους και αγορές. Μη μπορώντας να αυξήσουν το εισόδημα τους δεν μπορούν να βγουν από αυτή την κατάσταση. Μπορεί να τους πληγώσει συναισθηματικά, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η περιθωριοποίηση έχουν συσχετιστεί πολλές φορές με ψυχολογικά προβλήματα όπως η κατάθλιψη. (Riva et Eck 2016). Ακόμα μπορεί να έχει πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου καθώς συνεπάγεται του αποκλεισμού του από φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών από το δίκτυο κοινωνικής ασφάλισης πράγμα που σημαίνει ότι έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Ένα ακόμα αρνητικό αποτέλεσμα του φαινομένου είναι ότι εμποδίζει την αποτελεσματική λειτουργία της αγοράς και την οικονομική ανάπτυξη. Ένα φαινόμενο που συναντάται συχνά είναι η εκμετάλλευση των φτωχών ατόμων και ομάδων στον εργασιακό τομέα που πραγματοποιείται μέσω της μαύρης-αδήλωτης εργασίας, των κακών συνθηκών στο εργασιακό περιβάλλον, της άνισης μεταχείρισης και των αρκετά χαμηλών μισθών ενισχύοντας έτσι την περιθωριοποίηση και φτωχοποίηση τους (Mohan 2002). Επίσης δεν μπορούμε να μην αναφέρουμε την εκμετάλλευση του εργατικού δυναμικού των χωρών που

αναπτύσσονται από τις ανεπτυγμένες. Ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί επίσης να προκαλέσει ανασφάλεια στα άτομα η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με άσκηση βίας και παραβατικότητα (άτομα που ζουν σε περιθωριοποιημένες περιοχές-γκέτο, νέοι άνδρες κλπ.) (Wolff 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΠΩΣ Η ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Ο ΠΟΥ θεωρεί ότι φαινόμενα όπως η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν τους καθοριστικούς παράγοντες που οδηγούν εκατομμύρια ανθρώπους να βιώνουν ανισότητες στον τομέα της υγείας. Τόσο η φτώχεια όσο και η κοινωνική απομόνωση έχουν εξαιρετικά αρνητικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας ενώ παράλληλα λειτουργούν επιβαρυντικά στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμα η φτώχεια και η υγεία είναι δύο παράγοντες που βρίσκονται σε άμεση αλληλοσυσχέτιση και αντίδραση. Υπάρχουν πολλές έρευνες που έχουν ασχοληθεί επίσης με τον συσχετισμό της φτώχειας, της πείνας και της κακής υγείας των παιδιών η οποία συνδέεται επίσης με τις χαμηλές σχολικές τους επιδόσεις και συνεπάγεται της μεταγενέστερης αδυναμίας του ατόμου να αποκτήσει μία θέση εργασίας που επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του ίδιου και της οικογένειάς του. Με άλλα λόγια, το χαμηλό εισόδημα στην παιδική ηλικία επιδρά αρνητικά στην διαμόρφωση επαρκούς μορφωτικού επιπέδου και επομένως έχει αρνητικά αποτελέσματα και σε ό,τι σχετίζεται με την υγεία του και την πρόσβαση του σε υγειονομική περίθαλψη κατά την ενήλικη ζωή (Power 1998). Επίσης η φτώχεια μπορεί να αποτελέσει ζωτικό παράγοντα κινδύνου στην υγεία ενός ατόμου καθώς έχει παρατηρηθεί πως το εργασιακό περιβάλλον για τα φτωχότερα στρώματα τείνει να κρύβει πολλούς περιβαλλοντικούς κινδύνους που μπορεί να οδηγήσουν σε εργασιακά ατυχήματα και σταδιακή επιδείνωση της υγείας εξαιτίας ασθενειών ή αναπηριών που προκαλούνται από αυτά. (McIntyre, Connor et Warren 2000)

Τις τελευταίες δεκαετίες, που χαρακτηρίζονται από την οικονομική κρίση και ύφεση, έχει παρατηρηθεί μεταβολή κάποιων κοινωνικών δεικτών όπως είναι αυτοί της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και της εισοδηματικής ανισότητας. Έρευνα αποδεικνύει ότι οι χώρες που πλήττονται από την οικονομική ύφεση επηρεάζουν τους δείκτες της φτώχειας, της υγείας, της κοινωνικής συνοχής και διακρίσεων, της κοινωνικής δικαιοσύνης της εκπαίδευσης και της αγοράς εργασίας. (Braveman Gryskin 2013)

Κύριος παράγοντας για την παροχή υγείας μπορεί να θεωρηθεί η προσβασιμότητα. Αυτή μπορεί να προσδιορίσει τον βαθμό ανισότητας μέσα στα πλαίσια μιας χώρας. Στόχος κάθε

χώρας οφείλει να είναι, μέσα από την διάθεση των πόρων της, να καλύπτει αποτελεσματικά τις ανάγκες των πολιτών της όσο αφορά την ισότιμη χρήση των υπηρεσιών υγείας ώστε να βελτιωθεί και η ευρύτερη υγεία του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, στη Ελλάδα, την περίοδο της οικονομικής κρίσης σημειώθηκε μεγάλη απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης (αφορούσε το ένα τέταρτο του πληθυσμού). Ο νόμος 4368/2016 εφαρμόστηκε για να λυθεί αυτό το πρόβλημα. Σύμφωνα με αυτόν, όλοι οι Έλληνες έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Να σημειωθεί ότι η κάλυψη αυτή αφορά και τους πρόσφυγες. (Mossalios Allin et Davaki 2005)

Σύμφωνα με την κλινική μελέτη του Νούλα Νικόλαου, με τίτλο «Αξιολόγηση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού στα Χρόνια της Οικονομικής Κρίσης», που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό *Αχαϊκή Ιατρική, τόμος 33ος, τεύχος 2, Ιούλιος 2014*, ο οποίος μελέτησε δείκτες υγείας (θετικής και αρνητικής), δείκτες θνητότητας, νοσηρότητας, βρεφικής και νεογνικής θνησιμότητας, τον αριθμό θανάτων από ψυχικές ασθένειες- ναρκωτικά, αυτοκτονίες, το προσδόκιμο ζωής ανά φύλο, δεδομένων μέχρι το 2010, διαπιστώθηκε, ότι ναι μεν η Ελλάδα εμφάνισε βελτιωμένη εικόνα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού αλλά σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες υστερεί, γεγονός που επιβάλλει τον ανασχεδιασμό της πολιτικής υγείας στη χώρα μας. Η οικονομική κρίση αύξησε τις αυτοκτονίες, τα ψυχιατρικά νοσήματα (κατάθλιψη), τη βία και τις ανθρωποκτονίες, το AIDS, κ.λπ.

Επίσης παρατηρήθηκε μεταστροφή στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τον ιδιωτικό τομέα στο δημόσιο τομέα.

Άλλη σχετική έρευνα των Κυριόπουλου Γ. και Τσιάντου Β., (2010) με τίτλο, *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, ανέδειξε τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, και ειδικά των χαμηλότερα κοινωνικά τάξεων, στις οποίες σημειώθηκε αύξηση των ψυχικών διαταραχών, της εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, το 2006, 838.910 νοικοκυριά δηλαδή το 20,3% του πληθυσμού της χώρας, είχαν χαμηλό εισόδημα και βρίσκονταν σε κίνδυνο φτώχειας. Αυτός ο πληθυσμός, έχει χειρότερη υγεία και κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό. Η οικονομική κρίση παρακωλύει τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, δυσκολεύει τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, επιβαρύνει τις δημόσιες μονάδες υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Μέσα από την κρίση, αναδεικνύεται η ανάγκη αντιμετώπισης των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, η ανάγκη διαρθρωτικών αλλαγών και η ανασυγκρότηση στην κοινωνική ασφάλιση.

Ως προς τις ανισότητες στην υγεία γενικά μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχει μια κατηγοριοποίηση. Αρχικά εμπεριέχει τις ανισότητες σχετικά με τους θετικούς και τους αρνητικούς δείκτες υγείας. Δευτερευόντως αφορά την συγκριτική ανάλυση των δεικτών αυτών ανάλογα με τις ειδικές κοινωνικές και οικονομικές κατηγορίες του πληθυσμού μιας χώρας. Η μέτρηση των ανισοτήτων στην υγεία γίνεται με την ανάλυση κάποιων δεικτών όπως του προσδόκιμου ζωής και της θνησιμότητας νοσηρότητας οι οποίοι σχετίζονται με κάποια κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.

Αρχικά θα γίνει μια αναφορά στα χαρακτηριστικά των ανισοτήτων που σχετίζονται με το προσδόκιμο ζωής. Πρώτα γίνεται αναφορά στην επαγγελματική εμπειρία του ατόμου, οι επιχειρηματίες για παράδειγμα έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους μακροχρόνια ανέργους κατά 7 έτη παραπάνω όσο αφορά τις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Η κοινωνική και οικονομική θέση του ατόμου παίζει ρόλο στο προσδόκιμο ζωής, καθώς έρευνα δείχνει ότι υπάρχει πιθανότητα οι πλούσιοι να ζήσουν περισσότερο από τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία των ανειδίκευτων εργατών κατά οκτώ έτη. Ακόμα όσο αφορά τον τόπο κατοικίας φαίνεται τα άτομα που διαμένουν στην επαρχία να έχουν μικρότερο προσδόκιμο ζωής από τα άτομα που διαμένουν στην πόλη. Η έρευνα αφορά άνδρες κατοίκους της Γλασκώβης και του Κάλτον. Ως προς το φύλο φαίνεται ότι οι γυναίκες έχουν πιθανότητες να ζήσουν παραπάνω από τους άνδρες κατά 6 περίπου έτη και τέλος σχετίζεται με το διαθέσιμο κοινωνικό κεφάλαιο.

Τα χαρακτηριστικά των ανισοτήτων που σχετίζονται με τη θνησιμότητα αφορούν τον κλάδο απασχόλησης (για παράδειγμα στον κατασκευαστικό τομέα, στους 100.000 εργαζομένους 13 άτομα παθαίνουν εργατικά ατυχήματα) αλλά και την κοινωνική και επαγγελματική εμπειρία και το είδος της απασχόλησης (για παράδειγμα στην Ελλάδα, η πιθανότητα θανάτου για τα στελέχη μια εταιρίας ανέρχεται στο ποσοστό 13% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους εργάτες είναι 26%. Επίσης αυτό επηρεάζει και την πρόιμη νεογνική θνησιμότητα καθώς έχει παρατηρηθεί ότι οι θάνατοι βρεφών ανειδίκευτων εργατών υπερέχουν συγκριτικά με αυτούς που αφορούν τα βρέφη ανωτέρων στελεχών (Από καμία έως επτά μέρες ζωής).

Ως προς τα χαρακτηριστικά των ανισοτήτων που σχετίζονται με την νοσηρότητα, αυτά αφορούν αρχικά το φύλο (για παράδειγμα οι άνδρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν κάποιο εργατικό ατύχημα σε σχέση με τις γυναίκες). Έπειτα όσο αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς φαίνεται ότι τα επίπεδα νοσηρότητας είναι πολύ αυξημένα για



τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου συγκριτικά με τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου. Ως προς την νοσολογική κατάσταση φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό από τα άτομα που έχουν υποστεί κάποιο εργατικό ατύχημα είναι πολύ πιο πιθανό να ξανά πάθουν σε μέσα στον ίδιο χρόνο. Ως προς τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας και τα έτη προϋπηρεσίας καθώς σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2002) έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που εργάζονται σε βάρδιες, νύχτα, λιγότερο από 20 ώρες την εβδομάδα ή λιγότερο από δύο χρόνια έχουν 20-50% περισσότερες πιθανότητες να πάθουν κάποιο εργατικό ατύχημα σε σχέση με τον μέσο όρο. Ακόμα ως προς την κοινωνικό-επαγγελματική εμπειρία αλλά και το είδος απασχόλησης και πάλι βάση στοιχείων που έχει κοινοποιήσει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρατηρείται ότι στους ανειδίκευτους εργάτες και τους μισθωτούς σε γεωργικές εργασίες ο αλκοολισμός εκδηλώνεται πέντε με δέκα φορές περισσότερος σε σχέση με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών. Τέλος οι ανισότητες ως προς την αναπηρία σχετίζονται με χαρακτηριστικά που αφορούν την επαγγελματική και κοινωνική κατηγορία αλλά και το είδος απασχόλησης. (Σούλης 2015)

Γενικά είναι πλήρως αποδεκτό πλέον από επιστήμονες και ερευνητές ότι η φτώχεια, η ανεργία και η αίσθηση της ανασφάλειας που πηγάζει από αυτήν την κατάσταση αλλά και οι μισθολογικές μειώσεις έχουν αρνητικά αποτελέσματα στην διατήρηση της υγείας του ατόμου. Ως αιτίες καθορίζονται η φτώχεια, οι συνθήκες εργασίας, το στρές αλλά και καταχρηστικές συμπεριφορές που επιβαρύνουν την υγεία του οργανισμού όπως είναι το κάπνισμα, το ποτό και οι εξαρτησιογόνες ουσίες. Ακόμα, ως προς τις καρδιαγγειακές παθήσεις, έχει σημειωθεί ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ ανεργίας, οικονομικής κρίσης και θνησιμότητας από ισχαιμικά επεισόδια τα οποία προκαλούνται από μεγάλα επίπεδα άγχους. Ακόμα σύμφωνα με έρευνες η φτώχεια έχει συσχετιστεί και με την πρόκληση εγκεφαλικών επεισοδίων. Επίσης επιπτώσεις έχουν παρατηρηθεί και όσο αφορά την ψυχική υγεία των ατόμων καθώς η φτώχεια θεωρείται γενεσιουργός, σε πολλές περιπτώσεις, παράγοντας ψυχικών ασθενειών όπως η κατάθλιψη, το άγχος, η εκδήλωση ψυχοσωματικών νοσημάτων αλλά και η απώλεια αυτοεκτίμησης ενώ όσο αφορά την κατάθλιψη μπορεί να φέρει και άλλα αρνητικά αποτελέσματα ως επακόλουθα. Γενικά η φτώχεια, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός έχουν εξαιρετικά δυσμενείς επιπτώσεις όσο αφορά την υγεία του ατόμου.

Όπως έχει αναφερθεί και σε άλλο κεφάλαιο της έρευνας, η ανεργία που οδηγεί στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό μπορεί να συνδεθεί με επιπτώσεις που σχετίζονται με αυτοκτονίες, αύξηση του αλκοολισμού και των εξαρτήσεων από παράνομες ουσίες, με έντονες καταθλιπτικές τάσεις και με την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

(Σούλης 2015). Είναι εύκολα κατανοητό ότι ένα άτομο φτωχό ή κοινωνικά αποκλεισμένο δεν μπορεί να έχει τις ίδιες ευκαιρίες πρόσβασης σε συστήματα και φορείς υγείας του κράτους. Η απουσία ασφαλιστικής κάλυψης είναι ένας από τους μεγαλύτερους κινδύνους όσο αφορά την υγεία του ατόμου καθώς το αποκλείει από τη πρόσβαση του σε φορείς υγείας όπως είναι τα νοσοκομεία αλλά και από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ένα άτομο που διαβιώνει κάτω από το όριο της φτώχειας δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να έχει ίση πρόσβαση στην υγεία με άλλα μέλη της κοινωνίας.

Ακόμα να σημειώσουμε ότι και οι ευπαθείς ομάδες βιώνουν έντονα τον αποκλεισμό τους από το σύστημα υγείας. Μετανάστες και πρόσφυγες αν και έχουν το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα της ίσης πρόσβασης στο σύστημα υγείας όπως και οι Έλληνες πολίτες, λόγω της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην πραγματικότητα δεν χρήσουν της ίδιας αντιμετώπισης με τους Έλληνες πολίτες. Αποκλείονται από το σύστημα υγείας ενώ παράλληλα αναγκάζονται να ζουν κάτω από χειρίστες συνθήκες με πολύ χαμηλό βιοτικό επίπεδο το οποίο κατ' επέκταση αυξάνει και τα επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας σε αυτές τις ομάδες. Στα κέντρα διαμονής των προσφύγων σημειώνονται θάνατοι που προέρχονται ξεκάθαρα από ανεπαρκή αντίδραση του κρατικού μηχανισμού σε ασθένειες εύκολα ιάσιμες για την εποχή. Ακόμα όσο αφορά τους Ρομά, ο τρόπος αντιμετώπισης τους από τους φορείς υγείας είναι διάχυτος από στερεοτυπικές προκαταλήψεις και πολύ συχνά τους αρνείται η πρόσβαση σε φορείς υγειονομικής φροντίδας. Και στις περιπτώσεις που υπάρχει πρόσβαση η αντιμετώπιση διαφέρει συγκριτικά με αυτή που λαμβάνουν άλλοι πολίτες.

Το αποτέλεσμα της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η διαβίωση κάτω από κακές συνθήκες η οποία σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί βασική αιτία πρόκλησης ασθενειών (ανεπάρκεια στέγασης, θέρμανσης, διατροφής κλπ). Αυτοί οι παράγοντες, ο αυξημένος κίνδυνος ασθένειας και η προσβολή της υγείας των ατόμων που βιώνουν φτώχεια και αποκλεισμό πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά καθώς αρχικά ο αυξημένος κίνδυνος που διατρέχουν τα άτομα αυτά στο να προσβληθεί η υγεία τους αποτελεί αυτός καθ' εαυτός μια διαδικασία εκκίνησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Δευτερευόντως καθώς η ασθένεια από μόνη της στα κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα γεννά μια καινούργια διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού που μπορεί να πλήξει δύο επίπεδα της ζωής του ατόμου. Το πρώτο αφορά την προσβασιμότητα του στο σύστημα υγείας ώστε να λάβει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και θεραπεία για την ασθένεια και το δεύτερο επίπεδο αφορά την προσβασιμότητα του σε

άλλους τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης όπως είναι και η ικανότητα για απασχόληση-εργασία (Κούτα & Μίτλεττον 2012).

Επίσης η ανεπαρκής πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που οδηγούν σε κοινωνικές ανισότητες όσο αφορά την πρόσβαση στην υγεία και παράλληλα λειτουργεί καθοριστικά για τις ίδιες τις υπηρεσίες. Αυτό συμβαίνει καθώς ως βασική αιτία της αυξανόμενης φτώχειας θεωρείται η οικονομική επιβάρυνση από το κόστος των υπηρεσιών αυτών. Και πρέπει σίγουρα να τονίσουμε ξανά το γεγονός ότι οι διακρίσεις που βιώνουν οι ευπαθείς ομάδες είναι εξαιρετικά έντονες. Η πρόσβαση στην αποτελεσματική φροντίδα υγείας είναι ένα από τα βασικά δικαιώματα του ατόμου. Αυτή οφείλει να στοχεύει αρχικά στην προστασία και την πρόληψη από την ασθένεια αλλά και την ανακούφιση των ατόμων που έχουν νοσήσει (Ziglio 2003).

Οι Δ. Λατσού, Γ. Πιερράκος κ.α. 2021 , στην ερευνητική εργασία τους με τίτλο «Υγεία και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των ανέργων στην Ελλάδα» πραγματοποίησαν τυχαία δειγματοληψία 1.000 ανέργων, με συμμετοχή 83% του συνόλου, και με την πλειοψηφία να αποτελείται από γυναίκες, με μέση τιμή ηλικίας τα  $35,8 \pm 10,3$  έτη με δεδομένα που συλλέχθηκαν από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Σεπτέμβριο του 2017, μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνεργοι, προκειμένου να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά της υγείας τους, χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ δεν δίνουν προτεραιότητα στις προληπτικές εξετάσεις. Επιλέγουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για οδοντιατρική φροντίδα και για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μισοί σχεδόν άνεργοι δήλωσαν ότι δεν έχουν εκπληρώσει τις επιθυμητές ανάγκες υγείας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να δομηθεί ένα ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, και να καθιερωθεί συνεργασία μεταξύ των φορέων απασχόλησης (ΔΥΠΑ) με τα κοινωνικά και τα υγειονομικά προβλήματα των ανέργων.

Όσο αφορά την Ελλάδα το δικαίωμα στην υγεία διακατέχεται από κάποιες αρχές. Περιλαμβάνει την λήψη μέτρων προστασίας της καλής κατάστασης (ψυχικής, κοινωνικής, σωματικής) του ατόμου ώστε να έχει την δυνατότητα να ζει κάτω από ασφαλείς συνθήκες. Ακόμα περιέχει την ίση περίθαλψη για όλους άσχετα από την κοινωνικό-οικονομική η επαγγελματική θέση του ατόμου. Τέλος περιέχει την προϋπόθεση για την δωρεάν πρόσβαση των ατόμων στο σύστημα υγείας, την επαρκή πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας μέσα από την περίθαλψη και την ιατροφαρμακευτική κάλυψη. (Παπαθεοδώρου 2011). Με άλλα λόγια, στην Ελλάδα το αγαθό της υγείας αποτελεί *δωρεάν*

*κρατική και καθολική παροχή*, ισότιμη για όλους τόσο για την πρόληψη των ασθενειών όσο και για την θεραπεία τους. Ωστόσο, η ανισότητα ως προς την πρόσβαση στην υγεία στην Ελλάδα είναι ένα διαρκές φαινόμενο το οποίο στον πιο σκληρό και εκτενή του βαθμό βιώνουν οι ευάλωτες ομάδες. Οι ανισότητες αυτές οφείλονται στην πολυδιάσπαση των ταμείων στην Ελλάδα, η συνεχής υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) αλλά και οι άνισες παροχές των ταμείων (Δημητριάδου 2011).

Σύμφωνα με την έρευνα του Ν. Χρυσανθόπουλου, Ε. Νάτσικα, Λ. Κουρκούτα, «*Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία*» Επιστημονικά Χρονικά 2016;21(1): 26-34, η οικονομική ύφεση και η μακρόχρονη ανεργία διαπιστώθηκε ότι κατεύθυνε στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια μεγάλη μερίδα της κοινωνίας, με συνέπεια την μεγιστοποίηση του κινδύνου για πρόωγη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε πάσχοντες από ψυχολογικά νοσήματα. Το προϋπάρχον παθολογικό ιστορικό, οδηγεί στην απώλεια της εργασίας, ενώ σχετίζονται παράγοντες κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα με τις συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας. Η παρουσία μεγάλου αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία λειτουργεί ψυχοπιεστικά για το άτομο και μεγιστοποιεί τις δυσκολίες.

Προκειμένου να εξασφαλιστεί ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού σε κοινωνικές υπηρεσίες, θα πρέπει να δημιουργηθούν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα οποία στηρίζονται σε δύο βασικές αρχές: στην αρχή της αποκέντρωσης των αρμοδιοτήτων από την κεντρική διοίκηση στην τοπική, και στην αρχή της συνεργασίας των φορέων που παρέχουν κοινωνική φροντίδα. Η τοπική αυτοδιοίκηση έχοντας γνώση των αναγκών των δημοτών της συνεργάζεται με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να δίνεται η δυνατότητα σε όλους αλλά και στις ευπαθείς ομάδες να λαμβάνουν την δέουσα φροντίδα. (Πιερράκος, Γ. 2008,σελ. 111-112).

### **5.1. Δαπάνες για την υγεία**

Σύμφωνα με μελέτη των Πετρέλη Μ., Δομάγερ Φ.Ρ. (2016), με τίτλο «Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία», η οποία αφορά την εξέλιξη των δαπανών για κοινωνική προστασία κατά την δεκαετία 2002-2012, αποκαλύπτεται η υστέρηση της χώρας μας ως προς τις δαπάνες για υγεία σε σχέση με την Ευρώπη.

Οι δαπάνες παγκοσμίως έχουν διογκωθεί και αυτό οφείλεται κυρίως στην εκτεταμένη χρήση της τεχνολογίας της υγείας. Νέες χειρουργικές τεχνικές και ιατρικές πρακτικές στο

προσκήνιο τις οποίες κάνουν χρήση οι ασφαλισμένοι, διόγκωσαν τα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων.

Το ΑΕΠ της χώρας μειώθηκε κατά 26% το 2013. Παράλληλα, η ανεργία αυξήθηκε στο 27% το 2013. Μειώθηκε το εισόδημα και η υγεία του πληθυσμού, ενώ αυξήθηκε η ζήτηση υγειονομικής φροντίδας από τις δημόσιες δομές. Περισσότερα άτομα οδηγήθηκαν σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής στα οποία ετέθη η χώρα για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης, επέβαλαν οριζόντια μέτρα περικοπών στην υγεία, με σκοπό η δημόσια δαπάνη να φτάσει το 6% του ΑΕΠ. Η ελάττωση της φαρμακευτικής δαπάνης επηρεάστηκε από την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, από την προώθηση των γενοσήμων κτλ. Βέβαια, η μείωση των δημόσιων δαπανών, εμπόδισε την καθολική κάλυψη στις υπηρεσίες υγείας και την ισότιμη πρόσβαση από όλες τις κοινωνικές ομάδες σε δωρεάν υπηρεσίες. Έτσι μεγάλωσε το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν ανεκπλήρωτες ανάγκες, ιδιαίτερα οι ευαίσθητες κοινωνικά ομάδες. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι είναι επιβεβλημένος ο επανασχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής που θα έχει στόχο την εξομάλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων.

Επίσης, μία ακόμη μελέτη των Χαλκιά Β., Βαρακλιώτη Α. (2015), με τίτλο «Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15» επιβεβαιώνει τα παραπάνω.

Η καταγραφή των συνολικών δαπανών κοινωνικής προστασίας και υγείας στην Ελλάδα και στην ΕΕ-15 περιόδου 2002–2012 κατέδειξε ότι οι μεγαλύτερες δαπάνες για κοινωνική προστασία στις χώρες της ΕΕ πραγματοποιούνται από το Λουξεμβούργο και οι μικρότερες από τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, δηλ. την Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ισπανία, την Ιταλία, δεδομένου ότι βάσει της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής, η Ελλάδα κατατάσσεται στο μεσογειακό ή αλλιώς νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους-πρόνοιας.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι προκειμένου να προστατευτεί το άτομο ή το νοικοκυριό από στερήσεις και φτώχεια, να έχει πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και να έχει εντέλει υγεία και κοινωνική ευημερία, θα πρέπει να εφαρμόζονται κανόνες και προγράμματα στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας και των λειτουργιών του κράτους πρόνοιας.

## ΚΕΦ. 6<sup>ο</sup> :ΕΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

### 6.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός κοινωνικής προστασίας

Η κοινωνική προστασία συνδέεται διαχρονικά με μια σειρά δημόσιων θεσμών και προγραμμάτων που συνδέονται με έκτακτα περιστατικά της ζωής και περιλαμβάνουν επιδόματα μητρότητας, οικογενειακά επιδόματα, συντάξεις, αποζημιώσεις για προβλήματα που αφορούν εργασία (ανεργία, τραυματισμός) και τέλος βασικά δίκτυα ασφαλείας. Σύμφωνα με το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο των Ηνωμένων Εθνών ως κοινωνική προστασία θεωρείται ένα *σύνολο δημόσιων και ιδιωτικών πολιτικών και προγραμμάτων* που εφαρμόζονται για απρόοπτες περιστάσεις από τις κοινωνίες για την διαχείριση της απουσίας ή της μείωσης του εισοδήματος από εργασία. Επίσης περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας σε οικογένειες με παιδιά και παρέχει στους ανθρώπους στέγαση και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. (UN 2000). Γενικά σκοπός της πολιτικής προστασίας είναι η μείωση και η πρόληψη της φτώχειας και η παροχή προστασίας σε και στήριξης στους φτωχότερους (de Haan 2000).

Πιο αναλυτικά, η γέννηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας πηγάζει από την ανάγκη του ατόμου να προστατευθεί από κοινωνικούς και οικονομικούς κινδύνους που μπορεί να εμποδίσουν την κάλυψη όχι μόνο των αναγκών επιβίωσης αλλά και την ανάπτυξη της προσωπικότητας του. Το σκεπτικό εδώ είναι ότι όταν ένα άτομο είναι ασφαλές από κοινωνικούς και ασφαλιστικούς κινδύνους μπορεί να απελευθερώσει τις δημιουργικές του ικανότητες στην εργασία ενώ αυτό θα έχει αλυσιδωτά θετικά αποτελέσματα στον οικονομικό, κοινωνικό και πολιτισμικό τομέα. Όπως προαναφέρθηκε, ως βασικός στόχος του συστήματος κοινωνικής προστασίας είναι η εξασφάλισης πόρων και εισοδήματος στο άτομο ή το νοικοκυριό που θα καλύπτουν τις βασικές αλλά και κοινωνικές του ανάγκες. Αυτό μπορεί να εξασφαλιστεί με δύο τρόπους, είτε δημιουργώντας εισόδημα μέσα από την απασχόληση- εργασία, είτε μέσω της κάλυψης του εισοδήματος από το γενικό σύστημα κοινωνικής προστασίας.

Η έννοια της εργασίας αποτελεί ένα βασικό εργαλείο για την πρόληψη και την αποφυγή θεμελιωδών κοινωνικών και οικονομικών κινδύνων που μπορεί να προκύψουν. Προβλήματα όπως είναι η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός ή προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν από μεγάλη ηλικία (γήρας) ή αδυναμία υποστήριξης της οικογένειας μπορούν να αντιμετωπιστούν εφόσον εξασφαλιστεί το εισόδημα και η προστασία της υγείας. Η εργασία

και η εξασφάλιση εισοδήματος μπορούν να επιτευχθούν με δύο τρόπους. Ο πρώτος σχετίζεται με την δημιουργία θέσεων εργασίας στην αγορά (επενδύσεις, νέες τεχνολογίες κλπ.) και την δημιουργία ικανού ανθρώπινου δυναμικού που θα κληθεί να στελεχωσει αυτές τις θέσεις μέσα από το σύστημα εκπαίδευσης και υγείας. Ο δεύτερος τρόπος αφορά της προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του ατόμου σε περίπτωση απώλειας του εισοδήματος του (λόγω απώλειας εργασίας, γήρατος, ασθένειας, οικογενειακών βαρών που αφορούν τέκνα και ηλικιωμένους ή λόγω αναπηρίας). Σε αυτή τη περίπτωση οι ανάγκες του ατόμου καλύπτονται με παροχές σε είδος ή χρήματα που μπορεί να προέρχονται από τις εισφορές των απασχολούμενων ή από την φορολογία και τις αναδιανομές εισοδημάτων μέσω κοινωνικών μεταβιβάσεων. Σκοπός, η πρόληψη της φτώχειας, η μείωση των ανισοτήτων, η διασφάλιση των βασικών κοινωνικών αναγκών, η διατήρηση της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας του ατόμου και τέλος η κοινωνική συνοχή.

Τα παραπάνω εγείρουν έναν προβληματισμό που σχετίζεται με το κατά πόσο το υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία, ότι μπορεί με άλλα λόγια να μην συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη. Ως απάντηση σε αυτό τον προβληματισμό η Παγκόσμια Τράπεζα θεωρεί ότι όσο πιο ανεπτυγμένη είναι η κοινωνική προστασία σε μια χώρα τόσο περισσότερο εξασφαλίζεται η σταθερότητας της, προστατεύεται ο πληθυσμός σε περιπτώσεις μεγάλων κοινωνικών και οικονομικών κρίσεων και τέλος αποτελεί έναν θεμελιώδη συντελεστή ανάπτυξης. Επίσης η αίσθηση της κοινωνικής ασφάλειας όχι μόνο προστατεύει τα επίπεδα διαβίωσης του ατόμου αλλά παράλληλα ενισχύει την οικονομική ανάπτυξη και την παραγωγικότητα. (Σούλης 2015: 161,163)

Μέχρι εδώ γίνεται κατανοητό ότι ο όρος της κοινωνικής προστασίας συμπεριλαμβάνει τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που παρέχει το κράτος με σκοπό την κάλυψη βιοτικών και κοινωνικών αναγκών για τις ομάδες που το έχουν ανάγκη καθώς δεν μπορούν να τις καλύψουν μόνες τους. Μέσα από αυτό ο στόχος είναι η επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας του ατόμου που θα οδηγήσει και στην κοινωνική ανάπτυξη και συνοχή.

Τα βασικά μοντέλα κοινωνικής προστασίας στην Ευρώπη μπορούν να διακριθούν σε τέσσερις ομάδες. Η διάκριση αυτή μπορεί να γίνει ανάλογα:

- Με τις αρχές θεμελίωσης τους (αν δηλαδή η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και η αποφυγή κοινωνικών και οικονομικών κινδύνων είναι ατομική ή συλλογική ευθύνη.
- Με την κάλυψη του πληθυσμού (μερική ή ολική κάλυψη)

- Με τις προσφερόμενες παροχές (ενιαίες ή αναλογικές)
- Με την μοναδικότητα ή όχι του φορέα παροχών
- Με το είδος χρηματοδότησης από το κράτος (από εισφορές εργοδοτών και εργαζόμενων, από τους ίδιους τους πόρους των ατόμων με η χωρίς διαμεσολάβηση ιδιωτικής ασφάλειας)
- Με την εκτίμηση της ποιότητας των προσφερόμενων κοινωνικών υπηρεσιών και αγαθών.

Τα μοντέλα κοινωνικής προστασίας λοιπόν είναι τα ακόλουθα τέσσερα:

1. Μοντέλο ηπειρωτικής Ευρώπης
2. Σκανδιναβικό μοντέλο
3. Αγγλοσαξωνικό μοντέλο
4. Μοντέλο Νότιας Ευρώπης

Ως προς το μοντέλο της Νότιας Ευρώπης, οι χώρες του Νότου πριν από κάποιες δεκαετίες είχαν λιγότερο ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας που σε μεγάλο βαθμό βασίζονταν στην οικογένεια, την εθελοντική υποστήριξη και την περιορισμένη συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση του συστήματος. Η κάλυψη των αναγκών εδώ είναι τόσο συλλογική όσο και ατομική ευθύνη και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης είναι αναδιανεμητικό με τάση για ισχυρά ανταποδοτικά χαρακτηριστικά. Ενώ υιοθετείται καθολική κάλυψη του πληθυσμού ένα σημαντικό ποσοστό του ανασφάλιστου πληθυσμού έχει χαμηλό επίπεδο κάλυψης. Ως προς τις παροχές αυτές είναι ενιαίες σε μεγάλο μέρος για την υγεία εξαιρώντας τους ανασφάλιστους και σημειώνοντας ότι εντοπίζεται έντονος κατακερματισμός στον κλάδο των συντάξεων. Οι παροχές δίνονται μέσω ενός ενιαίου δημόσιου φορέα όμως και εδώ εντοπίζονται έντονες οργανωτικές και διοικητικές αδυναμίες ενώ υπάρχουν πολλοί ιδιωτικοί φορείς. Ως προς την χρηματοδότηση επικρατούν τριμερής υψηλές κοινωνικές δαπάνες με χαμηλό ποσοστό απασχόλησης στον κοινωνικό τομέα ενώ τέλος θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι η ποιότητα του συστήματος θεωρείται χαμηλή.

Αν και στην Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία έχουν παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια αυξημένα επίπεδα συμμετοχής του κράτους η οικογένεια παραμένει ο βασικός μηχανισμός στήριξης και τα ποσοστά απασχόλησης στον τομέα δημόσιων κοινωνικών αναγκών είναι υψηλά. Τα μοντέλα της Νότιας Ευρώπης παρουσιάζει συγχρόνως χαρακτηριστικά του υπολειμματικού μοντέλου, του βιομηχανικού μοντέλου αλλά και του



αναδιανεμητικού μοντέλου. Ως προς το διανεμητικό σύστημα ασφάλισης, αυτό αφορά την κοινωνική ασφάλιση. Σε αυτή την περίπτωση η αναπλήρωση του εισοδήματος για το άτομο ή το νοικοκυριό προέρχεται τις εισφορές των ενεργών απασχολούμενων, με άλλα λόγια, η παρούσα γενιά ασφαλιζόμενων χρηματοδοτεί την επόμενη.

Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής προστασίας πήρε μορφή στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Αυτό αρχικά συνέβη με την ίδρυση ταμείων αλληλοβοήθειας και με την δημιουργία πολλών ασφαλιστικών ταμείων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ταμείων υγείας, πρόνοιας κλπ. Το 1982 επεκτάθηκε η κάλυψη του ασφαλιζόμενου πληθυσμού μέσω του ΟΓΑ. Μέχρι το 1990 το κύρια ταμεία που κάλυπταν τον κλάδο της υγείας ήταν: ΙΚΑ (48%), ΟΓΑ (25%), ΤΕΒΕ (13%), Δημόσιο (6%), Ταμείο Εμπόρων (4,3%) κλπ. (Σούλης 2015)

Οι κλάδοι και οι λειτουργίες του κοινωνικού συστήματος εξαρτώνται από τον τύπο του κοινωνικού και ασφαλιστικού κινδύνου. Η έννοια αυτή του κινδύνου σχετίζεται με τα προβλήματα που εμφανίζονται στην καθημερινή ζωή, στην επαγγελματική δραστηριότητα, λόγω ηλικίας ή υγείας κα. Τις καταστάσεις δηλαδή που μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια εισοδήματος ή πρόσθετες εισοδηματικές επιβαρύνσεις για το άτομο ή την κοινωνία.

Η πρώτη προσπάθεια συστηματοποίησης των κινδύνων αυτών επιχειρήθηκε μέσω της σύμβασης 102/1952 του ILO και οι κατηγορίες που προέκυψαν ήταν: Ασθένεια (αφορά παροχές σε είδος και χρήματα), εργατικά ατυχήματα και ασθένειες που συνδέονται με το επάγγελμα, αναπηρία (μακράς διάρκειας ανικανότητα για εργασία), γήρας, οικογένεια, μητρότητα, ανεργία και επιζώντες. Τα τελευταία χρόνια το σύστημα SESPROS έχει συμπεριλάβει την κατοικία και τον κοινωνικό αποκλεισμό στις λειτουργίες της κοινωνικής ασφάλειας ενώ ομαδοποιεί τον κλάδο οικογένεια με αυτόν της μητρότητας συμπεριλαμβάνοντας την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την υιοθεσία κλπ. (The World Bank Group (2013) World Development Indicators, [www.databank.worldbank.org](http://www.databank.worldbank.org))

Ο τρόπος κάλυψης των κοινωνικών και ασφαλιστικών κινδύνων γίνεται σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο και τις βάσεις του συστήματος κοινωνικής προστασίας, είτε από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είτε από το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας- φροντίδας. Ακόμα γίνεται από τους κοινωνικοασφαλιστικούς φορείς (δημόσιοι, ιδιωτικοί και μη κερδοσκοπικοί ή φορείς εθελοντισμού). Επίσης πραγματοποιούνται με τις παροχές σε είδος ή χρήματα. Τέλος η κάλυψη αυτή γίνεται κάτω από κάποιες προϋποθέσεις που σχετίζονται με το αν το άτομο εργάζεται και είναι ασφαλισμένο, αν είναι άνεργο και δεν συμμετέχει στην δημιουργία

εσόδων στα ασφαλιστικά ταμεία, αν είναι ασφαλισμένο και συμμετέχει στις εισφορές και τέλος αν πληροί τα εισοδηματικά κριτήρια.

Επίσης το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας καλύπτει τους ανασφάλιστους στον κλάδο υγείας και συντάξεις μέσω δομών ή προγραμμάτων, πέραν των παροχών για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, των παροχών που δίνονται στις οικογένειες βάση δημογραφικών χαρακτηριστικών ή παροχών λόγω αναπηρίας. Στον κλάδο της υγείας εκδίδεται βιβλιάριο ασθενείας για παροχές σε είδος, βιβλιάριο για ανασφάλιστους και πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας για ειδικές κατηγορίες στις οποίες υπάρχει αποδεδειγμένο θέμα υγείας. Στον κλάδο των συντάξεων το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας προβλέπει την σύνταξη υπερηλίκων αλλά και ο ορισμός ενός Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος, το οποίο και θα αναλυθεί σε παρακάτω σημείο της εργασίας.

Τα κριτήρια για παροχή σύνταξης λόγω ηλικίας είναι: ηλικία άνω των 67 ετών, εισόδημα ατομικό <5.000 και οικογενειακό <9.000 και διάρκεια παραμονής για 20 έτη με πρόβλεψη για 10 έτη.

Τέλος πραγματοποιείται και με κάποιες άλλες παροχές που προέρχονται από οικονομική αδυναμία (πιστοποιητικό κοινωνικής αδυναμίας, επιδότηση για ηλεκτροδότηση αλλά και για προμήθεια ενεργειακών πόρων θέρμανσης).

Το σύστημα κοινωνικής προστασίας λοιπόν καλύπτει τις ελλείψεις που προκύπτουν από την απώλεια ή ανεπάρκεια εισοδήματος με παροχές σε είδος και χρήματα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της **επιδοματικής πολιτικής** ή με τη δημιουργία δομών και παροχών υγείας (πχ. νοσοκομεία, βρεφονηπιακοί σταθμοί, μονάδες απεξάρτησης, οίκοι φιλοξενίας κακοποιημένων γυναικών, ηλικιωμένων κλπ. (Σούλης 2015)

Ακόμα, όσο αφορά την ανεργία, εισοδηματική και υλική στήριξη των ανέργων γνωρίζουμε ήδη ότι προέρχεται από δύο σημείο, την οικογένεια και το κράτος πρόνοιας. Το σύστημα κοινωνικής προστασίας που οργανώνεται από το κράτος και αφορά τους ανέργους συμπεριλαμβάνει τόσο την επιδότηση ανεργίας, που αποσκοπεί στην εισοδηματική στήριξη, όσο και τις ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης που έχουν ως στόχο τον περιορισμό της χρόνου διαμονής στην ανεργία. Το ελληνικό σύστημα επιδότησης για την ανεργία αποτελείται από επιδόματα, βοηθήματα και άλλες παροχές. Οι άνεργοι εκτός από τα κανονικά επιδόματα που λαμβάνουν για την απώλεια της θέσης εργασίας μπορούν να λάβουν και άλλα ειδικά επιδόματα και βοηθήματα μετά την λήξη της κανονικής τους επιδότησης (επίδομα μακροχρόνια άνεργων κλπ) μετά από έλεγχο ατομικού ή οικογενειακού

εισοδήματος ενώ εντοπίζονται και ειδικές κατηγορίες ανέργων (αποφυλακισμένοι, παλιννοστούντες, εποχιακά απασχολούμενοι κλπ). Άλλες παροχές για αυτή την περίπτωση αφορούν επιδόματα εορτών, παροχές ασθένειας σε είδος σε ηλικιωμένους μακροχρόνια ανέργους κα. (Πετμεζίδου Παπαθεοδώρου 2004: 422, 423)

Η ανάπτυξη ενός υγιούς και αποτελεσματικού συστήματος υγείας αποτελεί προϋπόθεση οικονομικής ανάπτυξης της κοινωνίας καθώς η κοινωνική ασφάλιση θεωρείται πως λειτουργεί ως παράγοντας που επηρεάζει την προσφορά εργασίας, την απασχόληση αλλά και την αποταμίευση. (Μωραΐτης Γράβαλου 2003)

Μια οργανωμένη κοινωνία οφείλει να χαρακτηρίζεται από δίκαιο καταμερισμό όσο αφορά τους πόρους για την υγεία ενώ βασικός στόχος θα πρέπει να είναι η πρόσβαση στο σύστημα υγείας να είναι ανοιχτή για όλους. Οι αξίες της ισότητας και της δικαιοσύνης αντιδιαστέλλονται όταν εντοπίζονται κοινωνικές διαφορές ως προς την αντιμετώπιση και την πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Οι παράγοντες που θεωρείται ότι συμβάλλουν σε ανισότητες στην υγεία είναι κοινωνικοί, οικονομικοί και περιβαλλοντικοί. (Δημητρόπουλος 2004)

## **6.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί ένα *κοινωνικό δικαίωμα* του ατόμου που κατοχυρώνεται από την Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, από το Σύνταγμα αλλά και από πολλές άλλες διεθνείς συμβάσεις. Σκοπός της είναι να ικανοποιεί τις κοινωνικές ανάγκες και να λειτουργεί προστατευτικά για τους εργαζομένους από πιθανούς κινδύνους όπως είναι η μεγάλη ηλικία, η αναπηρία, ο θάνατος κλπ. Η Ευρώπη υιοθετώντας διανεμητικά συστήματα τοποθέτησε την κοινωνική ασφάλιση ως σύστημα αλληλεγγύης των γενεών με εγγυητή το κράτος απομακρύνοντας την από το εμπορευματικό κύκλωμα της αγοράς και της οικονομίας. Το κράτος λειτουργεί ως επόπτης, οργανωτής και βασικός διαχειριστής των φορέων ασφάλισης, της διοικητικής δικαιοσύνης αλλά και της κάλυψης ελλειμμάτων. Ακόμα λειτουργεί ως εγγυητής μέσα από την πολιτική που εφαρμόζει όσο αφορά το ύψος των συντάξεων καθώς είναι και αυτό που συνδέει το εισόδημα των συνταξιούχων με την συμμετοχής τους στην συνολική ευημερία, την εθνική οικονομική ανάπτυξη αλλά και την διανομή του εθνικού εισοδήματος.

Στην Ελλάδα λοιπόν όπου η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί *κοινωνικό δικαίωμα* επικρατεί το διανεμητικό σύστημα. Στα διανεμητικά συστήματα οι συνταξιούχοι πληρώνονται μέσα από τις εισφορές των εργαζομένων.

Όμως τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης βρίσκονται σε κρίση από την δεκαετία του 1980. Η κρίση αυτή όσο αφορά την Ευρώπη σχετίζεται με κρίση στην χρηματοδότηση αλλά και μια κρίση που σχετίζεται με τις κοινωνικές αλλαγές, την διαφοροποίηση της κοινωνίας, την κρίση που αφορά την γνώση πάνω στους κινδύνους αλλά και την κρίση της ασφαλιστικής τεχνικής. Τα ίδια προβλήματα εντοπίζονται και στην Ελλάδα με την προσθήκη της κρίσης, το αρκετά υψηλό ποσοστό χαμηλών συντάξεων, τις μεγάλες ανισότητες που επικρατούν όσο αφορά τις παροχές, την εκτεταμένη εισφοροδιαφυγή, τις υψηλές παροχές για άτομα που ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες που έχουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη, την χαμηλή μέση πραγματική ηλικία αποχώρησης από την εργασία, την άνιση ασφαλιστική μεταχείριση των γυναικών, την κακή διοικητική διαχείριση των Ταμείων κλπ. (Σακελλαρόπουλος 2011)

Η λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης βασίζεται σε συγκεκριμένες αρχές, στην αρχή της καθολικότητας, της υποχρεωτικότητας, της ανταποδοτικότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και συνδέεται με την μισθωτή και εξαρτημένη εργασία ενώ το 2011 ως ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ. (Θεωδορουλάκης, Κουμαριανός 2018)

Επομένως με τον όρο κοινωνική ασφάλιση εννοείται το σύστημα ρυθμίσεων και διαμόρφωσης αλληλεγγύης μεταξύ ανθρώπων που έρχονται αντιμέτωποι με κοινωνικούς κινδύνους. Αυτοί μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια εισοδήματος ή μείωση του βιοτικού επιπέδου (Αμίτσης και συν 2010). Στην Ελλάδα το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ως μοντέλο κοινωνικής προστασίας διεκπεραιώνεται μέσα από την ανάπτυξη τριών συστημάτων:

- Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που έχει κύριο στόχο την κάλυψη των κινδύνων που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας εργαζόμενος στην περίπτωση που υπάρχει μείωση ή απουσία εισοδήματος
  - Το εθνικό σύστημα υγείας που δημιουργήθηκε το 1983, ως βασική λειτουργία έχει την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη μέσω δωρεάν παροχών
  - Το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που αποτελεί το βασικό στήριγμα για τα άτομα που βρίσκονται εκτός εργασίας και πρέπει να ανταπεξέλθουν σε σοβαρές ανάγκες προσφέροντας τους αίσθηση ασφάλειας.
- (Θεωδορουλάκης, Κουμαριανός 2018)

## **7.ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ – Ορισμός- Στόχος-επίπεδα άσκησης πολιτικής- κράτος ευημερίας**

Η Κοινωνική Πολιτική χαρακτηρίζεται από το πολυεπιστημονικό της επίπεδο. Είναι μία επιστήμη που συμπεριλαμβάνει την κατανόηση και ανάλυση στοιχείων και δεδομένων από διάφορες κοινωνικές επιστήμες όπως την ιστορία, την οικονομία, την κοινωνιολογία, την κοινωνική ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την πολιτική, την φιλοσοφία, την εγκληματολογία αλλά και το δίκαιο. Όταν μιλάμε για Κοινωνική Πολιτική αναφερόμαστε στις δράσεις εκείνες που πρέπει να πάρει η πολιτική ηγεσία για να υπάρξει δίκαιη αναδιανομή του πλούτου και να επέλθει κοινωνική ευημερία. Η Κοινωνική Πολιτική αφορά την μελέτη του κράτους ευημερίας και των κοινωνικών υπηρεσιών (βασικές υπηρεσίες υγείας, εργασίας, παιδείας αλλά και έννοιες όπως η κοινωνική ασφάλεια, η ατομική αξιοπρέπεια και το εισόδημα).

Βασικός της στόχος είναι η διασφάλιση υπηρεσιών για όλα τα άτομα κάτω από ίσους όρους. Επίσης, η προστασία και η πρόληψη από κοινωνικούς κινδύνους αλλά και η εξασφάλιση μιας κοινωνίας που διακατέχεται από συνοχή και αλληλεγγύη. Οι κοινωνικοί κίνδυνοι σχετίζονται με την πιθανότητα να τεθεί σε κίνδυνο ένα άτομο να αδυνατεί να καλύψει τις βασικές κοινωνικές ανάγκες. Οι κοινωνικοί κίνδυνοι μπορεί να είναι: *καθολικοί* (πχ. ατύχημα), *κίνδυνοι κύκλου ζωής* (πχ. ασθένειες που προσβάλλουν ηλικιωμένους) και *κατηγορικοί* (πχ. κοινωνικές τάξεις, μειονότητες, γυναίκες κλπ., ενώ η διάρκεια τους μπορεί να είναι *παροδική, μακροπρόθεσμη και διαγενεακή* (Σακελλαρόπουλος και συν 2018).

Οι στόχοι της Κοινωνικής Πολιτικής μπορούν, σύμφωνα με τον Abel-Smith, να κατηγοριοποιηθούν σε τέσσερις «θεματικές περιοχές πολιτικών επιλογών». Η πρώτη θεματική αφορά την παροχή ενός ελάχιστου επιπέδου “πολιτισμένης” ζωής, στην προκειμένη ένα ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος που μπορεί να θεωρηθεί ως ικανοποιητικό, η οποία δεν έχει επιτευχθεί ακόμα. Η δεύτερη αφορά την πρόληψη κοινωνικών προβλημάτων, η τρίτη σχετίζεται με την καταπολέμηση των διακρίσεων –που προέρχονται από κριτήρια όπως το φύλο, η αναπηρία, η φυλή, η κοινωνική τάξη κλπ- και η τέταρτη αφορά τον εξανθρωπισμό των κοινωνικών υπηρεσιών ώστε να είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ατομικές επιθυμίες και ανάγκες. Επομένως οι σκοποί της Κοινωνικής πολιτικής δεν είναι άλλοι από το να διασφαλιστούν οι ανάγκες και οι παροχές μέσα από την σωστή και δίκαιη αναδιανομή. Οι παροχές σχετίζονται με τις ατομικές ανάγκες και τους κοινωνικούς κινδύνους και συνδέονται άρρηκτα με τα κοινωνικά δικαιώματα. (Abel-Smith 1989 στον Βενιέρη 2015). Οι σκοποί της κοινωνικής Πολιτικής είναι οι παρεμβάσεις που διασφαλίζουν

τα κοινωνικά δικαιώματα και αφορούν πολλά πεδία της κοινωνίας όπως η οικονομία, η αγορά εργασίας, η φορολογία κλπ. Με λίγα λόγια, η κοινωνική προστασία, η κοινωνική αλληλεγγύη και η κοινωνική συνοχή αποτελούν διαρκείς, βασικούς και μόνιμους στόχους των κοινωνικών κρατών σήμερα. (Σακελλαρόπουλος και συν 2018).

Μέχρι και το 1940 υπήρχαν πολλές κριτικές που αφορούσαν την αυτονομία της επιστήμης όμως από τα μέσα του 1940 έως και τα μέσα τις δεκαετίας τους 1970 η σύγχρονη Κοινωνική Πολιτική εγκαθιδρύεται και αποκτά βασικό ρόλο στα πεδία της οικονομίας, της κοινωνίας αλλά και της πολιτικής. Η επιστήμη της Κοινωνικής Πολιτικής εμπεριέχει δύο πτυχές που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και ανατροφοδότηση. Η πρώτη σχετίζεται με την θεωρία, με άλλα λόγια το ακαδημαϊκό γνωστικό αντικείμενο ενώ η δεύτερη σχετίζεται με την πράξη δηλαδή οι κοινωνικές πολιτικές που δεν είναι κάτι άλλο από την διαμόρφωση και εφαρμογή της κοινωνικής - κρατικής παρέμβασης σε τομείς αναγκών και προβλημάτων των μελών και των ομάδων της κοινωνίας. Οι σύγχρονες κοινωνικές πολιτικές σχετίζονται με κοινωνικά φαινόμενα όπως είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός, η φτώχεια, η ανισότητα και πρέπει να διατηρούν και να αναπαράγουν κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα για όλους.

Να σημειωθεί εδώ ότι μία πολιτική για να θεωρηθεί κοινωνική πρέπει να εκπληρώνει τρεις στόχους. Να είναι ευεργετική και βασικός της σκοπός να είναι η ευημερία όλων, να μπορεί να συνδυάσει οικονομικά και μη μέσα και στόχους προστασίας και να μπορεί να αναπαράγει ένα μέτρο το οποίο θα χρησιμοποιεί την αναδιανομή των πόρων από πλούσιους σε φτωχούς. Ακόμα η έννοια που σχετίζεται με το κομμάτι της πολιτικής αφορά την κυβερνητική δράση που λαμβάνει το κράτος για ζητήματα κοινωνικού ενδιαφέροντος. Η μελέτη της εμπεριέχει τρεις πτυχές διερεύνησης. Η πρώτη αφορά τους οργανισμούς, τα μέσα και τους θεσμούς που εφαρμόζονται κατά την άσκηση της, η δεύτερη αφορά τα άτομα ή τις ομάδες που επηρεάζονται από αυτήν και η τρίτη αφορά τις κοινωνικές ανάγκες αλλά και τα κοινωνικά προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν κατά την εφαρμογή της. Η Κοινωνική Πολιτική πρέπει να διασφαλίζει το γεγονός ότι οι πόροι του κράτους χρησιμοποιούνται για το κοινό καλό και όφελος ενώ ένα πρότυπο επιθυμητής κοινωνίας είναι αυτό συμπεριλαμβάνει συστήματα που προνοούν για την αξιοπρεπή κοινωνική κάλυψη και συγχρόνως συνδυάζει τις έννοιες της ισότητας, της ελευθερίας, την ατομικής ευημερίας με αυτήν του κοινωνικού οφέλους.

Μια πολιτική λοιπόν πρέπει να είναι σε θέση να αναδιανέμει δίκαια ευημερία για να μπορέσει να χαρακτηριστεί ως κοινωνική. Επίσης πρέπει να διασφαλίζει την δίκαιη και ίση

κοινωνική συμμετοχή για όλους. Σημαντικό ρόλο εδώ παίζουν και τα κοινωνικά δικαιώματα του ατόμου που διασφαλίζουν την ίση διανομή ευκαιριών, πόρων και πρόσβασης. (Βενιέρης 2015:15-20)

Τα επίπεδα άσκησης κοινωνικής πολιτικής είναι τέσσερα:

ΕΠΙΠΕΔΟ	ΒΑΣΙΚΟ ΟΡΓΑΝΟ
Εθνικό	Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Τοπικό	Τ.Α., Δήμοι και Νομαρχίες σε περιφερειακό επίπεδο μέσω των Περιφερειών
Υπερεθνικό	Μέσω Ευρωπαϊκής Ένωσης με θεσμούς στους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης, προστασίας και εκπαίδευσης με βάση την αρχή της επικουρικότητας
Διεθνές	από διεθνείς οργανισμούς όπως είναι ο Ερυθρός Σταυρός, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, η UNICEF

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Επίπεδα άσκησης Κοινωνικής πολιτικής

(Σακελλαρόπουλος και συν 2018)

### 7.1. Διαστάσεις Κοινωνικής Πολιτικής

Ως ευρύτερη δράση η επιστήμη της Κοινωνικής Πολιτικής συμπεριλαμβάνει τρεις διαστάσεις:

ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ	ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ
<b>Ρύθμιση</b>	Σκοπός είναι να προάγει την κοινωνική εναρμόνιση και συνοχή	Τα κοινωνικά δικαιώματα του ατόμου που διασφαλίζουν την ισότητα για όλους
<b>Φορολόγηση</b>	Σκοπός είναι η προστασία των φτωχότερων ομάδων του πληθυσμού (η γενικά δίκαιη φορολογία)	Επιλεκτικές φορολογικές εξαιρέσεις και ελαφρύνσεις

<b>Παροχή</b>	Σε είδος χρήμα ή υπηρεσίες για την επίτευξη στόχων κοινωνικής ευημερίας	Υγειονομική περίθαλψη, συντάξεις, επιδόματα κλπ.
---------------	-------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Διαστάσεις και λειτουργίες κοινωνικής πολιτικής (ιδία επεξεργασία από Βενιέρη 2015)

Η διαμόρφωση της κοινωνικής δράσης έχει άμεσο συσχετισμό με τον βασικό στόχο της Κοινωνικής Πολιτικής που είναι να καταπολεμήσει τις κοινωνικές ανισότητες και να φέρει την κοινωνική αλλαγή ενώ το είδος της Κοινωνικής Πολιτικής που θα ασκήσει μια χώρα εξαρτάται από το είδος της αναδιανομής που εφαρμόζεται. Υπάρχουν δύο είδη αναδιανομής η κάθετη και η οριζόντια για τα οποία θα γίνει ειδική αναφορά στη συνέχεια. Όταν γίνεται αναφορά στην κάθετη αναδιανομή εννοείται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία η δημόσια εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη είναι καθολικές πολιτικές με εξισωτική επίδραση. Αυτό το είδος αναδιανομής επιτυγχάνεται στην περίπτωση εκείνη που το βασικό κριτήριο απόδοσης καθολικών παροχών είναι η βασική κοινωνική ανάγκη ενώ η χρηματοδότηση προέρχεται από την γενική φορολογία. Η οριζόντια αναδιανομή είναι η κατάσταση κατά την οποία επικρατεί επιλεκτική κοινωνική ασφάλιση με αρκετά περιορισμένη εξισωτική επίδραση. Αυτό το είδος αναδιανομής επιτυγχάνεται όταν το κριτήριο απόδοσης επιλεκτικών παροχών είναι οι ανταποδοτικές εισφορές ενώ η χρηματοδότηση είναι εξατομικευμένη. (Βενιέρης 2015)

Η φύση της Κοινωνικής Πολιτικής είναι μεταβαλλόμενη, και αυτό συμβαίνει για τρεις λόγους. Αρχικά αναπτύσσεται και ανασυντάσσεται διαρκώς ανάλογα με την εξέλιξη των κοινωνικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων. Ακόμα πρέπει να μπορεί να προσαρμοστεί στην διαρκώς μεταβαλλόμενη οικονομία και κυβερνητική πολιτική. Βάση των δύο παραπάνω αναθεωρεί τις προτεραιότητες που βάζει ως προς τις δράσεις της, ανασυντάσσει τα πεδία παρέμβασης της και κάνει ανασχηματισμούς στις πολιτικές που θα εφαρμόσει για να υπάρχει κοινωνική αποτελεσματικότητα. Επίσης χαρακτηρίζεται από αντιφατικότητα η φύση της, καθώς αν και στοχεύει στην ισότητα και την ελευθερία καμία φορά οι επιδράσεις της φέρνουν αρνητικές συνέπειες σε κάποιους ανθρώπους ή κάποιες κοινωνικές ομάδες, επειδή αν και ιστορικά προσεγγίζεται και εφαρμόζεται στις ανεπτυγμένες χώρες, οι χώρες που την έχουν περισσότερο ανάγκη είναι αυτές που αναπτύσσονται ακόμα κοκ. (Βενιέρης 2015)



Μια ακόμα πολύ σημαντική έννοια για την Κοινωνική Πολιτική είναι αυτή της ανισότητας καθώς αυτή επηρεάζει την κοινωνική ευημερία που είναι με την σειρά της ένας από τους στόχους της. Να σημειώσουμε ότι γενικά η ύπαρξη ανισοτήτων μπορεί να λειτουργήσει μόνο διαβρωτικά στις κοινωνίες και αυτό αφορά όλα τα επίπεδα ευημερίας. Και μια βασική μορφή ανισότητας είναι και η φτώχεια. Η ανισότητα κατανομής υπηρεσιών ευημερίας όσο αφορά τα φτωχά νοικοκυριά και η απουσία πρόσβασης τους σε υπηρεσίες, φορείς, παροχές αναπαράγει έναν αέναο κύκλο πολυεπίπεδης φτώχειας που ανακυκλώνει την κοινωνική και ατομική υπανάπτυξη των ατόμων αυτών και σχετίζεται με τον όρο του κύκλου στην στέρησης. Η αναδιανομή και η αποτίμηση της ανάγκης αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την καταπολέμηση των φαινομένων της φτώχειας, της ανισότητας και του κοινωνικού αποκλεισμού (Βενιέρης 2015).

Πώς θα μπορούσε να οριστεί το κράτος ευημερίας που στην ουσία αποτελεί το όραμα μίας δίκαιης κοινωνικής πολιτικής:

## **7.2. Εννοιολογικός προσδιορισμός Κοινωνικής Ευημερίας**

Ας αναφερθούμε όμως σε αυτό το σημείο στην έννοια της ευημερίας η οποία είναι αρκετά πολυδιάστατη καθώς συμπεριλαμβάνει όψεις που σχετίζονται τόσο με την βασική κάλυψη ατομικών αναγκών όσο και με την ανάπτυξη κοινωνιών ενώ ο όρος συμπεριλαμβάνει τρεις τύπους ευημερίας όπου όλοι συνδέονται μεταξύ τους. Αυτές οι τύποι ευημερίας είναι: α) ατομική-σχετίζεται με το καλό του ατόμου, β) συλλογική-σχετίζεται με το καλό για τα μέλη του κοινωνικού συνόλου και τέλος γ) κοινωνική- ενίσχυση της ευημερίας από μια οργανωμένη κοινωνία μέσα από δράσεις της πολιτείας. Σκοπός, η στήριξη των ευάλωτων και η αποκατάσταση ανισοτήτων. Πρακτικά μπορεί να συνδεθεί με παροχές, υπηρεσίες και επιδόματα που προσφέρονται σε ευπαθείς ομάδες (Α.με.Α., ανήλικοι, τρίτη ηλικία κ.λπ.).

Όταν αναφερόμαστε σε κράτος ευημερίας τώρα μιλάμε για αυτό που δύναται να καλύψει τις βασικές ανάγκες που προκύπτουν και συγχρόνως να διατηρεί αδιαπραγμάτευτα στο υψηλότερο επίπεδο ευημερίας που δύναται το κάθε μέλος της κοινωνίας ξεχωριστά και συλλογικά. (Wilensky&Llebaux 1965) Σχετίζεται με την δράσεις μέριμνας της κάθε πολιτείας και την διατήρηση ενός εγγυημένου επιπέδου διαβίωσης που θα εξομαλύνει τις κοινωνικές ανισότητες μέσα από υπηρεσίες και ρυθμιστικούς κανονιστικούς μηχανισμούς (εγγύηση ελάχιστου εισοδήματος, παροχές επιδομάτων και βοήθειας, παροχή κοινωνικών υπηρεσιών προσβάσιμες σε όλους κ.λπ) (Alcock et al , 2002).

Το κράτος ευημερίας σχετίζεται άμεσα και με την κοινωνική ανάπτυξη ενώ η έννοια της κοινωνικής ανάπτυξης σε ευρύτερο πεδίο -τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό- είναι πολυδιάστατη και αφορά την αντιμετώπιση της ένδειας, την επισιτιστική ασφάλεια, την πρόσβαση σε όλους και την κάλυψη διατροφικών αναγκών, το δικαίωμα στην εκπαίδευση και την ισότιμη πρόσβαση για όλους σε αυτή, τα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, την προστασία της κατοικίας και των νοικοκυριών και των βασικών τους αναγκών, την πρόσβαση σε ασφαλείς υγειονομικούς φορείς περίθαλψης, την άρση κοινωνικών ανισοτήτων για το γυναικείο φύλο, την ορθή αξιοποίηση και διασφάλισης πολυπολιτισμικότητας, την προστασία ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κ.α. (Σακελλαρόπουλος και συν 2018)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ, ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΦΤΩΧΕΙΑΣ**

Για να κατανοηθεί ο τρόπος λειτουργίας μιας οικονομίας, χρησιμοποιούνται μακροοικονομικοί δείκτες όπως ο δείκτης απασχόλησης και ανεργίας που μας γνωστοποιούν τον αριθμό των θέσεων εργασίας που δημιουργούνται, το ποσοστό του απασχολούμενου εργατικού δυναμικού και τον αριθμό των ανέργων (<https://www.marketbet.gr>).

### **8.1. Δείκτης Απασχόλησης – Ανεργίας – Μακροχρόνιας Ανεργίας**

Ο δείκτης απασχόλησης εκφράζει την αναλογία των ατόμων που εργάζονται προς τον συνολικό πληθυσμό της ηλικίας αυτής

Ο δείκτης ανεργίας εκφράζει την αναλογία ανέργων επί του συνόλου του οικονομικά ενεργού πληθυσμού.

Ο δείκτης μακροχρόνιας ανεργίας αντιπροσωπεύει την αναλογία των μακροχρόνια ανέργων επί του συνόλου των ανέργων. (Τσομπανόγλου Κορρές και Γιαννοπούλου 2005)

Σύμφωνα με το Δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ για έρευνα που αφορά το εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα: (ΕΛΣΤΑΤ 2021)

- Οι απασχολούμενοι μειώθηκαν κατά 36.853 άτομα σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 2019 (μείωση 0,9%) και κατά 12.697 άτομα σε σχέση με τον Νοέμβριο του 2020 (μείωση 0,3%). Αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση τις κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat) για την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού στα Κράτη-Μέλη, λόγω της πανδημίας COVID-19, τα άτομα που τίθενται σε αναστολή σύμβασης εξακολουθούν να θεωρούνται απασχολούμενοι, εφόσον η διάρκεια της αναστολής είναι μικρότερη από 3 μήνες ή αν λαμβάνουν περισσότερο από το 50% των αποδοχών τους.
- Το εποχικά διορθωμένο ποσοστό ανεργίας τον Δεκέμβριο του 2020 ανήλθε σε 15,8% έναντι 16,4% τον Δεκέμβριο του 2019 και 16,2% τον Νοέμβριο του 2020. Το σύνολο των απασχολουμένων, κατά τον Δεκέμβριο του 2020, εκτιμάται ότι ανήλθε σε 3.880.364 άτομα. Οι άνεργοι ανήλθαν σε 726.360 άτομα ενώ ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός ανήλθε σε 3.272.633 άτομα.
- Οι άνεργοι μειώθηκαν κατά 44.853 άτομα σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 2019 (μείωση 5,8%) και κατά 24.332 άτομα σε σχέση με τον Νοέμβριο του 2020 (μείωση 3,2%).

Η Ελλάδα παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες από τα υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας, σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη της ΕΕ. Το 2022 το ποσοστό ανεργίας ήταν 17,6% ενώ το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας ήταν 10,5%. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανέργων (60%) δηλώνει ότι βρίσκεται σε αναζήτηση εργασίας τουλάχιστον ένα έτος ενώ το ποσοστό ανέργων που δεν έχουν ξανά εργαστεί είναι 18,5%. Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης μεγαλύτερη αύξηση παρουσίασαν τα ποσοστά των μακροχρόνια ανέργων. Επίσης σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, οι εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΔΥΠΑ τον Δεκέμβριο του 2021 έφτασαν τους 1.100.099. Σε σχέση με τον Νοέμβριο του 2021 σημειώθηκε ποσοστιαία μεταβολή κατά 10,63% ενώ εντοπίζεται μείωση σε σχέση με τον Δεκέμβριο του 2020 κατά 6,09%. Ως προς το σύνολο των ανέργων οι 219.039 είναι επιδοτούμενοι και από τους εγγεγραμμένους στα μητρώα του ΔΥΠΑ οι μακροχρόνια άνεργοι αποτελούν το 52,67%. Από το σύνολο των ανέργων το 63,61% είναι γυναίκες και η πλειοψηφία αφορά μακροχρόνια άνεργες.

## **8.2. Δείκτης Φτώχειας – Κοινωνικού Αποκλεισμού**

Ξεκινώντας θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν διάφοροι δείκτες φτώχειας καθένας από τους οποίους προσπαθεί να συμπεριλάβει διαφορετικά χαρακτηριστικά. Ένας απλός και

ευρέως διαδεδομένος δείκτης φτώχειας είναι το ποσοστό φτώχειας (poverty rate) που ορίζεται ως ο λόγος τους αριθμού των φτωχών προς το συνολικό πληθυσμό, με βασικό πλεονέκτημα την ευκολία υπολογισμού του και βασικό μειονέκτημα το γεγονός ότι δεν συσχετίζει την απόσταση των φτωχών ατόμων από την γραμμή φτώχειας. Ακόμα η τιμή του δείκτη δεν επηρεάζεται από τη μεταφορά εισοδήματος μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται κάτω από τον συγκεκριμένο δείκτη. Ένας άλλος δείκτης φτώχειας είναι ο λόγος του εισοδηματικού χάσματος (income gap ratio) που σε αντιδιαστολή με τον προηγούμενο συνυπολογίζει το πόσο φτωχά είναι τα άτομα με την γραμμή φτώχειας. Αν και με αυτόν τον δείκτη μπορούν να αποκτηθούν πληροφορίες ως προς τις δαπάνες που θεωρούνται αναγκαίες για την εξάλειψη της φτώχειας δεν μπορεί να παρέχει πληροφορίες για μεταφορές εισοδήματος μεταξύ των φτωχών.

Από την κριτική που ασκήθηκε στις παραπάνω δύο προέκυψε μια τυπολογία που αφορά τα βασικά χαρακτηριστικά που πρέπει να πληροί ένας δείκτης φτώχειας: η εστίαση (αφορά τα εισοδήματα των φτωχών), η μονοτονία (ο δείκτης πρέπει να αυξάνεται όταν μειώνεται το εισόδημα ενός φτωχού ατόμου), η συμμετρία (να μην αλλάζει ο δείκτης από αναλογική μεταβολή όλων των εισοδημάτων) και τέλος η μεταφορά (θετική απόρροια μιας αντιστρόφως προοδευτικής μεταφοράς εισοδήματος μεταξύ δύο φτωχών).

Το 1796 ο Sen προσέθεσε το δείκτη του φάσματος φτώχειας (θεωρείται ως το γινόμενο των δύο παραπάνω τύπων) που θα μπορούσε να χρησιμεύσει στην περίπτωση κατά την οποία δεν θα υπήρχαν ανισότητες εισοδήματος ανάμεσα στα φτωχά άτομα της κοινωνίας. Επίσης πρότεινε ένα δείκτη που κατέτασσε τα εισοδήματα των φτωχών από το μικρότερο στο μεγαλύτερο ο οποίος έχει δύο επιπλέον ιδιότητες σε σχέση με τον προηγούμενο. Η πρώτη είναι η ταξινομημένη αποστέρηση που σχετίζεται με την ισότητα της κατάταξης του φτωχού ατόμου με τη στάθμευση που τους δίνεται στον υπολογισμό του δείκτη και η δεύτερη είναι η ομαλοποίηση σύμφωνα με την οποία όταν όλοι οι φτωχοί έχουν ίδιο εισόδημα ο δείκτης φτώχειας ισούται με το χάσμα της φτώχειας.

Αρκετά διαδεδομένος δείκτης είναι και αυτός που προσέθεσαν το 1984 οι Foster, Greer και Thorbecke (FGT) που προτείνουν τον διαχωρισμό του υπό εξέταση πληθυσμού σε υποομάδες βάση δημογραφικών και όχι μόνο χαρακτηριστικών. Η ιδιότητα αυτού του δείκτη είναι η μονοτονία της υποομάδας και σχετίζεται με το γεγονός ότι όταν το επίπεδο φτώχειας σε μια υποομάδα μειωθεί αυτόματα θα μειωθεί και ο δείκτης της φτώχειας για τον συνολικό πληθυσμό. Σχετικά πρόσφατα (1995) αναπτύχθηκε και ο ο δείκτης του Shorrocks ως

τροποποίηση του Sen ο οποίος καθώς σχετίζεται με τον συντελεστή Gini δεν πληροί την ιδιότητα της μονοτονίας της υποομάδας. (Δαφέρμος και συν 2008).

Τα ύψος του δείκτη της φτώχειας μπορεί να παρέχει πληροφορίες ως προς την έκταση της φτώχειας σε μια χώρα, τόσο στο επίπεδο που αφορά τα άτομα που πλήττονται όσο αφορά και το επίπεδο ανισότητας και βάθους φτώχειας (αυτό σχετίζεται με την πολυπλοκότητα του δείκτη που χρησιμοποιείται). Όμως για να γίνει αυτό εφικτό πρέπει πρώτα να προσδιορισθεί ποιοι θεωρούνται φτωχοί και βάση ποιών παραμέτρων θα θεωρηθεί ότι τα άτομα βρίσκονται σε όριο φτώχειας σε μια κοινωνία. Ο ορισμός της φτώχειας σύμφωνα με τον οποίο το εισόδημα πέφτει κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο είναι μονοδιάστατος. Η μονοδιάστατη μέτρηση της φτώχειας έχει κάποια πλεονεκτήματα συγκριτικά με την πολυδιάστατη. Αρχικά είναι εύκολα υπολογίσιμη (βασίζεται σε μία μεταβλητή που παρέχεται στις περισσότερες έρευνες για νοικοκυριά), έχει ένα κριτήριο διαχωρισμού φτωχών και μη φτωχών (όριο φτώχειας) επομένως όσοι θεωρούνται φτωχοί έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά. Ακόμα ο υπολογισμός του δείκτη της φτώχειας πληροί ευκολότερα συγκεκριμένα αξιώματα ενώ τέλος διευκολύνει τις δυναμικές μελέτες. (Ανδριοπούλου, Παπαδόπουλος και Τσάκλογλου 2013).

Για τον υπολογισμό της υποκειμενικής-μονοδιάστατης φτώχειας<sup>2</sup> οι εμπειρικές προσεγγίσεις αναφέρονται:

- Στη γραμμή Leyden φτώχειας (LPL-Leyden Poverty Line)
- Στην υποκειμενική γραμμή φτώχειας (SPL- Subjective Poverty Line)
- Στη μεθοδολογία του Κέντρου Κοινωνικής Πολιτικής του πανεπιστημίου Antwerp (CPS method- Centre for Social Policy method)

Στην αντικειμενική ή πολυδιάστατη προσέγγιση της φτώχειας, για τον προσδιορισμό της πρέπει να εξεταστούν ταυτόχρονα το ύψος του εισοδήματος του ατόμου-νοικοκυριού και το κατά πόσο αυτό το άτομο-νοικοκυριό είναι σε θέση να ικανοποιεί βασικές ανάγκες (επαρκής στέγαση, επικοινωνία μέσω τηλεφώνου, επαρκής θέρμανση κλπ.). Επομένως αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιεί νομισματικούς και μη δείκτες στην προσπάθεια να προσδιορίσει το φαινόμενο της φτώχειας και θεωρείται επικρατέστερη σε σχέση με αυτή της υποκειμενικής. Γενικά αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις που σχετίζονται

---

<sup>2</sup> Είναι η αντίληψη ότι το ίδιο το άτομο- νοικοκυριό μπορεί να αξιολογήσει αν καλύπτονται οι ανάγκες του επομένως το όριο φτώχειας δεν μπορεί να οριστεί από εξωτερικούς παράγοντες αλλά από τα ίδια τα άτομα-νοικοκυριά.

με το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων, το επίπεδο επάρκειας από την εργασία κλπ. (Δαφέρμος και σύν 2008)

Ως προς την πολυδιάστατη μέτρηση της φτώχειας, στην σύγχρονη βιβλιογραφία το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στα παρακάτω ζητήματα:

- Ποιες είναι οι παράμετροι της οικονομική και κοινωνικής ζωής που πρέπει να ληφθούν υπόψη
- Πως αυτές θα κατηγοριοποιηθούν σε ομάδες ώστε να ενταχθούν σε έναν ορισμό
- Ποια θα είναι τα όρια (σε σχέση με την γραμμή φτώχειας) που πρέπει να παρθούν για καθεμία από αυτές τις παραμέτρους
- Πως τα αποτελέσματα της αποστέρησης σε μία ή πολλές παραμέτρους μπορούν να συντεθούν σε ένα δείκτη συνολικής φτώχειας.

(Ανδριοπούλου Παπαδόπουλος και Τσάκλογλου 2013)

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και η φτώχεια είναι συστατικά μέρη του καπιταλιστικού συστήματος. Για να εκτιμηθεί η οικονομική ανισότητα και η φτώχεια όμως μπορούν να χρησιμοποιηθούν άπειροι δείκτες. Ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι σαν φαινόμενο μπορεί να μελετηθεί μόνο σε κοινωνίες που μπορούν να συγκρίνουν την θέση ενός ατόμου ή μιας ομάδας με τη θέση άλλων, προϋποθέτει δηλαδή τον προσδιορισμό της θέσης κάποιου στην κοινωνία συγκριτικά με κάποιον άλλο. Η θέση όμως που θα συγκριθεί μπορεί να αφορά το εισόδημα, την ευημερία ή αξιακές κρίσεις για θέματα που αφορούν ανάγκες, προτεραιότητες κλπ. και συνεπάγεται μιας ιεράρχησης. Οι κοινωνιολόγοι και οι οικονομολόγοι κάνουν διάκριση μεταξύ οικονομικής ανισότητας που σχετίζεται με τις πραγματικές διαφορές μεταξύ των ατόμων και οικονομικές αδικίας οπου εμπεριέχονται εκτιμήσεις και κρίσεις που δεν είναι αξιολογικά ουδέτερες.

Για την αποτύπωση και την μέτρηση της οικονομικής ανισότητας χρησιμοποιούνται κάποιοι δείκτες (αριθμητικά μέτρα) που χωρίζονται σε δύο γενικές κατηγορίες. Την πρώτη κατηγορία αποτελούν οι αντικειμενικοί παράγοντες οι οποίο εστιάζουν την προσοχή τους στον τρόπο βάση του οποίου διανέμεται ένα χαρακτηριστικό (πχ. εισόδημα, πλούτος κλπ) μέσα από την χρήση στατιστικών δεδομένων. Η δεύτερη κατηγορία είναι οι δεοντολογικοί ή κανονιστικοί παράγοντες στην οποία συμπεριλαμβάνονται υποθέσεις που σχετίζονται με την ατομική και την κοινωνική ευημερία. Αρκετά διαδεδομένοι δείκτες μέτρησης της ανισότητας είναι η Μέση Λογαριθμική Απόκλιση και ο Συντελεστής Μεταβλητότητας. Οι δείκτες Theil και Gini

αναγνωρίζονται ως αντικειμενικά μέτρα καθώς δεν σχετίζονται άμεσα με την έννοια της κοινωνικής ευημερίας. Από την άλλη δείκτες όπως αυτοί των Dalton και Atkinson θεωρούνται δεοντολογικοί καθώς απορρέουν από μια συγκεκριμένη αντίληψη –άρα και συνάρτηση- που σχετίζεται με την συνολική εικόνα της κοινωνικής ευημερίας και εκφράζουν τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν διαφορετικά επίπεδα ανισότητας στην συνολική κοινωνική ευημερία. Οι συναρτήσεις που σχετίζονται με την κοινωνική ευημερία αποτυπώνουν πόσο μεταβάλλεται η συνολική κοινωνική ευημερία από μεταβολές του εισοδήματος σε διάφορα εισοδηματικά κλιμάκια.

Επίσης οι δείκτες μέτρησης της ανισότητας πρέπει να συμμορφώνονται με συγκεκριμένες ιδιότητες:

- Την ανωνυμία-συμμετρία - πρέπει να εκτιμάται βάση πληροφοριών που σχετίζονται με το ύψος της οικονομικής μεταβολής και το πώς κατανέμεται στον πληθυσμό
- Την ανεξαρτησία από το μέσο ή την μονάδα μέτρησης - η τιμή της ανισότητας δεν πρέπει να επηρεάζεται από την μονάδα μέτρησης του εισοδήματος
- Την ανεξαρτησία από το μέγεθος του πληθυσμού – Το μέγεθος του συνολικού δείγματος δεν πρέπει να επηρεάζεται από την τιμή του δείκτη
- Την αρχή της μεταβίβασης  
(Σακελλαρόπουλος και συν 2018).

Βασικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται από την ΕΛΣΤΑΤ σε έρευνες είναι οι παρακάτω

Για την φτώχεια:

- Κίνδυνος φτώχειας<sup>3</sup> μετά από κοινωνικές μεταβιβάσεις ανά τύπο νοικοκυριού, φύλο και ομάδες ηλικιών-συνήθη ασχολία, ένταση εργασίας, ιδιοκτησιακό καθεστώς κατοικίας.
- Σχετικό χάσμα (βάθος)<sup>4</sup> του κινδύνου φτώχειας.

Για την οικονομική ανισότητα:

- Δείκτης κατανομής εισοδήματος (S80/S20) σε πεντημόρια
- Δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος Gini

Για την υλική στέρηση και τις συνθήκες διαβίωσης:

---

<sup>3</sup> Το ποσοστό των ανθρώπων που ζουν σε νοικοκυριά με συνολικό ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα χαμηλότερο από 60% του εθνικού ενδιάμεσου διαθέσιμου εισοδήματος.

<sup>4</sup> Αντιπροσωπεύει την εισοδηματική κατάσταση ατόμων που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας.

- Δείκτης υλικής στέρησης (αφορά το ποσοστό των ανθρώπων που λόγω σοβαρών οικονομικών προβλημάτων στερούνται τουλάχιστον τέσσερις βασικές ανάγκες και αγαθά
- Δείκτης κατανομής πληθυσμού που διαβιώνει σε συνθήκες στενότητας χώρου
- Δείκτης έλλειψης βασικών αναγκών.

Οι δείκτες που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα από την ΕΛΣΤΑΤ, όπως προαναφέρθηκε- σε έρευνες που αφορούν το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης των ατόμων είναι ο δείκτης κατανομής εισοδήματος (S80/S20) σε πεντημόρια και ο συντελεστής άνισης κατανομής εισοδήματος ή συντελεστής Gini και μετρούν την οικονομική ανισότητα. Ο δεύτερος χρησιμοποιείται συμπληρωματικά καθώς δεν επηρεάζεται από ακραίες τιμές της κατανομής του εισοδήματος.

Ο δείκτης κατανομής εισοδήματος (S80/S20) σε πεντημόρια «αναφέρεται στο μερίδιο του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του ‘πλουσιότερου’ 20% του πληθυσμού προς το ανάλογο εισόδημα του ‘φτωχότερου’ 20% του πληθυσμού και επηρεάζεται από τις ακραίες τιμές της κατανομής του εισοδήματος, δηλαδή στο πλουσιότερο και το φτωχότερο τμήμα του πληθυσμού (Σούλης 2015).

Σύμφωνα με το Δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ για το 2019, από την Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών<sup>5</sup>, με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το έτος 2018 τα δεδομένα για την οικονομική ανισότητα προκύπτουν ως εξής: (ΕΛΣΤΑΤ 2020)

- Ο δείκτης S80/S20 το 2019, με περίοδο αναφοράς εισοδήματος το 2018, μειώθηκε κατά 0,4 μονάδες (σε σχέση με την προηγούμενη αντίστοιχη χρονική περίοδο 2017) και ανέρχεται στο 5,1, δηλαδή, το μερίδιο του εισοδήματος του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού είναι 5,1 φορές μεγαλύτερο από το μερίδιο του εισοδήματος του φτωχότερου 20% του πληθυσμού
- Η οικονομική ανισότητα μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω μειώθηκε κατά 0,1 μονάδες και διαμορφώνεται στο 3,8 έναντι 3,9 το προηγούμενο έτος. Αντίστοιχα, η οικονομική ανισότητα μεταξύ των ατόμων κάτω των 65 ετών διαμορφώνεται στο 5,6 παρουσιάζοντας μείωση κατά 0,5 μονάδες σε σχέση με το προηγούμενο έτος, που ήταν στο 6,1

---

<sup>5</sup> Η έρευνα αποτελεί τη βασική πηγή αναφοράς των συγκριτικών στατιστικών για την κατανομή του εισοδήματος και τον κοινωνικό αποκλεισμό



Ο δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini) ορίζεται ως ο λόγος των αθροιστικών μεριδίων του πληθυσμού, κατανεμημένου ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος, προς το αθροιστικό μερίδιο του συνολικού εισοδήματος όλου του πληθυσμού. Η τιμή του μπορεί να κυμαίνεται από 0 (ή 0%), που αντιστοιχεί σε πλήρη εισοδηματική ισότητα έως 1 (ή 100%) που αντιστοιχεί σε πλήρη εισοδηματική ανισότητα, και ερμηνεύεται ως η στατιστικά αναμενόμενη διαφορά του αποτελέσματος της σύγκρισης δύο τυχαίων εισοδημάτων, ως ποσοστό του μέσου όρου. Αν όλο το εθνικό εισόδημα ήταν συγκεντρωμένο σε ένα άτομο, ο συντελεστής θα ήταν 1.

- Ο συντελεστής Gini εκτιμήθηκε το 2019 σε 31,0%, σημειώνοντας μείωση κατά 1,3 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2018. Το παραπάνω ποσοστό ερμηνεύεται ως εξής: αν επιλέξουμε 2 τυχαία άτομα του πληθυσμού, αναμένουμε ότι το εισόδημά τους θα διαφέρει κατά 31,0% του μέσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος.
- Από το 1994, έτος κατά το οποίο άρχισε η συγκεκριμένη έρευνα, η συνολική ανισότητα μειώθηκε κατά 6,4 ποσοστιαίες μονάδες (37,4% το 1994).

Σχετικά με το μερίδιο εισοδήματος σε τεταρτημόρια, τα στοιχεία της κατανομής του εισοδήματος σε τεταρτημόρια εκφράζουν το ποσοστό του συνολικού εθνικού εισοδήματος που κατέχει κάθε ένα από τέσσερα (ίσα) τμήματα του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, εάν κατατάξουμε τα άτομα του πληθυσμού σε αύξουσα σειρά με βάση το εισόδημά τους (από το μικρότερο στο μεγαλύτερο) και στη συνέχεια χωρίσουμε τον πληθυσμό σε τέσσερα ίσα μέρη (με βάση το συνολικό αριθμό των ατόμων), προκύπτουν τα εξής:

- το 25% του πληθυσμού στο 1ο τεταρτημόριο, με το χαμηλότερο εισόδημα, κατέχει το 10,4% του συνολικού εθνικού διαθέσιμου εισοδήματος, ποσοστό αυξημένο κατά 0,4 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2018 .
- το 25% του πληθυσμού στο 4ο τεταρτημόριο, με το υψηλότερο εισόδημα, κατέχει το 44,9% του συνολικού εθνικού διαθέσιμου εισοδήματος, ποσοστό μειωμένο κατά 1,0 ποσοστιαία μονάδα σε σχέση με το 2018 .
- το 50% του πληθυσμού στο 2ο και 3ο τεταρτημόριο, με μεσαία εισοδήματα, κατέχουν το 44,7% του εθνικού διαθέσιμου εισοδήματος, ποσοστό αυξημένο κατά 0,7 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2018 .
- το υψηλότερο ατομικό ετήσιο εισόδημα για το 1ο τεταρτημόριο ανέρχεται σε 5.700 ευρώ.

- το χαμηλότερο ατομικό ετήσιο εισόδημα για το 4ο τεταρτημόριο ανέρχεται σε 11.625 ευρώ.

Το ποσοστό εν ολίγοις του κινδύνου φτώχειας απεικονίζει το ποσοστό του πληθυσμού που βρίσκεται κάτω από το όριο της φτώχειας. Το όριο κινδύνου φτώχειας είναι το 60% του Διάμεσου Ισοδύναμου Διαθέσιμου Εισοδήματος (ΔΙΔΕ) που εκφράζεται σε μονάδες αγοραστικής δύναμης μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις.

Θεωρείται χρήσιμο να γίνει και μια αναφορά στον όρο **Ακαθάριστο Εγχώριο προϊόν** ή **ΑΕΠ** ο οποίος θεωρείται το κυριότερο μικροοικονομικό μέγεθος. Συγκεκριμένα αποτελεί την συνολική αγοραία αξία των τελικών προϊόντων και υπηρεσιών που παράγονται σε μια χώρα μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Ο σκοπός πίσω από τη μέτρηση του είναι να δημιουργηθεί ένα μέτρο συνολικής ποσότητας αγαθών και υπηρεσιών που παράγονται για την αγορά σε μια συγκεκριμένα χρονική περίοδο. Για να μετρηθεί το ΑΕΠ μιας χώρας μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι παρακάτω μετρήσεις:

1. Προσέγγιση προϊόντος (product approach) ή προσέγγιση προστιθέμενης αξίας (value-added approach): το ΑΕΠ υπολογίζεται ως το άθροισμά της προστιθέμενης αξίας των αγαθών και των υπηρεσιών που προσφέρονται στις παραγωγικές μονάδες της οικονομίας. Προστίθεται δηλαδή η αξία των αγαθών και υπηρεσιών που παράχθηκαν στην οικονομία και από το άθροισμα αυτό θα αφαιρεθεί η συνολική αξία όλων των ενδιάμεσων αγαθών που χρησιμοποιήθηκαν στην παραγωγή. Το αποτέλεσμα αυτής της πράξης είναι η συνολική προστιθέμενη αξία.
2. Προσέγγιση δαπάνης (expenditure approach): το ΑΕΠ υπολογίζεται ως οι συνολικές δαπάνες για την παραγωγή όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών της κοινωνίας ενώ δεν μετρώνται καθόλου οι δαπάνες που έγιναν για τα ενδιάμεσα αγαθά.<sup>6</sup>
3. Προσέγγιση εισοδήματος (income approach): αποδίδει το ίδιο μέτρο ΑΕΠ με την παραπάνω και στην ουσία ακόλουθη τον ίδιο τύπο.

Σχετικά με την οικονομία της Ελλάδας για το ημερολογιακό έτος 2021 το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ήταν 182.830 δισεκατομμύρια ευρώ.

Βάσει των στοιχείων της Έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ περί Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2021, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή

<sup>6</sup> Στους Εθνικούς Λογαριασμούς Εισοδήματος και Προϊόντων των ΗΠΑ η συνολική δαπάνη υπολογίζεται ως: C (κατανάλωση) + I (επενδυτική δαπάνη) + G (κυβερνητική δαπάνη) + NX (καθαρές εξαγωγές)

κοινωνικό αποκλεισμό, ανέρχεται στο 28,3% του πληθυσμού της Χώρας (ήτοι 2.971.200 άτομα), παρουσιάζοντας αύξηση σε σχέση με το 2020 κατά 0,9 ποσοστιαίες μονάδες (ΕΛΣΤΑΤ 2022, *Δελτίο Τύπου, ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ*, από <https://www.statistics.gr/documents>).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΜΕΤΡΑ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΗ-ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

### **Εισαγωγή**

Όπως έχει αναφερθεί μέχρι τώρα, ένα από τα πεδία απασχόλησης της κοινωνικής πολιτικής είναι η κάλυψη των αναγκών των ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες. Η προσπάθεια αυτή να καλυφθούν οι ανάγκες αυτών των πληθυσμιακών ομάδων εκφράζεται μέσα από μια σειρά προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Τα προγράμματα αυτά λειτουργούν ως θεμέλια που στηρίζουν την σύγχρονη κοινωνία καθώς βοηθούν να διευρύνεται η αντίληψη ως προς την κοινωνική φροντίδα και προστασία που σχετίζεται όχι μόνο με τις ομάδες που έχουν οικονομική ανάγκη αλλά και για τις υπόλοιπες ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, παιδιά, άτομα με αναπηρία). Το κράτος φροντίζει αυτούς τους πληθυσμούς μέσα από προγράμματα παροχών σε χρήματα-επιδόματα που στοχεύουν την βοήθεια στην οικονομική αδυναμία που βιώνουν τα άτομα αλλά και μέσα από παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες. (Σακελλαρόπουλος και συν 2018).

Η Κοινωνική Πολιτική ασκεί επιρροή, όπως ήδη αναφέραμε, σε πολλούς κλάδους όπως είναι η στεγαστική πολιτική, η πολιτική απασχόλησης, η εκπαιδευτική πολιτική, η πολιτική φύλου, η πολιτική περιβάλλοντος, η μεταναστευτική πολιτική, η αντεγκληματική πολιτική και φυσικά η πολιτική κοινωνική ασφάλισης και η κοινωνική πρόνοια. (Κουραχάνης 2015). Επειδή η άσκηση της διεκπεραιώνεται κυρίως μέσω χορήγησης επιδομάτων και παροχής υπηρεσιών στους πολίτες της χώρας που το έχουν ανάγκη, αναφέρεται και ως Επιδοματική Πολιτική. Χρησιμοποιούνται δύο μέσα για την υλοποίηση της και αυτά είναι οι πολιτικές δημοσίων δαπανών και η φορολογική πολιτική. Ο κρατικός προϋπολογισμός καθορίζει τρία πράγματα, ποια αγαθά θα παραχθούν, σε ποιες αντίστοιχες ποσότητες αλλά και τον τρόπο που τα αγαθά αυτά θα επιμεριστούν ως προς το κόστος της παροχής τους μεταξύ των φορολογούμενων. Να σημειωθεί ότι οι κύριοι κρατικοί δημόσιοι φορείς άσκησης επιδοματικής πολιτικής στην Ελλάδα σήμερα είναι ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων

και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ), ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ε-ΕΦΚΑ), ο Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ-ΔΥΠΑ) και ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). (Σακελλαρόπουλος 2018)

Οι πολιτικές πρόνοιας έχουν ως στόχο να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά προβλήματα μέσα από διατάξεις, εγκύκλιους και νόμους που θεσμοθετεί η εκάστοτε κυβέρνηση ενώ για την χορήγηση ή μη των παροχών φροντίδας που προκύπτουν από αυτά, οι βασικές προϋποθέσεις επιλεξιμότητας των ατόμων είναι η περιουσιακή ιδιοκτησία τους και το εισόδημα που δηλώνουν. Τα εθνικά προγράμματα φροντίδας αφορούν κάποιες συγκεκριμένες ομάδες στις οποίες θα γίνει αναλυτική αναφορά παρακάτω. Επιγραμματικά αυτές είναι:

- Οικογένεια, Παιδί και Νεότητα
- Ηλικιωμένοι
- Άτομα με αναπηρίες
- Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες
- Ομάδες που βρίσκονται σε έκτακτη ανάγκη

Ως προς τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από ένα σύστημα υπηρεσιών φροντίδας, αυτές μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη είναι η πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα. Εδώ είναι οι ανοιχτές δομές που έχουν ως στόχο την πρόληψη, τον εντοπισμό αλλά και την καταγραφή των ευπαθών ομάδων. Η δευτεροβάθμια παρέχεται από πιο μεγάλους φορείς καθώς στοχεύει στην κάλυψη μεγαλύτερων πληθυσμιακών ομάδων και συμπεριλαμβάνει υπηρεσίες αποκατάστασης σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων αλλά και ξενώνες φιλοξενίας και κλειστής περίθαλψης. Τέλος η τριτοβάθμια μπορεί να αφορά κλειστή ή ανοιχτή φροντίδα και συμπεριλαμβάνει παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών από κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό ή απαιτεί την χρήση κάποιας ειδικής τεχνολογίας. (Σακελλαρόπουλος και συν 2018)

Αναφορικά με τα εθνικά προγράμματα που στηρίζουν τις ευπαθείς ομάδες, πιο αναλυτικά αυτά είναι:

#### Α. Οικογένεια, Παιδί και Νεότητα

Μητρότητα ⇒ κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό η μητέρα καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα με αιτιολογημένη άδεια, μειωμένο ωράριο εργασίας και επίδομα για τον τοκετό. Η απόλυση λόγω της εγκυμοσύνης απαγορεύεται και οι μητέρες πρέπει να

λαμβάνουν επίδομα στήριξης τέκνων αντίστοιχο με τον αριθμό των παιδιών. Συγκεκριμένα η άδεια μητρότητας με αποδοχές (τοκετού και λοχείας) στο δημόσιο είναι 22,5 εβδομάδες και στον ιδιωτικό τομέα 17. Η άδεια ανατροφής με αποδοχές περιλαμβάνει το μειωμένο ωράριο για τα πρώτα χρόνια ή ισόχρονη συνεχόμενη άδεια με αποδοχές που για το δημόσιο είναι εννέα μήνες και για τον ιδιωτικό τομέα είναι έξι μήνες. Η γονική άδεια άνευ αποδοχών για τον ιδιωτικό τομέα είναι 3,5 μήνες και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρι το παιδί να φτάσει τα 3,5 έτη. Στο δημόσιο είναι δύο έτη και μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρι το έκτος έτος του παιδιού. Ακόμα υπάρχει και η άδεια τεσσάρων ημερών ανά έτος για κάθε τέκνο.

Αντίστοιχα για τους άνδρες, η άδεια πατρότητας είναι πέντε ημέρες στο δημόσιο και δύο στον ιδιωτικό τομέα ενώ στην περίπτωση που δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει η μητέρα την άδεια ανατροφής, βάση του Ν. 4210/2013 μπορεί να το κάνει ο πατέρας.

Παιδιά έως 16 ετών ⇒ Εδώ η προσοχή επικεντρώνεται στα ανήλικα που βρίσκονται εκτός οικογενείας είτε λόγω θανάτου των γονέων/α είτε λόγω εγκατάλειψης. Όταν δεν υπάρχει κάποιο κοντινό μέλος της οικογένειας για να αναλάβει την κηδεμονία το κράτος έχει δημιουργήσει φορείς φιλοξενίας (πχ. Παιδικά χωριά SOS). Η υγεία των παιδιών είναι υποχρέωση του κράτους και περιλαμβάνει εμβολιασμό, προληπτική παιδιατρική, οδοντιατρική εξέταση και γενικά παροχές της πρωτοβάθμιας υγείας.

Η παιδική προστασία μπορεί να χωριστεί σε δύο κατηγορίες, την ανοιχτή και την κλειστή. Η ανοιχτή αναφέρεται στην παροχή μερικής φροντίδας μέσω βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών, των κατασκηνώσεων, των κέντρων δημιουργικής απασχόλησης και των μαθητικών εστιών. Εδώ συμπεριλαμβάνονται και η αναδοχή ή υιοθεσία του παιδιού από άλλη οικογένεια. Η κλειστή αφορά την φροντίδα που παρέχεται στα ανήλικα έξω από τα πλαίσια της φυσικής οικογένειας μέσω της ιδρυματικής φροντίδας τους από φορείς είτε κρατικούς είτε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (πχ. Χαμόγελο του παιδιού).

## B. Προγράμματα για Ηλικιωμένους

Και η φροντίδα των ηλικιωμένων χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, την ανοιχτή και την κλειστή. Η κλειστή ή αλλιώς ιδρυματική φροντίδα αφορά τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, δηλαδή τα γηροκομεία και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Η ανοιχτή ή αλλιώς εξωιδρυματική φροντίδα περιλαμβάνει προγράμματα τηλεϊατρικής, το πρόγραμμα «Βοήθεια

στο Σπίτι», τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).

### Γ. Άτομα με αναπηρίες

Τα μέτρα προστασίας των ατόμων αυτών αφορούν αρχικά την οικονομική τους ενίσχυση η οποία σχετίζεται με το είδος της αναπηρίας, την χρονιότητα της και στο τι προβλέπει ο ασφαλιστικός τους φορέας. Κάποιες είναι παροχές όπως τα αναπηρικά αμαξίδια, αλλά και επιδόματα. Ακόμα παρέχονται ευκαιρίες για ειδική αγωγή, εκπαίδευση, διαμόρφωση του χώρου τους αλλά και διαμόρφωση στους δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους ώστε να μπορούν να έχουν πρόσβαση.

### Δ. Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Σχετίζονται με επιδόματα και παροχές σε είδος και αφορούν τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού, με βασικά στοιχεία διάκρισης της ευπάθειας να είναι η οικονομική αδυναμία και η φτώχεια. Στην Ελλάδα η ευπαθείς ομάδες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες βάση του Ν.4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α’):

- Ευπαθείς ομάδες των οποίων η ένταξη στην κοινωνική ζωή παρεμποδίζεται από σωματικά και ψυχικά αίτια
- Ευπαθείς ομάδες που είναι σε μειονεκτική θέση εξαιτίας κοινωνικών, πολιτισμικών και οικονομικών αιτιών.

(Σακελλαρόπουλος και συν 2018)

Όσο αφορά τις πολιτικές που σχετίζονται με την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού αυτές μπήκαν στην ελληνική ζωή στα αρχές της δεκαετίας του 1990 (Λευκή και Πράσινη Βίβλος). Για την σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα οι πολιτικές αυτές που αποσκοπούν στην καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού και την υποστήριξη της κοινωνικής ένταξης εφαρμόζονται ως τρεις τύποι πολιτικών:

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ	<ul style="list-style-type: none"><li>• Δράσεις υπέρ απασχόλησης</li><li>• Δράσεις υπέρ φτώχειας και εισοδήματος (πχ. Φορολογικές)</li><li>• Δράσεις υπέρ δια βίου εκπαίδευσης</li></ul> Κύρια εφαρμογή σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ	Αφορούν φτωχούς, μετανάστες, άτομα με αναπηρίες,

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΠΕΡ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ	ηλικιωμένους, μονογονεϊκές οικογένειες κλπ. Κύρια εφαρμογή σε τοπικό επίπεδο.
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΧΩΡΟ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πολιτικές για ευαίσθητες κοινωνικά περιοχές</li> <li>• Κατά γκετοποίησης</li> <li>• Αστικές και αγροτικές πολιτικές</li> <li>• Πολιτικές αποβιομηχανοποίησης</li> </ul> Κύρια εφαρμογή σε εθνικές και τοπικές πολιτικές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Τύποι Πολιτικών Καταπολέμησης κοινωνικού αποκλεισμού (Σακελλαρόπουλος και συν 2018)

Όσο αφορά το Ευρωπαϊκό πλαίσιο, υπάρχουν συγκεκριμένες πρωτοβουλίες που έχουν παρθεί από τα κράτη μέλη και σχετίζονται με την χάραξη των πολιτικών καταπολέμησης του αποκλεισμού. Σημαντικές πολιτικές που σχετίζεται με την κοινωνική ένταξη και την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού είναι η *Συνθήκη του Μάαστριχτ* (1992), η *Συνθήκη του Άμστερνταμ* (1997), η *Συνθήκη της Νίκαιας* (2000) ενώ η *Συνθήκη της Λισαβόνας* (υπογράφει το 2007 κα τέθηκε σε εφαρμογή το 2009) σχετίζεται με την κοινωνική συνοχή. Τέλος ο *Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ένωσης* κατοχυρώνει στο επίπεδο της κοινοτικής έννομης τάξης το δικαίωμα κοινωνικής δράσης για να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός. Επίσης όσο αφορά την διαχείριση και καταπολέμηση των διακρίσεων υπάρχουν τρεις ευρωπαϊκές Οδηγίες: η Οδηγία 2000/43 περί ίσης μεταχείρισης προσώπων ασχέτως φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, η Οδηγία 2000/78 που αφορά τη διαμόρφωση γενικού πλαισίου για ίση μεταχείριση στην απασχόληση και στην εργασία και την Οδηγία 2000/113 για την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών στην πρόσβαση αγαθών και υπηρεσιών παροχής τόπους. Ακόμα οδηγίες που σχετίζονται με τους αιτούντες ασύλου και τους εκτοπισθέντες είναι η Οδηγία 2001/55 που αφορά τις ελάχιστες προδιαγραφές παροχής προσωρινής προστασίας σε περίπτωση μαζικής εισροής εκτοπισθέντων και τα μέτρα για την δίκαιη κατανομή βαρών ανάμεσα στα κράτη μέλη σχετικά με την αποδοχή και αυτών των ατόμων και των επιπτώσεων της αποδοχής τους. Η οδηγία 2003/9 αφορά τις ελάχιστες απαιτήσεις όσο αφορά την υποδοχή αιτούντων ασύλου στα κράτη μέλη, η Οδηγία 2004/83 αλλά και η Οδηγία 2005/85. (Αμίτσης 2014)

Θα ήταν χρήσιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά στην Εθνική Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης για την Ελλάδα που λειτούργησε με ποικίλους τρόπους. Αρχικά δημιούργησε ένα κοινό πλαίσιο αρχών, στόχων και προτεραιοτήτων ώστε να μπορούν να συντονιστούν,

παρακολουθηθούν και αξιολογηθούν όλες εκείνες οι παρεμβάσεις που έγιναν με στόχο να καταπολεμηθεί η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι διακρίσεις σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Ακόμα έδωσε μια ιεραρχία ως προς τις προτεραιότητες που πρέπει να υπάρχουν στις μεταρρυθμίσεις του συστήματος κοινωνικής προστασίας, μια ιεραρχία η οποία βασίστηκε στους στόχους που έθεσε η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσα από την Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2020 για μια «Εξυπνη, Βιώσιμη και χωρίς Αποκλεισμούς Ανάπτυξη». Επίσης κατοχύρωσε τα πεδία που σχετίζονται με την συνεργασία και την δικτύωση τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα ώστε να αξιοποιούνται πλήρως όλοι οι ανθρώπινοι πόροι και τα διαθέσιμα υλικά. Τέλος βοήθησε στην τυποποίηση των βασικών αρχών χρηματοδότησης των δημόσιων πολιτικών κοινωνικής ένταξης για την περίοδο 2015-2020. Το όραμα της Εθνικής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης βασίζεται στην μείωση των ανισοτήτων, στον εκσυγχρονισμό των δημόσιων πολιτικών ένταξης αλλά και στην αναβάθμιση της συνεργασίας μεταξύ κράτους, κοινωνίας πολιτών και αγοράς. Ως ωφελούμενοι της στρατηγικής θεωρούνται τα άτομα και οι οικογένειες εκείνες που βρίσκονται υπό την απειλή ή έχουν εγκλωβιστεί σε συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού και φτώχειας. Συγκεκριμένα είναι:

- Ανήλικοι 0- 17 ετών που βρίσκονται υπο την απειλή ή στην κατάσταση φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού
- Άτομα σε συνθήκες ακραίας φτώχειας λόγω έλλειψης πόρων
- Άτομα που λόγω προσωπικών παραγόντων (πχ. Αναπηρία, ανεργία, εξαρτίσεις, διαβίωση σε δομές κλειστής φροντίδας, χαμηλό επίπεδο ή έλλειψη εκπαίδευσης, αναλφαβητισμός, θρησκευτικές και πολιτιστικές ιδιότητες, πρόσφυγες και μετανάστες κλπ) βρίσκονται υπό αυξημένο κίνδυνο φτώχειας.

Οι ομάδες που στοχεύει η Ε.Σ.Κ.Ε είναι οι παρακάτω ευπαθείς ομάδες:

*Άτομα με αναπηρίας, άνεργοι, μακροχρόνια άνεργοι, παιδιά, Ρομά, μετανάστες, πρόσφυγες, Ηλικιωμένοι, Αποφυλακισθέντες, Άστεγοι, Εξαρτημένοι, Παλλινოსτούντες, Ανήλικοι Παραβάτες, κάτοικοι νησιωτικών, ορεινών ή απομακρυσμένων περιοχών.*

Οι στόχοι της Εθνικής Στρατηγικής για την κοινωνική ένταξη και την καταπολέμηση της φτώχειας μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις Επιχειρησιακούς Άξονες:

1. Πρόσβαση σε επαρκείς πόρους και βασικά αγαθά.



Η ομάδα στόχου σε αυτόν τον άξονα είναι αυτά που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας ενώ δίνεται έμφαση στους άστεγους. Οι στόχοι που επιδιώκονται εδώ ως προς την κοινωνική ένταξη είναι: η καταπολέμηση των διακρίσεων, του κινδύνου φτώχειας, του προβλήματος έλλειψης στέγης ή η απουσία πρόσβασης σε προσιτή στέγη, η πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού, η πρόληψη και η καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας αλλά και η ενίσχυση των μηχανισμών αυτών που προστατεύουν την οικογένεια.

2. Πρόσβαση σε Υπηρεσίες.

Η ομάδα στόχου σε αυτόν τον άξονα όσα ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, τα ΑμεΑ, οι γυναίκες, τα θύματα βίας και κακοποίησης, τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι, οι άστεγοι και άλλες ευπαθείς ομάδες (Ρομά). Οι επιδιωκόμενοι στόχοι είναι: η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με αναπηρία (προώθηση αποϊδρωματοποίησης, αποκατάστασης και υποστήριξης τους για να ζουν ανεξάρτητα), η ενίσχυση των μηχανισμών που προστατεύουν την οικογένεια και η πρόληψη και καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας, η πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού και η άρση των διακρίσεων, ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας με βάση την κοινότητα και την οικογένεια και τέλος η προώθηση της κοινωνικής ένταξης των ευάλωτων ομάδων (συν παιδιών και ηλικιωμένων) μέσω κοινωνικών υπηρεσιών και καινοτομιών.

3. Ένταξη σε αγορά εργασίας, βελτίωση απασχολησιμότητας και πρόσβαση στην απασχόληση

Η ομάδα στόχου εδώ είναι οι εργαζόμενοι σε επισφάλεια. Οι επιδιωκόμενοι στόχοι είναι: η ενίσχυση της προσαρμοστικότητας μέσω της δια βίου μάθησης, με συνεχή κατάρτιση και απόκτηση νέων δεξιοτήτων, η ενίσχυση την κοινωνικής οικονομίας και η προώθηση της ενεργούς ένταξης των ατόμων μέσω της παροχής ίσως ευκαιριών για όλους.

4. Διακυβέρνηση της Στρατηγικής

Η ομάδα στόχου εδώ είναι οριζόντια ενώ οι επιδιωκόμενοι στόχοι είναι: να διασφαλιστεί η αποτελεσματική εφαρμογή της στρατηγικής, η αναβάθμιση και η βελτίωση των υπόλοιπων θεσμών και μηχανισμών που οδηγούν στην κοινωνική ένταξη και η ενίσχυση πολιτικών ένταξης στο σύστημα διακυβέρνησης.

(Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων 2021 Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας )

Όσο αφορά τις προτεραιότητες των πολιτικών αυτές αναφέρονται παρακάτω:

ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ:

**Άξονας 1. Πρόσβαση σε επαρκείς πόρους και βασικά αγαθά**

**A. Επαρκείς πόροι**

Εγγύηση ελάχιστου εισοδήματος, Πρόσβαση σε στέγη, Πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, Οικονομικές διευκολύνσεις ατόμων εκτός αγοράς εργασίας ή εργαζομένων σε επισφαλή θέση εργασίας, Πρόσβαση στο επίδομα παιδιού, Πρόσβαση στο επίδομα γέννησης, Ενίσχυση μητρότητας, Οικονομική ενίσχυση για τη στήριξη της ανάδοχης οικογένειας, Εισοδηματική ενίσχυση οικογενειών ορεινών και μειονεκτικών περιοχών, Επίδοματική πολιτική για ΑμεΑ, Οικονομική ενίσχυση φοιτητών-τριών, Φορολογικές ευνοϊκές ρυθμίσεις, Δημοσιονομικές ευνοϊκές ρυθμίσεις, Αντιμετώπιση ιδιωτικού χρέους.

**B. Βασικά αγαθά**

Πρόσβαση σε βασικά είδη διαβίωσης

**Άξονας 2. Υπηρεσίες Υγείας**

**A. Υπηρεσίες Υποστήριξης και Πρόληψης**

Ανάπτυξη νέων και αναβάθμιση υφιστάμενων υπηρεσιών για τα ΑμεΑ, Αναβάθμιση της λειτουργίας Μηχανισμού Αξιολόγησης της Αναπηρίας, αναπηρία και η διάσταση του φύλου Συντάξεις και παροχές αναπηρίας στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης, Ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης και κοινωνικής προστασίας, Πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, Ισότητα και μη διάκριση – Προσβασιμότητα σε αγαθά και υπηρεσίες για ΑμεΑ και χρονίως Πάσχοντες, Αντιμετώπιση κρίσεων, Υποστηρικτικές υπηρεσίες για την αντιμετώπιση έκτακτης κοινωνικής ανάγκης ή κινδύνου των γυναικών θυμάτων βίας και κακοποίησης που υφίστανται πολλαπλές διακρίσεις, Πρόληψη της υπερχρέωσης

**B. Πρόσβαση σε υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας**

Πρόσβαση σε δομές ανοιχτής κοινωνικής φροντίδας,

**Γ. Μετάβαση από δομές κλειστής φροντίδας σε δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης στην κοινότητα ή στο οικογενειακό περιβάλλον**

Μετάβαση σε δομές υποστηριζόμενης διαβίωσης στην κοινότητα ή στο οικογενειακό περιβάλλον

**Δ. Προώθηση της αποϊδρυματοποίησης και της αποκατάστασης**

Προώθηση ολοκληρωμένων διαδικασιών αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης των παιδιών με ή χωρίς αναπηρία που διαβιούν σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές κλειστής φροντίδας, Ανεξάρτητη διαβίωση

**Ε. Υπηρεσίες δημιουργικής απασχόλησης, αγωγής και εκπαίδευσης**

Παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προσχολικής εκπαίδευσης σε παιδιά, υποστηρικτικές παρεμβάσεις σε κοινότητες Ρομά για την ενίσχυση της πρόσβασης σε ποιοτική συμπεριληπτική γενική εκπαίδευση και μείωσης της εγκατάλειψης της εκπαίδευσης από παιδιά και νέους, καταπολέμηση της σχολικής διαρροής και ενίσχυση της φοίτησης των παιδιών μεταναστών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, πρόσβαση σε υπηρεσίες σχολικής εκπαίδευσης, εκπαίδευση μαθητών-τριών με αναπηρία ή/και ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες.

#### ΣΤ. Υπηρεσίες υγείας

Πρόσβαση ανασφάλιστων πολιτών στην παροχή υπηρεσιών υγείας (ιατρικές εξετάσεις και συνταγογράφησης μέσω ΠΦΥ), πρόσβαση ανασφάλιστων πολιτών στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, διαπολιτισμική επιμόρφωση και υπηρεσίες διαπολιτισμικής μεσολάβησης

#### Ζ. Πρόσβαση σε κατάλληλη στέγη

Λειτουργία υπνωτηρίων / ξενώνων, πρόσβαση στη στέγη δικαιούχων διεθνούς προστασίας και μελών της οικογένειάς τους, πρόγραμμα «Στέγαση και Εργασία», απογραφή/Ψηφιοποίηση δεδομένων / Αξιοποίηση ακίνητης περιουσίας, δράσεις στον τομέα της στέγασης, της κοινωνικής κατοικίας και των υποδομών σε οικισμούς/καταυλισμούς Ρομά, πρόσβαση φοιτητών-τριών στη στέγη

#### Η. Πρόσβαση σε λοιπές υπηρεσίες

Ενίσχυση της συμμετοχής των Ρομά μέσω της ενδυνάμωσης της ανάπτυξης σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας και την καταπολέμηση των διακρίσεων, πρόσβαση σε ηλεκτρική ενέργεια, πρόσβαση σε νομικές υπηρεσίες, πρόσβαση σε Μέσα Μαζικής Μεταφοράς και διευκολύνσεις μετακίνησης, πρόσβαση σε προσιτές και ποιοτικές υπηρεσίες της ΑΑΔΕ, πρόσβαση σε υπηρεσίες παιδείας, πολιτισμού και αναψυχής.

### **Άξονας 3. Ένταξη στην αγορά εργασίας, βελτίωση της απασχολησιμότητας και πρόσβαση στην απασχόληση**

#### Α. Συμβουλευτική

Παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών προς τους/τις φοιτητές/τριες και τους αναζητούντες Εργασία

#### Β. Επαγγελματική κατάρτιση / εκπαίδευση

Πρόσβαση ευάλωτων ομάδων ανέργων σε δράσεις κοινωνικής επιχειρηματικότητας, πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε προγράμματα μη τυπικής εκπαίδευσης και

άτυπης μάθησης, προσαρμογή / επανακατάρτιση ανέργων, εργαζομένων σε κίνδυνο φτώχειας ή/και σε επισφαλή θέση εργασίας σε τομείς αιχμής, ανάπτυξη δράσεων για την κοινωνική ένταξη των Ρομά

#### Γ. Προγράμματα απασχόλησης

Πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε προγράμματα ενεργητικών πολιτικών Απασχόλησης, πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων ανέργων σε προγράμματα ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης, σε τοπικό επίπεδο, πρόσβαση άνεργων γυναικών θυμάτων έμφυλης και οικογενειακής βίας σε προγράμματα εργασίας, ενίσχυση επιχειρηματικότητας σε αγροτικές και αλιευτικές περιοχές, ενίσχυση της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτική και βιώσιμη απασχόληση των Ρομά

#### Δ. Προγράμματα κοινωνικής οικονομίας

Πρόσβαση ευάλωτων ομάδων ανέργων σε δράσεις κοινωνικής επιχειρηματικότητας σε τοπικό επίπεδο, ολοκλήρωση νομοθετικού πλαισίου για την κοινωνική οικονομία, υποστήριξη της δημιουργίας και της λειτουργίας επιχειρήσεων κοινωνικής οικονομίας

#### Ε. Άλλες υπηρεσίες πρόσβασης στην αγορά εργασίας

Πρόσβαση και προσαρμογή αιτούντων/ών και δικαιούχων διεθνούς προστασίας στην εργασία μέσω της εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας, προσαρμογή ανέργων στον ψηφιακό μετασχηματισμό

### **Άξονας 4: Διακυβέρνηση Ε.Σ.Κ.Ε.**

#### Α. Θεσμική και επιχειρησιακή ενίσχυση του Εθνικού Μηχανισμού Συντονισμού, Παρακολούθησης και Αξιολόγησης των Πολιτικών Κοινωνικής Ένταξης και Κοινωνικής Συνοχής

Θεσμική ενίσχυση του Εθνικού Μηχανισμού, επιχειρησιακή ενίσχυση του Εθνικού Μηχανισμού, ενίσχυση και ολοκλήρωση των πληροφοριακών συστημάτων που υποστηρίζουν τον Εθνικό Μηχανισμό, ενίσχυση των Περιφερειακών Παρατηρητηρίων, ενίσχυση δομών κοινωνικής ένταξης, ενίσχυση της λειτουργίας των κοινωνικών δομών των ΟΤΑ Α' βαθμού

#### Β. Ηλεκτρονική και ψηφιακή αναβάθμιση των προνοιακών θεσμών, δομών και εργαλείων για την ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής

Ηλεκτρονική και ψηφιακή αναβάθμιση των προνοιακών θεσμών, δομών και εργαλείων.

(Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων 2021 *Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας*)

## **9.1 ΑΝΑΔΙΑΝΕΜΗΤΙΚΗ -ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ**

Το στοιχείο της αναδιανομής είναι το πιο βασικό στοιχείο της Κοινωνικής Πολιτικής και το πιο έγκυρο μέσο για την επίτευξη του σκοπού της. Αφορά την αναδιανομή πόρων από τα άτομα που έχουν λιγότερη ανάγκη στα άτομα που έχουν μεγαλύτερη ενώ η κατανομή των πόρων (κυρίως βάση πλούτου και εισοδήματος) αποτελεί την ύψιστη ευθύνη της κυβέρνησης ενός κράτους αλλά και το βασικό του διακύβευμα. Οι σκοποί της αναδιανομής γενικά λειτουργούν σε όλες τις διαστάσεις μιας κοινωνίας μέσα από ανάλογες μορφές κοινωνικής δράσης (πχ. οργάνωση υπηρεσιών εγγύηση παροχών κα). Στα θεμέλια της αναδιανεμητικής λειτουργίας και της κοινωνικής οργάνωσης βρίσκονται οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας όπως η αστυνομία, τα δίκτυα μεταφορών κλπ., και οι κοινωνικές υπηρεσίες (οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόνοια, την υγεία, την εκπαίδευση). Αυτές οι πολιτικές μπορούν να δείξουν τους σκοπούς της Κοινωνική Πολιτικής που εφαρμόζεται. Βασικοί άξονες της αναδιανομής είναι η οικονομία, η αγορά, η κατανομή των κοινωνικών δαπανών αλλά και το θεσμικό ρυθμιστικό πλαίσιο ενώ το βασικότερο πεδίο όσο αφορά την οικονομική αναδιανομή είναι αυτό της αγοράς εργασίας με αμειβόμενη απασχόληση. (Βενιέρης 2015)

Ακόμα υπάρχουν δύο είδη αναδιανομής. Η κάθετη αναδιανομή αφορά σε διαφορετικά εισοδηματικά επίπεδα και λειτουργεί με διοχέτευση των πόρων από τα υψηλά προς τα χαμηλά επίπεδα εισοδημάτων ενώ παράλληλα λειτουργεί και ως εγγυητής των βασικών παροχών στα άτομα μέσα από καθολικά συστήματα παροχών. Η οριζόντια αναδιανομή αφορά παρεμφερή εισοδηματικά επίπεδα και σχετίζεται με την διασφάλιση παροχών ικανοποιητικού επιπέδου, με συστήματα κοινωνικής ασφάλισης όμοιων επαγγελματικών μορφών και ειδικοτήτων απασχόλησης. Να τονιστεί ότι η κάθετη αναδιανομή εξυπηρετεί ταχύτερα και αποτελεσματικότερα τους σκοπούς της Κοινωνικής Πολιτικής. Τα δύο είδη διανομής είναι συμπληρωματικά καθώς χρηματοδοτούνται από τα μεσαία εισοδήματα, τις μεσαίες δηλαδή τάξεις είτε μέσω ειδικής είτε μέσω της γενικής φορολόγησης. Γενικά η καθολικότητα και η επιλεκτικότητα ως προς την χρηματοδότηση και την απόδοση των κοινωνικών παροχών καθορίζονται σε μια μεγάλη έκταση από την μορφή και την υλοποίηση της αναδιανομής.

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε βασικές παροχές και επιδοματικά ενισχυτικά προγράμματα, στα πλαίσια άσκησης επιδοματικής πολιτικής του ελληνικού κράτους πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας.

- **Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα**

Το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα είναι ένα μέτρο που έχει κατά βάση προνοιακό χαρακτήρα. Συνδυάζει δύο δράσεις, η μία είναι η επιδοματική ενίσχυση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η δεύτερη είναι η υποχρεωτική ένταξη των ατόμων αυτών σε

δράσεις με κύριο σκοπό την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας. (Λαλιώτης 2017). Είναι μία παροχή που παρέχεται από την κοινωνία - κράτος βάση εισοδηματικών κριτηρίων. Η επιδοματική ενίσχυση στοχεύει να παρέχει τα ελάχιστα απαιτούμενα για την επιβίωση των δικαιούχων. Η επιδοματική ενίσχυση στην θεωρία λειτουργεί συμπληρωματικά με το εισόδημα των δικαιούχων με σκοπό να φέρει σε ισορροπία την ανισότητα που εντοπίζεται στο εισόδημα τους σε σχέση με άλλα μέλη της κοινωνίας (Ματσαγγάνης 2013)

Το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που αφορά τα νοικοκυριά που ζουν σε συνθήκες απόλυτης φτώχειας. Λειτουργεί συμπληρωματικά με τις πολιτικές που εφαρμόζονται για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Το πρόγραμμα αποτελεί συνδυασμό εισοδηματικής ενίσχυσης (μέσω χρηματικών παροχών) αλλά και συμπληρωματικών κοινωνικών υπηρεσιών, παροχών και αγαθών για τα μέλη του νοικοκυριού με την προϋπόθεση ότι πληρούνται κάποια συγκεκριμένα κριτήρια. Να σημειωθεί ότι μέχρι και τον Ιανουάριο του 2021 το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα έφερε το όνομα Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης, εξού και τα αρχικά ΚΕΑ τα οποία παραμένουν ακόμα σε παράλληλη χρήση. Το ΚΕΑ χορηγείται σε νοικοκυριά που πληρούν συγκεκριμένα εισοδηματικά, περιουσιακά αλλά και κριτήρια διαμονής (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4569>).

Από την ένταξη στο πρόγραμμα εξαιρούνται τα άτομα που φιλοξενούνται σε Μονάδες Κλειστής Φροντίδας ή σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης όπως οικοτροφεία, ξενώνες κτλ, ή είναι δικαιούχοι διαμονής σε προστατευμένα Διαμερίσματα. Επίσης τα άτομα που φιλοξενούνται σε Μονές και κρατούνται σε σωφρονιστικά καταστήματα καθώς και αυτά που διαμένουν στο εξωτερικό δεν λογίζονται ως δικαιούχοι του προγράμματος (ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ, ΙΟΥΛΙΟΣ 2021).

Η εφαρμογή των πολιτικών του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος αποσκοπούν στην καταπολέμηση της ακραίας φτώχειας μέσα από την παροχή πόρων και υπηρεσιών για την κάλυψη των βασικών αναγκών του ατόμου. Αυτές οι πολιτικές βοηθούν να καλύπτονται επαρκώς οι βασικές ανάγκες όλων ενώ συγχρόνως λειτουργούν προστατευτικά και προληπτικά όσο αφορά την αποφυγή της επιδοματικής εξάρτησης από τα άτομα καθώς αυτή αποτελεί μια κατάσταση που απλά εντείνει τον κύκλο φτωχοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού τους. (Μπαλούρδος, Πετράκη 2012)

Έτσι λοιπόν, το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα αποτελεί ένα προνοιακό πρόγραμμα που χορηγείται σε 273.000 ευάλωτα νοικοκυριά. Λειτουργεί ανακουφιστικά στα άτομα που

βιώνουν τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας. Η παροχή αυτή αποτελεί κρατική μέριμνα ώστε να έχουν όλοι οι πολίτες αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης και κατοχυρώνεται από το Άρθρο 21 του Συντάγματος.

Πιο αναλυτικά, σύμφωνα με τον ΟΠΕΚΑ, το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα έχει τρεις βασικές πτυχές οι οποίες είναι η εισοδηματική ενίσχυση, η διασύνδεση του ατόμου με τις υπηρεσίες κοινωνικής ένταξης και τέλος η διασύνδεση με υπηρεσίες ενεργοποίησης που στόχο έχουν την ένταξη ή επανένταξη των δικαιούχων στην αγορά εργασίας και τέλος την κοινωνική τους επανένταξη.

Όσο αφορά την **εισοδηματική ενίσχυση**, αυτή είναι το χρηματικό ποσό που παρέχεται ενισχυτικά στην ωφελούμενη μονάδα. Ως ωφελούμενη ομάδα μπορούν να θεωρηθούν τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτή του Μονοπρόσωπου Νοικοκυριού, αφορά δηλαδή κάθε πρόσωπο που μένει μόνο του σε κατοικία με εξαίρεση την κατηγορία των ενηλίκων έως 25 που έχουν την φοιτητική ιδιότητα. Η δεύτερη κατηγορία αφορά το Πολυπρόσωπο Νοικοκυριό όπου εντάσσονται και φιλοξενούμενα άτομα ή οικογένειες αλλά και ενήλικα τέκνα έως 25 που έχουν φοιτητική ιδιότητα. Η τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι οι Άστεγοι που είναι οι άνθρωποι που μένουν στο δρόμο ή σε ακατάλληλα καταλύματα με την βασική προϋπόθεση ότι έχουν καταγραφεί από τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων και των Κέντρων της Κοινότητας ή κάνουν χρήση των υπνωτηρίων που λειτουργούν στους Δήμους.

Ακόμα, συνίσταται σε συμπληρωματικές κοινωνικές υπηρεσίες παροχές και αγαθά που σχετίζονται με την διασύνδεση των ωφελούμενων ομάδων με συγκεκριμένες παροχές που είναι: το Κοινωνικό Τιμολόγιο παροχών ηλεκτρικής ενέργειας, ύδρευσης, το Κοινωνικό Τιμολόγιο Δήμων και Επιχειρήσεων, η δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων, η ένταξη σε προγράμματα και κοινωνικές δομές καταπολέμησης της φτώχειας, παραπομπή και ένταξη σε δομές και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και υποστήριξης αλλά και ένταξη των μονάδων στις δράσεις που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους.

Τέλος οι υπηρεσίες ενεργοποίησης αφορούν την προώθηση των δικαιούχων που βρίσκονται σε θέση να εργαστούν σε δράσεις που αποσκοπούν στην ένταξη τους στην αγορά εργασίας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν: κάλυψη προτεινόμενης θέσης εργασίας, συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης, προγράμματα κοινωφελούς εργασίας και

προγράμματα απόκτησης επαγγελματικής εμπειρίας και ένταξη η επιστροφή στο εκπαιδευτικό σύστημα αλλά και στα σχολεία δεύτερης ευκαιρίας.

Σε κάθε περίπτωση το δηλούμενο εισόδημα δεν πρέπει να ξεπερνάει τα 5.400 ανεξάρτητα από το πόσα είναι μέλη του νοικοκυριού. Γενικά όσο αφορά τα περιουσιακά κριτήρια οι προϋποθέσεις είναι όσο αφορά την ακίνητη περιουσία, η συνολική φορολογητέα αξία της να μην υπερβαίνει στο σύνολο της τα 90.000 ευρώ για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά με προσαυξανόμενη αξία 15.000 ευρώ για κάθε μέλος και συνολικά έως και 150.000 ευρώ. Όσο αφορά την κινητή περιουσία τώρα, η αντικειμενική δαπάνη των επιβατικών οχημάτων Ι.Χ. και Μ.Χ. και των δίκυκλων του νοικοκυριού δεν μπορούν να υπερβαίνουν στο σύνολο τους τα 6.000 ευρώ. Το συνολικό ύψος των καταθέσεων και η τρέχουσα αξία μετοχών ομολόγων κλπ του νοικοκυριού δεν μπορούν να υπερβαίνουν τα 14.400 ευρώ.

Όσο αφορά το περιουσιακό τεκμήριο δεν γίνονται αποδεκτές αιτήσεις νοικοκυριών που σύμφωνα με την τελευταία εκκαθαρισμένη φορολογική δήλωση εισοδήματος δηλώνουν δαπάνες για δίδακτρα σε ιδιωτικά σχολεία, για αμοιβές πληρωμάτων σκαφών αναψυχής, που εμπίπτουν σε διατάξεις φόρου πολυτελείας και τέλος όσοι δηλώνουν δαπάνες που αφορούν δασκάλους, οδηγούς, οικιακούς βοηθούς και λοιπό προσωπικό (<https://opeka.gr/elachisto-engyimeno-eisodima-kea/plirofories>).

Συγκεκριμένα για τα μονοπρόσωπα νοικοκυριά το ΚΕΑ είναι 200 ευρώ τον μήνα ενώ για κάθε επιπλέον ενήλικα του νοικοκυριού η προσαύξηση είναι 100 ευρώ το μήνα και για κάθε ανήλικο 50 ευρώ το μήνα. Το ανώτατο όριο το μηνιαίου ποσού είναι 900 ευρώ και το πρόγραμμα εφαρμόζεται από τον ΟΠΕΚΑ.

Η εφαρμογή του ΚΕΑ πανελλαδικά ξεκίνησε το 2017 . Το συμπληρωματικό Μνημόνιο Συνεργασίας που υπογράφηκε τον Ιούνιο του 2016 περιλάμβανε την παροχή βοήθειας από διεθνείς οργανισμούς στην Ελλάδα ώστε να υιοθετηθούν πολιτικές που θα αποτελέσουν ένα κοινωνικό δίκτυ προστασίας που θα μεταφράζεται στην πολιτική ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Το ΚΕΑ συνδυαστικά με κάποιο πακέτο ανθρωπιστικών μέτρων προσωρινής διάρκειας στόχευε να προστατεύσει τις ομάδες που είχαν πληγεί περισσότερο από άλλες από την οικονομική κρίση και τις καταστροφικές της συνέπειες για την ελληνική κοινωνία. (Λαλιώτη 2018)



Οι στόχοι, το κόστος και οι προδιαγραφές για την εφαρμογή του προγράμματος ΚΕΑ ορίζονται:

- στην Κοινή Υπουργική Απόφαση Δ13/οικ. 33475/1935 και στις τροποποιήσεις της,
- Απόφαση Αριθμ. Δ13/οικ./54635/2701 και
- Απόφαση Αριθμ. Δ/13/οικ./54652/2700

Ενώ οι όροι και οι προδιαγραφές που θέτουν το πλαίσιο για την υλοποίηση του προγράμματος είναι οι αποφάσεις αυτές σε συνδυασμό με τον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΕΑ.

Επίσης για να γίνει μια ανακεφαλαίωση, το ΚΕΑ περιλαμβάνει τρεις βασικούς πυλώνες που είναι:

- Εισοδηματική ενίσχυση (σε χρηματική παροχή)
- Υπηρεσίες Κοινωνικής Ένταξης (πχ κοινωνικό τιμολόγιο παροχής ενέργειας, ιατροφαρμακευτική κάλυψη και περίθαλψη σε ανασφάλιστους κλπ)
- Υπηρεσίες Ενεργοποίησης (πχ. Κοινοφελής εργασία, επαγγελματική κατάρτιση, επιστροφή στο εκπαιδευτικό σύστημα και στα σχολεία δεύτερης ευκαιρίας κλπ.) (Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2021 *Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας*).

- **Λοιπά Επιδόματα και Παροχές**

Ένα ακόμα ανακουφιστικό μέτρο για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού είναι και η παροχή **στεγαστικής συνδρομής**. Η στεγαστική συνδρομή είναι ένα επίδομα ενοικίου που καταβάλλεται σε ανασφάλιστους και οικονομικά αδύναμους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που μένουν μόνοι ή με τον/την σύζυγο τους. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μην έχουν κανένα εισόδημα από καμία πηγή προερχόμενη είτε από εσωτερικό είτε από εξωτερικό, θα πρέπει να μην έχουν στέγη και να μένουν σε μισθωμένη οικία για την οποία δεν μπορούν να καταβάλλουν το ενοίκιο και τέλος έχουν ετήσιο φορολογητέο εισόδημα κάτω των 4.320 ευρώ ή 8.640 στην περίπτωση ζευγαριού και πληρούν συγκεκριμένα περιουσιακά κριτήρια. Όσο αφορά τα ανασφάλιστα ζευγάρια, θα πρέπει και οι δύο να είναι ανασφάλιστοι και ο ένας τουλάχιστον να έχει συμπληρώσει τα εξήντα επτά έτη.

Γενικά είναι μια παροχή μη ανταποδοτική και δίνεται μετά από έλεγχο περιουσιακών στοιχείων σε άτομα οικονομικά αδύναμα χωρίς εισόδημα ή ακίνητη περιουσία και ανάκανα να καλύψουν τις στεγαστικές τους ανάγκες. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους Δήμους και το ποσό του επιδόματος ανέρχεται στα 362 ευρώ τον μήνα και εφαρμόζεται επίσης από τον ΟΠΕΚΑ.

Το **Επίδομα Στέγασης** αποτελεί μια παροχή υποστήριξης εισοδήματος που σκοπό έχει να βοηθήσει τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα που ζουν σε ενοικιαζόμενες πρώτες κατοικίες να καλύψουν το κόστος του ενοικίου. Για να μπορούν να αιτηθούν τα άτομα πρέπει να είναι νόμιμοι μόνιμοι κάτοικοι της χώρας πέντε έτη πριν την αίτηση και φυσικά να πληρούν συγκεκριμένα εισοδηματικά κριτήρια. Όσο αφορά τους υπηκόους τρίτων χωρών η ελάχιστη διάρκεια διαμονής πριν την δυνατότητα αίτησης είναι δώδεκα έτη. Η επιδότηση ενοικίου είναι 70 ευρώ το μήνα για μονομελή οικογένεια και για κάθε πρόσθετο μέλος το ποσό προσαυξάνεται στα 35 ευρώ για το κάθε άτομο. Το επίδομα ενοικίου, στο συνολικό του ύψος δεν μπορεί να φτάσει πάνω από 210 ευρώ το μήνα και εφαρμόζεται από τον ΟΠΕΚΑ.

Ακόμα στα ανασφάλιστα άτομα που ζουν νόμιμα στην Ελλάδα αλλά και στα άτομα που δεν μένουν νόμιμα αλλά χρειάζονται νοσοκομειακή και ιατρική περίθαλψη καθώς ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες (γυναίκες, άτομα με αναπηρία, έγκυες κλπ) χορηγείται **δωρεάν πρόσβαση στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας**. Η μόνη προϋπόθεση σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι το άτομο οφείλει να έχει Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ή Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (ΚΥΠΑ). Οι δικαιούχοι μπορούν να προσέλθουν σε δημόσια νοσοκομεία και έχουν πρόσβαση σε φαρμακευτικά προϊόντα, νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη .

Ακόμα, όσο αφορά τα άτομα με αναπηρία, ο ΟΠΕΚΑ χορηγεί 10 προνοιακά αναπηρικά επιδόματα σε 163.000 δικαιούχους. Με αυτόν τον τρόπο το κράτος φροντίζει τα άτομα αυτά που αποτελούν μια ευπαθή ομάδα να μην οδηγούνται στην φτωχοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Οι παροχές του ΟΠΕΚΑ στα άτομα με αναπηρία είναι: πρόγραμμα ενίσχυσης ατόμων με βαρηκοΐα, αναπηρία όρασης, εγκεφαλική παράλυση, με βαριά αναπηρία, με βαριά νοητική στέρηση, παραπληγικών –τετραπληγικών και ακρωτηριασμένων ανασφάλιστων και ασφαλισμένων του Δημοσίου, διατροφικό επίδομα σε νεφροπαθείς - μεταμοσχευμένους καρδιάς - ήπατος κλπ., οικονομική ενίσχυση ασθενών και θεραπευμένων και μελών της οικογενείας τους και επίδομα κίνησης. Ακόμα είναι η

οικονομική ενίσχυση ατόμων με συγγενή αιμολυτική αναιμία (μεσογειακή-δρεπανοκυτταρική-μικροδεπανοκυτταρική κλπ.) ή συγγενή αιμορραγική διάθεση (αιμορροφιλία) και Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοανεπάρκειας (AIDS), η κάρτα αναπηρίας και ο προσωπικός βοηθός για άτομα με αναπηρία (<https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches>).

Μια ακόμα μη ανταποδοτική παροχή του ΟΠΕΚΑ είναι και το **επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων**. Αφορά άτομα άνω των 67 ετών με χαμηλό εισόδημα που ζουν στην Ελλάδα και δεν παίρνουν ή δεν δικαιούνται σύνταξη από το εξωτερικό ή κάποια άλλη παροχή κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας στην Ελλάδα και διαμένουν στην Ελλάδα για δεκαπέντε συνεχόμενα χρόνια. Το επίδομα φτάνει τα 360 ευρώ που χορηγούνται σε μηνιαία βάση. Το επίδομα θεσμοθετήθηκε με το άρθρο 93 του νόμου 4387/2016 (ΦΕΚ Α' 85/12.5.2016).

Ακόμα όσο αφορά τις οικογένειες υπάρχει και το **επίδομα παιδιού**. Μία ακόμα δράση που παρέχεται από τους Δήμους και προέκυψε από την περίοδο της οικονομικής κρίσης είναι και το **Κοινωνικό Παντοπωλείο** που περιγράφεται στο άρθρο 2 της Οδηγίας 2009/50/ΕΚ. Αυτά είναι υπηρεσίες που παρέχουν είδη πρώτης ανάγκης που σχετίζονται με την σίτιση και την ένδυση άπορων ανθρώπων. Τα είδη που παρέχονται είναι προϊόν δωρεών και χορηγιών. Μέσα στα πλαίσια των παντοπωλείων οι ΟΤΑ (πρώτου και δεύτερου βαθμού) μπορούν να κάνουν συσσίτια για διανομή φαγητού στους άπορους και να παίρνουν όποιο άλλο μέτρο θεωρούν ότι μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά προς αυτούς ([www.opengov.gr/types](http://www.opengov.gr/types))  
Ακόμα υπάρχουν και τα **κοινωνικά ιατρεία αλληλεγγύης**.

Για την παροχή βοήθειας στους άνεργους διατίθεται από το κράτος μέσω του ΔΥΠΑ (πρώην ΟΑΕΔ) και το τακτικό **επίδομα ανεργίας** όταν πληρούνται κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Μεταξύ άλλων ανάμεσα σε αυτές είναι τα άτομα να είναι ασφαλισμένα ως εργαζόμενα στον κλάδο ανεργίας του ΟΑΕΔ, να έχει προηγηθεί λήξη ή καταγγελία της προηγούμενης σύμβασης, να μην απασχολούνται κάπου αλλού και να έχουν την ιδιότητα του ανέργου κατά την αίτηση για επιδότηση (<https://www.kepea.gr/aarticle.php?id=123>). Φυσικά πρέπει να έχουν συμπληρώσει και ένα συγκεκριμένο αριθμό ενσήμων για την σχετική χρονία. Όσο αφορά την μακροχρόνια ανεργία χορηγείται αμέσως μετά την λήξη της τακτικής επιδότησης το **επίδομα μακροχρόνιας ανεργίας** το οποίο όπως και το παραπάνω έχει διάρκεια ένα χρόνο. Άλλα επιδόματα που αφορούν την καταπολέμηση της ανεργίας είναι τα ειδικά εποχικά βοηθήματα,

το ειδικό βοήθημα μετά από τρίμηνη παραμονή στο Μητρώο Ανέργων και το ειδικό βοήθημα μετά τη λήξη της επιδότησης λόγω ανεργίας (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4571>)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup> : ΑΝΑΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

Όσο αφορά τον εργαλειακό εκσυγχρονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου, προτείνονται κάποιες επαναχαράξεις ή αλλιώς αναπροσανατολισμοί προτεραιοτήτων που οφείλουν να εφαρμόζονται όσο αφορά το κοινωνικό κράτος. Οι επαναχαράξεις αυτές σχετίζονται πρώτον με την λειτουργία του κράτους αυτού καθ' εαυτού σε σχέση με την προστασία που παρέχει στα άτομα από τους κοινωνικούς κινδύνους, δεύτερον με την κατεύθυνση του αναδιανεμητικού ρόλου στις διάφορες κοινωνικές ομάδες λαμβάνοντας υπόψη τις ανισότητες που έχουν δημιουργηθεί από τα ισχύοντα συστήματα κοινωνικής προστασίας, τρίτον με το κανονιστικό και αξιακό πλαίσιο της κοινωνίας και τέταρτον με θεσμική επαναχάραξη που αφορά τους φορείς, τους θεσμούς αλλά και τον ρόλο τους κατά την διαδικασία σχεδιασμού και εφαρμογής των πολιτικών. (Σακελλαρόπουλος και συν 2018, Σακελλαρόπουλος 2011)

Στην περίοδο που διανύουμε, τόσο στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης όσο και στις οικονομικοκοινωνικές επιπτώσεις που επήλθαν λόγω της πανδημίας, διαπιστώνουμε ότι τα κράτη της Ε.Ε. αντιμετώπισαν αποτελεσματικά τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο, την ενεργειακή και πληθωριστική κρίση αδιακρίτως κυβερνώντων και ανεξαρτήτως από του γεγονότος οι εργαζόμενοι τους είναι πολύ υψηλότερα αμειβόμενοι από εμάς.

Κατόρθωσαν να περιορίσουν την κερδοσκοπία, να συγκρατήσουν τις τιμές της ενέργειας και πολλών προϊόντων. Έβαλαν φόρο στα υπερκέρδη των ενεργειακών ομίλων. Η Γαλλία, επανακρατικοποίησε την επιχείρηση ηλεκτρισμού της ενώ η Γερμανία, εθνικοποίησε ιδιωτικούς ενεργειακούς κολοσσούς.

Η χώρα μας στήριξε τους εργαζόμενους και τις επιχειρήσεις για να μπορέσουν να αμβλύνουν τις οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας στη ζωή και τη λειτουργία τους μέσω ποσών που διατέθηκαν είτε ως εισοδηματικές ενισχύσεις στους εργαζόμενους είτε ως μη επιστρεπτέες προκαταβολές στις επιχειρήσεις. Οι δαπάνες για την αντιμετώπιση της πανδημίας, φτάσανε τα 40 δισ. ευρώ ενώ διατέθηκαν 15 δισ. για την αντιμετώπιση της ενεργειακής κρίσης και του πληθωρισμού που πυροδότησε. (Γκότσης Χαράλαμπος, *Επιδοματική πολιτική και φοροδιαφυγή*, 19-11-2022, από <https://www.naftemporiki.gr/afieromata/the-n-society/1404569/epidomatiki-politiki-kai-forodiatfygi>)

Επίσης, συνέχιζε να εφαρμόζει με συνέπεια την επιδοματική της πολιτική δίνοντας επιδόματα θέρμανσης ενοικίου, κτλ και τελευταία να καθιερώνει και νέα επιδόματα, όπως αυτό για τα τρόφιμα (food pass ή αλλιώς market pass).

Αλλά, η επιδοματική πολιτική ενώ δίνει μια μικρή έμπρακτη στήριξη, σε οικονομικά και κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, δεν θεραπεύει την παθογένεια της οικονομίας εν γένει, γιατί δεν περιορίζει την κερδοσκοπία, την αισχροκέρδεια, δεν αντιμετωπίζει την ακρίβεια, δεν αποζημιώνει τις απώλειες των καταναλωτών. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι μέρος των υπερκερδών των επιχειρήσεων χορηγείται σαν επίδομα σε κάποιους δικαιούχους. Παρόλα αυτά, δεν λύνετε κανένα από τα μεγάλα προβλήματα και δεν αποκαθίσταται οι αδικίες της οικονομικής πολιτικής.

Η πολιτική που θα μπορούσε να συνδράμει ουσιαστικά στην άμβλυνση της οικονομικής παθογένειας, είναι η πολιτική της ρύθμισης των αγορών, ο περιορισμός των ανατιμήσεων, η καταπολέμηση της κερδοσκοπίας και της αισχροκέρδειας προκειμένου να ελεγχθεί η ακρίβεια.

Επίσης, σημαντικό μέτρο θα ήταν η μείωση της φορολογίας των ειδών πρώτης ανάγκης και η φορολόγηση των υπερκερδών των επιχειρήσεων που κερδίζουν σε βάρος του καταναλωτή.

Τέλος, η πολιτική που θα αύξανε την αγοραστική δύναμη των εργαζομένων είναι η αύξηση των αμοιβών τους στα επίπεδα των ευρωπαϊκών μισθών και φυσικά η ενεργή ένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας (Μυλόπουλος Ιωάννης, *Η επιδοματική πολιτική δεν θεραπεύει παθογένειες*, 24-12-2022 από <https://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/i-epidomatiki-politiki-den-therapeyei-pathogeneies>).

Στο διάγραμμα που ακολουθεί αποτυπώνονται στοιχεία της Eurostat για το 2017, που μαρτυρούν ότι η χώρα μας καταλαμβάνει την τελευταία θέση ως προς την

αποτελεσματικότητα των κοινωνικών μεταβιβάσεων, πλην των συνταξιοδοτικών παροχών, προσπαθώντας να περιορίσει τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας.

Πηγή: <https://www.kathimerini.gr/economy/local/995060/anapotelesmatika-ta-epidomata-gia-ti-meiosi-tis-ftocheias>

Διάγραμμα 1: πόσο μεταβάλλεται το ποσοστό φτώχειας μετά την καταβολή κοινωνικών επιδομάτων



Να σημειωθεί όμως ότι χωρίς τα κοινωνικά επιδόματα, το ποσοστό της φτώχειας στην Ελλάδα εκτινάσσεται στο 48,2%.

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat 2016, οι συνολικές δαπάνες για κοινωνική προστασία, ως ποσοστό του ΑΕΠ, είναι στο 20,7% όταν ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι στο 19,1%. Βέβαια, το 16% αφορά τις παροχές προς ηλικιωμένους, κυρίως συντάξεις και μόλις το 0,6% τις οικογένειες, το 0,5% τους ανέργους και 1,5% την αναπηρία και την ασθένεια.

Παρόλα αυτά, καταδεικνύεται η αναγκαιότητα αύξησης των παροχών στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, πλην των συνταξιούχων, για να μειωθεί στη χώρα μας το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται στο κατώφλι της φτώχειας. (Σαλούρου Ρούλα, 2018, *Αναποτελεσματικά τα επιδόματα για τη μείωση της φτώχειας*, από <https://www.kathimerini.gr/economy/local/995060/anapotelesmatika-ta-epidomata-gia-ti-meiosi-tis-ftocheias> προσπέλαση 2/1/2023).

## ΕΝΟΤΗΤΑ Β΄

### Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

#### 1<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ:

#### 1.1 ΔΥΤΙΚΗ ΑΘΗΝΑ- ΔΗΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Η Δυτική Αθήνα ορίζεται ως μία γεωγραφική και αστική ενότητα έκτασης περίπου 7.005 εκταρίων Βορειοδυτικά έως Δυτικά του Λεκανοπεδίου Αττικής και συγκεκριμένα του Δυτικού Λεκανοπεδίου. Ο πληθυσμός της σύμφωνα με την τελευταία απογραφή (2021) ανέρχεται στους 475.809 κατοίκους. Αποτελείται από τους Δήμους: Αγία Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων- Καματερού, Αιγάλεω, Ιλίου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου ([https://www.e-go.gr/perifereiaki\\_enotita](https://www.e-go.gr/perifereiaki_enotita))

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής 2021 που διενήργησε η ΕΛΣΤΑΤ ακολουθεί πίνακας (πίν. 6) με στοιχεία που αφορούν τον πληθυσμό των δήμων Δυτικού Τομέα Αθηνών, ανά δήμο και τη διαφοροποίησή τους σε σχέση με την προηγούμενη απογραφή όπως επίσης και την αναλογία αντρών – γυναικών σε κάθε δήμο.

#### Περιφερειακή Ενότητα Δυτικού Τομέα Αθηνών

Δήμος	Πληθυσμός		Διαφορά	Άνδρες		Διαφορά	Γυναίκες		Διαφορά
	2021	2011		2021	2011		2011	2021	
ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	132.123	139.981	-7.858	63.853	68.563	-4.710	68.270	71.418	-3.148

ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	26.759	26.550	209	12.682	12.650	32	14.077	13.900	177
ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ -ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	61.427	62.529	-1.102	29.908	30.925	-1.017	31.519	31.604	-85
ΑΙΓΑΛΕΩ	64.828	69.946	-5.118	31.139	34.008	-2.869	33.689	35.938	-2.249
ΙΛΙΟΥ	83.523	84.793	-1.270	40.267	41.594	-1.327	43.256	43.199	57
ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΕΩΣ	60.166	58.979	1.187	28.916	28.582	334	31.250	30.397	853
ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	46.983	46.897	86	22.866	23.245	-379	24.117	23.652	465
<b>Σύνολο</b>	<b>475.809</b>	<b>489.675</b>	<b>-13.866</b>	<b>229.631</b>	<b>239.567</b>	<b>-9.936</b>	<b>246.178</b>	<b>250.108</b>	<b>-3.930</b>

ΠΗΓΗ: <https://fourtounis.gr> από ΕΛΣΤΑΤ

**Πίνακας 7: Εξέλιξη του Πληθυσμού των Δήμων του Δυτικού Τομέα Αθηνών 1991-2001-2011**

ΔΗΜΟΙ - ΕΤΑΙΡΟΙ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 1991	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 2001	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 2011
ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	28.706	31.354	26.550
ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ - ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ	48.149	58.244	62.529
ΑΙΓΑΛΕΩ	78.563	77.917	69.946
ΙΛΙΟΥ	78.326	85.572	84.793
ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	137.288	146.743	139.981
ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗΣ	38.278	51.559	58.979
ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ	47.437	48.494	46.897
<b>Δυτική Αθήνα</b>	<b>456.747</b>	<b>499.883</b>	<b>489.675</b>
<b>Περιφέρεια Αττικής</b>	<b>3.523.407</b>	<b>3.894.573</b>	<b>3.828.434</b>
<b>Ελλάδας</b>	<b>10.259.900</b>	<b>10.934.097</b>	<b>10.816.286</b>

Πηγή: Απογραφές 1991, 2001, 2011 (ΕΛΣΤΑΤ)

Η εικόνα που αποτυπώθηκε στην τελευταία απογραφή μαρτυρά σχετική στασιμότητα του πληθυσμού την τελευταία εικοσαετία. Διακρίνουμε δυο αντίθετα ρεύματα. Έρχονται οικονομικοί μετανάστες ενώ παράλληλα φεύγουν συμπολίτες μας με μεσαία και υψηλά εισοδήματα, καθώς επιθυμούν να διαμείνουν στα βόρεια και ανατολικά προάστια. (<https://home.asda.gr>)

Οι αστικές περιοχές αποτελούν το κέντρο της δημιουργίας και ανάπτυξης μιας χώρας. Όμως παράλληλα αντιμετωπίζουν προβλήματα τόσο κοινωνικά, όπως η υψηλή ανεργία, η παραβατικότητα και η αυξανόμενη εγκληματικότητα, η έλλειψη οργανωμένης



μεταναστευτικής πολιτικής, όσο και περιβαλλοντικά, όπως η έλλειψη αστικού πρασίνου, τα μείζονα κυκλοφοριακά προβλήματα, η υποβάθμιση του φυσικού περιβάλλοντος, η επέκταση των βιομηχανικών μονάδων. Όλα αυτά έχουν αντίκτυπο στη ζωή των κατοίκων των περιοχών.

Και βέβαια, τέτοια μεγάλα ζητήματα δεν έχουν όρια διοικητικά μέσα στον αστικό ιστό της Αττικής. Παντού στην Αθήνα υπάρχει έξαρση της εγκληματικότητας, ατμοσφαιρική ρύπανση, ανεργία κτλ. Όμως δεν παρουσιάζονται με την ίδια ένταση σε όλη την Αθήνα. Ο τομέας που πλήττεται περισσότερο από τα παραπάνω προβλήματα και θεωρείται η περιοχή με το χαμηλότερο κοινωνικό κύρος στο λεκανοπέδιο είναι η Δυτική Αθήνα. (<https://home.asda.gr>).

Η Δυτική Αθήνα αποτελεί μια χωρική ενότητα της Περιφέρειας Αττικής με μεγάλα και χρόνια προβλήματα φτώχειας, κοινωνικών ανισοτήτων και περιθωριοποίησης. Η υποβάθμιση της συγκριτικά με τις άλλες περιοχές του Λεκανοπεδίου είναι διαχρονικό χαρακτηριστικό της Δυτικής Αθήνας. Η σημερινή εθνική δημοσιονομική, οικονομική και κοινωνική κρίση, δεν αποτελεί την πρωταρχική αιτία της δημιουργίας της κρίσης στην περιοχή. Υπάρχει ένα ιστορικό που την οδήγησε στην σημερινή κατάσταση, το οποίο είναι το εξής:

Η Δυτική Αθήνα προπολεμικά, κατοικήθηκε από λαϊκά στρώματα που αναζητούσαν εργασία στην περιοχή, καθώς στην περιοχή του Κηφισού και πέριξ, είχαν κατασκευαστεί διάφορες παραγωγικές και μεταποιητικές μονάδες που μπορούσαν να απορροφηθούν ως εργατικό δυναμικό, ενώ άλλοι απορροφήθηκαν σε μεγάλες υπηρεσίες υγείας που χωροθετήθηκαν στην περιοχή (Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής στο Χαϊδάρι με δυναμικό εργαζομένων όλων των ειδικοτήτων και κλάδων εκπαίδευσης, περίπου στα 1500 άτομα).

Κατά την εσωτερική μετανάστευση που ακολούθησε τον Πόλεμο και τον Εμφύλιο, πολλά μεταναστευτικά ρεύματα κατάκλυσαν την περιοχή. Γνώρισε έντονη μαζικοποίηση, γιατί αποτελούσε φτηνό τόπο γης και κατοικίας. Οικοδομήθηκε με αυθαίρετη δόμηση, με χωροθέτηση εργατικών πολυκατοικιών και προσφυγικών σπιτιών και με το σύστημα της αντιπαροχής. Έτσι καλύφθηκαν σχεδόν όλοι οι ελεύθεροι χώροι, παρουσιάστηκαν κενά στις κοινωφελείς υποδομές και διαμορφώθηκε μια εικόνα αστικής και κοινωνικής υποβάθμισης. Η Δυτική Αθήνα αναδείχθηκε μέσα από τους κοινωνικούς μηχανισμούς, πριν αλλά και μετά

τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ως βασική ζώνη κατοικίας της εργατικής τάξης της αναπτυσσόμενης Πρωτεύουσας.

Η δεκαετία του '80 στάθηκε σταθμός στην εξέλιξη της περιοχής. Η Αυτοδιοίκηση, υλοποίησε έργα αναβάθμισης της περιοχής, αναπτύσσοντας τεχνικές υποδομές που γεφύρωσαν τις αποστάσεις ανάμεσα στην περιοχή και σε άλλους γεωγραφικούς τομείς του Λεκανοπεδίου. Από την άλλη χάθηκαν θέσεις απασχόλησης λόγω μεταφοράς βιομηχανικών δραστηριοτήτων εκτός του αστικού ιστού. Μεγάλες βιομηχανικές μονάδες, όπως της κλωστοϋφαντουργίας, της χαρτοβιομηχανίας, των κεραμοποιείων κλπ, που απασχολούσαν πολλούς βιομηχανικούς εργάτες μετέφεραν τις δραστηριότητές τους σε άλλα μέρη της Αττικής ή ακόμα και εκτός Ελλάδος. Έτσι οι χαμένες θέσεις απασχόλησης, αναπληρώθηκαν με την απασχόληση στην οικοδομή, τις κατασκευές, στο μικρεμπόριο, στις δραστηριότητες αναψυχής και εστίασης, στις προσλήψεις στο δημόσιο τομέα.

Τα τέλη της δεκαετίας του '90 βρίσκουν την Δυτική Αθήνα εκτός και των μεγάλων αστικών έργων που εκτελέστηκαν εκείνα τα χρόνια στην Αττική.

Αρχικά ένα γεγονός που συντέλεσε στην αυξανόμενη υποβάθμιση της Δυτικής Αθήνας ήταν η μη χωροθέτηση των Ολυμπιακών εγκαταστάσεων στη συγκεκριμένη περιοχή. Δεν χωροθετήθηκαν ούτε αστικές αναπλάσεις και «μεγάλα έργα» τα οποία συνόδευσαν τους Ολυμπιακούς Αγώνες. Οι ιδιωτικές επενδύσεις στις υπηρεσίες και στην αναψυχή στην Αττική δεν πλησίασαν την Δυτική Αθήνα. *(Έντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ από home asda.gr).*

Αυτή η υποβάθμιση της Δυτικής Αθήνας δημιούργησε προβλήματα στην κοινωνική διαστρωμάτωση της. Τα μεσαία στρώματα στρέφονταν προς άλλες ζώνες κατοικίας που αναπτύσσονταν, στα βόρεια, νότια και ανατολικά προάστια. Ας μην ξεχνάμε ότι το δυτικό λεκανοπέδιο, η ευρύτερη δηλ. περιοχή της δυτικής Αττικής φιλοξενεί το σύνολο της βαριάς βιομηχανίας της χώρας. Στο Θριάσιο πεδίο, είναι σε λειτουργία πάνω από 2000 βιομηχανικές και βιοτεχνικές εγκαταστάσεις, ενώ ο αριθμός πλησιάζει τις 6000 στα γεωγραφικά όρια της Δυτικής Αττικής. Στα δυτικά προάστια ανήκουν χωροταξικά δυο διυλιστήρια, δύο ναυπηγεία, δύο εργοστάσια χάλυβα, δύο τσιμεντοβιομηχανίες, η ΧΩΜΑΤΕΡΗ-ΧΥΤΑ, η μοναδική στην Αττική, αλλά και μικρότερες όμως ρυπογόνες επιχειρήσεις. Οι μισές βιομηχανίες βρίσκονται εκτός νομοθετημένων βιομηχανικών περιοχών. Στην παραλία του Ασπροπύργου οι κατοικίες γειτνιάζουν με το διυλιστήριο και τη χαλυβουργία. Η χωματερή

της Φυλής επηρεάζει την ατμόσφαιρα μέχρι το Περιστερί, τα διυλιστήρια του Ασπρόπυργου ανάλογα με τους ανέμους επηρεάζουν την ατμόσφαιρα στο Χαϊδάρι και Αιγάλεω (<https://www.patt.gov.gr>).

Και ενώ αποχωρούσαν αυτά τα κοινωνικά στρώματα, τη θέση τους έπαιρναν φτωχότερα στρώματα και οικονομικοί μετανάστες γιατί στη Δυτική Αθήνα έβρισκαν φθηνές κατοικίες. Η αγοραστική δύναμη αυτού του καταναλωτικού κοινού μικρή, οι τοπικές αγορές άρχισαν να αποδυναμώνονται, η οικονομική δραστηριότητα σημείωσε αισθητή πτώση. Οι υποδομές δεν ανανεώθηκαν και η ποιότητα ζωής- βιοτικό επίπεδο, σταδιακά υποβαθμίστηκε και άλλο. Δημιουργήθηκαν παράλληλα μεγάλοι πυρήνες μεταναστών. Για παράδειγμα τα τελευταία χρόνια εγκαταστάθηκαν στο Δήμο Αιγάλεω ξένοι μετανάστες και πρόσφυγες κυρίως Ιρακινοί και Πακιστανοί. Τις δεκαετίες '60 και '70 αποτέλεσε τόπο εγκατάστασης του πρώτου κύματος Ποντίων Παλιννοστούντων από τα Ανατολικά Κράτη (1965-1968) και βιομηχανικών εργατών από την επαρχία, λόγω κυρίως της λειτουργίας στην ευρύτερη περιοχή μεγάλων βιομηχανικών μονάδων. (<https://www.aigaleo.gr/history>).

Βάσει των παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση της τελευταίας δετίας δεν ήταν η αιτία της υποβάθμισης της περιοχής η οποία ήδη είχε εισέλθει σε διαδικασία σχετικής οικονομικής παρακμής, σε δημιουργία ζωνών αποβιομηχάνισης και περιοχικής απομόνωσης. Βέβαια η οικονομική κρίση έκανε πιο δύσκολη την αντιμετώπισή των προβλημάτων. Η περιοχή επλήγη ισχυρότερα από το υπόλοιπο Λεκανοπέδιο και μετατράπηκε ξανά σε ζώνη σχετικής στέρησης και φτώχειας. Γνώρισε μεγάλη παρακμή ο κλάδος της οικοδομής, των οικιακών εξοπλισμών και των κατασκευών, στον οποίο απασχολούνταν πολλοί κάτοικοι της Δυτικής Αθήνας. Επίσης η ζήτηση για ακίνητα στη Δυτική Αθήνα έπεσε αισθητά. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η κρίση έπληξε περισσότερο τα χαμηλά και μεσαία εισοδηματικά κοινωνικά στρώματα, με αποτέλεσμα να αυξηθεί σε μεγάλο βαθμό η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός. Αυξήθηκαν οι φτωχοί, οι άνεργοι, οι αλλοδαποί εργαζόμενοι, ενώ σημαντικά υψηλότερα είναι τα ποσοστά φτώχειας για τα νοικοκυριά με ένα ή/και δύο παιδιά. Είναι επίσης σαφές, ότι η κρίση έχει εντείνει τις ενδοπεριφερειακές ανισότητες. Γιατί η φτώχεια, δημιουργεί όχι μόνο κοινωνικές ανισότητες, αλλά και χωρικές διαφορές. (Περιφέρεια Αττικής, *Συστημική καταγραφή υφιστάμενης κατάστασης – Οριοθέτηση στρατηγικών επιλογών στα πεδία της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας*, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΤΕΒΑ (Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους) ο πληθυσμός που βρίσκεται σε συνθήκες ακραίας φτώχειας είναι περίπου το 3,9% του συνολικού πληθυσμού της Δυτικής Αθήνας, ενώ ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο της φτώχειας είναι πολλαπλάσιος (σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα η φτώχεια στο Αιγάλεω αγγίζει το 21,9%). Σύμφωνα με την Περιφερειακή Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης της Αττικής (2015) και με βάση τους δείκτες ανθρώπινης φτώχειας του ΟΗΕ, με κριτήρια το κοινωνικό - οικονομικό προφίλ των πληθυσμών των Δήμων, προκύπτει ότι στους Δήμους Φυλής, Αγίας Βαρβάρας, Μεγαρέων, Τροιζηνίας, Αθηναίων, Ασπροπύργου κατοικεί το 21% του πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής με τη μεγαλύτερη ανθρώπινη φτώχεια.(ΠΕΣΚΕ Αττικής, σελ. 224, 2015)

**Πίνακας 8 : Κατανομή της Ακραίας Φτώχειας στη Δυτική Αθήνα**

ΣΥΝΟΛΟ Περιοχής Παρέμβασης	ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ		ΣΥΝΟΛΑ	%
	6.386	46,40%	7.368	53,60%		
Αγία Βαρβάρα	925	43,10%	1.219	56,90%	2.144	18,0%
Άγιοι Ανάργυροι – Καματερό	846	47,70%	928	52,30%	1.774	14,9%
Αιγάλεω	705	47,80%	771	52,20%	1.476	12,4%
Ίλιον	1.272	48,40%	1.357	51,60%	2.629	22,1%
Περιστέρι	1.115	47,50%	1.231	52,50%	2.346	19,7%
Πετρούπολη	388	43,50%	503	56,50%	891	7,5%

Χαϊδάρι	299	45,40%	359	54,60%	658	5,5%	
<b>Σύνολα ΚΣ ΤΕΒΑ Δυτικού Τομέα</b>	<b>5.550</b>	<b>46,6%</b>	<b>6.368</b>	<b>53,40%</b>	<b>11.918</b>	<b>100,0%</b>	

Πηγή: ΑΣΔΑ, Επεξεργασία στοιχείων Ωφελούμενων ΤΕΒΑ, 2016 (από **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ «ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ» (Β.Α.Α.) ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ 2014-2020**)

Στον Δυτικό Τομέα Αθηνών τα μέλη οικογενειών που ωφελούνται από προγράμματα-δράσεις Κοινωνικής ένταξης των δήμων-Εταίρων ανέρχονται σε 41.480 ή στο 8,5% του πληθυσμού. Ιδιαίτερα οι μονογονεϊκές οικογένειες επωφελούνται από αυτά α προγράμματα. Οι ωφελούμενοι Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) του Δυτικού Τομέα Αθηνών είναι συνολικά 14.565.

Με βάση το κατά κεφαλή ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (κατά κεφαλή ΑΕΠ), η Δυτική Αθήνα βρίσκεται τελευταία στην κατάταξη σε σχέση με τις υπόλοιπες Περιφέρειες της Αττικής. Το κατά κεφαλή ΑΕΠ είναι συνεχώς μειούμενο ποσοτικά και ποσοστιαία. (*Έντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ* από home asda.gr).

Η Δυτική Αθήνα, σε σχέση τόσο με την υλική στέρηση, όσο και με την ακραία φτώχεια, βρίσκεται σε συνθήκες φτώχειας χειρότερες από τις λοιπές Περιφέρειες της Αττικής.

Η πλειοψηφία των κατοίκων ανήκει στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Σύμφωνα με μελέτη του ΙΝΕ (Ινστιτούτο Εργασίας) για την απόλυτη φτώχεια η Δυτική Αθήνα κατατάσσεται στην πιο προβληματική περιοχή της Αττικής από άποψη φτώχειας (*Περιφερειακή Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και την Καταπολέμηση της Φτώχειας, ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015*).

Το χρονικό διάστημα από τον Απρίλιο του 2010 έως τον Δεκέμβριο του 2016 οι άνεργοι στη Δυτική Αθήνα, αυξήθηκαν κατά περίπου 65%. Η μεγαλύτερη ετήσια αύξηση παρουσιάστηκε από το Δεκέμβριο του 2010 έως τον Δεκέμβριο του 2011. Οι άνεργοι έφτασαν τους 7.801.

Το ποσοστό αύξησης του απόλυτου αριθμού των ανέργων είναι 17,32%. Το ποσοστό της ανεργίας αυξήθηκε στο 23,17%.

Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας της Δυτικής Αθήνας διαφαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ – Απογραφή 2011, Έρευνα Εργατικού Δυναμικού – Άνεργοι (1981-2016), ΟΑΕΔ – ΟΠΣ, Επεξεργασία ΑΣΔΑ

**Πίνακας 9: Ανεργία Ελλάδα, Αττική, Δυτική Αθήνα – Εξέλιξη 2010-2016 ΕΛΣΤΑΤ & ΟΑΕΔ**

Ελλάδα	Αττική		Δυτική Αθήνα			
	ΕΛΣΤΑ	ΟΑΕΔ	ΕΛΣΤΑ	ΟΑΕΔ	ΕΛΣΤΑ	ΟΑΕΔ
T	T	T	T	T	T	T
2010	13,94%	14,25%	9,88%	12,40%	13,50%	15,37%
2011	19,23%	15,93%	13,58%	14,56%	19,75%	18,80%
2012	26,06%	17,39%	27,20%	16,43%	33,74%	21,45%
2013	29,00%	18,74%	29,77%	17,56%	36,96%	22,83%
2014	27,79%	18,71%	28,17%	16,67%	34,57%	21,87%
2015	26,10%	18,72%	25,35%	16,89%	30,18%	20,88%
2016	24,66%	19,85%	22,91%	17,61%	28,04%	22,06%

Βάσει του συνδυασμό των παραπάνω στοιχείων, από την ΕΛΣΤΑΤ και τον ΟΑΕΔ καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό ανεργίας στη Δυτική Αθήνα ήταν πάντα μεγαλύτερο από το υπόλοιπο Αττικής αλλά και από την υπόλοιπη χώρα.

Παράλληλα αξιοσημείωτη η αύξηση της ενεργειακής φτώχειας στην περιοχή. Η **ενεργειακή φτώχεια** ορίζεται ως η δυσκολία πρόσβασης στις σύγχρονες υπηρεσίες ενέργειας. Η ενεργειακή ένδεια όπως επίσης λέγεται, είναι η αδυναμία του νοικοκυριού να έχει πρόσβαση σε επαρκή θέρμανση, στη χρήση οικιακών συσκευών, στο μαγείρεμα, στο φωτισμό του χώρου. Έτσι, περιορίζεται η θέρμανση, γιατί δεν επιτρέπει το μέσο εισόδημα της οικογένειας ένα τέτοιο κόστος, τα σπίτια μένουν κρύα και γεμάτα υγρασία, οι άνθρωποι νιώθουν κατάθλιψη για αυτή τους την ανεπάρκεια ενώ και οργανικά νοσήματα έρχονται να προστεθούν, όπως το άσθμα, καρδιακές ασθένειες κτλ. Η

κατάσταση αυτή προκαλείται από: το χαμηλό εισόδημα, τις υψηλές τιμές καυσίμων, την αναποτελεσματική ενεργειακή απόδοση ενός σπιτιού.(<https://www.synigoros-solidarity.gr/470/energiaki-ftoxia>)

Στον πίνακα που ακολουθεί αποτυπώνεται η ενεργειακή φτώχεια στη Δυτική Αθήνα. Αποτυπώνονται επίσης τα νοικοκυριά που δεν χρησιμοποιούν καμία πηγή θέρμανσης και αυτό αποτελεί δείκτη μέτρησης ενεργειακής φτώχειας. (Έντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ από home asda.gr).

**Πίνακας 10 : Αποτύπωση της Ενεργειακής Φτώχειας στη Δυτική Αθήνα ανά Δήμο**

ΔΗΜΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ (2011)	ΑΚΡΑΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑ	ΑΚΡΑΙΑ ΦΤΩΧΕΙΑ (%)	Θέρμανση Καμία Πηγή	
<b>Νοικοκυριά</b>			<b>Μέλη</b>		
Αγία Βαρβάρα	26.550	925	3,48%	4,87%	4,52%
Άγιοι Ανάργυροι - Καματερό	62.529	846	1,35%	8,62%	8,37%
Αιγάλεω	69.946	705	1,01%	3,65%	3,36%
Ίλιο	84.793	1272	1,50%	8,41%	8,04%
Περιστέρι	139.981	1.115	0,80%	3,41%	3,19%
Πετρούπολη	58.979	388	0,66%	1,81%	1,52%
Χαϊδάρι	46.897	299	0,64%	2,48%	2,14%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>489.675</b>	<b>5.550</b>	<b>1,13%</b>	<b>4,64%</b>	<b>4,27%</b>

Πηγή: Έντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ από home asda.gr

Τα υψηλά ποσοστά ακραίας φτώχειας, η ύπαρξη από τους Δήμους καταγεγραμμένων πολιτών που εντάσσονται στο Κοινωνικό Τιμολόγιο, το ποσοστό της ΕΛΣΤΑΤ 4,27% του πληθυσμού της Δυτικής Αθήνας που δεν έχουν καμία πηγή θέρμανσης, τονίζουν την ανάγκη να αντιμετωπισθεί το φαινόμενο της ενεργειακής φτώχειας με σκοπό την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού αυτού.

## 1.2 ΕΥΠΑΘΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Σύμφωνα με τον Συνήγορο του Πολίτη, **Ευάλωτες κοινωνικές ομάδες**, ομάδες υψηλού κινδύνου ή ευπαθείς ομάδες, χαρακτηρίζονται οι ομάδες του πληθυσμού που έχουν μικρή ή καθόλου πρόσβαση σε κοινωνικά και δημόσια αγαθά. Επίσης αδυνατούν σε διάφορους τομείς να έχουν ποιότητα ζωής, όπως να έχουν στέγη, εργασία, εισόδημα που να ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες για τροφή και στέγη, εκπαίδευση, ιατρική περίθαλψη, κοινωνική

ασφάλιση . Πρόκειται κυρίως για αστέγους, ανέργους, άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ), χρόνια πάσχοντες από σοβαρά παθολογικά προβλήματα και ψυχικές ασθένειες, οροθετικούς, αποφυλακισμένους, χρήστες και πρώην χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, Ρομά -τσιγγάνους, μονογονεϊκές οικογένειες, άτομα από θρησκευτικές μειονότητες, ανήλικους με παραβατική συμπεριφορά, κακοποιημένες γυναίκες και θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες, οικονομικοί μετανάστες, παλιννοστούντες, πυρόπληκτοι, πλημμυροπαθείς, σεισμοπαθείς. (ΕΚΚΕ, Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σαρρής, Α. Τραμουντάνης, Μ. Χρυσάκης «*Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2014).

Σύμφωνα με τον κώδικα δεοντολογίας του Ινστιτούτου Εργασίας της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος, αυτοί που επηρεάζονται από τις διακρίσεις στο χώρο εργασίας, σε μεγαλύτερο βαθμό είναι οι γυναίκες και ειδικά αυτές που είναι σε εγκυμοσύνη, οι ηλικιωμένοι εργαζόμενοι, οι νέοι εργαζόμενοι που υπογράφουν συμβάσεις μερικής ή εποχικής απασχόλησης ή βρίσκονται σε καθεστώς ευέλικτων μορφών απασχόλησης, ή παρέχουν υπηρεσίες μη δηλωμένες, ή παρέχουν εργασία εκτός κοινωνικής ασφάλισης. Επίσης τα άτομα με αναπηρίες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις επιχειρήσεις λόγω απροσπέλαστου εργασιακού περιβάλλοντος, οι μετανάστες που εργάζονται σε υποδεέστερες θέσεις εργασίας χωρίς καμία προοπτική επαγγελματικής ανάπτυξης και εξέλιξης, τα άτομα με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες όπως οι Ρομά. (ΕΚΚΕ, Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σαρρής, Α. Τραμουντάνης, Μ. Χρυσάκης «*Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2014 , ΣΕΛ 182-183).

Στην Περιφερειακή Ενότητα του Δυτικού Τομέα εντάχθηκαν ομάδες στόχου, οι λεγόμενοι «θύλακες». Οι ομάδες αυτές δνητικά υπόκεινται σε κοινωνικό αποκλεισμό όπως οι Ρομά, οι οικονομικοί μετανάστες προερχόμενοι αρχικά από χώρες του πρώην ανατολικού συνασπισμού, έπειτα από την Ασία και την Αφρική. Για αυτούς η Δυτική Αθήνα αποτέλεσε «προνομιακή» περιοχή εγκατάστασης.

Συγκεκριμένα στην Αγία Βαρβάρα καταγράφεται μεγαλύτερη παρουσία μεταναστών από το Μπαγκλαντές και τη Ρωσία. Το Αιγάλεω έχει μετανάστες από το Πακιστάν, το Ιράκ και το Μπαγκλαντές. Στο Χαϊδάρι και το Περιστέρι έντονη η παρουσία μεταναστών από το Πακιστάν, το Ιράκ και το Μπαγκλαντές. Στο Ίλιον και στην Πετρούπολη μετανάστες από το Μπαγκλαντές. Στους Αγίους Αναργύρους η μεγαλύτερη παρουσία μεταναστών είναι από την Αλβανία, το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές. Στον Άγιο Σπυρίδωνα στο Αιγάλεω εδρεύει πυρήνας μεταναστών αποτελούμενος από Ιρακινούς και Κούρδους - πολιτικούς πρόσφυγες, από φτωχούς Πακιστανούς και Μπαγκλαντεσιάνους με δυσμενείς συνθήκες διαμονής



(συνωστισμός, προβληματική υγιεινή). Οι άνθρωποι βρίσκονται σε αδιέξοδο, καθώς καταπιάνονται με περιστασιακές εργασίες πολύ χαμηλά αμειβόμενες, η ανεργία θερίζει και η ζωή τους βρίσκεται σε αδιέξοδο. Η γειτονιά παίρνει άλλο χρώμα, οι ντόπιοι αντιδρούν πολλές φορές στην παρουσία αυτών των μεταναστευτικών ρευμάτων. Το 2009 σημειώθηκαν αρκετές ρατσιστικές επιθέσεις. Το 2010 καταγράφηκαν καταγγελίες για κακομεταχείριση Πακιστανών στο Αστυνομικό Τμήμα Αιγάλεω. Στο Περιστερί δεν υπάρχει οριοθετημένη περιοχή υπερσυγκέντρωσης τους, αλλά είναι διεσπαρμένοι μέσα στη μεγαλόπολη πάνω από 10.000 νόμιμοι μετανάστες. Οι συνθήκες στέγασης τους, απασχόλησης και διαβίωσης τους, αντιστοιχούν στις συνθήκες των συμπατριωτών τους στον Άγιο Σπυρίδωνα στο Αιγάλεω. (*Περιφερειακή Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και την Καταπολέμηση της Φτώχειας*, ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015).

Στη Δυτική Αττική διαβιούν επίσης πολυάριθμες κοινότητες των Ρομά. Η μελέτη της ΤΕΔΚΝΑ(Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής) (2010) που πραγματοποιήθηκε για την εξεύρεση χώρων στην Αττική προκειμένου να μετεγκατασταθούν οι Ρομά από την περιοχή του Ελαιώνα στη Δυτική Αθήνα, εκτιμά ότι οι Ρομά ανέρχονται περίπου σε 13.000 (Αγία Βαρβάρα 6.000, Αιγάλεω 4.000, Ίλιον 2.000, Περιστερί 500, Πετρούπολη και Καματερό 300-500).

Στο Δήμο Φυλής και συγκεκριμένα στην περιοχή των Άνω Λιοσίων συναντώνται τσιγγάνοι. Ο πληθυσμός εκτιμάται ότι είναι περίπου 3500-4500 άτομα. Στην περιοχή του Ζεφυρίου οι τσιγγάνοι βρίσκονται διάσπαρτοι στο Δήμο, είτε σε ιδιόκτητες κατοικίες είτε σε παραπήγματα. Ο πληθυσμός είναι περίπου 2.000-3.000 άτομα από τα οποία το μεγαλύτερο ποσοστό είναι δημότες Φυλής. Απασχολούνται κυρίως με την περισυλλογή σιδήρων, το εμπόριο κ.α. (OXE FINAL).

Οι παλιννοστούντες ομογενείς, τόσο στη Δυτική Αθήνα όσο και στη Δυτική Αττική, συγκεντρώνονται σε περιοχές με οικιστικά προβλήματα, και η συγκέντρωση αυτή παίρνει τη μορφή της «χωρικής γκετοποίησης». Και αυτή η ομάδα αντιμετωπίζει προβλήματα ομαλής ένταξης στη σχολική και κοινωνική ζωή, έχει προβλήματα εργασιακής αποκατάστασης και έντονης παρουσίας ξενοφοβίας και ρατσισμού.

Το ΤΕΒΑ, καταγράφει 5.550 οικογένειες παλιννοστούντων στην Δυτική Αθήνα και στον ευρύτερο τομέα της Δυτικής Αττικής. (OXE FINAL).

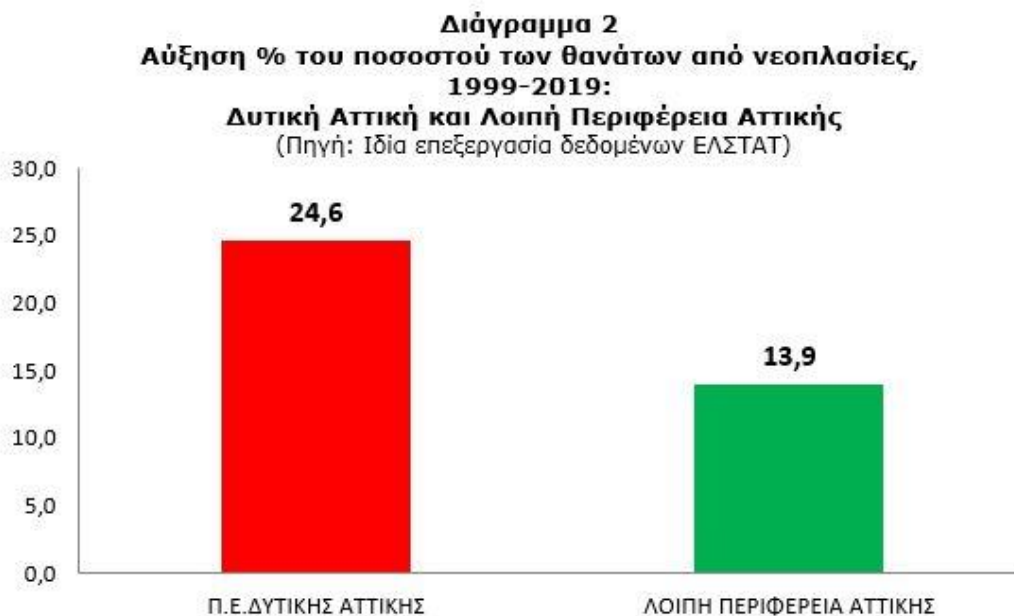
Στο παρελθόν δεν είχε ακολουθηθεί αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης της οικονομικής δυσπραγίας, των κοινωνικών ανισοτήτων, των φαινομένων ακραίας φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, της σωστής και γόνιμης άσκησης πολιτικής στα ζητήματα της αθρόας έλευσης μεταναστευτικών ρευμάτων και η οικονομική κρίση όξυνε τα κοινωνικά προβλήματα.

## **1. Β) ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ**

1. Η πληθυσμιακή εξασθένηση που είναι η υψηλότερη στην Αττική αλλά και στην Ελλάδα.
2. Το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης συγκριτικά με την υπόλοιπη Αττική και την Ελλάδα.
3. Η οικονομική βάση είναι πολυτομεακή αλλά λείπουν οι προωθητικές δραστηριότητες.
4. Η ανεργία είναι στα υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με την υπόλοιπη Αττική και Ελλάδα.
5. Υψηλά ποσοστά φτώχειας καθώς τα εισοδήματα των εργαζομένων στη Δυτική Αθήνα είναι χαμηλότερα συγκριτικά με τους μισθούς των συναδέλφων τους στην υπόλοιπη Αττική αλλά οριακά στα ίδια επίπεδα με τους μισθούς στην υπόλοιπη Ελλάδα.
6. Πολύ έντονα κοινωνικά προβλήματα, όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, οι μειονότητες, μεταναστευτικά ρεύματα, ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, παραβατικότητα, εγκληματικότητα, κοινωνική ανισότητα. Οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες της περιοχής, Έλληνες Ρομά, παλιννοστούντες ομογενείς από την πρώην ΕΣΔΔ, οικονομικοί μετανάστες απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό.
7. Μεγάλα προβλήματα στο στεγαστικό απόθεμα.
8. Μεγάλα πολεοδομικά προβλήματα, συγκρούσεις χρήσεων γης, ελλιπής κοινόχρηστος χώρος, έλλειψη χώρων στάθμευσης, κακή ρυμοτομία.
9. Έντονα περιβαλλοντικά προβλήματα όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση, το εξασθενές χρώμιο που ανευρέθη στον έλεγχο ποιότητας υπόγειων υδάτων και εδάφους, η λειτουργία του Χύτα που καταλήγει όλος ο όγκος των σκουπιδιών της Αττικής, οι ανεξέλεγκτες απορρίψεις επικίνδυνων αποβλήτων που χτυπούν καμπανάκι για τη δημόσια υγεία, η ηχορύπανση, η έλλειψη χώρων πρασίνου, η εκβιομηχάνιση της περιοχής. (Σχέδιο Ολοκληρωμένης Αστικής Παρέμβασης Δυτικής Αθήνας- 60 δράσεις για τη Δυτική Αθήνα <https://home.asda.gr>).

Φυσικά πρέπει να σημειωθεί ότι από τα εντονότερα προβλήματα της περιοχής είναι αυτό της κακής κατάστασης της υγείας των πολιτών. Η Δυτική Αττική βρίσκεται σε κατάσταση πολλαπλής υγειονομικής κρίσης, εξαιτίας της ιδιαίτερα επιβαρυσμένης περιβαλλοντικής ταυτότητας της περιοχής, των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων και των συνθηκών

διαβίωσης. Σε μελέτες που έχουν γίνει για τον αριθμό θανάτων λόγω νόσησης από νεοπλασίες στην Περιφερειακή Ενότητα Δυτικής Αττικής, διαπιστώθηκε σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ότι ο απόλυτος αριθμός των θανόντων- μόνιμων κατοίκων, ανήλθε στους 393 συνανθρώπους μας το 2019. Ο αριθμός αυτός είναι ο τρίτος υψηλότερος σε ετήσια βάση για την περίοδο 1999-2019 και αποτυπώνει την αυξητική τάση στην συγκεκριμένη περιοχή.



Πηγή: του Δημήτρη Μπουρίκου, *Θάνατοι από νεοπλασίες το 2019: Η Δυτική Αττική «τραγική πρωταθλήτρια» σε όλη την Ελλάδα*, από <https://www.ertnews.gr/dimosio-vima/arthrografia/thanatoi-apo-neoplasies-to-2019-i-dytiki-attiki-tragiki-protathlitria-se-oliti-ellada>.

Παρατηρούμε την αυξητική τάση και την ταχύτητα ανόδου των θανάτων από νεοπλασίες στην περιοχή, που ακολουθούν το δημογραφικό, περιβαλλοντικό, κοινωνικό και χαρακτηριστικά νοσολογικό προφίλ του συγκεκριμένου πληθυσμού. Από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει η ανάγκη συγκρότησης ενός τοπικού κέντρου αναφοράς για τον καρκίνο, η στήριξη των κατοίκων που πάσχουν, και η ανάληψη συντονισμένης και αποδοτικής δημόσιας δράσης για την περιβαλλοντικά και υγειονομικά κατάλληλη διαχείριση των ρυπογόνων χώρων.

Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης θα πρέπει να είναι καθοριστικός. Δεδομένου ότι ο Δήμος γνωρίζει το επίπεδο υγείας των δημοτών, τα υγειονομικά προβλήματα της περιφέρειάς

του, θα πρέπει να εστιάσει στον εμπλουτισμό των παροχών των τοπικών δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώστε να αποφορτιστεί η ήδη επιβαρηνμένη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης, θα μειωθεί ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας. (Πιερράκος, Γ. 2008, σελ: 87-88).

## **2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ-ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ-ΑΣΔΑ-ΡΟΛΟΣ -ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ- ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ – ΔΡΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΔΥΤΙΚΗ ΑΘΗΝΑ**

Ο συνδυασμός της υψηλής και μακροχρόνιας ανεργίας, οι συνθήκες φτώχειας και αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων, η έλλειψη εμπιστοσύνης των νέων στο κράτος πρόνοιας, η έλλειψη Κοινωνικών Δομών, ανέδειξαν την ύπαρξη μιας σειράς αρνητικών κοινωνικών φαινομένων, για τα οποία απαιτείται συνδυασμός παρεμβάσεων προκειμένου να εξέλθει η Δυτική Αθήνα από την παγίδα της μόνιμης παρακμής και να μεταβεί σε αναπτυξιακές ενέργειες με σκοπό να διασφαλιστεί η κοινωνική συνοχή. *(Έντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ από home asda.gr).*

Υπό το πρίσμα των απαιτήσεων βιώσιμης ανάπτυξης των δήμων, έχουν οριστεί προγράμματα επιχειρησιακού και στρατηγικού σχεδιασμού τα οποία για να είναι εφαρμόσιμα, λειτουργικά, και ανταποδοτικά στους δημότες και να καλύπτουν ζητήματα υπερ – τοπικής σημασίας, απαιτείται μία διαδημοτική συνεργασία μέσα από την οποία οι δήμοι θα μπορούν να τα διαχειρίζονται από κοινού, να διεκδικούν κονδύλια, να επιχειρούν κοινές δράσεις.

Για να λειτουργήσει η διαδημοτική συνεργασία υπάρχουν φορείς που στην ουσία είναι η “ομπρέλα” κάτω από την οποία σχεδιάζονται, υλοποιούνται αναπτυξιακές παρεμβάσεις όπως οι ΟΧΕ (ολοκληρωμένες χωρικές Επενδύσεις), διαχειρίζονται οικονομικούς πόρους προς όφελος των Δήμων τους και προχωράνε τη υλοποίηση των προγραμμάτων.

Ένας τέτοιος φορέας που λειτουργεί από το 1988 είναι ο Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αθήνας (ΑΣΔΑ), για τον οποίο θα γίνει εκτενέστερη ανάλυση στη συνέχεια. Όλη η εξέλιξη

της δια-δημοτικής συνεργασίας στη Δυτική Αθήνα διαφαίνεται μέσα από την πορεία που έχει διαγράψει αυτά τα έτη ο ΑΣΔΑ. Ο ΑΣΔΑ έχει διεκδικήσει και καταφέρει σημαντικά επιτεύγματα για να αναπτυχθεί η Δυτική Αθήνα.

## **2.1 ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΚΗΣΗ-ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ**

Στο σημείο αυτό απαραίτητη είναι η αναφορά στην έννοια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και στο ρόλο – αρμοδιότητες που έχει προκειμένου να κατανοήσουμε με ποιο τρόπο μπορεί να συνδράμει στην υλοποίηση των επιχειρησιακών προγραμμάτων για τον δήμο της και την ευρύτερη περιφέρεια, με τι μέσα μπορεί να ασκήσει κοινωνική πολιτική και πόσο αποτελεσματικός είναι ο ρόλος της.

Το σύστημα Διοίκησης στην Ελλάδα είναι αποκεντρωτικό. Οι περιφερειακές δομές λειτουργούν κάτω από τον έλεγχο και το πρίσμα της Κεντρικής διοίκησης που έχει ως ρόλο, τον προσανατολισμό και τον έλεγχο των ενεργειών των περιφερειακών δομών. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση φέρει από το κράτος την πλήρη υπευθυνότητα άσκησης κοινωνικής πολιτικής λόγω της εγγύτητας της με τους πολίτες. Λειτουργεί ως αντικαταστάτης της κεντρικής διοίκησης σε τοπικό επίπεδο αναλαμβάνοντας δράσεις τοπικού χαρακτήρα. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση σήμερα αναγνωρίζεται ως βασικός κοινωνικός εταίρος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, για την κοινωνική συνοχή, για την ενίσχυση της τοπικής οικονομίας, προκειμένου να σημειωθεί Βιώσιμη Ανάπτυξη σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Η τοπική αυτοδιοίκηση έχει θεσμοθετημένο ρόλο ο οποίος εξελίχθηκε ραγδαία μετά τη δεκαετία του '90 καθώς πλέον οι φορείς της διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στα συστήματα κοινωνικής πολιτικής. Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση συναντιούνται μέσα από τις νομοθετικές μεταρρυθμίσεις. Τα τοπικά προβλήματα λύνονται ευκολότερα γιατί οι φορείς της αυτοδιοίκησης έρχονται σε άμεση επαφή με τις τοπικές κοινωνίες - εγγύτητα με τον πολίτη, αφουγκράζονται τον τοπικό σφυγμό, εντοπίζουν τις κοινωνικές ανάγκες και προσαρμόζουν τις εθνικές πολιτικές σε τοπικό επίπεδο και φυσικά κατά το δοκούν. Η πρόσφατη οικονομική κρίση επέτεινε την ανάγκη να οργανωθούν υπηρεσίες κοινωνικής

προστασίας σε τοπικό επίπεδο, βοηθώντας τους πολίτες που τις έχουν ανάγκη. Στόχος των εθνικών πολιτικών είναι να καλύψουν τις κοινωνικές ανάγκες σε ένα ευνομούμενο κράτος, και προκειμένου να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει απαραίτητως να συνεργαστούν φορείς του κεντρικού κράτους με την τοπική αυτοδιοίκηση για να επιτευχθεί καλύτερος σχεδιασμός και να εφαρμοστούν επιτυχώς τα προγράμματα κοινωνικής πολιτικής. Κατ' ουσία η αυτοδιοίκηση αποτελεί τον συνδετικό κρίκο του κεντρικού κράτους και της τοπικής κοινωνίας για να εφαρμοστεί ο στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός και να διευρυνθεί η κοινωνική πολιτική σε όποια κοινωνική ανάγκη προκύψει. (Σκαμνάκης, 2020: 59).

Σήμερα και μετά τον Ν. 3852/10/ **ΦΕΚ Α' 87/7.6.2010** «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης» Οι Δήμοι και οι περιφέρειες συγκροτούν τον πρώτο και δεύτερο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι Αποκεντρωμένες Διοικήσεις αποτελούν ενιαίες μονάδες για τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του κράτους και έχουν αρμοδιότητα στις κρατικές υποθέσεις της περιφέρειας τους, σύμφωνα με το άρθρο 101 του Συντάγματος.

Ο πρώτος βαθμός αυτοδιοίκησης δηλ. οι **δήμοι** αποτελούν κατά το άρθρο 1 του Ν. 3852/10, αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Οι αρμοδιότητες των Δήμων διατυπώνονται στις διατάξεις του άρθρου 75 του Ν.3463/2006/ **ΦΕΚ 114/8.6.2006** - Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων (ΚΔΚ) και στον Καλλικράτη. Σύμφωνα με τις ως άνω διατάξεις, *«οι δημοτικές και 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»* Οι αρμοδιότητες των δήμων κατατάσσονται ενδεικτικά στους εξής επτά τομείς:

1. Ανάπτυξης

2. Περιβάλλοντος

3.Εύρυθμης λειτουργίας των πόλεων και εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για τους πολίτες, όπως η ίδρυση και η λειτουργία Κ.Α.Π.Η., Κέντρων ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, Κέντρων υποστήριξης και αποκατάστασης Α.με.Α., Βρεφονηπιακών, βρεφικών, παιδικών σταθμών, Βρεφοκομείων, Νηπιαγωγείων, Ίδρυση κατασκευή και

λειτουργία σχολών διδασκαλίας μουσικής, χορού, ζωγραφικής, πολιτιστικών κέντρων, κέντρων επαγγελματικού προσανατολισμού, πνευματικών κέντρων

4. Απασχόλησης – εξάλειψη ανεργίας

5. Κοινωνικής προστασίας και κοινωνικής αλληλεγγύης - εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων, δράσεις Κοινωνιών υπηρεσιών με σκοπό: την προστασία ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, Αλλαγές νομοθεσιών για την παροχή ίσων ευκαιριών με στόχο την εξάλειψη στερεότυπων και προκαταλήψεων, θεσμοποίηση μέτρων για να δίνονται οι βασικές τουλάχιστον παροχές από τις κοινωνικές υπηρεσίες στους πολίτες, πληροφόρηση των πολιτών για τις κοινωνικές υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες γι' αυτούς, ανάπτυξη αισθήματος κοινωνικής ευθύνης στους πολίτες.

6. Παιδείας, πολιτισμού και αθλητισμού - μελέτη και εφαρμογή πολιτιστικών προγραμμάτων

7. Πολιτικής προστασίας.

Μέχρι το 2010 οι αρμοδιότητες αυτές ασκούνταν από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις. Με τον Καλλικράτη μεταφέρθηκαν στους Δήμους. Ενώ αρχικά ο Καλλικράτης θεωρήθηκε μοντέλο αναδιοργάνωσης των ΟΤΑ σε χωρικό επίπεδο, στη συνέχεια αποτέλεσε το όχημα για τις αλλαγές στη λειτουργία της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η οικονομική κρίση τροποποίησε την εφαρμογή του νόμου που ο νόμος και τα αποτελέσματα αυτής της εφαρμογής. (Χλέπας *et al*, 2014 σελίδα 63).

Οι αρμοδιότητες των δήμων, αυξήθηκαν ποσοτικά (από 87 σε 267) και ποιοτικά, σε τομείς όπως: πολεοδομία, παιδεία, κοινωνική προστασία, περιβάλλον, αδειοδότηση τοπικών επαγγελματικών δραστηριοτήτων, αγροτική ανάπτυξη, αλιεία, κτηνοτροφία. (*Εισηγήσεις Προγράμματος Καλλικράτης ΕΕΤΑΑ*, [www.yypes.gr/UserFiles/f0ff9297-f516-40ffa70e-eca84e2ec9b9/armodiotes.doc](http://www.yypes.gr/UserFiles/f0ff9297-f516-40ffa70e-eca84e2ec9b9/armodiotes.doc)).

Οι **περιφέρειες**, κατά το άρθρο 3 του Ν. 3852/10 αποτελούν το δεύτερο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης, είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και ο ρόλος τους είναι να σχεδιάζουν, να προγραμματίζουν και να υλοποιούν πολιτικές σε περιφερειακό επίπεδο και όσο τους επιτρέπει το πλαίσιο των θεσμοθετημένων αρμοδιοτήτων τους, σε ακολουθία των αρχών της αειφόρου ανάπτυξης και της κοινωνικής συνοχής της χώρας, ακολουθώντας το μονοπάτι των εθνικών και ευρωπαϊκών πολιτικών. Έχουν γενικότερες αρμοδιότητες όπως τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη, την απασχόληση, την γεωργία και την κτηνοτροφία, τις μεταφορές, τον τουρισμό και το εμπόριο, αλλά και έργα περιβάλλοντος, χωροταξικά έργα, ζητήματα φυσικών πόρων κτλ.

Παρά τις προσπάθειες Ανασυγκρότησης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, παρατηρούμε ότι οι στόχοι που τέθηκαν για τον εκσυγχρονισμό τους, για να βελτιωθεί η διοικητική τους ικανότητα και η αποδοτικότητά τους, για να αναπτυχθεί η κοινωνική τους δράση κτλ., δεν έχουν φτάσει στην απόδοση των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Οι δομές της αυτοδιοίκησης δε μπορούν να αποτελέσουν αυτόνομο σύστημα κοινωνικής πολιτικής. Είναι η συνέχεια της εθνικής πολιτικής του κεντρικού κράτους ή ο τοπικός εκτελεστικός φορέας τους. Σε περιόδους έκτακτων αναγκών όπως, πλημμύρες, σεισμοί, πυρκαγιές, η τοπική αυτοδιοίκηση παρεμβαίνει ασκώντας κοινωνική πολιτική για να υποστηρίξει τα αδύναμα μέλη της. Σε τέτοια γεγονότα, φαίνεται η αδυναμία του συστήματος να διαχειριστεί την κρίση, λόγω έλλειψης δομών και οικονομικών πόρων. Η τοπική αυτοδιοίκηση αναζητά κοινοτικούς πόρους και πόρους του ΕΣΠΑ, καθώς και τη βοήθεια των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ). Γι' αυτό το λόγο οι μικρότεροι δήμοι αναζητούν την διαδημοτική συνεργασία, προκειμένου να γίνουν αποδοτικότερες οι υπηρεσίες τους, και να εκτελέσουν ευκολότερα τα επιχειρησιακά τους σχέδια.

## **2.2 ΑΣΔΑ – ΡΟΛΟΣ**

Οι ΟΤΑ έχουν τη δυνατότητα, αλλά και την υποχρέωση στους δημότες τους, να προωθήσουν πολιτικές και δράσεις που αφορούν όλους τους αναπτυξιακούς τομείς όπως η απασχόληση, η ενέργεια, η κοινωνική πολιτική, η παιδεία. Προκειμένου να εξασφαλίσουν περισσότερους εθνικούς και ευρωπαϊκούς πόρους για την αντιμετώπιση των αυξημένων κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών προβλημάτων της Δυτικής Αθήνας, να χειριστούν υπερτοπικά και διαδημοτικά ζητήματα της περιοχής για την οικολογική και βιώσιμη ανάπτυξη της, οι δήμοι Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Ανάργυρων, Αιγάλεω, Ζεφυρίου, Ίλιου, Καματερού, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου, προχώρησαν το 1989 στη δημιουργία του Αναπτυξιακού Συνδέσμου Δυτικής Αθήνας (ΑΣΔΑ) και το 2001 εντάχθηκε και ο Δήμος Κορυδαλλού ( <https://home.asda.gr/Role.html>)

Βασικοί σκοποί του ΑΣΔΑ ήταν:

- Η προώθηση της διαδημοτικής συνεργασίας,
- Η συνεργασία με εθνικούς φορείς και ο συντονισμός των δράσεων των φορέων της περιοχής,
- Η πολεοδομική και περιβαλλοντική ανάπλαση της Δυτικής Αθήνας,



- Η καταπολέμηση της ανεργίας, της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού και η συνολική οικονομική ανάκαμψη της περιοχής,
- Η συμμετοχή σε διευρωπαϊκά δίκτυα πόλεων (<https://supportwestathens.gr/asda>)

Στα είκοσι (20) χρόνια πορείας ο ΑΣΔΑ, ξεπέρασε τους βασικούς στόχους του και οι δράσεις του ήταν πολλές και σημαντικές. Μερικές από αυτές είναι οι ακόλουθες:

- Πραγματοποιήθηκαν εκατοντάδες έργα περιβαλλοντικής και πολεοδομικής ανάπλασης στους Δήμους,
- Ανάπλαση και ανάδειξη του Ποικίλου Όρους,
- Ανάπτυξη του πάρκου "Αντώνης Τρίτσης",
- Πραγματοποιήθηκαν προγράμματα κατάρτισης και απασχόλησης ανέργων
- Στηρίχτηκαν οικονομικά μικρομεσαίες επιχειρήσεις,
- Ιδρύθηκαν δομές και θεσμοί αντιμετώπισης της ανεργίας,
- Έγιναν δράσεις ανάπτυξης του πολιτισμού
- Πραγματοποιήθηκαν δεκάδες αναπτυξιακές μελέτες για τα προβλήματα της περιοχής,
- Ειδικά αναπτυξιακά προγράμματα για τη συνολική αναβάθμιση της περιοχής,
- Συμμετοχή της Δυτικής Αθήνας σε σημαντικά Ευρωπαϊκά προγράμματα.

Αναλυτικά οι δράσεις το ΑΣΔΑ αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακ. 11):

## Κατάλογος των Δράσεων

1	Ενίσχυση Επιχειρηματικότητας
2	Καθορισμός ειδικών ενισχύσεων προς τις ιδιωτικές επιχειρήσεις και ιδιαίτερα στις πολύ μικρές
3	Μέτρα και ενέργειες για καλύτερη πληροφόρηση στην πόλη
4	Εκπαίδευση και κατάρτιση σε επιλεγμένους τομείς [για επαγγελματική ένταξη]
5	Στήριξη πρωτοβουλιών «κοινωνικής οικονομίας» (κοινωνικά παντοπωλεία, δωρεάν γιατροί, διάθεση χρόνου για δωρεάν κοινωνική εργασία...)
6	Ενέργειες δια βίου μάθησης
7	Ενίσχυση της πολιτιστικής ταυτότητας της Δυτικής Αθήνας και των επιμέρους Δήμων και δράσεις branding
8	Παρεμβάσεις ενίσχυσης αστικών clusters
9	Αξιοποίηση ακινήτων του δημόσιου τομέα (συμπεριλαμβανομένων στρατοπέδων)
10	Ειδικά μέτρα στήριξης του εμπορίου και του μικρο-εμπορίου
11	Επίδιωξη εγκατάστασης επιτελικών δημόσιων υπηρεσιών στη Δυτική Αθήνα
12	Δράσεις σχετικά με την παραγωγή και διακίνηση τροφίμων στην πόλη
13	Ειδικά μέτρα στήριξης του τουρισμού - δράσεις σε ειδικές και εναλλακτικές (θεματικές) μορφές τουρισμού
14	Εφαρμογή εθνικής στρατηγικής για τους ρομά
15	Επιμόρφωση μεταναστών και ρομά για διευκόλυνση κοινωνικής ένταξης (γλώσσα κλπ.) και για μείωση του ψηφιακού χάσματος
16	Ειδικές δράσεις διευκόλυνσης της καθημερινότητας σε ευάλωτες ομάδες κατοίκων
17	Ενίσχυση των υποδομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
18	Προώθηση ενεργειών αθλητισμού: εξασφάλιση νέων (π.χ. σε προαύλια σχολείων) και αξιοποίηση των υφιστάμενων αθλοπαιδιών, κλπ.
19	Συστηματική επιδιόρθωση και αντιμετώπιση εμποδίων προσβασιμότητας, ορατότητας κλπ. στα πεζοδρόμια και άλλες δράσεις υπέρ ΑΜΕΑ
20	Μέτρα στεγαστικής πολιτικής
21	Προσωρινά καταλύματα και δράσεις για αστέγους
22	Κίνητρα κοινωνικής ένταξης
23	Ενέργειες για την υποστήριξη της ενεργού γήρανσης
24	Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων που συνδέονται με τα Καταστήματα Υγειονομικού Ενδιαφέροντος
25	Δράσεις για τα εγκαταλελειμμένα κτήρια
26	Παρέμβαση στο κτιριακό απόθεμα-Απόσυρση
27	Δράσεις για την αντιμετώπιση προβλημάτων του θεσμικού πλαισίου για τα διατηρητέα κτήρια και τις χρήσεις διατηρητέων κτηρίων
28	Αισθητική-λειτουργική αναβάθμιση της πόλης σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα
29	Αναμόρφωση πεζοδρομίων
30	Αντιμετώπιση υψηλών πυκνοτήτων, εξασφάλιση κοινόχρηστων χώρων κλπ.
31	Αναβάθμιση επιλεγμένων πλατειών και κοινόχρηστων χώρων
32	Νέες πεζοδρομήσεις
33	Οικονομικά εργαλεία για προώθηση πολεοδομικού σχεδιασμού
34	Αναθεώρηση πολεοδομικού σχεδιασμού-προσαρμογή στη νέα νομοθεσία και το νέο ΡΣΑ
35	Δημιουργία Προδιαγραφών και Οδηγού για παρεμβάσεις στο δημόσιο χώρο
36	Ενέργειες για αναζωογόνηση των πάρκων και μεγάλων πράσινων χώρων
37	Παρεμβάσεις σε περιοχές με μεγάλο έλλειμμα αστικών υποδομών
38	Ειδικές Ζώνες Ανάπλασης
39	Τροποποίηση όρων δόμησης και μορφολογικών κανόνων κτηρίων
40	Συστηματική επιδιόρθωση και αντιμετώπιση εμποδίων προσβασιμότητας, ορατότητας κλπ. στα πεζοδρόμια
41	Αναβάθμιση διαχείρισης απορριμμάτων
42	Πιλοτικό σύστημα επανάχρησης ύδατος σε δημοτικά κτήρια
43	Δράσεις για τον εκσυγχρονισμό του δικτύου ηλεκτρικής ενέργειας και την ενεργειακή αποδοτικότητα
44	Αστικοί κήποι πράσινες τάρτσες (Αύξηση πρασίνου στα κτίρια)
45	Αντιμετώπιση οπτικής ρύπανσης
46	Αντιμετώπιση ηχορρύπανσης
47	Ενίσχυση της πολιτιστικής ταυτότητας της Δυτικής Αθήνας και των επιμέρους Δήμων και δράσεις branding
48	Καλλιτεχνικές παρεμβάσεις στο δημόσιο χώρο
49	Ενίσχυση Μέσων Μαζικής Μεταφοράς και οργανική ένταξη μέσων σταθερής τροχιάς στη Δυτική Αθήνα
50	Δίκτυο ποδηλατοδρόμων
51	Πιλοτικές διερευνήσεις έξυπνων συστημάτων μετακίνησης στην πόλη
52	Προώθηση νέων χώρων στάθμευσης σε κατάλληλες θέσεις (κατά προτίμηση ανά γειτονιά)
53	Εξειδίκευση και εφαρμογή ΣΒΑΚ Δυτικής Αθήνας
54	Ψηφιακή πόλη
55	Ανάπτυξη προχωρημένων επικοινωνιών σε επιλεγμένους χωρικούς τομείς της πόλης σε συνεργασία με παρόχους
56	Αντιμετώπιση της παραβατικότητας (παράνομη στάθμευση, ηχορρύπανση)
57	Αντιμετώπιση φαινομένων εγκληματικότητας
58	Ειδικές δράσεις για εντοπισμένα ακραία προβλήματα φτώχειας (ειδικές ομάδες ή περιοχές)
59	Ορίζοντα μέτρα στήριξης αγοράς ακινήτων
60	Ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες περιβαλψης και πρόνοιας

Πηγή: <https://home.asda.gr>

Από τα αιτήματα των δήμων, διαφάνηκε το κοινωνικό όραμα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Δυτικής Αθήνας το οποίο κινούνταν σε τέσσερις βασικούς άξονες:

1. Υψηλό επίπεδο διαβίωσης για τους πολίτες
2. Ισότητα για όλους τους πολίτες στις επιλογές, στις ευκαιρίες και στη συμμετοχή.
3. Επιδίωξη η δημιουργία μίας πλουραλιστικής κοινωνίας που να σέβεται την προσωπικότητα και την ιδιαιτερότητα του καθενός και παρέχει πλήθος επιλογών και λύσεων.
4. Επιδίωξη η δημιουργία μίας κοινωνίας ευθύνης για το αύριο.

Για να γίνουν εφικτά τα παραπάνω, θα πρέπει να ακολουθηθούν συγκεκριμένες πολιτικές, στηριζόμενες στις αρχές της βιώσιμης ανάπτυξης με κριτήριο τις ιδιαιτερότητες της Δυτικής Αθήνας. Συνοπτικά οι πολιτικές αυτές είναι:

Α. Στήριξη του πολίτη μέσα σε ένα ασφαλές κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, Β. Προστασία και αναβάθμιση του περιβάλλοντος, Γ. Ανάπτυξη της κοινωνικής συνοχής (προστασία ευπαθών κοινωνικών ομάδων), Δ. Αναβάθμιση της φροντίδας υγείας στη Δυτική Αθήνα, Ε. Διαφανής και αποδοτική Διακυβέρνηση. (<https://home.asda.gr/Role.html>)

Ο **Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αθήνας (ΑΣΔΑ)** και ο Οργανισμός Ρυθμιστικού Σχεδίου Αθήνας (ΟΡΣΑ) έχουν υπογράψει σύμβαση, με στόχο την προώθηση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων αστικού σχεδιασμού στις περιοχές του δυτικού τομέα Αθηνών, που παρουσιάζουν προβλήματα κοινωνικής και οικονομικής συνοχής, φτώχειας και ανεργίας, υποβάθμισης της ποιότητας ζωής. Το ΥΠΕΚΑ δήλωσε ότι με τις παρεμβάσεις που έχουν γίνει από τις δημοτικές αρχές των δήμων Αιγάλεω, Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων- Καματερού, Περιστερίου, Πετρούπολης, Φυλής, Χαϊδαρίου και Ιλίου, επιδιώκονται η αντιμετώπιση της ανεργίας και η δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης, η ενσωμάτωση των ευπαθών κοινωνικών ομάδων στον αστικό ιστό, η καταπολέμηση του κοινωνικού διαχωρισμού, η ενίσχυση των υποδομών. Παράλληλα επιδιώκεται η ανάδειξη της αστικής πολιτιστικής κληρονομιάς, καθώς και η σφαιρική ανάπτυξη των υποβαθμισμένων πόλεων της Δυτικής Αθήνας (<https://www.aftodioikisi.gr/ota/dimoi/exinta-draseis-gia-ti-ditiki-attiki-me-to-sxedio-olokliromenis-astikis-paremvasis>)

Επίσης, Ο ΑΣΔΑ έχει καταρτίσει και υποβάλει προτάσεις με ολοκληρωμένο αναπτυξιακό χαρακτήρα, ενώ έχει οριστεί **Ενδιάμεσος Φορέας Διαχείρισης** του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Αττική 2014-2020» της Περιφέρειας Αττικής. Είναι υπεύθυνος να

διαχειρίζεται τις πράξεις της Στρατηγικής Βιώσιμης Ανάπτυξης (Β.Α.Α.) με τίτλο «Διαδημοτική Εταιρική Σχέση για την Ανάπτυξη της Δυτικής Αθήνας με αξιοποίηση της ΟΧΕ/ΒΑΑ», ακόμη είναι υπεύθυνος του Σχεδίου Ολοκληρωμένης Αστικής Παρέμβασης, (ΣΟΑΠ Δυτικής Αθήνας- 60 δράσεις για την Δυτική Αθήνα 2016), και σε εξέλιξη βρίσκεται η διαμόρφωση της πρότασης νέας ΟΧΕ (Ολοκληρωμένες Χωρικές Επενδύσεις) για τη Δυτική Αθήνα περιόδου 2021-2027 (<https://supportwestathens.gr/asda>).

### 2.3 ΣΟΑΠ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Οι διατάξεις του άρθρου 12 του Ν.2508/1999, που αφορούν τον χωροταξικό σχεδιασμό, προσδιορίζουν τα Σχέδια Ολοκληρωμένης Αστικής Ανάπτυξης (ΣΟΑΠ) ως ακολούθως: «1. Για την προώθηση ολοκληρωμένων στρατηγικών αστικού σχεδιασμού σε πόλεις ή τμήματά τους καθώς και σε ευρύτερες αστικές περιοχές που παρουσιάζουν κρίσιμα και σύνθετα προβλήματα αναπτυξιακής υστέρησης, κοινωνικής και οικονομικής συνοχής, περιβαλλοντικής υποβάθμισης και ποιότητας ζωής, καταρτίζονται και εγκρίνονται Σχέδια Ολοκληρωμένων Αστικών Παρεμβάσεων (ΣΟΑΠ), .... Τα σχέδια αυτά συνοδεύονται από πρόγραμμα δράσης, στο οποίο εξειδικεύονται οι απαιτούμενες για την εφαρμογή τους κανονιστικές, χρηματοδοτικές και διαχειριστικές ρυθμίσεις, μέτρα και προγράμματα, κατά φάσεις και φορείς εκτέλεσης και χρηματοδότησης, καθώς και τυχόν συμπληρωματικές δράσεις πληροφόρησης, κατάρτισης, εκπαίδευσης και κοινωνικής και οικονομικής επανένταξης του πληθυσμού των περιοχών αυτών.»

Τα ΣΟΑΠ είναι σύνθετα και όχι συμβατικά προγράμματα πολλών διαστάσεων: κοινωνική διάσταση (πχ. αντιμετώπιση φτώχειας, ανεργίας, κοινωνικού αποκλεισμού, κοινωνικών ανισοτήτων, δημιουργία ευκαιριών απασχόλησης), οικονομική-αναπτυξιακή διάσταση (στήριξη επιχειρηματικότητας), περιβαλλοντική-πολεοδομική-χωροταξική διάσταση, αξιοποίηση τεχνολογιών, πολιτιστική διάσταση. (Δημήτρης Οικονόμου, *Ενημερωτικό Σημείωμα για τα ΣΟΑΠ*, [https://diazoma.gr/site-assets/10\\_Sxedia-Olokliromenis-Astikis-Anaptixis.pdf](https://diazoma.gr/site-assets/10_Sxedia-Olokliromenis-Astikis-Anaptixis.pdf) Μάρτιος 2015)

Βασικό στοιχείο των ΣΟΑΠ είναι το Πρόγραμμα Δράσης τους, το οποίο έχει ενεργητικό χαρακτήρα και στοχεύει στην υλοποίηση των στόχων και όχι μόνο στην περιγραφή τους.

Ο Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αθήνας προέβει στην εκπόνηση του ΣΟΑΠ Δυτικής Αθήνας. Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο των ΣΟΑΠ, το προκαταρκτικό πρόγραμμα δράσης τίθεται σε δημόσια διαβούλευση μέσω Διαδικτύου και αφού ολοκληρωθεί η διαβούλευση, διαμορφώνεται το οριστικό σχέδιο.

#### • ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΟΑΠ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ

Το κεντρικό όραμα του προγράμματος είναι να επαναπροσδιοριστεί η Δυτική Αθήνα, κοινωνικά κυρίως και να θεωρηθεί ισότιμο τμήμα της ευρύτερης Αθήνας.

Η **Στρατηγική του ΣΟΑΠ Δυτικής Αθήνας** προσδιορίζεται από τις ακόλουθες παραμέτρους πολιτικής:

⇒ Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των διαστάσεων της κρίσης της περιοχής εστιάζοντας στην κοινωνική συνοχή. ⇒ Ειδική αντιμετώπιση περιοχών με εντονότερα προβλήματα , στοχεύοντας σε περιοχές «θύλακες» ⇒ Συντονισμένος χαρακτήρας της παρέμβασης ⇒ Κοινωνική διαβούλευση και συμμετοχή, στη διαμόρφωση και στην εφαρμογή του ΣΟΑΠ. ⇒ Χρηματοδοτική στήριξη, από ΠΕΠ Αττικής και από άλλες πηγές. Το πρόγραμμα δράσης του ΣΟΑΠ με τίτλο «60 δράσεις για τη Δυτική Αθήνα» αποτελείται από επιμέρους δράσεις οι οποίες κατατάσσονται στα ακόλουθα πεδία:

- ⇒ Ανάπτυξη της οικονομικής βάσης
- ⇒ Κοινωνική συνοχή , εξάλειψη κοινωνικών ανισοτήτων
- ⇒ Ακίνητα, Κτηριακό απόθεμα
- ⇒ Περιβάλλον -πράσινο
- ⇒ Πολεοδομία, αστικές υποδομές , ρυμοτομικά σχέδια
- ⇒ Ασφάλεια

Το ΣΟΑΠ της Δυτικής Αθήνας προσδιόρισε δύο περιοχές παρέμβασης:

- ⇒ τον οικιστικό ιστό της Δυτικής Αθήνας
- ⇒ συγκεκριμένους «θύλακες εστίασης» εντός του οικιστικού Ιστού. Η επιλογή των «θυλάκων» έγινε είτε ιδιαίτερης προβληματικότητας των περιοχών αυτών είτε λόγω ευκαιριών που μπορούν να αξιοποιηθούν στο θύλακα και να ωφελήσουν τον ευρύτερο χώρο.

Το σχέδιο παρακολουθείται και αξιολογείται από ειδική επιτροπή στην οποία συμμετέχουν ένας εκπρόσωπος από κάθε Δήμο της περιοχής παρέμβασης του ΣΟΑΠ. Η Επιτροπή

Παρακολούθησης και Αξιολόγησης υποστηρίζεται τεχνικά από τον ΑΣΔΑ (<https://home.asda.gr/soap.html>).

- **ΣΧΕΔΙΟ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΒΑΑ), ΟΧΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ 2014-2020 – ΡΟΛΟΣ, ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΕΝΔΙΑΜΕΣΟΥ ΦΟΡΕΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΟΧΕ (ΑΣΔΑ)**

Το σχέδιο αφορά την πρόταση των δήμων δυτικής Αθήνας και του Αναπτυξιακού Συνδέσμου (ΑΣΔΑ) για τη Βιώσιμη Αστική Ανάπτυξη της προσδιοριζόμενης περιοχής, με εργαλείο την αξιοποίηση της «Ολοκληρωμένης Χωρικής Επένδυσης» (ΟΧΕ) στο πλαίσιο του ΕΣΠΑ και του ΠΕΠ ΑΤΤΙΚΗΣ 2014 – 2020 με περίοδο εφαρμογής 2017-2023 (Μάρτιος 2017)

Οι ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν στη δυτική Αθήνα είναι:

1. Ενίσχυση της επιχειρηματικότητας, ιδιαίτερα της καινοτόμου και της νεανικής επιχειρηματικότητας, ενίσχυση της απασχόλησης των νέων.
2. Αντιμετώπιση της υψηλής τοπικής ανεργίας με δημιουργία βιώσιμων θέσεων απασχόλησης, με αξιοποίηση του κτιριακού αποθέματος των παλαιών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, με προσέλκυση επιχειρηματιών για εγκατάσταση επιχειρήσεων στην περιοχή.
3. Αναβάθμιση του «μητροπολιτικού χαρακτήρα» της Δυτικής Αθήνας,
4. Αναζωογόνηση του κέντρου των δήμων της περιοχής παρέμβασης ενισχύοντας εμπορικά και ψυχαγωγικά δίκτυα, δημιουργώντας δραστηριότητες αναψυχής, τουρισμού, πολιτισμού.
5. Άμβλυνση της πολεοδομικής υποβάθμισης των δήμων της Δυτικής Αθήνας και αύξηση της ενεργειακής απόδοσης των κτιριακών υποδομών
6. Βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών και ισότιμη πρόσβαση στα βασικά κοινόχρηστα αγαθά και στις κοινωνικές υπηρεσίες.
7. Πραγματοποίηση συμβολικών έργων και παρεμβάσεων που θα άρουν την υποβάθμιση της περιοχής και θα την οδηγήσουν στην ανάπτυξη.

Από την περιγραφή των παραπάνω αναγκών προκύπτουν οι **κρίσιμοι στόχοι** της προτεινόμενης ΒΑΑ είναι:

1. Ενίσχυση των Αστικών Λειτουργιών των Δήμων Δυτικής Αθήνας για να παίξουν ενεργητικό ρόλο στις κοινωνικές εκδηλώσεις της Μητροπολιτικής Αθήνας.

2. Αντιμετώπιση της ανεργίας, φτώχεια, κοινωνικού αποκλεισμού, δημιουργία θέσεων απασχόλησης, τόνωση της τοπικής οικονομίας,

3. Ενίσχυση της Διαδημοτικής συνεργασίας.

Η «Περιοχή Παρέμβασης» της Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης της Δυτικής Αθήνας περιγράφεται από χωρική άποψη σε τρία επίπεδα:

- στις περιοχές που συμβάλλουν στην ενίσχυση της «μητροπολιτικότητας» της Περιοχής Παρέμβασης
- στους «Θύλακες» που συνδυάζουν αρνητικά κοινωνικά φαινόμενα και αστική υποβάθμιση,
- στις περιοχές που εμφανίζουν παρόμοιες «λειτουργικές σχέσεις», και ενσωματώνεται σε αυτές το γενικότερο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Οι Κύριες **Στρατηγικές** Επιλογές της Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης στη Δυτική Αθήνα αποτελούνται από ένα μείγμα:

- αναπτυξιακής στρατηγικής προσέγγισης, με ενίσχυση της επιχειρηματικότητας, προσέλκυση επενδύσεων, αναζωογόνηση των πόλεων, με μακροπρόθεσμο στόχο την αύξηση των ροών επισκεψιμότητας, τις νέες δραστηριότητες- κοινωνικές εκδηλώσεις, την προώθηση νέας ταυτότητας της Δυτικής Αθήνας
- διαρθρωτικής στρατηγικής προσέγγισης, με αντιμετώπιση των αρνητικών κοινωνικών φαινομένων, με αναβάθμιση των κοινωνικών δομών, με προώθηση της κοινωνική ένταξης των ευπαθών ομάδων, με καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων, με την παροχή ευκαιριών ισότιμης πρόσβασης στην αγορά εργασίας (ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΒΑΑ-ΟΧΕ Δυτικής Αθήνας, *Υποβολή Πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές*).

Ο ΑΣΔΑ έχει το ρόλο της Αστικής Αρχής σύμφωνα με το Άρθρο 123, παρ. 6, του Καν. (ΕΕ) 1303/2013, ορίζεται ως Ενδιάμεσος Φορέας Διαχείρισης και τα καθήκοντα του αφορούν συνολικά στη διαχείριση των πράξεων του σχεδίου. Τα βασικότερα καθήκοντα είναι:

Η παρακολούθηση της χρηματοοικονομικής προόδου των πράξεων, η εισήγηση στη Διαχειριστική Αρχή για τυχόν αναθεώρηση πράξεων, η σύνταξη των αναγκαίων αναφορών, η εξέταση των αιτημάτων χρηματοδότησης και τα κριτήρια για την ένταξη των προς χρηματοδότηση πράξεων, η αξιολόγηση των υποβληθέντων προτάσεων, η διενέργεια

επιτόπιων επαληθεύσεων με τη μέθοδο της δειγματοληψίας διαφόρων πράξεων ως προς την ορθότητα εκτέλεσής τους, η διερεύνηση ύπαρξης παραβάσεων εθνικού ή κοινοτικού δικαίου, η εισήγηση επιβολής των προβλεπόμενων κυρώσεων, η εξέταση του βαθμού επίτευξης των ετήσιων στόχων, παρακολουθεί τα έσοδα των έργων, ενημερώνει τη διαχειριστική αρχή με ακριβή στοιχεία. (ΕΥΔ ΕΠ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΒΑΑ-ΟΧΕ Δυτικής Αθήνας, *Υποβολή Πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές* σελ. 427 – 433...)

- **ΝΕΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΟΧΕ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ 2021-2027 ΜΕ ΟΡΟΣΗΜΟ ΤΟ 2030.**

Περιοχή παρέμβασης της ΟΧΕ/ΒΑΑ 2021-2027 ορίζεται η Δυτική Αθήνα (Κορυδαλλός, Αιγάλεω, Αγία Βαρβάρα, Χαϊδάρι, Πετρούπολη, Ίλιον, Περιστέρι, Άγιοι Ανάργυροι-Καματερό και Φυλή) και στην περιοχή εμπεριέχονται «θύλακες» οι οποίοι έχουν ανάγκες στήριξης της κοινωνικής συνοχής, και αξιοποίησης των δυνατοτήτων της πόλης τους για ανάπτυξη και επέκταση των επιχειρηματικών, οικονομικών, πολιτιστικών δραστηριοτήτων.

Η **Στρατηγική** της Δυτικής Αθήνας, για μια ανθεκτική τοπική οικονομία και κοινωνία με ισχυρή οικονομία, κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη πολιτισμική, με προοπτική το έτος 2030, εστιάζει μέσω της πράσινης μετάβασης, στην οικονομική ανάπτυξη σε συνάρτηση με την αειφορία για το περιβάλλον και διασφαλίζει ένα σύγχρονο αναπτυξιακό περιβάλλον, χαρακτηρισμένο από καινοτομία, ασφάλεια και κοινωνική συνοχή.

Οι στρατηγικές προτεραιότητες της Δυτικής Αθήνας 2030 εστιάζουν στην ενίσχυση των διαδημοτικών υποδομών, στην προώθηση της διασυνδεσιμότητας των δήμων της Δυτικής Αθήνας, τονίζοντας την ανάγκη Βιώσιμης ανάπτυξης και ανάπτυξης της τοπικής οικονομίας, της Κοινωνικής Ένταξης των ευπαθών ομάδων, της προώθησης της απασχολησιμότητας και άμβλυνσης των φαινομένων ανεργίας και φτώχειας, στην ενίσχυση της νεοφυής Επιχειρηματικότητας συμπεριλαμβάνοντας καινοτόμες πρακτικές, στην πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπτώσεων κλιματικής αλλαγής (<https://patt.espa2127.gr>).

Η επιτυχία της στρατηγικής εξαρτάται από την μόχλευση πόρων από κάθε δυνατή πηγή. Οι παρεμβάσεις μέσω της Ο.Χ.Ε. έχουν σκοπό να "στρώσουν το έδαφος" για την υλοποίηση επενδυτικών σχεδίων με αυτοχρηματοδότηση και για να προσελκύσουν νέα και καινοτόμα



προσέλκυση επιχειρηματικά σχέδια. Η εκτέλεση έργων αστικής ανάπλασης σε κύριες χωρικές στρατηγικές επιλογές, θα αποτελέσει την σηματοδότηση της ανάπτυξης (ΟΧΕ/ΒΑΑ Δυτικής Αθήνας 2021-2027).

#### **2.4 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΕΒΑ/FEAD- ΕΠΙΣΙΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΒΑΣΙΚΗΣ ΥΛΙΚΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ.**

Το ποσοστό του πληθυσμού Δυτικής Αθήνας που βρίσκεται σε συνθήκες ακραίας φτώχειας αγγίζει το 3,9% του συνόλου, ενώ ο πληθυσμός που κινείται στα όρια της φτώχειας είναι πολλαπλάσιος.

Το ΤΕΒΑ (Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους) υποστηρίζει δράσεις σχετικά με τη διανομή τροφίμων, τη συλλογή, μεταφορά, και αποθήκευση τους, και άλλων βασικών υλικών αγαθών, συνδυάζοντας μέτρα τα οποία συμβάλλουν στην κοινωνική ενσωμάτωση των ωφελουμένων.

Οι ωφελούμενοι του Προγράμματος επιλέγονται σύμφωνα με εισοδηματικά και περιουσιακά τους κριτήρια.

Το Πρόγραμμα εναρμονίστηκε με το Πρόγραμμα του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.) καθώς δηλώθηκε στην πλατφόρμα από τους δικαιούμενους του ΚΕΑ η πρόθεσή τους να είναι και ωφελούμενοι του ΤΕΒΑ.

Στο πλαίσιο του Επισιτιστικού Προγράμματος και από τις αρχές του 2017 και μέχρι σήμερα ο ΑΣΔΑ, έχει μοιράσει σε 7.028 οικογένειες που ζούν κάτω από τα όρια της φτώχειας, 1500 τόνους τροφίμων. Έχει εφαρμόσει μέτρα ψυχολογικής υποστήριξης παιδιών και ενηλίκων που εντάσσονται σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, τους έχει εντάξει σε αθλητικές δραστηριότητες, σε υπηρεσίες λογοθεραπείας, και τους παρέχει πολιτιστικές και παιδαγωγικές υπηρεσίες (<https://teba.asda.gr>).

Τα καθήκοντα της Διαχειριστικής Αρχής του Επιχειρησιακού Προγράμματος Επισιτιστικής και Βασικής Υλικής Συνδρομής, έχουν ανατεθεί στον ΟΠΕΚΑ, (Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) εποπτευόμενο από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (<https://teba.opeka.gr>)

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε ενδεικτικά έργα και δράσεις της Περιφέρειας στους Δήμους της Δυτικής Αθήνας, που είτε έχουν υλοποιηθεί, είτε βρίσκονται σε εξέλιξη.

## 2.5 ΔΡΑΣΕΙΣ ΔΗΜΩΝ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

### 1.ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ

Η Αγία Βαρβάρα βρίσκεται Δυτικά της Αθήνας. Ο Δήμος έχει έκταση 2.233 στρέμματα. Τα 1.900 στρέμματα καλύπτονται από τον οικισμό και τα 233 καλύπτονται από το πευκοδάσος του όρους Αιγάλεω. Ο δήμος, στα πλαίσια της προώθησης της τοπικής ανάπτυξης, έχει εκπονήσει Επιχειρησιακά Προγράμματα πενταετούς διάρκειας στα οποία καθορίζονται οι προτεραιότητες της τοπικής αρχής.

Στόχος η αναβάθμιση του περιβάλλοντος της περιοχής, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής, η οικονομική και κοινωνική ευημερία των κατοίκων, η βελτίωση της τοπικής οικονομίας και η ανάπτυξη της απασχόλησης, η ανάπτυξη της συνεργασίας με τους γειτονικούς δήμους.

Ο κοινωνικός τομέας του Δήμου και οι υπηρεσίες του, εστιάζουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα στην κοινότητα. Για αυτό το σκοπό δημιουργήθηκε ένα τοπικό δίκτυο υπηρεσιών που αποσκοπεί στην κάλυψη των τοπικών αναγκών, όπως:

α) **Κοινωνικό Παντοπωλείο** το οποίο απευθύνεται σε οικογένειες που δεν μπορούν να καλύψουν βασικές βιοτικές ανάγκες, **Παροχή Συσσιτίου** το οποίο παρέχεται καθημερινά σε άτομα που διαβιών φτωχικά με προτεραιότητα στα παιδιά. **Κοινωνικό Φαρμακείο, Κοινωνικό φροντιστήριο** το οποίο ενισχύει εκπαιδευτικά μαθητές δημοτικού-γυμνασίου-λυκείου με τη βοήθεια εθελοντών, πρόγραμμα-βοήθεια στο σπίτι με το οποίο παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον.

β) **Κέντρο κοινότητας με παράρτημα για τους Ρομά.** Στόχος του κέντρου είναι η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων. Η λειτουργία του κέντρου ΡΟΜΑ αποσκοπεί στο να παρέχει υπηρεσίες συμβουλευτικές, να τους παραπέμπει σε δημόσιες υπηρεσίες για θέματα προνοιακών αιτημάτων, να τους διευκολύνει σε νομικές εκκρεμότητες, να τους προωθεί στην απασχόληση, να τους παρέχει πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα, να τους κάνει αγωγή υγείας.

γ) **Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.** Στεγάζεται σε έναν οργανωμένο χώρο και παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα, ατομική υγιεινή, ανάπαυση σε κλίνες, συντροφιά, ψυχαγωγία. Οι ηλικιωμένοι φιλοξενούνται τις πρωινές ώρες διότι η οικογένεια τους εργάζεται και δεν έχουν φροντίδα μέχρι να επιστρέψουν από την εργασία τους.

δ) **Κατασκευή Πολυκέντρου Κοινωνικής Πολιτικής και Ενημέρωσης.** Σκοπός να υπάρξει ένας πολυχώρος που να εξυπηρετεί τον πολίτη, την Τρίτη ηλικία αλλά και να εκπαιδεύει μειονότητες όπως Roma, Παλιννοστούντες Πόντιους κτλ.

ε) **Δημιουργία πρότυπης πράσινης γειτονιάς** στα πλαίσια της υλοποίησης του έργου «**Πράσινη Πιλοτική Αστική Γειτονιά**» με τη συγχρηματοδότηση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (<https://agiavarvara.gr/kinoniki-politiki/erga-drasis>).

στ) **Υλοποίηση του έργου «I\_do», για την υποστήριξη νέων Ρομά να συμμετέχουν σε κέντρα λήψης αποφάσεων (Δημοτικά και Περιφερειακά Συμβούλια).**

ζ) **Αξιοποίηση σχολείων Δεύτερης Ευκαιρίας και προώθηση προγραμμάτων «Δια Βίου Μάθησης».** Λειτουργία Σχολής Γονέων. Σύσταση κέντρου πρόληψης των εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας "Άριζις" υπό την επιστημονική εποπτεία του Οργανισμού Κατά των Ναρκωτικών (OKANA)

η) Υλοποίηση θερινού προγράμματος «**Κατασκήνωση στην Πόλη**» για παιδιά ηλικίας δημοτικού σχολείου, που δεν έχουν δυνατότητα ολοκληρωμένων διακοπών. Περιλαμβάνει αθλητισμό, χορό, κατασκευές, μουσική.

## 2. ΔΗΜΟΣ ΑΓΙΩΝ ΑΝΑΡΓΥΡΩΝ-ΚΑΜΑΤΕΡΟΥ

Ο Δήμος Αγίων Αναργύρων - Καματερού έχει έκταση **9,11km<sup>2</sup>** και πληθυσμό **61.427 κατοίκους**, σύμφωνα με την απογραφή του 2021. Βρίσκεται σε απόσταση 6 χιλιομέτρων από το κέντρο των Αθηνών και συνορεύει με τους Δήμους Αχαρνών (Μενιδίου), Φυλής, Ν. Φιλαδέλφειας, Περιστερίου, Ιλίου (Ν. Λιοσίων) και Πετρούπολης. Προκειμένου να αντιμετωπίσει τα προβλήματα ο δήμος:

**α) Εκπονεί Σχέδιο Αστικής Προσβασιμότητας (Σ.Α.Π.) για να εξασφαλίσει «προσβάσιμη αλυσίδα» σε υπαίθριους κοινόχρηστων χώρους και οικισμούς όπως προσβάσιμα πεζοδρόμια, πλατείες, προσβάσιμες διαβάσεις και νησίδες, προσβάσιμοι χώροι πρασίνου και προσβάσιμοι χώροι στάθμευσης.**

**β) Κάνει παρεμβάσεις στα δημόσια κτίρια (σχολικές μονάδες, κτλ) για την ενεργειακή τους αναβάθμιση στην κατηγορία A+. Οι παρεμβάσεις αφορούν α) στη μείωση των θερμικών απωλειών με την εγκατάσταση νέων συστημάτων θέρμανσης, με την προσθήκη θερμομόνωσης, β) στη μείωση της κατανάλωσης ηλεκτρικού ρεύματος με την εγκατάσταση φωτοβολταϊκών συστημάτων και την ταυτόχρονη εγκατάσταση φωτιστικών λαμπτήρων τύπου LED.**

**γ) Παίρνει μέτρα για την καταπολέμηση της φτώχειας μέσω του κοινωνικού παντοπωλείου και του κοινωνικού φαρμακείου. Μέσω της δομής του κοινωνικού παντοπωλείου, μν ενισχύονται με τρόφιμα και λοιπά απαραίτητα είδη διαβίωσης 100 ωφελούμενοι που δεν είναι δικαιούχοι του ΤΕΒΑ και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης. Επίσης λειτουργεί και τράπεζα τροφίμων συμπληρωματικά με το κοινωνικό παντοπωλείο, και περιλαμβάνει διανομή τροφίμων σε οικονομικά ασθενέστατα νοικοκυριά καθώς και συσσίτιο, το οποίο μοιράζεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα. Το Κοινωνικό Φαρμακείο, προσφέρει δωρεάν φάρμακα και υγειονομικό υλικό σε ωφελούμενους με χαμηλά εισοδήματα που έχουν αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες περίθαλψης. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 243.360,00 € (<https://agan.gov.gr>).**

**δ) Δημιουργεί κέντρο κοινότητας με σκοπό την εξασφάλιση διασύνδεσης των πολιτών με τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής του Δήμου Αγίων Αναργύρων Καματερού.**

**ε) Κατασκευάζει κέντρο κοινωνικής αλληλεγγύης και πρόνοιας. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 4.150.000,00 €. (<https://meallamatia.gr/erga-kai-draseis-tis-perifereias-attikis-sti-dytiki-athina>).**

### **3. ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΝ**

Το Ίλιον ανήκει στον τομέα της Δυτικής Αθήνας, είναι ο δεύτερος δήμος σε πληθυσμό, μετά το Περιστερί που έρχεται πρώτο και έχει συνολική έκταση 9.250 στρέμματα.

Στο Δήμο Ίλιον λειτουργεί Διευρυμένο Κέντρο Κοινότητας με παράρτημα ΡΟΜΑ. Είναι μία δομή που χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων του ΕΣΠΑ 2014-2020. Το Κέντρο Κοινότητας παρέχει ολιστική υποστήριξη στους κατοίκους του Δήμου, καθώς θεωρείται τοπικό σημείο αναφοράς για την εξυπηρέτηση και διασύνδεση των πολιτών με όλα τα κοινωνικά προγράμματα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με βασικό σκοπό, την καταπολέμηση της φτώχειας, του κοινωνικού αποκλεισμού, των κοινωνικών ανισοτήτων, καθώς και την προώθηση στην εργασία. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 509.760,00 €.

Επίσης ένα από τα μεγαλύτερα έργα του Δήμου είναι η ανέγερση του Πολυδύναμου Βιοκλιματικού Κέντρου για την ανάπτυξη δομών κοινωνικής φροντίδας. Πρόκειται ένα σύγχρονο και πλήρως οργανωμένο κτήριο συνολικής επιφάνειας περίπου 6.500 τ.μ., βιοκλιματικά σχεδιασμένο. Η βιοκλιματική αρχιτεκτονική του, θα έχει ως αποτέλεσμα την εξοικονόμηση ενέργειας με επακόλουθο την προστασία του περιβάλλοντος. Εκεί θα στεγάζονται κοινωνικές δομές που λειτουργούν στην πόλη, όπως το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, τα Δημοτικά Ιατρεία, το Ψυχοπαιδαγωγικό Κέντρο, το Κοινωνικό Παντοπωλείο και άλλα. Το πιο σημαντικό είναι ότι θα στεγαστεί εκεί η Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων (Γηροκομείο), η οποία θα λειτουργήσει σε συνεργασία με την Ιερά Μητρόπολη Ιλίου, Αχαρνών και Πετρούπολεως. Το έργο, έχει συνολικό προϋπολογισμό 9.950.000,00 ευρώ (<https://www.ilion.gr>).

#### **4. ΔΗΜΟΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**

Ο Δήμος Περιστερίου έχει έκταση 10,05 τ.χλμ. και σύμφωνα με την απογραφή του 2021, έχει πληθυσμό 132.123 κατοίκους, τους περισσότερους στη Δυτική Αθήνα.

Στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος της Περιφέρειας Αττικής «Αττική 2014-2020» - «Προώθηση της Κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της Φτώχειας και Διακρίσεων και Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής» με τη συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, λειτουργούν κοινωνικές δομές, δομές συμβουλευτικής στις οποίες έχουν πρόσβαση όλοι χωρίς οικονομική συμμετοχή, το λεγόμενο Κέντρο Κοινότητας με κόστος υλοποίησης του έργου στα 224.640,00 €. Η δομή υποστηρίζεται από Κοινωνικό Λειτουργό ο οποίος ασχολείται με την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των δημοτών, τη διασύνδεση με υπηρεσίες του δήμου. Ωφελούμενοι του Κέντρου κοινότητας είναι οι κάτοικοι του Δήμου Περιστερίου, οι άνεργοι, τα άτομα που διαβιών σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, ευάλωτες κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, ΑΜΕΑ, μετανάστες, ωφελούμενοι του προγράμματος «Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης» (ΚΕΑ), υποστηρίζοντας τους ωφελούμενους από τη στιγμή της υποβολής της αίτησης έως την

προσκόμιση και παραλαβή των απαραίτητων δικαιολογητικών. Επίσης παρέχει και ψυχοκοινωνική υποστήριξη. (<https://www.peristeri.gr/ypiresies/programmata-koinonikes-drasesis>)

Σκοπός του προγράμματος είναι να ανακουφιστούν, εν μέσω περιόδου οικονομικής κρίσης, οι κάτοικοι του Δήμου που ανήκουν στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες όπως Άνεργοι, Άποροι, Ανασφάλιστοι, Άστεγοι.

Παράλληλα λειτουργούν δομές παροχής βασικών αγαθών, όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο, η Παροχή Συσσιτίου, το Κοινωνικό Φαρμακείο, το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Κοινωνικό Φροντιστήριο του δήμου κτλ.

Ωφελούμενοι των υπηρεσιών του Κοινωνικού Παντοπωλείου είναι ζευγάρια, μεμονωμένα άτομα, οικογένειες με παιδιά, καθώς και μονογονεϊκές οικογένειες όπου βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από τη φτώχεια. Διανέμονται τακτικά στους ωφελούμενους, τρόφιμα, είδη ατομικής υγιεινής, είδη ένδυσης και υπόδησης, βιβλία, παιχνίδια, κ.ά.,. Η λειτουργία του Κοινωνικού Παντοπωλείου στηρίζεται σε χορηγούς εταιριών και δωρεές πολιτών (<http://www.domesperisteriou.gr>).

Το Κοινωνικό Φαρμακείο παραλαμβάνει όλων των ειδών τα φάρμακα, Υγειονομικό Υλικό, κολλύρια και σιρόπια όπως και φάρμακα με κόκκινη γραμμή. Φάρμακα μπορούν να δωρίσουν Ιδιώτες, Φαρμακεία και Φαρμακευτικές Εταιρίες, κ.α. Το πνεύμα λειτουργίας του προγράμματος στηρίζεται στην ενεργή προσφορά των συμπολιτών.

Να σημειωθεί ότι στο δήμο λειτουργεί Κέντρο Πρόληψης το «Οδοιπορικό». Σκοπός του, η πρόληψη της χρήσης ουσιών και η προαγωγή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Το «Οδοιπορικό» ιδρύθηκε το 1998 και λειτουργεί σε συνεργασία με τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ).

## 5. ΔΗΜΟΣ ΠΕΤΡΟΥΠΟΛΗΣ

Η **Πετρούπολη** είναι δήμος αναπτυσσόμενος στις παρυφές του Ποικίλου Όρους με πληθυσμό το 2021 στα 60.166 άτομα και έκταση στα 6,597 τ.χμ.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα φαινόμενα ακραίας φτώχειας, να καλυφθούν βασικές ανάγκες των δημοτών, να καταπολεμηθούν οι κοινωνικές διακρίσεις, να διασφαλιστεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για όλες τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, ο Δήμος και στο πλαίσιο της ΒΑΑ/ΟΧΕ της Δυτικής Αθήνας μέσω του Ε.Π. «Αττική 2014 -2020», προέβη στις ακόλουθες δράσεις:

Στο δήμο υλοποιούνται δύο (2) δράσεις οι οποίες έχουν στόχο την αντιμετώπιση των κοινωνικών διακρίσεων και την κοινωνική ένταξη των ευπαθών ομάδων μέσω ψυχοκοινωνικής ευαισθητοποίησης.

Η πρώτη Δράση αφορά στην οργάνωση Προγράμματος συμβουλευτικής και Ψυχοκοινωνικής ενδυνάμωσης κατ' οίκον αλλά και στην Κοινότητα, παρέχοντας υπηρεσίες στα πλαίσια της πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης της Άνοιας, και στη

βιωματική ενδυνάμωση των ατόμων με αναπηρία με στόχο την ψυχική ανθεκτικότητά τους.

Η δεύτερη Δράση απευθύνεται σε γονείς και μαθητές με στόχο την ψυχοκοινωνική υποστήριξή τους και την ευαισθητοποίησή τους σε θέματα επικοινωνίας. Επίσης απευθύνεται και σε νέες μητέρες, στα βρέφη τους, στους συζύγους τους, με στόχο την ανάπτυξη πρωτογενούς πρόληψης. (<https://petroupoliefzin.gr>)

Παράλληλα ο Δήμος έχει ιδρύσει Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο και το Κοινωνικό Φαρμακείο, έργων με κόστος υλοποίησης στα 243.360,00 €, το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Κέντρο Κοινότητας με κόστος υλοποίησης του έργου στα 172.800,00 € και λοιπές άλλες δράσεις με τη συγχρηματοδότηση Ευρωπαϊκών Προγραμμάτων.

## 6. ΔΗΜΟΣ ΧΑΪΔΑΡΙΟΥ

Ο Δήμος Χαϊδαρίου έχει τη μεγαλύτερη έκταση στη Δυτική Αθήνα καλύπτοντας συνολικά 22.655 στρέμματα. Δομημένα είναι τα 4.457 στρέμματα. Στο Δήμο Χαϊδαρίου σημαντικές εκτάσεις καλύπτουν τα δύο μεγάλα νοσηλευτήρια ψυχικών παθήσεων, το Δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο (ΨΝΑ) και το Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρικό Ίδρυμα και στα Δήμο Χαϊδαρίου ανήκει και το Αττικό Νοσοκομείο.

Στα πλαίσια του στρατηγικού σχεδιασμού της Περιφέρειας Αττικής για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού, συντονίζονται και στο Δήμο Χαϊδαρίου, πολιτικές κοινωνικής ένταξης, όπως η ίδρυση Δομής Κέντρου Κοινότητας. Σκοπός να αναπτυχθεί ένα τοπικό σημείο αναφοράς που θα υποδέχεται, θα εξυπηρετεί και θα φέρνει σε επαφή τους πολίτες με όλα τα ενεργά κοινωνικά προγράμματα και υπηρεσίες του Δήμου. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στις 164.160,00 €.

Επίσης ίδρυσε Δομές Παροχής Αγαθών όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο το οποίο διανέμει δωρεάν τρόφιμα, είδη ατομικής υγιεινής, είδη πρώτης ανάγκης για την ανάπτυξη των βρεφών κτλ. στους πολίτες που τα έχουν ανάγκη και παρέχει συσσίτιο, μια μερίδα φαγητό την ημέρα, σε οικονομικά αδύναμες πληθυσμιακές ομάδες. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στα 351.000,00 €.

Προέβη στην κατασκευή Κέντρων Φιλίας Ηλικιωμένων (πρώην Κ.Α.Π.Η.) με σκοπό την πρόληψη ιατρικών, κοινωνικών, ψυχολογικών προβλημάτων δημοτών τρίτης ηλικίας, ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, και να έχουν ενεργή συμμετοχή στο κοινωνικό σύνολο. Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στα 500.000,00 €.

Τέλος, ίδρυσε Δομή ημερήσιας φιλοξενίας ΑμεΑ το “ΕΡΕΙΣΜΑ” για την εξυπηρέτηση ατόμων με αναπηρία και συγκεκριμένα 60 παιδιών. Τους προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη, απασχόληση, φυσιοθεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των κινητικών προβλημάτων τους, ενδυνάμωση νοητικών δεξιοτήτων, με απώτερο σκοπό την κοινωνικοποίησή τους. (<https://www.haidari.gr>)

## 7. ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

Ο Δήμος Αιγάλεω βρίσκεται στην δυτική περιοχή του πολεοδομικού συγκροτήματος των Αθηνών. Ανήκει στην περιφερειακή διοικητική ενότητα Δυτικής Αθήνας και έχει αναπτυχθεί εκατέρωθεν της αρχαίας Ιεράς Οδού. Η ονομασία της πόλης προέρχεται από το όρος Αιγάλεω. Ο πληθυσμός της ήταν 69.946 στην απογραφή του 2011 και 64.828 στην απογραφή του 2021.

Και ο Δήμος Αιγάλεω, προκειμένου να αντιμετωπίσει τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό των δημοτών του, έχει υλοποιήσει έργα και εγκαταστήσει δομές, στο πλαίσιο της ΒΑΑ/ΟΧΕ της Δυτικής Αθήνας, όπως:

### **Α) Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών, Κοινωνικό Παντοπωλείο, Παροχή Συσσιτίου,**

**Κοινωνικό Φαρμακείο.** Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 533.520,00 € (<https://meallamatia.gr/erga-kai-draseis-tis-perifereias-attikis-sti-dytiki-athina>).

Το κοινωνικό παντοπωλείο μεριμνά να καλύψει πρωτογενείς ανάγκες διαβίωσης των κατοίκων του Δήμου για να αποφευχθεί η περιθωριοποίηση των ομάδων εκείνων που πλήττονται από τις συνέπειες της οικονομικοκοινωνικής κρίσης, που τους οδήγησαν στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Κινητοποιεί τις εταιρείες, τοπικές επιχειρήσεις αλλά και την τοπική κοινωνία να στηρίξουν τις ευάλωτες ομάδες (<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-pantopolio-2/>)

Το Κοινωνικό Συσσίτιο διανέμει δωρεάν γεύματα ανάλογα με τα μέλη της οικογένειας για να αντιμετωπίσει το επισιτιστικό πρόβλημα των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων (<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-syssitio/>).

Το Κοινωνικό φαρμακείο παρέχει δωρεάν φάρμακα και υγειονομικό υλικό μέσω συνεργασιών με φαρμακοβιομηχανίες και φαρμακευτικούς συλλόγους (<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-farmakeio-2>)

**Β) Κέντρο Κοινότητας.** Το κόστος υλοποίησης του έργου ανέρχεται στο ποσό των 172.800,00 €.



Το Κέντρο Κοινότητας Δήμου Αιγάλεω είναι το αρχικό σημείο επαφής του πολίτη με την κοινωνική υπηρεσία του Δήμου. Πρόκειται για μία νέα δομή που επιδιώκει να δημιουργήσει ένα δίκτυο κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο στα πλαίσια του Περιφερειακού Επιχειρησιακού Προγράμματος Αττικής (ΠΕΠ) 2014 - 2020. Στελεχώνεται από 4 Κοινωνικούς Λειτουργούς, 2 Ψυχολόγους και 1 Κοινωνιολόγο (<https://www.kkaigaleo.gr/>).

Στο Κέντρο Κοινότητας του Δήμου Αιγάλεω, οι πολίτες βρίσκουν ενημέρωση και συμβουλευτική υποστήριξη για Προγράμματα Πρόνοιας και Κοινωνικής Ένταξης, όπως το πρόγραμμα Ταμείου Ευρωπαϊκής βοήθειας προς άπορους, για το ΚΕΑ (Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης), Επιδόματα (αναπηρίας, ανασφάλιστων, υπερηλίκων κλπ), Επίδομα τοκετού κτλ. Συντελεί στην ένταξη στην αγορά εργασίας ανέργων .

Επίσης υπάρχει μέριμνα και για την υποβολή αιτήσεων για χορήγηση Προνοιακών Επιδομάτων του Ο.Π.Ε.Κ.Α., (αναπηρικό επίδομα, διατροφικό επίδομα, το επίδομα Παλιννοστούντων Ομογενών Προσφύγων, επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής, Κοινωνικό Επίδομα Αλληλεγγύης (Κ.Ε.Α.), επίδομα Στέγασης). (<https://www.aigaleo.gr/pronoia-epidomata/>)

### **Γ) Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα (<https://www.aigaleo.gr/voithia-spiti/>).

### **Δ) Λειτουργία δημοτικών ιατρείων**

Παρέχουν καθημερινή κοινωνική φροντίδα σε όλους τους δημότες (Μέτρηση σακχάρου αίματος, αρτηριακής πίεσεως, εκτέλεση ενδομυϊκών και υποδόριων ενέσεων), ιατρική φροντίδα σε άνεργους, άπορους, ανασφάλιστους (Καρδιολογικό Ιατρείο , ΗΚΓ από Καρδιολόγο, ψυχοθεραπεία από ψυχολόγους, μαθήματα ανώδυνου τοκετού από

εξειδικευμένη μαία),εβδομαδιαίες ιατρικές εξετάσεις από άμισθους εθελοντές ιατρούς του Δήμου .

### **Ε) Αλληλέγγυο Φροντιστήριο**

Επίσης λειτουργεί το αλληλέγγυο Φροντιστήριο τις απογευματινές ώρες και παρέχει δωρεάν μαθήματα σε μαθητές της Γ΄ Λυκείου προκειμένου να τους ενισχύσουν για τις εισαγωγικές εξετάσεις.

## **8.ΔΗΜΟΣ ΦΥΛΗΣ**

Ο Δήμος Φυλής προέκυψε από τη συνένωση των δήμων Φυλής, Άνω Λιοσίων και Ζεφυρίου. Η έκταση του, είναι 105,128 τ.χλμ και ο πληθυσμός του 45.965 κάτοικοι σύμφωνα με την απογραφή του 2011. Έδρα, τα Άνω Λιόσια.

Στη Φυλή υπάρχει χώρος Υγειονομικής Ταφής Απορριμμάτων, έκτασης 1.000 στρεμμάτων, όπου γίνεται η διαχείριση και τελική διάθεση των απορριμμάτων της Περιφέρειας Αττικής. (<https://www.edsna.gr/chyta-fylis>) Υπογράφηκε σύμβαση για την ανάπλαση στην πρώην χωματερή της Φυλής και τη μετατροπή της σε Πάρκο Πρασίνου και Ανανεώσιμων Πηγών Ενέργειας. (<https://ypodomes.com/live-i-yprografi-symvaseon-gia-tin-anaplasi-tis-chomateris-fylis>).

Ο χώρος αυτός που δεχόταν απορρίμματα επί 60 έτη και ήταν υποβαθμισμένος θα μετατραπεί σε πόλο πρασίνου και αναψυχής, με την ταυτόχρονη παραγωγή ηλεκτρικής ενέργειας η οποία θα διατεθεί σε 5.600 ευάλωτα νοικοκυριά του Δήμου Φυλής (<https://koinoniki.gr/>)

Από τον Οκτώβριο 2017 λειτουργεί το πρόγραμμα : Δομές Παροχής Βασικών Αγαθών: Κοινωνικό Παντοπωλείο-Κοινωνικό Συσσίτιο -Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Φυλής.

Οι Δομές αυτές απευθύνονται σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες του Δήμου Φυλής (άνεργοι, ανασφάλιστοι, θύματα κακοποίησης, όσοι βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας,ηλικιωμένοι,άστεγοι,κ.α).

Το Κοινωνικό Παντοπωλείο έχει στόχο την κάλυψη αναγκών με δωρεάν παροχή προϊόντων και ειδών πρώτης ανάγκης. Το Κοινωνικό Συσσίτιο εξασφαλίζει δωρεάν γεύματα σε

καθημερινή βάση σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Το Κοινωνικό Φαρμακείο παρέχει δωρεάν φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα.

Επιπλέον στις δομές παρέχονται και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης και συμβουλευτικής, ενημέρωσης και εξειδικευμένης πληροφόρησης και διασύνδεσης των ωφελούμενων με τοπικούς φορείς.

Επίσης λειτουργεί από το 2017 ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΡΟΜΑ) στα πλαίσια του προγράμματος «Πρόωθηση της Κοινωνικής Ένταξης και Καταπολέμηση της Φτώχειας και Διακρίσεων – Διασφάλιση της Κοινωνικής Συνοχής».

Στόχος του Διευρυμένου Κέντρου Κοινότητας του Δήμου Φυλής (Κεντρική Δομή & Παράρτημα Ρομά) είναι η διασύνδεση των πολιτών και όλων των ωφελούμενων (Ανασφάλιστοι Υπερήλικοι, Άνεργοι, Μονογονεϊκές οικογένειες, Άστεγοι, Άτομα με ψυχική διαταραχή, με παραβατική συμπεριφορά, χρήστες και πρώην χρήστες ουσιών, Ρομά, Μετανάστες, πρόσφυγες, Άτομα με Αναπηρία) με όλα τα κοινωνικά προγράμματα που υλοποιούνται (ΤΕΒΑ, προγράμματα ΟΑΕΔ, ΓΓ Δια Βίου Μάθησης κλπ)(<https://fyli.gr/kentro-koinotitas-dimoy-fylis>)

Επίσης λειτουργεί το πρόγραμμα **“Βοήθεια στο Σπίτι”** που παρέχει οικογενειακή βοήθεια, συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, και νοσηλευτική φροντίδα.

Οι νοσηλεύτριες παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που αφορούν σε κατ’ οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση - καταγραφή ζωτικών σημείων, συνταγογράφηση φαρμάκων, συνοδεία σε νοσοκομεία για προγραμματισμένες εξετάσεις.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει και οικογενειακούς βοηθούς που αναλαμβάνουν εξωτερικές εργασίες, προμηθεύουν τους ηλικιωμένους με είδη άμεσης ανάγκης και αναλαμβάνουν να καθαρίζουν και το σπίτι τους. Επίσης τους κρατάνε συντροφιά αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος. (<https://fyli.gr/voitheia-sto-spiti>)

Στο σημείο αυτό να σημειωθεί ότι στα Άνω Λιόσια και στο Ζεφύρι, υπάρχουν διάσπαρτες κατασκευές πρόχειρης στέγασης Ρομά, Βέβαια η πλειοψηφία των Ρομά του Δήμου Φυλής είναι εδραιωμένοι και κατοικούν σε κτιστά σπίτια. Λίγοι είναι οι περιπλανώμενοι. Ο πληθυσμός τους το 2010 ήταν στους 6500. Στους μεικτούς καταυλισμούς παρατηρούνται προστριβές και υπάρχει η τάση περαιτέρω γκετοποίησης. ([www.roma-ekka.gr](http://www.roma-ekka.gr))

## **9.ΔΗΜΟΣ ΚΟΡΥΔΑΛΛΟΥ**

Ο Δήμος Κορυδαλλού έχει συνολική έκταση 4,324 τετ. χιλιόμετρα και συνορεύει δυτικά και νότια με τη Νίκαια, ανατολικά με την Αγία Βαρβάρα και βόρεια με το Χαϊδάρι.

Σύμφωνα με την απογραφή του 2011 ο πληθυσμός του δήμου ήταν 63445 κατοίκους ενώ σύμφωνα με την απογραφή του 2021 είναι 61.247. Δηλαδή κατά 2.198 άτομα λιγότερα.

Ο Δήμος υλοποιεί διάφορα προγράμματα και δράσεις μέσω του Τμήματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρόνοιας & Κοινωνικής Προστασίας . Στόχος η κοινωνική στήριξη ειδικών πληθυσμιακών ομάδων όπως οι νέοι, οι απόμαχοι της ζωής, οι μετανάστες ,οι άνεργοι κτλ, για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά προβλήματα και ανάγκες, να καταπολεμήσουν την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Τα έργα που έχουν υλοποιηθεί περιλαμβάνουν: το Κέντρο Κοινότητας, τη Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο, η Παροχή Συσσιτίου, το Κοινωνικό Φαρμακείο, το Γραφείο Στήριξης Ανέργων, το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» (ΒΣΣ) (<https://korydallos.gr/>).

Από τις παραπάνω δράσεις των δήμων, προκύπτει ότι έχουν γίνει σημαντικά βήματα για να βελτιωθεί η καθημερινότητα των κατοίκων της Δυτικής Αθήνας, αλλά υπάρχουν πολλά ακόμα που πρέπει να γίνουν. Η Περιφέρεια οφείλει να συνεχίσει να εργάζεται προς αυτή την κατεύθυνση και με το έργο της να αποδείξει το κοινωνικό της πρόσημο, στηρίζοντας περισσότερους συνανθρώπους μας που το έχουν ανάγκη, να βγουν από την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό, να ενταχθούν στην αγορά εργασίας και στο κοινωνικό δίκτυο, παίρνοντας πρωτοβουλίες αξιοπρέπειας που θα σηματοδοτούν πραγματική έξοδο από τη βαθιά κοινωνική και οικονομική κρίση στην οποία έχουμε περιέλθει (<https://meallamatia.gr/erga-kai-drases-tis-perifereias-attikis-sti-dytiki-athina>).

- **Μεθοδολογία-Ερευνητικός Σκοπός και Στόχοι**

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να εκπονηθεί αυτή η διπλωματική εργασία ήταν αυτή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η εργασία λοιπόν αποτελεί δευτερογενή έρευνα που έχει ως στόχο να καταγραφούν οι κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού της

Ελλάδας και να μελετηθεί ειδικά η περίπτωση της δυτικής Αθήνας που οι κοινωνικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα αυξημένες. Να αποσαφηνιστούν οι αιτιολογικοί παράγοντες που συντελούν στην αύξηση αυτών των αναγκών σε συγκεκριμένες περιφέρειες της Ελλάδας και μέσω του εντοπισμού των αιτιών, να προβληθούν μέθοδοι αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων και των οικονομικών ανισοτήτων μέσω άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Συγκεκριμένος στόχος είναι η μελέτη των κοινωνικών αναγκών στον ελλαδικό χώρο, οι αιτίες που μπαίνουν τροχοπέδη στην ικανοποίηση των αναγκών αυτών, όπως είναι η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η συγκριτική συσχέτιση της ελληνικής περιφέρειας με την περιφέρεια της δυτικής Αθήνας, τα μέτρα που έχουν ακολουθηθεί από το κοινωνικό κράτος- κράτος πρόνοιας, για την κάλυψη αυτών των αναγκών, ο κοινωνικός σχεδιασμός που έχει γίνει μέχρι τώρα και η αποτελεσματικότητα των πολιτικών που έχουν ασκηθεί όπως αυτή αποδεικνύεται μέσα από τους δείκτες φτώχειας, ανεργίας, απασχόλησης.

- **Ερευνητικός σχεδιασμός και ερευνητική προσέγγιση**

Η εν λόγω μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας .Η συλλογή των δεδομένων προέκυψε μέσω του προσδιορισμού του σκοπού της εργασίας, των ερευνητικών ερωτημάτων που τέθηκαν και της χρήσης μελετών και ερευνών δημοσιευμένες σε επιστημονικά περιοδικά, της ανάλογης βιβλιογραφίας, ορισμών και σχετικών άρθρων. Μέσα από αυτή την καταγραφή προέκυψαν τα δεδομένα που θα απαντούσαν στον σκοπό της έρευνας.

Αναπτύχθηκαν πέντε ερευνητικά ερωτήματα που επικεντρώνουν τους στόχους της ανασκόπησης και είναι τα ακόλουθα:

- Ποιες οι κοινωνικές ανάγκες στον πληθυσμό της χώρας μας και για ποιους λόγους δεν μπορούν να ικανοποιηθούν για όλα τα κοινωνικά στρώματα και για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες που διαμένουν στον ελλαδικό χώρο;
- Γιατί στη Δυτική Αθήνα οι κοινωνικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα αυξημένες;
- Ποια μέτρα έχουν παρθεί προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι λόγοι που δεν επιτρέπουν την κάλυψη αυτών των αναγκών; (τρόποι αντιμετώπισης φτώχειας, ανεργίας, κοινωνικού αποκλεισμού);
- Επηρεάζει η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η κοινωνική ανισότητα, την υγεία του πληθυσμού;

- Ήταν τα μέτρα αποτελεσματικά για την καταπολέμηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών ή χρειάζεται επανασχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής;

Κατόπιν ηλεκτρονικής αναζήτησης σε βάσεις δεδομένων όπως το Google Scholar, PubMed, και ιστότοπων του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, του ΟΠΕΚΑ, της ΔΥΠΙΑ, κτλ, από όπου αντλήθηκαν δεδομένα και πληροφορίες με οδηγό αναζήτησης συγκεκριμένες λέξεις – κλειδιά, όπως: κοινωνικές ανάγκες, απασχόληση, ανεργία, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός, κοινωνικές ανισότητες, κοινωνική ευημερία, κράτος πρόνοιας, κοινωνική προστασία, επιδόματα, κοινωνική πολιτική, δείκτες φτώχειας και ανεργίας, υγειονομική περίθαλψη, συγκεντρώθηκαν δεδομένα που και παρατέθηκαν στην δευτερογενή έρευνα σε αφηγηματική μορφή και έδωσαν απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί.

#### • ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Ποιες οι κοινωνικές ανάγκες στον πληθυσμό της χώρας μας και για ποιους λόγους δεν μπορούν να ικανοποιηθούν για όλα τα κοινωνικά στρώματα και για όλες τις πληθυσμιακές ομάδες που διαμένουν στον ελλαδικό χώρο;

*Οι κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού της Ελλάδας δεν μπορούν να ικανοποιηθούν απόλυτα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και ειδικά στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες που βιώνουν την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, καταστάσεις που τους απομακρύνουν από την ικανοποίηση βασικών κοινωνικών αναγκών και από τη δυνατότητα ένταξης στον κοινωνικό ιστό.*

Ο Πληθυσμός της χώρας μας αποτελεί κράμα πολλών ατόμων διαφορετικής υπηκοότητας. Πέρα από τα 9.904.286 άτομα που έχουν ελληνική υπηκοότητα, περίπου 720.000 άτομα έχουν υπηκοότητα από άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της Αφρικής, της Καραϊβικής, της Νότιας ή Κεντρικής και Βόρειας Αμερικής, της Ασίας και Ωκεανίας. (Απογραφή Πληθυσμού - Κατοικιών, 2011, ΕΛΣΤΑΤ 2016). Τα μεταναστευτικά κύματα ήταν μεγάλα τα τελευταία έτη, σημειώθηκαν εισροές προσφύγων ενώ ήδη στον ελλαδικό χώρο υπήρχαν ομάδες πληθυσμού που ανήκαν στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες. Τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται ως κοινωνικά αποκλεισμένα ενώ βιώνουν αποστέρηση και αποξένωση από τους θεμελιώδεις θεσμούς και μηχανισμούς της κοινωνίας. Έρχονται αντιμέτωπα με

κινδύνους κοινωνικού και εργασιακού αποκλεισμού, έχουν περιορισμένη ή μηδενική πρόσβαση σε κοινωνικά αγαθά και αδυνατούν να έχουν ποιότητα ζωής. Αντιμετωπίζουν προβλήματα στέγης, εργασίας, ανεπαρκές εισόδημα, έλλειψη εκπαίδευσης, περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης. Στην ουσία δεν μπορούν να καλύψουν τις κοινωνικές τους ανάγκες.

Οι άμεσες κοινωνικές ανάγκες σχετίζονται με την επισιτιστική ασφάλεια, με την στέγαση, την εξασφάλιση θέρμανσης, την πρόσβαση στις μεταφορές, την πρόσβαση σε υγιεινή διατροφή, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και τη λήψη υγειονομικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Εάν δεν καλυφθούν μπορούν να εμποδίσουν δυνητικά την ευημερία, την υγεία και την ασφάλεια του ατόμου. Για να ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες θα πρέπει η κοινωνία να παράγει υλικό: δηλαδή να δημιουργεί τροφή, ένδυση, κατοικία και ό,τι είναι απαραίτητο για την εξασφάλιση υγείας και επιβίωσης, στα πλαίσια κλίματος συνεργασίας και επικοινωνίας με την ανάλογη κατανομή ευθυνών στους εμπλεκόμενους (L. Doyal, I. Cough, A Theory of Human Need, ο.π.).

Τα άτομα αυτά είναι οι άνεργοι, τα άτομα με αναπηρία (ΑμεΑ), γυναίκες θύματα ενδοοικογενειακής κακοποίησης, Θύματα εμπορίας (trafficking), πρόσφυγες και αιτούντες άσυλο, Τσιγγάνοι-Ρομά, μετανάστες και παλιννοστούντες, οι άστεγοι, άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούνται από αυτήν, αποφυλακισθέντες και ανήλικοι παραβάτες, πρώην εξαρτημένα σε ουσίες άτομα (τοξικομανείς, αλκοολικοί) και άλλοι. Ρόλος της πολιτείας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής προσαρμοσμένης στις απαιτήσεις αυτές προκειμένου να καλυφθούν οι αιτούμενες κοινωνικές ανάγκες.

- Γιατί στη Δυτική Αθήνα οι κοινωνικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα αυξημένες;

*Στη Δυτική Αθήνα οι κοινωνικές ανάγκες είναι ιδιαίτερα αυξημένες λόγω υψηλής ανεργίας, διαμονής ευπαθών κοινωνικά ομάδων, (Έλληνες Ρομά, παλιννοστούντες ομογενείς από την πρώην ΕΣΔΔ, οικονομικοί μετανάστες) που απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό, υψηλών ποσοστών φτώχειας λόγω χαμηλών αμοιβών, περιβαλλοντικών προβλημάτων, μικρών στεγαστικών αποθεμάτων κ.α..*

Η Δυτική Αθήνα, σε σχέση με την υλική στέρηση και με την ακραία φτώχεια, βρίσκεται σε συνθήκες φτώχειας χειρότερες από τις λοιπές Περιφέρειες της Αττικής.

Η πλειοψηφία των κατοίκων ανήκει στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα. Σύμφωνα με μελέτη του ΙΝΕ (Ινστιτούτο Εργασίας) για την απόλυτη φτώχεια η Δυτική Αθήνα κατατάσσεται στην πιο προβληματική περιοχή της Αττικής από άποψη φτώχειας (*Περιφερειακή Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και την Καταπολέμηση της Φτώχειας, ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015*).

Σύμφωνα με στοιχεία του ΤΕΒΑ (Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς τους Απόρους) ο πληθυσμός που βρίσκεται σε συνθήκες ακραίας φτώχειας είναι περίπου το 3,9% του συνολικού πληθυσμού της Δυτικής Αθήνας, ενώ ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο της φτώχειας είναι πολλαπλάσιος (σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα η φτώχεια στο Αιγάλεω αγγίζει το 21,9%). Σύμφωνα με την Περιφερειακή Στρατηγική Κοινωνικής Ένταξης της Αττικής (2015) και με βάση τους δείκτες ανθρώπινης φτώχειας του ΟΗΕ, με κριτήρια το κοινωνικό - οικονομικό προφίλ των πληθυσμών των Δήμων, προκύπτει ότι στους Δήμους Φυλής, Αγίας Βαρβάρας, Μεγαρέων, Τροιζηνίας, Αθηναίων, Ασπροπύργου κατοικεί το 21% του πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής με τη μεγαλύτερη ανθρώπινη φτώχεια. (ΠΕΣΚΕ Αττικής, σελ. 224, 2015)

Βάσει αυτών των δεδομένων και λαμβάνοντας υπόψη την υψηλή ανεργία στην περιοχή, το χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης της συγκριτικά με την υπόλοιπη Αττική και την Ελλάδα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, την αυξημένη παραβατικότητα και εγκληματικότητα, την κοινωνική ανισότητα, την ατμοσφαιρική ρύπανση, την επιβαρυνόμενη περιβαλλοντική ταυτότητα της περιοχής, την κακή υγεία των δημοτών, καταλήγουμε ότι οι κοινωνικές ανάγκες στη Δυτική Αθήνα, η οποία χαρακτηρίζεται ως υποβαθμισμένη λόγω των συνθηκών, είναι πολύ αυξημένες και τα σχέδια δράσης περισσότερο από άλλες περιφέρειες της χώρας προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά προβλήματα. (Σχέδιο Ολοκληρωμένης Αστικής Παρέμβασης Δυτικής Αθήνας- 60 δράσεις για τη Δυτική Αθήνα <https://home.asda.gr>).

- Ποια μέτρα έχουν παρθεί προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι λόγοι που δεν επιτρέπουν την κάλυψη αυτών των αναγκών; (τρόποι αντιμετώπισης φτώχειας, ανεργίας, κοινωνικού αποκλεισμού);

*Τροχοπέδη για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, της βασικής κοινωνικής ανάγκης του επισιτισμού, της στεγαστικής ανάγκης, της ανάγκης για υγειονομική περίθαλψη, για*



*εκπαίδευση, για κοινωνική ένταξη, είναι η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός, καταστάσεις στις οποίες έχει περιέλθει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Το κράτος πρόνοιας, μέσω της κοινωνικής προστασίας, ασκεί κοινωνική πολιτική προσδιοριζόμενη από τις τρέχουσες βασικές ανάγκες με την βοήθεια ευρωπαϊκών κονδυλίων. Χρησιμοποιεί επιδοματική πολιτική και στόχος του η δίκαιη αναδιανομή του πλούτου.*

Βάσει των στοιχείων της Έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ περί Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών 2021, ο πληθυσμός που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ανέρχεται στο 28,3% του πληθυσμού της Χώρας (ΕΛΣΤΑΤ 2022, Δελτίο Τύπου, ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ, από <https://www.statistics.gr/documents/20181/44d3d102-5456-c06a-ce90-47a761783326>).

Η αντιμετώπιση της φτώχειας τα τελευταία χρόνια έχει στραφεί προς την κατεύθυνση της καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού και την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης.

Προκειμένου ο πολίτης να αντιμετωπίσει τους κοινωνικούς κινδύνους, να ξεπεράσει κωλύματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, να μη ζει σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, να απονέμεται κοινωνική δικαιοσύνη και ορθή αναδιανομή το πλούτου, να εκμηδενιστούν οι κοινωνικές ανισότητες, αναπτύχθηκε η επιστήμη της κοινωνικής πολιτικής.

Το ελληνικό κράτος πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας στα πλαίσια άσκησης επιδοματικής πολιτικής εξασφαλίζει βασικές παροχές και καθιερώνει επιδοματικά ενισχυτικά προγράμματα, προκειμένου να "ελαφρύνει" τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες από την φτώχεια, την ανέχεια, την υλική στέρηση, την κοινωνική περιθωριοποίηση.

Οι σημαντικότερες από αυτές τις παροχές είναι το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα που αποτελεί ένα προνοιακό πρόγραμμα που χορηγείται σε 273.000 ευάλωτα νοικοκυριά. Επίσης, το επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων, το επίδομα παιδιού, το επίδομα ανεργίας και άλλα προνοιακά Επίδομα του Ο.Π.Ε.Κ.Α., (αναπηρικό επίδομα, διατροφικό επίδομα, το επίδομα Παλιννοστούτων Ομογενών Προσφύγων, επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής, επίδομα Στέγασης).

Συμπληρωματικές κοινωνικές υπηρεσίες, παροχές και αγαθά προσφέρονται, όπως το Κοινωνικό Τιμολόγιο παροχών ηλεκτρικής ενέργειας, ύδρευσης, η δωρεάν ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων, η ένταξη σε προγράμματα και κοινωνικές δομές καταπολέμησης της φτώχειας, κτλ. Μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, εξασφαλίζεται το δικαίωμα στην υγεία σε όλο τον πληθυσμό που εδρεύει στη χώρα μας.

Η τοπική αυτοδιοίκηση από τη μεριά της, στα πλαίσια της καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, των επιχειρησιακών προγραμμάτων της περιφέρειας και με την συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού ταμείου Ανάκαμψης, προέβη σε δράσεις και υλοποίησε έργα για να βελτιώσει την καθημερινότητα των κατοίκων της Δυτικής Αθήνας, αλλά υπάρχουν πολλά ακόμα που πρέπει να γίνουν.

Μερικά από αυτά τα έργα που έχουν υλοποιηθεί περιλαμβάνουν: το Κέντρο Κοινότητας, τη Δομή Παροχής Βασικών Αγαθών όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο, την Παροχή Συσσιτίου, το Κοινωνικό Φαρμακείο, το Γραφείο Στήριξης Ανέργων, το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» κ.α..

- Επηρεάζει η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η κοινωνική ανισότητα, την υγεία του πληθυσμού;

*Η σχέση φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και κακής υγείας είναι αλληλένδετη.*

Τα συστήματα υγείας κάθε χώρας παίζουν βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση της σχέσης μεταξύ φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και υγείας. Η υγεία στην Ελλάδα στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα κοινωνικό αγαθό, και όχι απλώς μια παρεχόμενη υπηρεσία. Μετανάστες και πρόσφυγες ενώ συνταγματικά έχουν κατοχυρωμένο δικαίωμα στην πρόσβαση στο σύστημα υγείας όπως και οι Έλληνες πολίτες, λόγω της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στην πραγματικότητα δεν χρίζουν της ίδιας αντιμετώπισης με τους Έλληνες και δεν χρησιμοποιούν με ευκολία τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Πολλοί από αυτούς πεθαίνουν στις δομές προσφύγων αβοήθητοι κάτω από άθλιες συνθήκες διαβίωσης και μην έχοντας καμία πρόσβαση ούτε σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ούτε λαμβάνουν νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με την έρευνα του Ν. Χρυσανθόπουλου, Ε. Νάτσικα, Λ. Κουρκούτα, «*Επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία*» Επιστημονικά Χρονικά 2016;21(1): 26-34, η οικονομική ύφεση και η μακρόχρονη ανεργία οδήγησε στη φτώχεια μεγάλη μερίδα της κοινωνίας, με συνέπεια τη πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα, κυρίως σε πάσχοντες από ψυχολογικά νοσήματα. Η παρουσία μεγάλου αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία λειτουργεί ψυχοπρεστικά για το άτομο και μεγιστοποιεί τις δυσκολίες.

Οι Δ. Λατσού, Γ. Πιερράκος κ.α. 2021 , στην ερευνητική εργασία τους με τίτλο «*Υγεία και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των ανέργων στην Ελλάδα*» σε τυχαία δειγματοληψία 1.000

ανέργων, μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άνεργοι, προκειμένου να αντιμετωπίσουν επείγοντα περιστατικά της υγείας τους, χρησιμοποιούν δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ δεν δίνουν προτεραιότητα στις προληπτικές εξετάσεις. Επιλέγουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για οδοντιατρική φροντίδα και για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι μισοί άνεργοι δήλωσαν ότι δεν έχουν εκπληρώσει τις επιθυμητές ανάγκες υγείας.

Στη Δυτική Αττική υπάρχει αυξητική τάση ανόδου των θανάτων από νεοπλασίες στην περιοχή, σε ακολουθία του δημογραφικού, περιβαλλοντικού, νοσολογικού προφίλ του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Ο ΠΟΥ υποστηρίζει ότι η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι καταστάσεις υπεύθυνες για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας σε εκατομμύρια ανθρώπους- μέλη της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας. Ρόλος της πρωτοβάθμιας αλλά και της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι η "θεραπεία" των επιπτώσεων της κοινωνικής στέρησης, και όχι η θεραπεία του ίδιου του προβλήματος εν γένει. Έτσι, οι υπηρεσίες δεν μπορούν να δώσουν λύση ούτε στην κοινωνική στέρηση ούτε στις επιπτώσεις της στην υγεία του πληθυσμού (Mitchell et al., 2021).

- Ήταν τα μέτρα αποτελεσματικά για την καταπολέμηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων και την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών ή χρειάζεται επανασχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής;

*Η κοινωνική πολιτική έχει ως στόχο την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, την εξάλειψη των ανισοτήτων και τη δημιουργία κράτους δικαίου, όπου δε θα υπάρχουν οικονομικές και κοινωνικές διακρίσεις και τα έσοδα θα κατανέμονται ισάξια στον πληθυσμό. Με αυτό τον τρόπο θα επικρατεί ευημερία και η κοινωνία θα είναι ευνομούμενη. Στα πλαίσια αυτά, ασκείται επιδοματική πολιτική, που κρίνεται βοηθητική για την οικονομική και κοινωνική ενίσχυση των ευπαθών ομάδων, όμως όχι σωτήρια και λυτρωτική.*

Στοιχεία της Eurostat 2017, μαρτυρούν ότι η χώρα μας καταλαμβάνει την τελευταία θέση ως προς την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών μεταβιβάσεων, πλην των συνταξιοδοτικών παροχών, προσπαθώντας να περιορίσει τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας. Επομένως η επιδοματική πολιτική από μόνη της, δεν λύνει το πρόβλημα της Οικονομίας. Χρειάζεται ανασχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής προκειμένου να

αμβλυνθούν τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα. Αυτό θα γίνει μέσω του περιορισμού των ανατιμήσεων, της καταπολέμησης της κερδοσκοπίας, της μείωσης της φορολογίας των ειδών πρώτης ανάγκης, της αύξησης των αμοιβών του ελληνικού εργατικού δυναμικού στα επίπεδα των ευρωπαϊκών μισθών, της ένταξης των ανέργων την αγορά εργασίας (Μυλόπουλος Ιωάννης, *Η επιδοματική πολιτική δεν θεραπεύει παθολογένειες*, 24-12-2022 από <https://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/i-epidomatiki-politiki-den-therapeyei-pathogeneies>).

Επίσης, βοηθητικός θα ήταν ο συνδυασμός των επιδοματικών πολιτικών με άλλες πολιτικές, όπως οι εκπαιδευτικές πολιτικές και οι πολιτικές κατάρτισης, καθώς και οι παροχές σε είδος.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι κοινωνικές ανάγκες όπως είναι η επισιτιστική ανάγκη, η ανάγκη στέγασης, η ανάγκη θέρμανσης, η δυνατότητα πρόσβασης στις μεταφορές, η παροχή υγειονομικής περίθαλψης, προκειμένου να ικανοποιηθούν θα πρέπει να υπάρχει η αρχή της αμοιβαιότητας και της συλλογικής ευθύνης.

Η κοινωνία πρέπει κατά τους Doyal and all, να παρέχει τροφή, ένδυση, κατοικία και τα απαραίτητα για την εξασφάλιση υγείας και επιβίωσης, πάντα μέσα σε κλίμα συνεργασίας και επικοινωνίας, κατανέμοντας τις ανάλογες ευθύνες στους εμπλεκόμενους. Η έννοια της ανθρώπινης ανάγκης βρίσκεται στο επίκεντρο των διαπραγματεύσεων για την ανθρώπινη ευημερία, έννοια που αποτελεί τον κύριο άξονα συζήτησης προκειμένου να αναπτυχθεί κάθε μορφή συστήματος κοινωνικής πρόνοιας.

Η φτωχοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός του ατόμου, τον απομακρύνουν από την δυνατότητα κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του. Το βιοτικό του επίπεδο γίνεται πολύ χαμηλό, η πρόσβαση στην εκπαίδευση και την υγεία, ιδιαίτερα δύσκολη, και οι κοινωνικές επαφές του είναι μειωμένες ως μηδενικές.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός προκαλεί φτώχεια και συγχρόνως εμποδίζει την μείωση της φτώχειας. Είναι δηλαδή τόσο αίτιο όσο και αποτέλεσμα της φτώχειας.

Συνέπειες αυτών των καταστάσεων, είναι η μη ικανοποίηση στοιχειωδών κοινωνικών αναγκών. Την κατάσταση επέτεινε η βαθιά και παρατεταμένη οικονομική κρίση που δοκιμάζει την χώρα μας την τελευταία δεκαετία.

Οι μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η φτώχεια έγινε μεγαλύτερη και βαθύτερη, η ανεργία εκτοξεύτηκε σε υψηλά επίπεδα, η στέρηση είναι πολυδιάστατη και η κοινωνική μειονεξία μεγάλη.

Στο σημείο αυτό αναλαμβάνει δράση η Κοινωνική Πολιτική του κράτους για να δώσει λύσεις.

Τα πεδία της προσδιορίζονται γενικά από τις βασικές ανάγκες της κοινωνίας, αυτές τουλάχιστον που έχουν αναγνωριστεί ως τέτοιες σε συλλογικό επίπεδο, οι οποίες είναι και αυτές που διαμορφώνουν τις βασικές δομές του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Ενδεικτικά πεδία της Κοινωνικής Πολιτικής θεωρούνται η στέγη, η υγεία, η παιδεία, η κοινωνική πρόνοια, η κοινωνική ασφάλιση, η κοινωνική εργασία, η κοινωνική φροντίδα, το περιβάλλον και η μετανάστευση. Ο κύριος γνώμονας ανάπτυξης και εξέλιξης των πεδίων της σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής είναι η εξέλιξη της φτώχειας και της ανισότητας σε κοινωνικό αποκλεισμό και κοινωνικές διακρίσεις. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως είναι η σχέση της με την οικονομία, κυρίως όσο αφορά την εργασία και την φορολογία ενώ τα εθνικά συστήματα κοινωνικής προστασίας αποτελούν την βάση της Κοινωνικής Πολιτικής. Αυτό συμβαίνει καθώς καλύπτουν τις κοινωνικές ανάγκες και τους κοινωνικούς κινδύνους όμως η ποιότητα της προστασίας εξαρτάται από την συμμετοχή του ατόμου στην αγορά εργασίας και τις επιδόσεις του σε αυτή. (Βενιέρης 2015)

Στα πλαίσια εφαρμογής Κοινωνικής πολιτικής, κυρίαρχο στοιχείο είναι αυτό της αναδιανομής του εισοδήματος, η ενεργοποίηση δηλαδή αναδιανεμητικών μηχανισμών που θα συνδράμουν στην άσκηση δίκαιης και αλληλέγγυης αναδιανεμητικής πολιτικής, προκειμένου να επέλθει η κοινωνική αλλαγή που θα οδηγήσει σε μια δίκαιη κοινωνία και να ζήσει ο πολίτης σε κράτος δικαίου που θα του εξασφαλίσει κοινωνική ευημερία. Επίσης, βασική και επικρατούσα πολιτική στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής είναι η επιδοματική πολιτική. Το κράτος φροντίζει να ενισχύει τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες μέσα από προγράμματα παροχών σε χρήματα-επιδόματα που στοχεύουν σε οικονομική βοήθεια αλλά και μέσα από παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση παίζει καθοριστικό ρόλο στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής καθώς συμπληρώνει τις δραστηριότητες των κρατών μελών της, στους τομείς της κοινωνικής προστασίας και της κοινωνικής ένταξης.

Εισηγείται ευρύ φάσμα πολιτικών για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, για την προώθηση της κοινωνικής ένταξης ευπαθών ομάδων,(παιδιών, αναπήρων, αστέγων), για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=el&catId=750>)

Αναφορικά με το δεύτερο μέρος της εργασίας το οποίο πραγματεύεται τις κοινωνικές ανάγκες στη Δυτική Αθήνα (μελέτη περίπτωσης), διαπιστώθηκε ότι οι ανάγκες στη συγκεκριμένη περιοχή είναι εντονότερες από την υπόλοιπη Αττική λόγω μεγάλων και χρόνιων προβλημάτων φτώχειας, κοινωνικών ανισοτήτων και περιθωριοποίησης των πληθυσμιακών ομάδων που κατοικούν στις πόλεις της Δυτικής Αθήνας αλλά και εξαιτίας περιβαντολλογικών συνθηκών που υποβιβάζουν την περιοχή. Ας μην ξεχνάμε ότι τα δυτικά προάστια φιλοξενούν δυο διυλιστήρια, δύο ναυπηγεία, δύο εργοστάσια χάλυβα, δύο τσιμεντοβιομηχανίες, τη ΧΩΜΑΤΕΡΗ-ΧΥΤΑ, κτλ.

Προκειμένου να διαχειριστούν καλύτερα τα υπερτοπικά και διαδημοτικά προβλήματα οι δήμοι της Δυτικής Αθήνας, οδηγήθηκαν στην ίδρυση του ΑΣΔΑ, (Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αθήνας). Στην ουσία είναι ένας σύνδεσμος εννιά (9) πόλεων, που έχει ως βασικό σκοπό την προώθηση της διαδημοτικής συνεργασίας, τη συνεργασία με κρατικούς φορείς και τοπικές αρχές με σκοπό την καταπολέμηση της ανεργίας, τη συμμετοχή σε διευρωπαϊκά δίκτυα, την αναζήτηση λύσεων. (<https://home.asda.gr/Role.html>)

Η τοπική Αυτοδιοίκηση, στο πλαίσιο της αποκέντρωσης του κράτους, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην άσκηση τοπικής κοινωνικής πολιτικής διότι είναι γνώστης των αναγκών των τοπικών κοινωνιών.

Το κοινωνικό όραμα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Δυτικής Αθήνας είναι να εξασφαλιστεί υψηλότερο επίπεδο διαβίωσης για τους πολίτες και ίσες ευκαιρίες στις επιλογές.

Για να πραγματοποιηθούν τα παραπάνω ακολουθήθηκαν πολιτικές, στηριζόμενες στις αρχές της βιώσιμης ανάπτυξης και σχέδια Ολοκληρωμένων Αστικών Παρεμβάσεων (ΣΟΑΠ).

Οι Δήμοι προχώρησαν στη εγκατάσταση δομών παροχής βασικών αγαθών, όπως το Κοινωνικό Παντοπωλείο, το συσσίτιο, δημιούργησαν Κέντρο κοινότητας, κοινωνικό φαρμακείο, το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" κ.α., στα πλαίσια του στρατηγικού σχεδιασμού της Περιφέρειας Αττικής για την αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού.

Παρόλες τις δράσεις, το αποτέλεσμα δεν είναι αρκετό. Οι πολιτικές πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά. Η Κοινωνική Πολιτική χρήζει συνεχής και αέναης ανατροφοδότησης, προσαρμοζόμενης στις προκείμενες κοινωνικές ανάγκες. Η επιδοματική πολιτική από μόνη της δεν αρκεί. Γιατί η Οικονομία θέλει λύσεις και όχι επιδοτήσεις.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αναπτυξιακός Σύνδεσμος Δυτικής Αθήνας, *Στρατηγικό πλαίσιο βιώσιμης αστικής ανάπτυξης (Β.Α.Α.) των δήμων Δυτικής Αθήνας*, Μάρτιος 2017.

Αμίτσης Γ. (2014) *Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων, Αναπτυξιακά διδάγματα από την Κοινωνική Ευρώπη*, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.

Αμίτσης Γ., Αναγνώστου-Δελούδης Α., Κατρούγκαλος Γ. (2010), *Το Ελληνικό Σύστημα ασφαλιστικής προστασίας Α΄*. Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη

Ανδριοπούλου Ε., Παπαδόπουλος Φ., Τσάκλογλου Π. (2013), *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στην Ελλάδα Επικάλυψη και διαφοροποιήσεις*, (25) Αθήνα : ΙΝΕ-ΓΣΕΕ [serial online] [Σεπτέμβρης 2013], Παρατηρητήριο Κοινωνικών Εξελίξεων

Βενιέρης Δ. (2015), *Κοινωνική Πολιτική, Έννοιες και Σχέσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος (Μοτίβο Εκδοτική)

Γκότσης Χαράλαμπος, *Επιδοματική πολιτική και φοροδιαφυγή*, 19-11-2022, από <https://www.naftemporiki.gr/afieromata/the-n-society/1404569/epidomatiki-politiki-kai-forodiatygi> προσπέλαση 1/1/2023.

Δημητριάδου Θ. (2011), «Η πρόσβαση στη δημόσια υγεία από ευάλωτες ομάδες», [www.no-discrimination.ombudsman.gov](http://www.no-discrimination.ombudsman.gov)

ΕΛΣΤΑΤ, Δελτίο Τύπου για την Οικονομική Ανισότητα, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2019 (Περίοδος αναφοράς εισοδήματος: Έτος 2018), Πειραιάς 19/6/20

ΕΛΣΤΑΤ (2021) Δελτίο τύπου, Έρευνα Εργατικού Δυναμικού (Δεκέμβριος 2020), Πειραιάς 17/03/21

ΕΛΣΤΑΤ (2022) Δελτίο τύπου, Έρευνα εργατικού δυναμικού (Β΄ τρίμηνο 2022), 10/12/2022

ΕΛΣΤΑΤ(2022),Δελτίο τύπου, Κίνδυνος Φτώχειας, 27/7/2022 από <https://www.statistics.gr/documents/20181/44d3d102-5456-c06a-ce90-47a761783326>

Δαφέρμος Γ., Θεοφυλάκου Α., Μαυροδημητράκης Χ. και Τσάκλογλου Π. (2008), *Φτώχεια στην Ελλάδα Ομοιότητες και διαφορές χρησιμοποιώντας εναλλακτικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις*, (1) Αθήνα : ΙΝΕ-ΓΣΕΕ [serial online] [Δεκέμβρης 2008] ], Παρατηρητήριο Κοινωνικών Εξελίξεων

Δημητρόπουλος Α. (2004) *Γενική συνταγματική θεωρία, σύστημα συνταγματικού δικαίου*, Αθήνα: Σακκούλας

*Εισηγήσεις Προγράμματος Καλλικράτης ΕΕΤΑΑ από [www.ypes.gr](http://www.ypes.gr)*

Θεωδορουλάκης Μ., Κουμαριανός Β. (2018) *Συστήματα Κοινωνικής ασφάλισης, Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης*, Αθήνα: ΙΝΕ-ΓΣΕΕ [serial online] 2012 [27 Δεκέμβρη 2018] 1 (1) 1-201

Κούτα Χ. & Μίτλεττον Ν. (2012), *Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία*, Λευκωσία-Κύπρος, Πανεπιστήμιο Κύπρου

Κυριόπουλος Γ. και Τσιάντου Β., (2010) με τίτλο, *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(5):834-840

Λαλιώτη Β. (2017) *Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, Το χρονικό ενός «πολυαναμενόμενου» αναγγελθέντος μέτρου*. Τετράδια Κοινωνικής Πολιτική Τεύχος 2, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα: Gutenberg

Λαλιώτη Β. (2018) *Πολιτικές Ελάχιστου Εισοδήματος* στο Σακελλαρόπουλος Θ. και σύν, *Κοινωνική Πολιτική*, Αθήνα: ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Λατσού Δ., Πιερράκος Γ., Γείτονα Μ. (2021), *Health and unmet health needs of the unemployed in Greece*, ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2021, 38(5):642-650

Ματσαγγάνης Μ. (2013) *Το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και ο Ρόλος του στην αντιμετώπιση του Νέου Κοινωνικού Ζητήματος*, από Καμινιώτη Ο. Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα: Προσεγγίσεις και Προτάσεις. Ενόψει της Πιλοτικής Εφαρμογής του Μέτρου. 10-27. Άρθρα και Μελέτες, 8/2013. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού: Αθήνα, 2013.

Μπαλούρδος Δ. (1991) *Μορφολογία της φτώχειας και κοινωνικός αποκλεισμός: θεωρητικές και μεθοδολογικές περιπλοκές* Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τομ. 83, Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης.

Μπαλούρδος Δ., Πετράκη Μ. (2012) *Νέα φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Πολιτικές Καταπολέμησης και καθιέρωση ενός Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος*, Αθήνα: Βουλή των Ελλήνων.

Μπαλούρδος Δ., Σαρρής Ν., Τραμουντάνης Α., Χρυσάκης Μ. (2014), *Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες και διακρίσεις στην αγορά εργασίας*, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ



Μπουρίκος Δημήτρης, *Θάνατοι από νεοπλασίες το 2019: Η Δυτική Αττική «τραγική πρωταθλήτρια» σε όλη την Ελλάδα*, από <https://www.ertnews.gr/dimosio-vima/arthrografia/thanatoi-apo-neoplasies-to-2019-i-dytiki-attiki-tragiki-protathlitria-se-oli-tin-ellada>

Μυλόπουλος Ιωάννης, *Η επιδοματική πολιτική δεν θεραπεύει παθολογίες*, 24-12-2022 από <https://tvxs.gr/news/egrapsan-eipan/i-epidomatiki-politiki-den-therapeyei-pathogeneies> προσπέλαση 1/1/2023

Μωραϊτης Ε., Γράβαλου Α. (2003), *Το Εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου συστήματος κοινωνικής προστασίας: προκλήσεις και προοπτικές*, Αθήνα: ΕΣΣΔ

ΝΟΜΟΣ 3463/2006, ΦΕΚ 114/8.6.2006/Α' (κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων)

ΝΟΜΟΣ 3852/2010 (ΦΕΚ 87 Α'/07.06.2010) «*Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα "ΚΑΛΙΚΡΑΤΗΣ"*»

ΝΟΜΟΣ 2508/1999 άρθρο 12

ΝΟΜΟΣ 4019/2011 (ΦΕΚ 216 Α') άρθρο 1, παρ. 4

Νούλας Νικόλαος (2014), *Αξιολόγηση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού στα Χρόνια της Οικονομικής Κρίσης*, Αχαϊκή Ιατρική, τόμος 33ος, τεύχος 2, Ιούλιος 2014

Οικονόμου Δημήτρης, *Ενημερωτικό Σημείωμα για τα ΣΟΑΠ*, Μάρτιος 2015, από [https://diazoma.gr/site-assets/10.\\_Sxedia-Olokliromenis-Astikis-Anaptixis.pdf](https://diazoma.gr/site-assets/10._Sxedia-Olokliromenis-Astikis-Anaptixis.pdf)

Παναγιωτόπουλος Γ., Παπαέτρου Σ., Τσαγκάλου Α. και συν (συλλογικό έργο) (2009) *Ευάλωτες Κοινωνικές Ομάδες, Μια Θεωρητική Προσέγγιση Ιδεολογικών, Κοινωνικών, Εκπαιδευτικών Ζητημάτων*, Αθήνα: Εκδόσεις ΓΡΗΓΟΡΗ

Παπαδοπούλου Δ. (2002) *Κοινωνικός αποκλεισμός για τους Ανθρώπους που Παραμερίζουμε*, Αθήνα: Αρμός.

Παπαθεοδώρου Χ. (2011), *Υγειονομική Περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα*, Αθήνα, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ

Πιερράκος, Γ. (2008). *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, *Εντυπο υποβολής πρότασης Στρατηγικής Βιώσιμης Αστικής Ανάπτυξης για Υποβαθμισμένες Περιοχές* από <https://efd.asda.gr>

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, *Συστημική καταγραφή υφιστάμενης κατάστασης – Οριοθέτηση στρατηγικών επιλογών στα πεδία της κοινωνικής ένταξης και της καταπολέμησης της φτώχειας*, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ, *Περιφερειακή Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και την Καταπολέμηση της Φτώχειας*, Έκδοση 1.3, Αθήνα, Αύγουστος 2015.

Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ.Ρ. (2016), *Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία.*

Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2016) Τόμος 8, Τεύχος 2, 48-56 ISSN 1791

Πετζεμίδου Μ., Παπαθεοδώρου Χ. (2004) *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Αθήνα: ΕΞΑΝΤΑΣ

Πολύζος Ν. (2014), *Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*, εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ, Αθήνα.

Σακελλαρόπουλος Θ. (2004) *Οικονομία και Πολιτική στη Σύγχρονη Ελλάδα* Τόμος Β', Αθήνα: Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Σακελλαρόπουλος Θ. (2011) *Ζητήματα Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα: Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., Σκαμνάκης Χ., Αγγελάκη Μ. (2008) *Κοινωνική Πολιτική*, Αθήνα: Εκδόσεις ΔΙΟΝΙΚΟΣ

Σαλούρου Ρούλα, 2018, *Αναποτελεσματικά τα επιδόματα για τη μείωση της φτώχειας*, από <https://www.kathimerini.gr/economy/local/995060/anapotelesmatika-ta-epidomata-gia-ti-meiosi-tis-ftocheias-prospelassi-2/1/2023>

Σκαμνάκης Χρ., (2020), *Η Κοινωνική Πολιτική στην Αυτοδιοίκηση*, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος

Σχέδιο Ολοκληρωμένης Αστικής Παρέμβασης Δυτικής Αθήνας, Δεκέμβρης 2014- 60 δράσεις για τη Δυτική Αθήνα από <https://home.asda.gr>

Σούλης Σ. (2015) *Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας*, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ

Τσαούσης Δ. Γ. (2007) *Η Εκπαιδευτική Πολιτική των Διεθνών Οργανισμών*, Αθήνα: GUTENBERG

Τσαούσης Δ. Γ. (2002) *Η Κοινωνία του Ανθρώπου Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*, δέκατη έβδομη έκδοση, Αθήνα: GUTENBERG

Τσομπανόγλου Ο. Γ., Κορρές Γ., Γιαννοπούλου Ι. (2005) *Κοινωνικός Αποκλεισμός και Πολιτικές Ενσωμάτωσης*, Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Καταπολέμησης της Φτώχειας, *Εθνική Στρατηγική για την Κοινωνική Ένταξη και Μείωση της Φτώχειας*, Αθήνα, Μάιος 2021

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης & Καταπολέμησης της Φτώχειας, *ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ-ΟΔΗΓΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ*, Αθήνα, Ιούλιος 2021

Χαλκιά Β. και συν (2015) *Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32(5):546-555.

Χλέπας *et al*, (2014) «*Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση: Τα οικονομικά της, η εκχώρηση αρμοδιοτήτων της και οι επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό και στα δημόσια αγαθά*», Κοινωνικό Πολύκεντρο.

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Brandy D. (2019) *Theories of the Causes of Poverty*, Annual Review of Sociology

Braveman P, Gruskin S. (2003) *Theory and Methods, defining equality in health*. J. Epidemiol Community Health 57 (4)

Daly M. (1992) *Europe's Poor Women: Gender in Research of Poverty*, Oxford: European Sociological Review

De Haan A. (2000) *Introduction : The Role of Social Protection in Poverty Reduction*, in Conaway T., de Haan A. and Norton (eds.), *Social Protection: New Directions of Donor Agencies*, London; Department of International Development.

Doyal L., Cough I. , *A Theory of Human Need*, Red Globe Press, 1991st edition (October 10, 1991)

Innocenti Research Center (2005) *CHILD Poverty In Rich Nations 2005 Report Card No. 6*, Innocenti Research Center, Florence.

Mitchell, P., Cribb, A., Entwistle, V., & Singh, G. (2021). Pushing poverty off limits: quality improvement and the architecture of healthcare values. BMC medical ethics, 22(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00655>

Mohan J. (2002) *Geographies of well fare and social exclusion: dimensions, consequences and methods*. Progress in Human Geography, 26 (1).

Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005), *Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*. Health Econ 2005, 14 (1).

McIntyre L. Connor S. K. et Warren J. (2000). *Child hunger in Canada: results of the 1994 National Longitudinal Survey of Children and Youth*, CMAJ: Canadian Medical Association Journal (Journal de l' association medicale canadienne), 163 (8)

O' Higgins M. & Jenkins S. P. (1990) *Poverty in the EC: Estimates for 1975, 1980 and 1985 in Analysing Poverty in the EC*, R. Teekens an B. Van Praag (eds.), Luxembroug: Eurostat.

Olowa, O.W. (2012). *Concept, measurement and causes of poverty: Nigeria in perspective*. *American Journal of Economics*, 2 (1), 25-36.

Paugam S. (1997). *The spiral of precariousness: a multidimensional approach to the process of social disqualification in France*, in Room G. ed. *Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion*, Bristol: The Polity Press

Peace R. (1999) *Surface Tension: Place/ Poverty/ Policy- from the "Poverty" of Social Exclusion: Implications of Discursive Shifts in European Union Poverty Policy 1975-1999*, University of Waikato, Hamilton

Power C. (1998), *Life course influences. Health Variations*, Official Newsletter of the ESRC Health Variation Programme.

Rainwater L. & Smeeding T. (2003) *Poor kids in a Rich Country*. America's Children in Comparative Perspective. New York: Russell Sage Foundation

Riva P. & Eck J. (2016) *The many faces of social exclusion: Psychological approaches to understanding and reducing its impact*, ix-xv

Samuelson P. Nordhaus W. (2000), *Οικονομική*, Τόμος Α, Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ

United Nations (1995) *United nations world summit (Copenhagen) for social development*. Programme of action, Chapter 2. New York: United Nations.

UNICEF, *Ανάλυση παιδικής φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, UNICEF – Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης και Κεντρικής Ασίας, Γενεύη, 2021

Wilensky & Lebaux (1965), *Industrial Society and Social Welfare*, New York : Free Press

Wolff J. (2005) *Ambivalent consequences of social exclusion for real-existing democracy in Latin America: the example of Argentine crisis*. *Journal of International Relations and Development*, 8 (1)

World Bank (1990) *World Development Report 1990: Poverty*, Washington DC: World Bank.

Glasheen S. *Meeting Social Needs and Addressing Social Determinants of Health*, from <https://www.uhccommunityandstate.com/content/blog-post/sarah-glasheen-posts/meeting-social-needs-and-addressing-social-determinants-of-health>

Ziglio E (2003), «*Health systems confront poverty*», Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, from <http://www.euro.who.int>

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

EΛΣΤΑΤ:<https://www.statistics.gr/documents/20181/e5274646-179e-9242-811e310c24>

[https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/ekp\\_yliko\\_krat\\_pron2.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/02/ekp_yliko_krat_pron2.pdf) 7b4834

<https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/meleth-25.pdf>

<https://www.psychology.gr>

<https://www.uhccommunityandstate.com/content/blog-post/sarah-glasheen-posts/meeting-social-needs-and-addressing-social-determinants-of-health>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/e5274646-179e-9242-811e-310c247b4834>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/afaf24ea-2210-3272-8f29-5506242319c4>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/e5274646-179e-9242-811e-310c247b4834>

<https://www.statistics.gr/documents/20181/b17db220-2a75-5e89-efcb-4eb03ddf7cca>

<https://opeka.gr/elachisto-engyimeno-eisodima-kea/>

<https://www.synigoros-solidarity.gr/470/energiaki-ftoxia>

<https://www.minfin.gr/web/31321/dieuthynse-eisodematikes-politikes>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4569>

<https://opeka.gr/>

<https://opeka.gr/elachisto-engyimeno-eisodima-kea/plirofories/>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4569>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4571>

<https://opeka.gr/atoma-me-anapiria/atoma-me-anapiria-paroches/>

<http://www.opengov.gr/types/?p=1256>

<https://www.kepea.gr/aarticle.php?id=123>

<https://www.koinonikikainotomia.gr>

<https://www.marketbet.gr>

<https://www.minfin.gr/web/31321/dieuthynse-eisodematikes-politikes>

<https://eurydice.eacea.ec.europa.eu/el/national-education-systems/greece/dimografiki-katastasisglosses-kai-thriskeies>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4569>

<https://opeka.gr/>

<https://www.opengov.gr/types/?p=1256>

<https://www.kepea.gr/aarticle.php?id=123>

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=457>

<https://www.apdattikis.gov.gr/>

<https://home.asda.gr>

<https://fourtounis.gr/2022/07/25>

<https://www.synigoros-solidarity.gr/470/energiaki-ftoxia>

[https://www.e-go.gr/perifereiaki\\_enotita](https://www.e-go.gr/perifereiaki_enotita)

<https://patt.espa2127.gr>

<https://teba.asda.gr>

<https://teba.opeka.gr>

<https://meallamatia.gr/erga-kai-draseis-tis-perifereias-attikis-sti-dytiki-athina>

<https://agiavarvara.gr/kinoniki-politiki/erga-drasis>

<https://agan.gov.gr>

<https://supportwestathens.gr/asda>

<https://www.ilion.gr>

<http://www.domesperisteriou.gr>

<https://www.peristeri.gr/ypiresies/programmata-koinonikes-driseis>

<https://petroupoliefzin.gr>

<https://www.haidari.gr>

<https://fyli.gr/kentro-koinotitas-dimoy-fylis>

<https://www.edsna.gr/chyta-fylis>

<https://ypodomes.com/live-i-ypografi-symvaseon-gia-tin-anaplasi-tis-chomateris-fylis>

<https://koinoniki.gr>

<https://fyli.gr/voitheia-sto-spiti>

<https://el.everaoh.com>

[www.roma-ekka.gr](http://www.roma-ekka.gr)

<https://meallamatia.gr/erga-kai-draseis-tis-perifereias-attikis-sti-dytiki-athina>

<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-pantopolio-2>

<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-syssitio>

<https://www.aigaleo.gr/koinoniko-farmakeio-2>

<https://www.kkaigaleo.gr>

<https://www.aigaleo.gr/pronoia-epidomata>

<https://www.aigaleo.gr/voithia-spiti>

<https://korydallos.gr>

<https://www.tovima.gr/2022/10/09/society/ftoxeia-i-ellepsi-trofis-oi-kindynoi-kai-oi-anisotites-pou-dimiourgountai>